

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO AGENTE
COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO
Camaragibe / PE**

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE
2004

ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO
NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO - CAMARAGIBE/PE

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
ao nível de Doutorado
da Universidade Federal de Pernambuco,
para obtenção do grau de Doutor em Nutrição.

Orientador: Malaquias Batista Filho
Professor Titular do Departamento de Nutrição, CCS/UFPE
Co-orientador: Antônio Carlos G. Espírito Santo
Professor Adjunto IV do Departamento de Medicina Social, CCS/UFPE

Recife
2004

Bezerra, Adriana Falangola Benjamin

**Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso – Camaragibe /PE / Adriana Falangola Benjamin Bezerra – Recife : O Autor, 2004.
111 folhas : il., quadros, fotos.**

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2004.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Saúde pública – Políticas e planejamento estratégico – Camaragibe (PE). 2. Agentes comunitários (Saúde pública) – Identificação de concepções. 3. Idoso – Perfil epidemiológico e demográfico. I. Título.

614:32

CDU (2.ed.)

UFPE

613.0438

CDD (21.ed.)

BC2004-407

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO
DOUTORADO EM NUTRIÇÃO**

ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO À
SAÚDE DO IDOSO - CAMARAGIBE/PE**

Tese defendida e aprovada em 09/09/2004

Banca Examinadora:


Prof. Malaquias Batista Filho


**Prof. José Luiz do Amaral Corrêa de
Araújo Jr.**


**Prof. Ilma Kruze Grande de
Arruda**


Prof. Márcia Carrera C Leal


Prof. Pedro Israel Cabral de Lira

RECIFE
2004

*Ninguém liberta ninguém,
ninguém se liberta sozinho, os homens se libertam
em comunhão".*

Paulo Freire

Dedicatória



*À minha família,
pela energia e amor que nos une.
Sem vocês eu nada seria; eu nada serei.*

Agradecimentos



- À minha mãe, Adriana, por nos presentear com a perfeita tradução do amar, ser amado, lastro e viga de nossa inserção cidadã no mundo.

- Ao meu pai, Milton, pela abnegação, retidão profissional e legado de feitos à família e à sociedade.

- Ao meu marido Arnaldo, pelo cuidar, respeitar e valorizar.

- Aos meus filhos Vítor e Ugo, por existirem.

- Aos meus irmãos Milton Jr., Christina, Hugo, Ricardo, Teresa, Ana Lúcia e descendentes, por tão bem exercitarem a herança afetiva.

- Ao Prof. Malaquias Batista Filho, pela capacidade humanística e intelectual de lidar com a vida.

- Ao Prof. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo, pela colaboração científica na elaboração deste trabalho.

- À amiga Gilcéa, pelo apoio incondicional.

- A Ana Paula, amiga na vida, na profissão e ocupação, pelo despertar do tema e pelos momentos de diálogo.

- À amiga Erlene Roberta, pelo compartilhar.

- Às agentes comunitárias de saúde do município de Camaragibe, pelo acolhimento.

- À Prefeitura de Camaragibe e à Secretaria Municipal de Saúde, por disporem o espaço territorial e o espaço de abordagem às ACS ao processo de criação/recriação intelectual, social e afetiva.

- À Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco, pelo reconhecimento e incentivo financeiro.

- Ao Ateliê Design e a Moema Cruz, pelo carinho e dedicação ao trabalho de programação visual.

- Ao Corpo Docente da Pós-Graduação em Nutrição da UFPE, pelos valiosos conhecimentos científicos transmitidos.

- A Christina Malta de Almeida Costa, pelo profissionalismo e responsabilidade na revisão lingüística e documental.

- A Neci Maria Santos do Nascimento, secretária da Pós-Graduação em Nutrição da UFPE, pelo profissionalismo e presteza.

- A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

- À energia criadora, reverenciada Deus, pela certeza da existência.

Resumo



O objetivo do estudo foi analisar as concepções predominantes referentes ao processo saúde – doença, em idosos, entre as agentes comunitárias – ACS, do município de Camaragibe, Pernambuco, Brasil. Adotou-se a metodologia qualitativa. Nesta pesquisa foram entrevistadas 148 Agentes Comunitárias de Saúde – ACS. Os resultados mostram que as ACS identificam como principal atribuição desenvolver atividades de educação em saúde e realizar ações básicas; a maioria refere opinião de valor negativo em relação ao envelhecimento e apresenta compreensão integral do conceito de saúde. Segundo as ACS, as queixas mais citadas pelos idosos, durante a visita domiciliar, referem-se aos problemas de saúde e à necessidade de afeto. O cuidado com os problemas de saúde foi identificado como a principal responsabilidade do ACS para com o idoso e as dificuldades para operacionalizar o atendimento localizam-se no campo da organização dos serviços. A sondagem em relação às expectativas revelou o desejo das ACS em saber “*tudo*” sobre o envelhecimento. A análise do conteúdo das entrevistas permite concluir que as ACS identificam-se como protagonistas da atenção básica e agentes nucleares da realização de determinadas políticas de saúde. As concepções em relação às atribuições e à saúde do idoso apresentam uma visão positiva, associadas a uma abordagem holística. A representação social do idoso, as queixas dos idosos, os cuidados dos ACS para com os idosos e os entraves no desempenho das atividades tiveram como respostas temas relacionados ao adoecimento. O produto das entrevistas com as ACS indicou a necessidade de realização de uma oficina de trabalho com gestores e gerentes do sistema municipal de saúde, visando a sensibilização, responsabilização e sustentabilidade das atividades das agentes junto ao segmento idoso. O suporte teórico adotado para a oficina foi o do planejamento estratégico. A operacionalização foi baseada na exposição dialogada de conteúdos sobre o envelhecimento e o exercício prático de construção de um plano. Os resultados da oficina indicam a necessidade da gestão municipal investir na divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso, priorizando a educação em saúde, através da implementação de um plano intersetorial de atenção ao idoso, com investimento na capacitação.

Abstract



The objective of this study was to analyze the predominant conceptions related to the health – disease process in the elderly, among community health agents, in the city of Camaragibe, Pernambuco, Brazil. The methodology adopted was the qualitative. The thematic analysis permitted classifying and aggregating the data. In this research, one hundred forty-eight community health agents were interviewed. The results show that the community health agents identify the development of activities in health educational and the performing of basic actions as their main tasks; the majority has negative opinions of the aging process, and complete understanding of the concept of health. According to the community health agents, the most cited complaints by the elderly people are the health problems and the necessity of affection. The community agents identify the health care of the elderly as the main responsibility of the agent; and the difficulties to operationalize the service are sited on the field of service organization. The survey about the expectations showed the community health agents' wish to know "*everything*" about the aging process. The analysis of the content of the interviews allows us to conclude that the agents identify themselves as protagonists of the basic attention and core agents in the accomplishment of determined health policies. The conceptions in relation to the attributions and the health of the aged one present a positive view, associated with a holistic approach. The social representation of the elderly, the elderly complaints, the cares of the community agents regarding the elderly and the barriers for the execution of the activities had as answers, themes related to the disease process. The result of the interviews with the community health agents indicated the need for a workshop with the managers of the health system in the city, aiming for sensibility, that they may feel responsible and interested to support the community health agents' work with the elderly. The theoretical support used in the workshop was the strategic planning. The operationalizing process was based on the dialogued exposition of human aging contents and practical exercise to create a plan. The results of the workshop point out the necessity to the city management on investing in the diffusion and implantation of the National Policy for the Elderly in the city, prioritizing the health education through the implementation intersegmental plan of attention to the elderly, investing in the staff qualification.

Sumário



1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO	20
2.1. O agente comunitário de saúde	21
2. 1. 1. HISTÓRICO	21
2. 1. 2. O ARCABOUÇO JURÍDICO	24
2. 1. 3. DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA A PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	25
2. 1. 4. IDENTIDADE PROFISSIONAL: ATOR SOLIDARISTA E/OU ATOR INSTITUCIONAL?	28
2. 1. 5. O CENÁRIO	30
2. 1. 6. A INTERFACE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM O IDOSO	33
2. 2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	34
2. 2. 1. CONCEPÇÕES	34
2. 2. 2. PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	38
2. 2. 3. OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO AO IDOSO	40

2. 3. O PLANEJAMENTO EM SAÚDE	46
2. 3. 1. BREVE HISTÓRICO	46
2. 3 .2. A ferramenta	47
2. 3. 3. A UTILIDADE: O USO	47
2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
3. ARTIGO 1- CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	56
3. ARTIGO 2- PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O EXERCÍCIO DA CONSTRUÇÃO	80
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
6. APÊNDICES	103
7. ANEXOS	108

1

APRESENTAÇÃO



O enquadramento aos critérios de inovação e originalidade sugeridos a teses de doutorado teve como base pesquisa realizada no Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento- CRDE, da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UERJ. O CRDE desenvolveu uma base de teses composta por informações bibliográficas referentes a dissertações e teses que abordam questões relacionadas aos idosos e ao processo de envelhecimento, concluídas no Brasil ou defendidas por brasileiros, no exterior. O resultado da pesquisa ao banco de teses revelou não haver produção científica catalogada sobre o tema de estudo da tese em questão.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. O estudo e seus desdobramentos foram realizados no período de 2000 – 2004, no município de Camaragibe, Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil.

Considerando o “fazer de forma nova”, a inovação, o fato do estudo ter produzido conteúdos para capacitação das agentes comunitárias de saúde na área do envelhecimento, a partir da demanda construída no cotidiano da relação ACS – Idoso, ao contrário da prática institucional estabelecida, seja ela municipal, estadual ou federal, a qual trabalha conteúdos a partir do “saber técnico” dos formuladores representantes da gestão, foi o marco da inovação.

O conhecimento das concepções e práticas das Agentes Comunitárias de Saúde- ACS, de Camaragibe, relacionadas ao segmento idoso, bem como a problematização da temática idoso no município, através de uma oficina de planejamento, constituem as contribuições do estudo no campo da originalidade.

O processo intelectual criativo da pesquisa resultou na produção de dois artigos, respectivamente denominados: “ Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso” e “ Planejamento em saúde: o exercício da construção”.

O primeiro artigo versa sobre as representações sociais das ACS relacionadas ao processo saúde- doença no segmento idoso, o papel a ser

desempenhado pelo ACS na atenção ao idoso, os entraves ao exercício da função no que diz respeito ao segmento idoso e a demanda de conhecimento do ACS na área do envelhecimento. A opção de explicitar as perguntas do questionário de entrevista no corpo do trabalho tornou dispensável sua apresentação nos anexos.

O conteúdo e a riqueza dos dados produzidos na fase de entrevista com as ACS, para identificação das concepções e práticas, indicaram a necessidade de trabalhar com o nível decisório e gerencial da gestão local, conteúdos referentes à prática do agente direcionada ao segmento idoso, visando a sensibilização, o apoio e a sustentabilidade do processo. Assim, optou-se pela realização de uma oficina de trabalho com os atores identificados pelas ACS como importantes para a tomada de decisão sobre a política de atenção ao idoso, no município. O segundo artigo apresenta a sistematização do processo de planejamento da oficina de trabalho, a qual objetivou construir um plano operativo municipal, na área do envelhecimento.

A opção por modular a tese na forma de dois artigos atende a orientação do Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE.

A estruturação do trabalho está organizada na seqüência:

Introdução – considerando a opção de apresentar a tese na forma de dois artigos e, portanto, a limitação de conteúdo imposta pelos periódicos, baseada no documento “Requisitos Uniformes para Manuscritos Biomédicos”¹, a introdução pretende situar a leitura em relação às abordagens teóricas e conceituais do tema da tese.

Artigos- “Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso”, enviado à Revista de Saúde Pública – Journal of Public Health, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. “Planejamento em saúde: o exercício da construção”, enviado à Revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

¹ Revista de Saúde Pública 1999; 33(1): 6-15.

Considerações finais- Tópicos construídos a partir das acumulações teóricas e da realidade empírica do estudo.

Apêndices- Modelo do Termo de Consentimento.

Memorial do Projeto de Pesquisa.

Anexos- Instruções aos autores, dos periódicos citados anteriormente.

2

INTRODUÇÃO



2.1. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

2.1.1. HISTÓRICO

Nos países do primeiro mundo, os sistemas de saúde começam, na metade dos anos 70, a ser fortemente questionados, tendo como pano de fundo as novas concepções do processo saúde – enfermidade – cuidado, que procuram articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde (DEVER, 1980; LALONDE, 1996).

Como os sistemas de saúde estão submetidos a forças expansivas, como a medicalização, o desenvolvimento tecnológico, a transição demográfica e a mudança no perfil nosológico, a reação é baseada em mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. O paradoxo entre o uso de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados e a realidade dos sistemas marcados pela ineficiência, ineficácia, iniquidade e com pouco apoio da opinião pública, leva ao surgimento de novas concepções do processo saúde – enfermidade – cuidado, que articulam saúde e condições de vida (BUSS, 2000).

No caso brasileiro, desde os anos 20, a organização sanitária teve origem e desenvolvimento de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária e liberal, de outro. Na década de 80, com o setor saúde em crise (crise fiscal do estado financiador e crise dos paradigmas científicos no que tange às concepções do processo saúde - doença e ético social), o movimento sanitário propunha uma série de mudanças, inclusive a reorganização das práticas de saúde. Entendendo que a saúde é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando sua dimensão econômica, política e cultural, o sistema deveria pensar propostas menos parciais para atender às necessidades de saúde (PAIM, 2003).

A hegemonia do modelo médico - assistencial privatista e do modelo sanitarista, no sistema de saúde brasileiro, não impediu a iniciativa da construção de modelos assistenciais alternativos, entre eles a Vigilância da Saúde e a estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF, na perspectiva

de se aproximar do atendimento às necessidades de saúde da população, articulando-se com as propostas de promoção da saúde (PAIM, 2003).

Promoção à saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordens institucionais, governamentais ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços (GUTIERREZ et al. 1997).

Precedente à formalização do modelo da Vigilância da Saúde e à estratégia do PSF, no contexto da deterioração do sistema de saúde, ganha força a retomada de propostas de assistências alternativas, calcadas em experiências ocorridas nos anos 60, como o emprego de agentes não profissionais ao processo de trabalho em saúde: os feldshers soviéticos; os médicos de pés descalços na China; os assistentes médicos e o movimento de medicina comunitária, nos Estados Unidos (MARTINS et al.1996).

No Brasil, os reflexos desses programas fizeram-se presentes nas ações de extensão da cobertura. O II Programa Nacional de Desenvolvimento – II PND (1975-1979), apesar de concentrar seu conteúdo nas definições da política econômica, implantou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, que adotou como princípio a utilização de agentes de saúde. O PIASS, a partir de Montes Claros/MG, estendeu-se para a Região Nordeste (1976-1979), incorporando, em 1980, o Vale do Rio Ribeira/SP (MACEDO; SANTOS; VIEIRA, 1980).

Em meados da década de 70, iniciativas municipais para resolver demandas na área de saúde adotaram programas dentro dos princípios da Atenção Primária, sendo o Programa de Agentes de Saúde uma destas

vertentes. São José dos Campos/SP é um dos municípios que dispõe dessa experiência desde 1979 (SILVA ; DALMASO, 2002).

O II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina, defende a realização de Programas de Extensão da Cobertura (PEC). (OPAS, 1971). Na V Conferência Nacional de Saúde (1975), em Brasília, nas conclusões e recomendações aparecem as propostas dos PEC (BRASIL, 1975).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em setembro de 1978, em Alma – Ata, República do Cazaquistão, foi importante para a implantação, em vários países, de programas de Atenção Primária para populações específicas (OMS, 1978).

Em 1987, o Estado do Ceará, em virtude de seca de grande proporções, iniciou o PACS. A idéia era empregar, por um curto prazo, moradores de áreas carentes para realizar atividades de promoção da saúde. O recurso para bancar o programa teve sua origem no fundo especial de emergência do Governo Federal (MINAYO; D'ELIA; SVITONE, 1990).

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde- PNACS, foi implantado na Região Nordeste, em 1991, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde-FNS, com o propósito de contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde- SUS, através da ampliação da cobertura às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando o segmento materno-infantil (SILVA ; DALMASO, 2002).

Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando a sigla PACS. No ano de 1994, o programa havia se expandido para as regiões Norte e Centro-Oeste, contando com 33.488 agentes, em 987 municípios (SILVA ; DALMASO, 2002).

O PSF foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, apresentando-se como uma estratégia para reorganização do modelo de atenção básica à saúde. O PSF representa um novo espaço para o exercício da prática do ACS. O Plano de Metas do Ministério da Saúde, em 1997, prevê a expansão do

PACS e PSF para todo o território nacional e define as diretrizes operacionais para o trabalho do agente (BRASIL, 1997).

Historiar sobre o ACS remete obrigatoriamente ao período do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP (1942-1960). O SESP iniciou suas atividades através de um contrato de cooperação entre o governo brasileiro e o governo americano. A atividade inicial, prioritária, do SESP, era prestar assistência médico-sanitária às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para os países aliados. Em 1960, após vários atos de prorrogação do contrato de cooperação, foi criada a Fundação SESP, vinculada ao Ministério da Saúde. A referida Fundação trabalhou com modelos de ampliação da cobertura para populações específicas, práticas, princípios e diretrizes que são constituintes, hoje, do PACS e do PSF, como a visita domiciliar, adscrição de clientela, o trabalho com a comunidade, entre outros (SILVA ; DALMASO, 2002).

2.1.2 O ARCABOUÇO JURÍDICO

A base do arcabouço jurídico do SUS é formada pela Constituição Federal de 1988, pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2003). A operacionalização do SUS é orientada pelas Normas Operacionais, publicadas sob forma de Portarias. No momento, a Norma Operacional de Assistência à Saúde em vigor é a NOAS-SUS 01/02(BRASIL, 2003).

As normas e diretrizes de funcionamento do PACS e do PSF estão explicitadas na Portaria n.º 1.886, do Gabinete do Ministro da Saúde, de 18/07/1997. O Decreto n.º 3.189, de 04/10/1999, fixa diretrizes para o exercício da atividade do ACS (BRASIL, 2003).

Em função da necessidade de inclusão das ações de epidemiologia e controle de doenças na gestão da atenção básica em saúde e da incorporação das ações de vigilância, prevenção e controle da malária e da dengue, foi publicada a Portaria n.º 44, em 03/01/2002, a qual define as atribuições dos ACS no combate àqueles agravos (BRASIL, 2003). A Portaria n.º 1.350, de 24/07/2002, institui um incentivo financeiro adicional para os ACS, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), a ser transferido anualmente (BRASIL,

2003). Este incentivo está condicionado ao cumprimento, pelos ACS, da Portaria n.º 44 (BRASIL, 2003). A Portaria n.º 868, de 07/05/2002, fixa em R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) o valor do recurso a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, referente ao trabalho do ACS. Este valor é transferido mensalmente, em duodécimos, visto que é anual (BRASIL, 2003).

Em julho de 2002, após 11 anos de funcionamento do PACS, é regulamentada a profissão do ACS, através da Lei n.º 10.507 (BRASIL, 2003).

2.1.3 DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA A PRÁTICA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

A regulação jurídica do SUS determina que ao ACS cabe desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. São as seguintes as atividades a serem desenvolvidas pelo ACS no atendimento ao que é preconizado como sua atribuição (Decreto n.º 3.189/99) (BRASIL, 2003):

- utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação;
- executar atividades de educação para saúde individual e coletiva;
- registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- estimular a participação da comunidade nas políticas públicas, como estratégia da conquista de qualidade de vida;
- realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida;
- desenvolver outras atividades pertinentes à função do ACS.

O ACS deve trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, sendo responsável, no máximo, por 150 famílias ou 750 pessoas, beneficiadas pela visita domiciliar pelo menos uma vez ao mês. Os requisitos para ser ACS são: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, ser maior de dezoito anos, ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades e haver concluído o ensino fundamental. Este último requisito foi incorporado a partir da Lei n.º 10.507/02 (BRASIL, 2003). Antes da promulgação da mesma, em relação à escolaridade, era exigido apenas “saber ler e escrever”. A Lei desobriga os ACS em atividade antes da data da promulgação, do atendimento ao requisito. Além dessas exigências, o ACS deve também concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação do agente.

A capacitação do ACS deve acontecer em serviço, de forma continuada, gradual e permanente, sob a responsabilidade de um instrutor supervisor. Cabe ao profissional de enfermagem desempenhar o papel de instrutor, avaliando sistematicamente o trabalho dos ACS. Cada grupo de 30 ACS deve ser supervisionado por um profissional enfermeiro.

O processo de seleção é realizado pelo município, a partir da concepção do modelo de saúde que orienta os marcos da gestão. O instrumento utilizado na seleção é diversificado, em muitos casos, definido em função dos interesses institucionais, sendo a prova escrita e a entrevista os mais comuns; mas, é também utilizado o critério da indicação.

O acompanhamento das ações e o resultado das atividades realizadas pelos ACS são monitorados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, identificado pelo Ministério da Saúde como um instrumento gerencial para os sistemas locais de saúde, permitindo a micro-especialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; e a consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para níveis mais agregados. A utilização prática dos dados gerados pelo SIAB, ao nível das unidades básicas de saúde, é pouco expressiva, justificada, do

ponto de vista dos componentes das equipes do PSF, pela sobrecarga de trabalho, especialmente consultas, o que impede a realização sistemática de atividades relacionadas à análise dos dados.

A operacionalização das atividades do ACS subordina um aporte de recursos financeiros, parte integrante da lógica de financiamento do SUS. O repasse de recursos é feito do nível federal ao municipal e compõe o Piso de Atenção Básica – PAB, composto por duas categorias: a fixa e a variável. A primeira corresponde a um valor per capita, multiplicado pelo número de habitantes do município; a segunda refere-se a um incentivo financeiro a programas e estratégias que o município pode ou não adotar, entre elas o PACS e o PSF. O valor de R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) corresponde ao montante transferido, por ACS/ano, ao município, na categoria incentivo. Portanto, cabe à gestão local o ajuste de valores, uma vez que a remuneração mínima do ACS deve ser de um salário mínimo.

A expansão, atualmente, do número de ACS, por orientação do Ministério da Saúde, é condicionada à implantação ou implementação do PSF, o que resultará na incorporação dos ACS do PACS ao PSF, com conseqüente extinção, a médio e longo prazos, do PACS.

O PSF é constituído por uma equipe que, no mínimo, deve ter 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 6 ACS. Cada equipe do PSF deve acompanhar de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. A partir de 2001, foi incorporada à estratégia do PSF, a equipe de saúde bucal, composta por 1 cirurgião-dentista, 1 atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental (BRASIL, 2001a).

2.1.4 IDENTIDADE PROFISSIONAL: ATOR SOLIDARISTA E/OU ATOR INSTITUCIONAL?

A dualidade do papel a ser desempenhado pelo ACS, enquanto membro da comunidade que trabalha e sujeito da ação governamental, confere ao mesmo uma condição única no cenário das categorias profissionais estabelecidas.

As atividades legalmente previstas para serem realizadas pelos ACS transcendem o campo tradicional da saúde, exigindo-lhes uma compreensão e prática do processo saúde-doença, enquanto produção social. A designação de “elo entre a comunidade e o serviço de saúde” faz desses agentes o ator-chave para a reprodução das políticas de governo.

Nogueira, Silva e Ramos (2000) afirmam que o trabalho a ser desempenhado pelo ACS com a comunidade abrange dois atributos sociais básicos: a identidade com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária. A este perfil social está combinado o papel de mediador entre o Estado e a comunidade. Os autores referem que:

... o ACS ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária, mas também as de acesso aos direitos sociais, incluindo saúde e outras dimensões do bem-estar, pelo fato de levar às famílias recursos e conhecimentos organizados pelo Estado.

As características que moldam a atividade do ACS geram grandes dificuldades na definição da forma de vinculação institucional do agente, o que tem favorecido a precarização das relações de trabalho da categoria. Para refletir sobre este tema, Nogueira, Silva e Ramos (2000) sugerem que a vinculação institucional do agente está subordinada à combinação de três fatores gerais: a) a orientação mais liberal que hoje se adota no campo de regulação das profissões e das ocupações, que atribui ao mercado a função de legitimar, por livre demanda e utilização, as novas categorias que venham a resultar da divisão do trabalho na sociedade; b) as mudanças da gestão na administração pública, devido à reforma do Estado, que buscam dar mais flexibilidade nas formas de vinculação de seu pessoal; c) a emergência do paradigma solidarista de políticas sociais, que serve de base para que os componentes desta categoria sejam efetivamente considerados como trabalhadores *sui generis*, que precisam manter sua ligação originária com a

comunidade, devendo, para tanto, atuar como parte de um esquema de parceria com o Estado.

O cenário da relação de trabalho do ACS com o município, ao nível nacional, é constituído por várias modalidades de vinculação: estatutário, Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), cargo comissionado, prestação de serviços, contrato excepcional por tempo determinado e cooperativa. Todas as modalidades ferem o princípio da autonomia do ACS, requisito para legitimar a identificação com a comunidade, denominada, por Nogueira, Silva e Ramos (2000), de *solidarista*. A modalidade cooperativa vem sendo contestada pelo Ministério Público do Trabalho, que a considera, no caso do ACS, como um disfarce para a condição de emprego assalariado.

Pesquisa realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2001, sobre os vínculos contratuais dos ACS em nove Estados, revela que, no Nordeste, 27% dos agentes são contratados como prestadores de serviço, 24% estão na categoria bolsista, mais de 18% na categoria “outras formas de contrato”, em que predominam contratos verbais; e 9% são estatutários ou celetistas. Questionários em branco, referentes ao quesito vínculo, representaram 22% do total (BRASIL, 2002a).

O cenário de precarização nas relações de trabalho a que estão expostos os ACS, a pressão numérica deste segmento, mais de 185 mil ACS (MACHADO, 2004), e os resultados práticos, positivos, de sua ação com a comunidade, pressionam por uma solução para o dilema da vinculação institucional.

O Ministério da Saúde, em janeiro de 2002, lançou a cartilha “Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite, em que orienta os gestores a aderirem à modalidade de vinculação Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIPS. A indicação do Ministério, de acordo com os argumentos explicitados na cartilha, seria a solução plausível, porque garante os direitos trabalhistas do ACS através da CLT, uma vez que a OSCIPS é entidade de direito privado; os gastos com os ACS não são computados nos limites de gastos com pessoal, previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal; gera segurança jurídica para a prefeitura e para o

agente; é compatível com os princípios e diretrizes do PACS, permitindo que o requisito de morar na comunidade seja mantido, preservando os aspectos de solidariedade, liderança e conhecimento da realidade (BRASIL, 2002a).

O tipo de vínculo representa um fator importante na subjetividade de ser um agente solidarista e/ou um agente institucional, mas, como referem Silva e Dalmaso (2002):

Não existe o agente institucional ou o agente de comunidade como o bem e o mal, o certo e o errado. Na realidade, essas categorias não são antagônicas ou excludentes, mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões, ao mesmo tempo, de sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso, de ética e de solidariedade.

2.1.5. O CENÁRIO

Estudo divulgado pelo Ministério da Saúde, em 2002, intitulado “Projeto de Implantação e Consolidação do PSF: indicadores de monitoramento da implantação em grandes centros urbanos”, apresenta o cenário do Modelo de Atenção e do Modelo PSF, em 224 municípios brasileiros, com mais de 100.000 habitantes. Os dados apresentados a seguir ilustram a situação no município de Camaragibe (BRASIL, 2002 b).

População 2000- IBGE	Modelo	Evolução para Plena de Sistema	Aprendizado ¹ Institucional
128.702	PSF PACS	Sim	alto

Maturidade do PSF ²	Ano Implantação PSF	de Evolução das Equipes do PSF em relação a 2.000 ³
1-4 alta	1999	alta

Tempo de Implantação do PSF	de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 1991	de Renda média do responsável pela família (SM)
5	Médio	2,85

% de população com domicílios com abastecimento de água	% de população com domicílios com esgotamento sanitário	% da população com domicílios com coleta de lixo
77,11	20,22	84,62

Número médio de moradores por domicílio	Taxa de alfabetização
3,94	85,30

% da população cadastrada pelo PSF e PACS na população total do município	agentes comunitários de saúde do PSF e PACS por 1.000 pessoas cadastradas	PAB variável por habitante
84,66	16,54	19,98

PAB fixo por habitante/ano	percentual de recursos próprios, provenientes de impostos e transferências, aplicados em saúde
12,25	16,67

despesa total com saúde por habitante	Cobertura vacinal contra influenza em idosos
191,48	100%

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2000.

¹ **Trajetória de habilitação do município às Normas Operacionais Básicas.**

² **Tempo de implantação e trajetória de expansão.**

³ **Aumento no número de equipes no ano 2000.**

A análise dos dados referentes ao processo de municipalização e de implantação do PSF no município demonstra um desempenho positivo, favorecido pelo tempo de implantação, fator importante para o acúmulo de conhecimento por parte da gestão e gerência do sistema local de saúde.

As informações sobre o perfil sócioeconômico da população revelam uma similitude com os demais municípios de mesmo porte, chamando a atenção o percentual de coleta de lixo, ao se considerar a geografia acidentada da região, marcada por áreas de difícil acesso.

A cobertura do PSF é alta e o número de agentes/habitante é superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (Pernambuco, 2004), Camaragibe conta com 266 ACS e 37 equipes do PSF, o que representa uma cobertura de 100% para o primeiro e 94,64%, ao ser considerado o parâmetro nacional.

Os valores do PAB variável e fixo são compatíveis com a média nacional para os municípios do mesmo porte de Camaragibe, o que não significa que atendem às necessidades da população.

O percentual de contrapartida de recursos financeiros do orçamento municipal é superior ao valor mínimo de 15%, regulamentado pela Proposta de Emenda Constitucional-PEC 29 (BRASIL, 2003). O valor per capita de investimento em saúde no município ocupa a 20ª posição, no ranking dos municípios avaliados; no entanto, para garantia do direito constitucional à saúde, o referido valor, de R\$ 191,48 (cento e noventa e um reais e quarenta e oito centavos), não atende ao direito constituído.

2.1.6. A INTERFACE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COM O IDOSO

A Portaria n.º 1.886, de 18/12/97 (BRASIL, 2003), apresenta trinta e três ações e atividades a serem desempenhadas pelo ACS, entre elas, “a realização de atividades de prevenção e promoção de saúde do idoso”. As demais atividades, em quase sua totalidade, são de caráter geral, no que diz respeito à focalização nos ciclos da vida, marcadas por uma atuação intersetorial.

A estratégia do PSF, em relação ao segmento idoso, prevê uma atenção especial e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social (SILVESTRE ; COSTA NETO, 2003).

A determinação conceitual da ação do ACS na atenção ao segmento idoso está estabelecida do ponto de vista legal e doutrinário. Cabe refletir sobre a transformação do escrito, no fazer.

Segundo Czeresnia e Freitas (2003), propor conceitos inclusivos e complexos, no campo do processo saúde-doença-cuidado, é insuficiente para transformar a realidade; é necessário construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com outros conhecimentos.

No PSF constata-se, na prática, um afastamento dos aspectos conceituais da estratégia. A atividade predominante é a assistência individual, baseada no saber clínico, realizada por profissional universitário, médico ou enfermeiro, tanto da demanda organizada, como da demanda espontânea (SILVA ; DALMASO, 2002).

As expectativas conceituais e doutrinárias da ação do ACS na atenção ao idoso são pertinentes, do ponto de vista do perfil demográfico, do perfil epidemiológico, e da modalidade de abordagem e concepção cidadã que se almeja do processo de envelhecimento. Silva e Dalmaso (2002) comentam que,

... na prática do dia-a-dia, espera-se que os agentes saibam lidar com complexos problemas sociais, no entanto estes agentes não dispõem de instrumentos, tecnologia, de saberes para corresponder às expectativas da

comunidade e dos governos, isto faz com que o agente acabe trabalhando com o senso comum, com Deus e com os saberes e recursos da comunidade.

Segundo as autoras, isso traz, como conseqüência, a necessidade de garantir condições para que se construa um saber operante, que deverá incluir uma vertente individual e biológica e, principalmente, integrar e articular as vertentes social e comunitária.

2.2. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

2.2.1. CONCEPÇÕES

É necessário desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída (MINAYO; COIMBRA Jr., 2002). Compreender o envelhecimento é entender de que forma as potencialidades e limites do ser humano são percebidos e atualizados, através da relação entre natureza, sociedade e cultura. As relações sociais e o conjunto de significados que unem as pessoas constituem o substrato para determinar que a vida seja considerada como um curso, que alguns marcos sejam estabelecidos e as etapas da vida sejam assinaladas diferentemente. Neste sentido, embora os indivíduos idosos tenham basicamente as mesmas potencialidades e limitações biológicas, em cada sistema sociocultural elas serão vividas de modo tão diverso que suas implicações serão sensivelmente diferentes, conseqüentemente o processo de envelhecimento não pode ser considerado homogêneo (GUEDES, 1999).

Velhice – última etapa de um ciclo vital, delimitada por eventos como perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva (PAPALÉO NETTO, 2002).

Nas sociedades capitalistas industriais, a visão depreciativa dos mais velhos tem sido alimentada pela ideologia produtivista, para a qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, de pouco ou nada serve para seu país ou comunidade. No imaginário social, a velhice sempre foi associada a um peso, seja para a família, seja para a sociedade. A forma mais comum de discriminação cultural tem sido o estigma de descartável (SOUZA, E. R. et al, 2002). Guimarães (1997) menciona que, “nos dicionários emocionais da população, velhice é sinônimo de decadência, de decrepitude e de perda de dignidade”.

No Brasil, a idéia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída sobretudo pelo Estado, através da associação de situações de déficit com o crescimento da população de idosos.

Senescência ou Senectude – resultado do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas no envelhecimento normal.

Senilidade – alterações no envelhecimento normal por doenças que acometem a pessoa idosa
(PAPALÉO NETTO, 2002).

Na sociedade ocidental contemporânea, o Estado é o grande regulador do curso da vida. Por causa disso, a idade cronológica é um princípio cultural importante no aparato jurídico – político estabelecido, o qual concentra no indivíduo a atribuição de direitos e deveres; e no mercado de trabalho, a base da economia. Padronizada, com base na idade cronológica, a leitura do ciclo de vida que corresponde à fase da velhice passa a ser homogeneizada, submetida a procedimentos uniformes, não considerando as potencialidades, os problemas e as subjetividades dos idosos (MINAYO ; COIMBRA Jr., 2002).

Para a Organização das Nações Unidas – ONU (1982), o ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento. Nos

primeiros, são considerados idosos os indivíduos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. A diversidade no controle de uma série de recursos entre aqueles que têm 60 anos e os que são vinte ou trinta anos mais velhos levou à proposição de novos recortes: 60-75 anos (jovens idosos ou terceira idade); acima de 75 –85 anos (idosos – idosos ou quarta idade); acima de 85 anos (idosos mais idosos ou quinta idade) (DEBERT, 1999).

A expressão “terceira idade” surgiu no pós Segunda Guerra Mundial, para designar participantes de um movimento de transformação de um fato particular em questão pública – o envelhecimento – ou seja, a luta para imprimir um novo significado ao espaço tradicionalmente percebido como o da decadência física e da inatividade; a transformação do idoso em ator político. A terceira idade passa a ser uma categoria que designa o envelhecimento ativo e independente, portanto, um mercado consumidor em expansão bastante atraente. Este novo ator político que surge empoderado, participando de movimentos de classe, tem, na sua contribuição específica, gerado um bem para a sociedade, “estabelecendo os contornos de seus próprios interesses, num mundo cheio de outros poderosos interesses” (MINAYO ; COIMBRA Jr., 2002).

Gerontologia- campo multi e interdisciplinar voltado à descrição e explicação das alterações usuais do processo de envelhecimento e de seus determinantes genéticos-biológicos, psicológicos e socioculturais (NERI, 2001).

A diversidade de situações dos mais velhos no país não permite polarizar a discussão na categoria “terceira idade” ou no estereótipo da velhice como período da dependência e da passividade. A primeira corre o risco de servir como fonte de recursos numa lógica para manter o mito da imortalidade

ou da eterna juventude, através do ilimitado investimento cultural e tecnológico nos processos biológicos. A segunda legitima as políticas voltadas para o idoso como ser abandonado pela família e alimentado pelo Estado. O discurso gerontológico é um dos elementos fundamentais no trabalho de racionalização e de justificação de decisões político-administrativas e no caráter das atividades voltadas para um contato direto com o idoso (DEBERT, 1999).

É necessário um movimento que positive o envelhecimento como um tempo produtivo específico da vida emocional, intelectual e social, superando, assim, os estigmas da discriminação. Pois é essa discriminação internalizada que freqüentemente leva os idosos a uma atitude de negação, buscando parecerem mais jovens para ser aceitos e acolhidos, obscurecendo suas características, seus atributos e sua identidade (LINS DE BARROS, 2000).

A positivação da identidade do idoso significa, por um lado, reconhecer o que há de importante e específico para desfrutar nessa etapa da vida; por outro, compreender, do ponto de vista desse grupo social, os sofrimentos, as doenças e as limitações, com toda a carga pessoal e familiar que tais situações acarretam, embora nunca tratando tais acontecimentos dolorosos e tristes como sinônimos de velhice (MINAYO ; COIMBRA Jr., 2002).

É necessária uma mudança na concepção acerca da saúde, da doença e do envelhecimento. A percepção dos agravos em idosos como “coisas da idade”, “acometimentos esperados”, precisa ser modificada, através de uma intervenção dinâmica de ações de promoção, prevenção e tratamento, que favoreça o envelhecimento saudável. A reflexão de Boff (1999) sobre a subjetividade do conceito saúde - doença permite um paralelo com a complexa realidade diversa do processo de envelhecimento: “alguém mortalmente doente pode ser saudável porque nesta situação cresce, se humaniza e dá sentido à vida”.

É complexo o processo de envelhecimento, mas não pode ser considerado sinônimo de doença, privação, dependência, tristeza e frustração.

Segundo Komatsu (2003), o alcance da imagem - objetivo da positivação do envelhecimento,

... só é possível com uma grande mudança do paradigma de *ser idoso* em nossa sociedade, o que envolve a quebra de espelhos e lentes da sociedade, rompendo com mitos e crenças populares, preconceitos e ditos sobre o idoso.

2.2.2. PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade. Este limite de idade varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO ; GARCIA, 2003).

O envelhecimento como problema social surge a partir da Segunda Grande Guerra. A humanidade tem conseguido viver cada vez mais, graças ao controle de certas doenças, à queda nas taxas de fecundidade e de natalidade, à melhoria das condições de vida – que premiam desigualmente pobres e ricos, mas são abrangentes – e ao avanço de tecnologias de trabalho, saúde e lazer (MINAYO ; COIMBRA Jr., 2002).

O Brasil dobrou o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. Em 1900, a esperança de vida ao nascer do brasileiro era de 33,7 anos; em 1950, de 43 anos; em 1990, de 65 anos (VERAS, 1995).

Jamais, até os nossos dias, os países tinham registrado um número tão elevado de idosos em sua população, especialmente no grupo de idade extrema, acima de 80 anos. No Brasil, entre 1960 e 1980 houve uma queda de 33% da fecundidade. A diminuição no número de nascimentos resulta, em médio prazo, na ampliação relativa da população idosa (KALACHE et al.1987).

O declínio da fecundidade, no Brasil, tem ocorrido numa velocidade muito maior que em outros países; em torno de 30 anos, em comparação com os 115 da França, os 85 da Suécia ou os 66 anos dos Estados Unidos (CHAIMOWICZ, 1997; KALACHE et al. 1996).

Como consequência do declínio relativo do número de jovens e o aumento da proporção de idosos, tem-se o estreitamento da base da pirâmide

populacional e o alargamento progressivo das outras faixas, bem como o aumento da esperança de vida ao nascer (IBGE, 2002). A previsão dos demógrafos é que, em 2020, existam cerca de 1,2 bilhão de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros acima de 60 anos, que corresponderão à sexta população mais velha do planeta, ficando atrás apenas de alguns países da Europa, do Japão e da América do Norte. A pressão numérica do referido grupo populacional obriga a uma escuta que considere a lógica interna deste contingente societário, buscando a realização de seus anseios para a construção de um padrão de vida que lhes seja adequado. Assim, no contexto brasileiro, o acelerado crescimento da população idosa faz surgir um grande desafio: como garantir uma sobrevivência digna a todos aqueles que tiveram suas vidas prolongadas em anos? Sá (1997) pondera que o cuidado com o envelhecimento deve ser concebido com base em indicadores de qualidade da existência. A busca de soluções adequadas exige a inclusão do envelhecimento como um elemento fundamental na elaboração das novas políticas e na agenda de investigação científica do novo milênio (MINAYO; COIMBRA Jr., 2002).

De acordo com o censo de 2000, a população de idosos do Brasil corresponde a 8,7% da população total; em Pernambuco, o percentual é de 8,9%, representando a 6ª população de idosos do país; no município de Camaragibe, 7,3% da população é representada pelo segmento idoso.

Como repercussão da transição demográfica vem sendo observada uma transição epidemiológica ou dos padrões de morbi-mortalidade de características específicas. No Brasil, diferentemente dos países industrializados, não houve uma substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis; o que ocorre é uma superposição destes agravos (CHAIMOWICZ, 1997).

A mortalidade entre os idosos, no Brasil, é em grande parte referida como de causas mal definidas (65%). O elevado percentual reflete a precariedade da assistência médica e a dificuldade de estabelecer diagnósticos, pela presença de múltiplas doenças (COSTA et al. 2000; MELO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001).

Os três principais grupos de causa de mortalidade dos idosos, no Brasil, são, respectivamente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias. Em Pernambuco, a primeira e segunda causa são coincidentes com o quadro nacional, sendo a terceira causa representada pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. No município de Camaragibe, a mortalidade em idosos apresenta, como primeira causa, as doenças do aparelho circulatório, seguida pelas doenças do aparelho respiratório e das neoplasias (BRASIL, 2001b).

Em relação ao perfil de morbidade, constata-se uma carência de informações em relação ao segmento idoso, sendo que as existentes, em sua maior parte, referem-se a dados de demanda em serviços, nos quais há limitações decorrentes dos registros e da não definição de critérios universais de diagnóstico, anamneses e exames. Este fato é agravado pela precariedade do acesso assistencial do referido segmento populacional (MELO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001).

Dados referentes à morbidade hospitalar em idosos, no Brasil e no Estado de Pernambuco, apresentam, como primeira causa de internamento, as doenças do aparelho circulatório e, como segunda e terceira causas, as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, respectivamente. As causas de internamento, no Município de Camaragibe, em ordem decrescente, são, respectivamente: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo e as neoplasias (BRASIL, 2002c).

2.2.3. OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO AO IDOSO

A presença do paradigma biologicista configura-se na vigência do modelo assistencial médico-privatista ainda regendo o processo de organização dos serviços de saúde no país, porém, convivendo com o modelo sanitário e também com ações características de modelos alternativos de atenção à saúde. É importante enfatizar que não é fácil romper com um paradigma estruturado secularmente, que influencia na formação profissional, na gestão dos serviços e na macropolítica do setor, intervindo na vida e na morte das pessoas (MENDES, 1996).

A partir das demandas advindas de uma nova ordem mundial, como: a transição demográfica e epidemiológica da população, é importante considerar um novo paradigma, que não é hegemônico, mas aponta para a visão da saúde como produção social, objetivando o controle dos riscos e danos, considerando os vários determinantes no processo saúde-doença (MENDES, 1996).

O rápido crescimento da população de idosos, no Brasil, acarreta um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. A infra-estrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário, em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente, ainda é precária (VERAS, 2002).

Os idosos consomem mais dos serviços de saúde, suas taxas de internações são mais elevadas, quando comparadas a qualquer outro grupo etário, e o tempo médio de ocupação do leito é três vezes maior. A falta de serviços domiciliares e/ ou ambulatoriais faz com que o próprio atendimento se dê em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de um prognóstico favorável. Os problemas de saúde nos mais velhos são crônicos e múltiplos, perduram por vários anos, requerendo o envolvimento de pessoas qualificadas, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares (VERAS, 2003).

Em recente entrevista, o Ministro da Saúde, ao ser questionado quanto aos entraves na operacionalização do SUS, identificou a carência do atendimento de média complexidade, ou seja, o atendimento especializado, como um dos mais graves, responsável pela sobrecarga direcionada aos serviços de urgência e, conseqüentemente, ao desvirtuamento da função estabelecida, implicando numa série de transtornos à população e aos profissionais de saúde (ALMEIDA, 2004). Dados do município de São Paulo demonstram que os idosos são os que mais freqüentam as unidades de emergência, recebendo uma atenção pouco resolutiva, sendo a baixa oferta de serviços especializados e, em algumas áreas, de serviços básicos, um dos determinantes pela procura deste tipo de atendimento (KALACHE et al. 1996).

O Brasil possui um sistema de saúde desorganizado, frente às necessidades deste segmento populacional, com baixa resolubilidade, pouco adequado para enfrentar os problemas de saúde do idoso, agravados pela desinformação, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo preconceito e despreparo da sociedade e dos profissionais de saúde em lidar com as situações inerentes ao processo de envelhecimento, resultando em um cuidado deficiente e de elevado custo (MENDES, 2001).

Estudo realizado no Rio de Janeiro, em 1994 (VERAS, 1995), mostrou que 82,5% dos idosos pesquisados não relataram perda de sua capacidade funcional. Apesar deste percentual elevado, sabe-se que uma proporção maior do segmento idoso retorna para outras consultas, em relação aos demais grupos usuários de serviços de saúde. Entre os que reportaram problemas de saúde, cerca de 2/3 responderam possuir mais de uma queixa. Esta é uma característica importante nos idosos, que deve ser levada em consideração quando da organização dos serviços de saúde.

Com o prolongamento da vida, o período de incapacidade e dependência também é prolongado. A complexidade deste quadro indica que urgentes medidas precisam ser tomadas. É necessário eleger algumas questões teóricas que considerem as especificidades do idoso e mostrem que os modelos de prevenção para este grupo etário são distintos dos preconizados para os segmentos populacionais mais jovens. Deve-se desenvolver uma estratégia que leve o aparecimento da morbidade e incapacidade para o limiar mais próximo possível do limite biológico da vida (FRIES, 1980; FRIES ; CRAPO, 1981).

Capacidade funcional – grau de preservação da capacidade de realizar atividades de vida diária- AVDS e o grau de capacidade para desempenhar as atividades instrumentais de vida diária- AIVDS.

Escalas: Katz (1963); Fillembaum e Smyer (1981); Lawton (1982) (NERI, 2001).

Nos Estados Unidos, é grande o volume de recursos empregados na tentativa de criar modelos de operacionalização do sistema de saúde, visando atingir uma conjunção otimizada entre a qualidade dos serviços prestados e a quantidade de recursos despendidos. A lógica subjacente aos estudos norte-americanos é de que este segmento poderia gozar de melhor saúde, com um gasto menor em hospitalizações e atendimentos de complexidade crescente (5% da população registrada no Medicare - serviço público de atendimento ao segmento idoso- é responsável por 62% das despesas hospitalares) se os indivíduos de maior risco fossem identificados precocemente e abordados de forma preventiva (BOULT et al. 1993; GRUENBERG; TOPKINS; PORELI, 1989). De acordo com Veras (1998), a prevenção, nos idosos, deve ser de dois níveis: o 1º, da prevenção clássica, isto é, das ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos; o 2º da detecção precoce da doença, isto é, do movimento que visa a antecipação diagnóstica para postergar a manifestação mais avançada das doenças pelo mais longo espaço de tempo possível.

O PSF configura-se como uma estratégia de estratificação de risco e de identificação do idoso fragilizado, diminuindo suas dificuldades em conseguir assistência adequada para os problemas de saúde, podendo desenvolver ações preventivas no plano primário e mesmo secundário.

O ACS, dentro de sua capacidade de atuação, é um ator importante no sentido de promover a prevenção, contribuir para o diagnóstico e tratamento precoce das doenças crônicas e incapacidades, procurando manter a autonomia dos idosos.

AVDS – Atividades de vida diária ou de auto-cuidado: arrumar-se, vestir-se, comer, fazer a toailete, banho, locomoção.

AIVDS – Atividades instrumentais de vida diária: fazer compras, pagar as contas, cozinhar, usar meios de transporte, cuidar da própria saúde (NERI, 2001).

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. A presença de doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma totalmente independente. E a grande maioria dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses, organizar-se, sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, estes idosos que mantêm sua auto-determinação e prescindem de qualquer ajuda ou supervisão para realizar as atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas (GORDILHO et al. 2000).

Independência funcional – o indivíduo é capaz de realizar uma tarefa motora sozinho, o que permite a realização das AVDS e AIVDS (PEREIRA et al. 2002).

O investimento na promoção do envelhecimento saudável é tão importante quanto os recursos aplicados na assistência. Significa manter 80% dos idosos saudáveis, com sua autonomia preservada, reservando meios para os 20% fragilizados. Os modelos de promoção e prevenção direcionados à população idosa se aplicam de modo tímido à clientela. Desta forma, políticas que previnam a deterioração da capacidade funcional e permitam a compressão da morbidade, como ações educativas de estímulo à adoção de hábitos e estilo de vida saudável, e a promoção de atividades de convivência, mostrar-se-iam mais eficazes, evitando que os 80% venham a engrossar o contingente dos 20% que demandam mais do sistema de saúde (VERAS, 2002).

Autonomia – exercício do autogoverno, capacidade de decisão sobre sua própria vida.

Independência – capacidade de desenvolver as atividades instrumentais de vida diária e de auto-cuidado sozinho (PAPALÉO NETTO, 2002).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso (Lei 8.842/94; Decreto 1.948/96) (BRASIL, 2003) tem como propósito basilar: a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Qualidade de Vida – é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive (OMS, 1978).

2.3. O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.3.1. BREVE HISTÓRICO

O histórico do planejamento tem como base a necessidade de intervenção do Estado na economia, e teve seu início na União Soviética, na década de 20. Neste período, o planejamento era marcado por uma lógica normativa e utilizado como um procedimento para imprimir uma orientação mais racional à economia.

O modelo normativo do planejamento em saúde, na América Latina, surgiu oficialmente em 1963, como proposição da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS, em associação com o Centro Nacional de Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela, recebendo a denominação de Método CENDES/OPAS, cuja idéia central era a eficiência na utilização dos recursos (SCHRAIBER et al. 1999).

Com o pragmatismo da “eficiência na utilização dos recursos”, o referido método não atendeu a complexidade do processo de produção da saúde e da doença. Chega-se à conclusão que o método é centrado numa lógica economicista e administrativa mais voltada para o crescimento, em detrimento da equidade (OPAS, 1973).

Na década de 70 surgiu uma nova modalidade de pensar o planejamento em saúde, deslocando a discussão do âmbito da microeconomia para o político (CPPS/OPAS, 1975).

O novo paradigma adota a denominação de Planejamento Estratégico e, como tal, assume que: a realidade é marcada por interesses conflituosos; quem planeja é um ator social, segundo Matus (1993),

... é uma personalidade, uma organização ou um grupamento humano, que de forma estável ou transitória tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades produzindo fatos na situação;

o ator social que planeja é considerado como parte do sistema planejado; as múltiplas concepções dos atores levam à possibilidade de várias explicações da realidade e a vários diagnósticos; o sistema sobre e com o qual se planeja é histórico, complexo, mal definido e incerto, logo, os problemas que dele

derivam são do tipo quase estruturado, ou seja, a resolução dos mesmos não depende exclusivamente de uma normatização, o seu enfrentamento está subordinado à ação criativa e estratégica do ator envolvido (RIVERA, 1992).

2.3.2. A FERRAMENTA

A partir das premissas assumidas pelo planejamento estratégico surgem enfoques particularizados ao novo paradigma: o pensamento estratégico de Mario Testa, o planejamento estratégico situacional (PES) de Carlos Matus e o enfoque estratégico da Escola de Medellin (FEKETE, 1997). A Teoria da Ação Comunicativa de Habermans, no início da década de 90, traz como uma de suas conseqüências a abordagem comunicativa do planejamento (RIVERA; ARTMANN, 2003).

No pensamento estratégico de Mario Testa, o problema é abordado numa perspectiva estrutural, localizando, nas questões relativas ao poder, o ponto de partida da construção epistemológica. O PES preocupa-se em dotar de cientificidade o processo decisório, definindo conceitos operacionais, métodos e técnicas para o ato de planejar. A Escola de Medellin tem em Barrenechea e Trujillo Uribe seus pensadores mais destacados, trabalha o planejamento estratégico a partir da visão institucional setorial (saúde), com o interesse voltado para métodos e técnicas e não para as determinações dos processos (FEKETE, 1997).

2.3.3. A UTILIDADE: O USO

A complexidade dos problemas do setor saúde freqüentemente exige reflexões significativas para a busca de alternativas coerentes com seu enfrentamento. Logo, quer seja em relação a problemas de saúde da população, ou a problemas relacionados ao funcionamento do sistema, faz-se necessária uma análise, para uma posterior intervenção. Conseqüentemente, o enfrentamento dos problemas exigirá intervenções de âmbito setorial, assim como extra-setoriais e transetoriais, entendendo que esta última envolve a participação de vários setores (SANTOS, 2004).

Devido à necessidade da mudança de paradigma na saúde, torna-se urgente a prática de um planejamento que calcule, em longo prazo, e que ofereça possibilidade de respostas concretas aos desafios do presente, ao mesmo tempo comprometido com as aspirações das gerações futuras. Torna-se eminente a emergência de uma nova gestão da atenção à saúde: holística, de longo prazo, interdisciplinar, interdependente (de cooperação e de solidariedade entre as gerações) e participativa (CAVALCANTE, 1998).

A questão do envelhecimento populacional e a responsabilização do Estado na efetivação de políticas públicas de posituação do envelhecimento, tendo nesse estudo o enfoque no ACS, como ator da operacionalização dessa política, são campos de intervenção que demandam, ao planejamento e à administração, respostas efetivas às suas necessidades.

Segundo Rivera e Artmann (1999), o planejamento cumpre o papel de responder às necessidades do sistema de saúde, porque entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, valoriza a condução da ação para a resolução.

Enquanto processo, a denominação de “ferramenta” não pode ser entendida como um conjunto de técnicas e fórmulas. Ela é dinâmica, sua riqueza está no processo de análise e discussão que leva ao diagnóstico, à visão de futuro desejável e à definição de ações para transformação da realidade identificada como problema.

O planejamento, a partir das mudanças de paradigmas, vem se afastando do papel estrutural da organização e da administração, rumando em direção às dinâmicas interativas dos indivíduos, ressaltando os problemas dos sujeitos e seus valores, das culturas e seu comportamento prático, produzindo interatividade e comunicação (SCHRAIBER et al. 1999).

Segundo Kon (1997), o planejamento surgiu como instrumento de atuação/renovação do Estado, para a microfísica das ações assistenciais. Ao nível macro, o planejamento volta-se para a enunciação e explicitação de modelos, lógicas de proteger e produzir saúde, tendo como um dos itens a prestação direta de serviços assistenciais. Para atender a esse pressuposto, o

planejamento tem que se colocar a serviço da habilidade de flexibilizar a norma para o cotidiano dinâmico e particular da realidade.

A utilidade, o uso do planejamento, baseia-se na possibilidade de articular o político com o técnico-científico, através da identificação de problemas numa situação concreta, a definição de prioridades e atividades para a solução do problema, a definição dos recursos necessários e a identificação dos responsáveis.

O SUS, através de seus princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade; da participação popular e profissional em seus processos decisórios; da prestação dos cuidados em saúde resolutivos e de boa qualidade técnico-científica, tem submetido o gestor público a uma prática de grande complexidade (SCHRAIBER et al. 1999).

A efetivação do sistema, num cenário de luta contra-hegemônica aos modelos tradicionais e à reforma do Estado, especialmente com relação à flexibilização nas formas de vinculação profissional, tem demandado atitudes criativas, submetidas a um modo de planejar .

2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, V. O SUS é viável. *Jornal do Comércio*, Recife, 5 de agos. de 2004. Caderno Cidades, p. 4.
2. BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
3. BOULT, C. et al. Screening elders for risk of hospital admissions. *Journal of the American Geriatric Society*, n.,41, p. 811-817, 1993.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. 2003. [Acesso em : 23 set. 2003].
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Regulamentação do vínculo de agentes comunitários de saúde*. Brasília 2002a. (Informe da Atenção Básica, n. 15).

6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de implantação e consolidação do PSF: indicadores de monitoramento da implantação em grandes centros urbanos*. Brasília, 2002b.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. 2002c. [Acesso em : 23 mar. 2004].
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001a. 126p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.2001b. [Acesso em : 23 mar. 2004].
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações em saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.2000. [Acesso em : 23 mar. 2004].
11. BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Metas do Ministério da Saúde*. Brasília, 1997.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da V Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1975.
13. BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163- 177, 2000.
14. CAVALCANTE, E. G. *Sustentabilidade do desenvolvimento: fundamentos teóricos e metodológicos do novo paradigma*. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Editora Universitária, 1998.
15. CPPS/OPAS. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, 1975.
16. CHAIMOWICZ, F. A. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problema, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
17. CARVALHO, J. A.M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.
18. COSTA, M. F. F. L. GUERRA, H. L. BARRETO, S. M. GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa

- brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*; v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.
19. CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
 20. DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.
 21. DEVER, G. E. A. Holistic health: an epidemiological model for policy analysis. In: *Community health analysis*. Baltimore: Aspen, 1980.
 22. FEKETE, M. C. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Organização Pan – Americana de Saúde, 1997.
 23. FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 303, p. 130-135, 1980.
 24. FRIES, J. F.; CRAPO, L. M. *Vitality and aging: implications of the rectangular curve*. San Francisco: WH Freeman, 1981.
 25. GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.
 26. GRUENBERG, L.; TOPKINS, C.; PORELI, F. The health status and utilization patterns of the elderly: implications for setting medicare payments to HMOs. *Advances Health Economics & Health Services Research*, v.10, p. 41-75, 1989.
 27. GUEDES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma “antropologia do envelhecimento”? *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, v.3, n. 3, p. 88-93,1999.
 28. GUIMARÃES, R. M. Ciência, tempo e vida. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, v.1, n.1, p. 7-9, 1997.
 29. GUTIERREZ, M. L. et al. La promoción de la salud. In: ARROYO, H. V. ; CERQUEIRA, M. T. (Orgs.). *La promoción de la salud en*

- America Latina. San Juan: Universidad de Puerto Rico, 1997. p. 54-66.
30. IBGE. *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro, 2002.
31. KALACHE, A. et al. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.
32. KALACHE, A. RAMOS, L. R. VERAS, R. P. SILVESTRE, J. A. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, v. 1, n. 1, p. 81-88, 1996.
33. KOMATSU, R. S. *Aprendizagem baseada em problema: sensibilizando o olhar para o idoso*. Londrina: Rede Unida, 2003.
34. KON, T. O planejamento no distrito de saúde: estratégia e comunicação. 1997. 148f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
35. LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: uma perspectiva canadense. In: OPAS. *Promoción de la salud: uma antologia*. Washington, 1996.
36. LINS DE BARROS, M.M. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2000.
37. MACÊDO, C. G. de S. SANTOS, I. dos; VIEIRA, C. A. B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. In: OPS. *Antologia de experiencia en servicio y doencia enfermeria en America Latina*. Washington, 1980. p. 141-153. (Publicación Científica, 393).
38. MACHADO, K. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. *RADIS: Comunicação em Saúde*, n. 23, p. 10 – 11, 2004.
39. MARTINS, C.I. et al. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate*, n. 51, p. 38- 43, 1996.

40. MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
41. MELLO JORGE, M. H. P. GOTLIEB, S. L. D. LAURENTI, R. A saúde do idoso. In: OPAS. *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília, 2001. p. 120-133.
42. MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
43. MENDES, W. *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.
44. MINAYO, M. C. S. D'ELIA, J.C. ; SVITONE, E. *Programa agentes de saúde do Ceará*. Fortaleza: Unicef, 1990.
45. MINAYO M. C.S. COIMBRA Jr., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO M. C.S.; COIMBRA Jr. C. E. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.
46. NERI, A.L. *Palavras chaves em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.
47. NOGUEIRA, R. P. SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2000. 28p.
48. OMS. *Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde*. Alma-Ata, 1978.
49. ONU. Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento da População. Viena, 1982.
50. OPAS. *II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980)*. Washington, 1971.
51. OPAS. *Planificación de salud en America Latina*. Washington, 1973 (Publicación Científica, n. 272).
52. PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs).

- Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 161-174.
53. PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.
54. PEREIRA, L. S. et al. In: FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 846-855.
55. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. *Relatório mensal da cobertura do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.* Recife, 2004. 12p.
56. RIVERA, F. J. U. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 1992.
57. RIVERA, F. J. U. ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p. 355-365, 1999.
58. RIVERA, F. J. U. ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
59. SÁ, V. M. T. P. L. *O novo velho e as políticas sociais: e o setor saúde, como se manifesta?* 1997. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
60. SANTOS, E. R. R. dos. *Ações de promoção à saúde: caminho de construção de uma cidade saudável? O caso Recife.* 2004. 98f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
61. SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p. 221-239, 1999.

62. SILVA J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
63. SILVESTRE, J. A. ; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.
64. SOUZA, E. R. et al. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C.S; Coimbra Jr., C. E. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 191-209.
65. VERAS, R. *País jovem com cabelos brancos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
66. VERAS, R. Novo perfil das doenças: novos modelos de cuidado. *Revista Brasileira de Home Care*, a. 4, n. 40, p. 24, agos. 1998.
67. VERAS, R. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
68. VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

3

ARTIGO 1



CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

CONCEPTIONS AND PRACTICE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE HEALTH CARE OF THE ELDERLY.

Adriana Falangola Benjamin Bezerra ¹, Malaquias Batista Filho ²

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo ¹

¹Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco.

²Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Av. Prof. Moraes Rego s/n – Cidade Universitária. Cep: 50670-420

Baseado em tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação. Departamento de Nutrição/UFPE, 2004.

Correspondência para:

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Departamento de Medicina Social – UFPE

Av. Professor Moraes Rêgo s/n – Cidade Universitária

CEP: 50670-420 Recife, PE, Brasil

Fone: 81- 21268550 Fax: 21268558

e-mail: afalangola@uol.com.br

Trabalho financiado pela

Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do

Estado de Pernambuco - FACEPE (Processo nº: 23-CSD-02/00-01-5).

RESUMO

OBJETIVO Analisar as concepções predominantes entre as agentes comunitárias de saúde, referentes ao processo saúde – doença, em idosos.

MÉTODOS Método qualitativo, tipologia exploratória – descritiva, técnicas de coleta de dados: revisão da literatura, análise documental e entrevista. A análise temática permitiu a classificação e agregação dos dados. Entrevistas realizadas com 148 agentes comunitárias de saúde do município de Camaragibe-PE/Brasil.

RESULTADOS Os resultados mostram que 42% das agentes comunitárias identificam como principal atribuição desenvolver atividades de educação em saúde e realizar ações básicas; 65% têm opinião de valor negativo em relação ao envelhecimento; 66% apresentam compreensão integral do conceito de saúde; as queixas mais citadas pelos idosos referem-se aos problemas de saúde e à necessidade de afeto; 68% identificam o cuidado com os problemas de saúde do idoso como a principal responsabilidade do ACS; 49% das dificuldades dizem respeito à organização dos serviços; 67% nunca tiveram capacitação na área e 63% desejam saber “*tudo*” sobre o envelhecimento.

CONCLUSÃO As agentes comunitárias identificam-se como protagonistas da atenção básica e agentes nucleares da realização de determinadas políticas de saúde. As concepções em relação às atribuições e à saúde do idoso apresentam uma visão positiva, associadas a uma abordagem holística. A representação social do idoso, as queixas dos idosos, os cuidados das agentes comunitárias para com os idosos e os entraves no desempenho das atividades tiveram como respostas temas relacionados ao adoecimento. O poder público deve investir na formação de agentes comunitárias capazes de lidar com os múltiplos aspectos do envelhecimento, provendo condições para apropriação, pelo agente, do instrumental adequado e necessário para positivar o envelhecimento.

Descritores: programa saúde da família, saúde do idoso, agente comunitário de saúde, idoso, envelhecimento.

Abstract

Objective

To analyze the predominant conceptions among the community health agents in relation to the process of health and disease in the elderly people.

Methods

This is a qualitative study of exploratory and descriptive type. The techniques of data collection were literature review, documental analysis and interviews. The thematic analysis allowed data classification and aggregation. Interviews were carried out with one hundred forty-eight community agents from the city of Camaragibe-PE/Brazil.

Results

The results reveal that forty-two percent of the community agents identify the development of activities in health educational and the performing of basic actions as their main tasks; sixty-five percent have negative opinions of the aging process, and sixty-six percent have complete understanding of the concept of health. The most cited complaints by the elderly people are the health problems and the necessity of affection. Sixty-eight percent of the community agents identify the health care of the elderly as the main responsibility of the agent; forty-nine percent of the difficulties are related to the health services organization; sixty-seven percent had never had any qualification in the area and sixty-three percent would like to know “*everything*” about the aging process.

Conclusions

The community agents identify themselves as protagonists of the basic attention and core agents in the accomplishment of determined health policies. The conceptions in relation to the attributions and the health of the aged one present a positive view, associated with a holistic approach. The social representation of the elderly, the elderly complaints, the cares of the community agents regarding the elderly and the barriers for the execution of the activities were the theme answers related to the disease process. The local government authorities must invest in the qualification of community agents, who are able to deal with the multiple aspects of the aging, providing them with conditions for appropriation of the adequate and necessary tools to a positive aging process.

Keywords: community health agent; aged; Aging Health; Health Services for the Aged; Family Health Program; conception of the aging process.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas – ONU considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos com idade equivalente ou superior a 60 anos, considerados idosos ⁵.

No Brasil, estima-se que a população de idosos crescerá 16 vezes, contra 5 vezes o crescimento da população geral, o que significará, em termos absolutos, a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, 32 milhões de indivíduos idosos no ano 2025 ⁶.

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira, apesar de recente, vem sendo ressaltado na produção científica e nos fóruns de discussão sobre o assunto, não só por suas implicações sociais, mas, também, pela necessidade de estruturação de um modelo assistencial que contemple o segmento idoso de forma integral, superando os desafios representados por estas novas demandas sociais e de saúde ²¹.

Entre tais desafios coloca-se o fortalecimento do trabalho interdisciplinar da equipe que assiste ao idoso, a partir de dinâmicas relacionais, integradoras das diversas áreas de conhecimento. Este é um território por onde transitam não apenas o mundo cognitivo, mas também a solidariedade profissional que está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres, mostrando-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário ⁸.

O processo de municipalização da saúde tem investido na ampliação do atendimento através do Programa de Saúde da Família - PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, considerados portas de entrada ao sistema de saúde, buscando uma relação mais pessoal dos profissionais com os usuários e com capacidade resolutiva de 80% das demandas da população.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) vêm se constituindo, nestes programas, como segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. Segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresenta não apenas como suporte para gerar determinadas ações em saúde, mas, também, como peça efetiva na organização da

assistência ¹⁸. Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado.

Como protagonista da atenção básica e referido como agente nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, é exigido do ACS, no seu cotidiano institucional, atender ao segmento idoso, o qual, no imaginário coletivo, representa a dependência, passa a ser numericamente representativo, com marcantes mudanças no corpo físico, apresentados à doença num contexto fisiológico, e cronologicamente próximos da morte. Como representação institucional, cabe a este agente de saúde viabilizar e fazer acontecer, no que concerne à sua competência, os argumentos do arcabouço jurídico estabelecido na Política Nacional do Idoso – Lei 8842/94, que busca, além de garantir os direitos dos idosos, positivar o envelhecimento.

Considerando a dinâmica do processo de envelhecimento e a participação do ACS neste processo, a realização de estudos que visem pesquisar a concepção social do envelhecimento, através da análise das motivações, habilidades, entraves e competências adquiridas e por adquirir do sujeito ACS, pode contribuir para implementação de políticas públicas através do conhecimento gerado, servindo como rico substrato na construção de conteúdos para formação e capacitação de pessoal; como instrumento para gestão; e como apoio na tomada de decisões, ou seja, através da avaliação para gestão. Considerando o marco - referencial consultado, o estudo teve por objetivo analisar as concepções (representações) que predominam entre os ACS do município de Camaragibe/PE, no que se refere ao processo saúde – doença, em idosos. Neste contexto, busca responder as seguintes questões:

- Quais são as concepções (representações) que predominam entre os ACS no que se refere ao processo saúde – doença, em idosos?
- Quais os entraves identificados pelos ACS na sua prática de trabalho com o segmento idoso?

- Qual a demanda de conhecimento dos ACS em relação ao processo de envelhecimento?

METODOLOGIA

LOCAL DE REALIZAÇÃO

O projeto foi desenvolvido no Município de Camaragibe, localizado na Região Metropolitana do Recife (RMR), a 16 km da capital do Estado, com uma população de 128.989 habitantes, distribuída em um território de 52,9 km², com uma taxa de urbanização de 100%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE /2000 ³.

DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa fez opção pela metodologia qualitativa, pois, representa uma forma adequada para viabilizar o entendimento da natureza de um fenômeno social, num universo de significações, motivos, aspirações, crenças e valores ⁹, ¹⁶. A tipologia, considerando os objetivos, é exploratória - descritiva, uma vez que o estudo apresenta natureza de sondagem, não parte de hipóteses e expõe características de uma determinada população ¹⁹.

As técnicas de coleta de dados selecionadas, consideradas meios para operacionalização, foram as seguintes ¹²: revisão da literatura, análise documental e realização de entrevistas do tipo estruturada.

A escolha da técnica de entrevista justifica-se a partir da abordagem fenomenológica, que valoriza o mundo real tal qual foi vivido e sentido pelo entrevistado ¹⁶. De acordo com Jahoda et al. (1951) ¹⁰, a entrevista, como fonte de informação, fornece dados referentes a “fatos; idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos”.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário com oito perguntas abertas e uma pergunta de múltipla escolha. As informações

para o estudo compreendiam dados de identificação do ACS, a saber: idade, estado civil, escolaridade, ocupação anterior à função exercida, tempo na função atual, bairro de moradia, unidade de trabalho, bem como as concepções do ACS relacionadas ao idoso e ao processo de envelhecimento, considerando o desenvolvimento de sua prática cotidiana.

No tocante a esta prática, foram abordadas as seguintes questões: atribuições do agente comunitário de saúde, representação social do idoso construída pelo agente, o que é saúde do idoso, queixas referidas pelos idosos durante a visita domiciliar, cuidados do agente para com o idoso, dificuldades identificadas no desenvolvimento de sua prática com o idoso, demanda de conhecimento do ACS relacionada à temática do idoso/ envelhecimento e participação anterior em evento específico na área do idoso/ envelhecimento.

De um total de 150 ACS¹, formalmente inseridas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, ou no Programa de Saúde da Família – PSF, em 2000, 148 foram localizadas. Dessas 150 ACS, 25 estavam de férias ou de licença para tratamento de saúde. Mesmo nesta situação de ausência legalmente justificada, 23 ACS compareceram às entrevistas, enquanto duas não o fizeram por impossibilidade de locomoção. As entrevistas ocorreram no ano 2000 e foram realizadas com grupos de 30 ACS, em espaço previamente acordado – auditório - em horários distintos, mediante a assinatura de Termo de Consentimento.

Para favorecer o intercâmbio entre pesquisador e pesquisado, Minayo¹³ (1998) sugere algumas medidas a serem utilizadas na aproximação com o grupo social a ser estudado, as quais foram adotadas na pesquisa em questão, a saber: a) Apresentação; b) Menção do interesse da pesquisa; c) Explicação dos motivos da pesquisa em linguagem de senso comum; d) Justificativa da escolha das entrevistadas; e) Garantia de anonicidade das entrevistas; f) Conversa inicial, para criar um clima o mais possível descontraído.

Por considerar de fundamental importância esta “conversa inicial”, foram realizadas oficinas de automassagem com as 148 ACS. O contingente de ACS

¹ No município de Camaragibe, 100% das ACS são do sexo feminino.

foi distribuído em 5 grupos, nos quais se trabalhou a técnica de automassagem para ser utilizada e aplicada no cotidiano, visando o “*cuidar-se*” e “*cuidar do outro*”, buscando neste primeiro contato estabelecer um clima de empatia, estímulo à participação e integração do grupo.

Para a análise dos relatos das ACS entrevistadas, utilizou-se a *técnica de análise de conteúdo*, em especial, a *análise temática*. Para tanto, foram seguidas as etapas citadas por Bardin (1977)²: a pré-análise, a exploração do material, com a seleção de categorias temáticas (Quadros 1 – 8) , o tratamento dos dados obtidos e a interpretação.

CARACTERIZAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

O perfil predominante das ACS, no que diz respeito aos dados de identificação, apresentou uma distribuição eqüitativa de 39% entre o intervalo etário de 18 e 29 anos e 30 e 39 anos. Em relação às outras variáveis individuais, 54% eram casadas; 55% referiram como grau de instrução o ensino médio completo e 59% exerciam a função atual por um período de 25 a 60 meses.

A variável escolaridade chama a atenção, pelo percentual de agentes com ensino médio completo, quando o critério mínimo de escolaridade exigido pelo PSF para a função, na época do estudo, era saber ler e escrever⁴.

De acordo com o relato das ACS, a característica de 100% das agentes serem do sexo feminino deve-se ao fato de, no município, haver resistência, por parte da comunidade, ao agente do sexo masculino. Tal postura justifica-se, em parte, pela construção de “*um imaginário coletivo*” que permite à mulher se desnudar frente ao profissional de saúde médico e enfermeiro, pois os mesmos trazem histórias e contextos de vida diferentes do seu; no entanto, a mesma situação não se reproduz na relação com o ACS, uma vez que o mesmo compartilha vivências semelhantes à sua, incluindo o espaço geográfico. Desta forma, estabelece-se uma situação de constrangimento, em alguns momentos impeditiva do acesso à moradia pelo ACS do sexo masculino.

Em relação ao local de moradia, 91% das agentes residiam no mesmo bairro onde está situada a Unidade de Saúde da Família – USF, atendendo ao critério preconizado pelo PSF. Apenas 5% das agentes moravam em bairros diferentes ao da sua prática de serviço. Estas agentes eram vinculadas ao PACS, segundo o qual a alocação se dá conforme critério específico do município de Camaragibe, em função das necessidades dos bairros.

CONCEPÇÕES DAS ACS ACERCA DA ATENÇÃO AO SEGMENTO IDOSO

Na segunda parte do questionário de entrevista foram abordadas questões relacionadas às concepções das ACS sobre as atribuições a serem desempenhadas; ao que é ser idoso; ao que é saúde do idoso; às queixas dos idosos durante as visitas domiciliares; aos cuidados do ACS na atenção ao idoso; às dificuldades para o desempenho da atenção ao idoso. Finalizando a entrevista, identificou-se a participação das ACS em eventos relacionados ao idoso e/ou ao processo de envelhecimento e à demanda de conhecimentos na área.

Ao serem questionadas sobre as atribuições do ACS (Quadro 1), as opções mais citadas foram: desenvolver atividades de educação em saúde; estimular a organização da comunidade e realizar ações básicas de saúde de acordo com seu nível de competência, através de visitas domiciliares. As referidas atribuições são compatíveis com o conteúdo formal repassado no treinamento introdutório concebido pelo Ministério da Saúde para o exercício da atividade. Silva e Dalmaso (2002)¹⁸, ao entrevistarem ACS de uma região metropolitana, sobre as ações a serem desenvolvidas, identificaram como ponto central do trabalho a ser desempenhado pela categoria, as orientações, especialmente sobre prevenção de doenças e saneamento.

Quadro 1- Atribuições do agente comunitário de saúde

- 1- Desenvolver atividades de educação em saúde
- 2- Estimular a organização da comunidade
- 3- Realizar ações básicas de saúde, de acordo com seu nível de competência, através de visitas domiciliares.
- 4- Realizar reuniões com grupos prioritários – gestantes, crianças e idosos

Resultado do Esquema de Codificação:

1+3= 63 (42,5%)	3= 14 (9,5%)	2+3= 01 (0,7%)
1+2+3= 48 (32,3%)	1+2= 04 (2,7%)	1+4= 01 (0,7%)
1= 14 (9,5%)	1+2+3+4= 02 (1,4%)	sem informação = 01 (0,7%)

Quanto à representação social do idoso construída pelas ACS (Quadro 2), 65% referiu uma opinião de valor negativo, associada à presença de enfermidades, dependência física e emocional:

“É uma pessoa que está com sua idade 60 e não tem mais gosto de viver, sempre reclamando. Fica numa cadeira de balanço”.

“È uma pessoa que já está ficando na mesma idade da criança, a partir de 60 anos, que não tem mais controle sobre as coisas”.

“Ser idoso é quando você chega na idade avançada e não tem carinho da família e quando os próprios filhos não têm paciência de dar os medicamentos na hora certa; é quando eles não podem mais fazer o que fizeram antes por causa das doenças”.

Segundo Sayeg (1999) ¹⁷, existe uma forte tendência em associar o idoso às noções de dependência social e, principalmente, à dependência física. Nesse sentido, apenas 18% das ACS referiram uma opinião de valor positivo:

“É ter saber pela vida. Ensinando e passando para os mais novos experiências de vida”.

“Uma pessoa com experiência de vida a transmitir e socialmente apta”. “É uma pessoa que já passou pelas fases de criança, adolescente, adulto e agora é uma pessoa madura que encara as realidades da vida e nos passa segurança”.

Quadro 2- Representação social do idoso pelo agente

• Ter idade avançada, necessitar de afeto e cuidados –	58 (39,2%)
• Ter idade avançada e apresentar enfermidades –	38 (25,7%)
• Ter experiência, sabedoria e capacidade de doação –	27 (18,2%)
• Ter experiência, idade avançada e apresentar enfermidades –	15 (10,1%)
• Sem informação –	10 (6,8%)

O aspecto cronológico foi abordado pela maioria das ACS. Como agente institucional, sua concepção é fortemente marcada pelo aparato jurídico-político do Estado, em que a idade cronológica é um princípio cultural de extrema relevância. Para Minayo e Coimbra Jr. (2002)¹⁴, o curso da vida passa, cada vez mais, a ser regulado pelo Estado, a despeito dos problemas e potencialidades de cada um: a infância, a adolescência e a juventude são o tempo de escolarização; a idade adulta é o tempo associado à procriação e à participação no mercado de trabalho; a velhice, o tempo da aposentadoria.

Definir a pessoa idosa do ponto de vista cronológico não atende a uma uniformidade de critérios, nem tampouco às peculiaridades individuais do processo de envelhecer.

Segundo a Organização das Nações Unidas - ONU, a Organização Mundial da Saúde - OMS e os organismos oficiais do Estado Brasileiro, considera-se idoso aquele com idade equivalente ou superior a 60 anos¹⁵.

Do ponto de vista conceitual, como se sabe, o envelhecimento bem sucedido deve ser traduzido como a ausência de enfermidades e manutenção das condições de autonomia e funcionalidade. Nesta ótica, a determinação cronológica deve ser associada ao contexto bio-psico-social e cultural¹¹.

A dicotomia entre ser velho e ser idoso explica-se pelo fato de, ao primeiro, atribuir-se a ocorrência de problemas de saúde, em geral múltiplos e coexistentes, maior probabilidade de apresentar limitações físicas com o passar dos anos, comprometendo sua autonomia e funcionalidade. Ao contrário, idoso é aquele que acumulou anos de vida ganhando preservando a autonomia de suas funções¹¹.

Na abordagem sobre a saúde do idoso (Quadro 3), 66% referiram a saúde de forma integral, sob a ótica bio-psico-social:

“É o bem-estar de cada um. Estar bem de saúde mental, física e espiritual. Viver bem, em harmonia com a família, num ambiente saudável e de paz”.

“É ter saúde física e mental, lazer, boa convivência com a família e uma situação financeira regular”.

“É cuidar não só da assistência física, mas também da mental, para que ela possa voltar a sentir-se útil na sociedade e dentro de sua própria casa”.

Quadro 3- O que é, para você, saúde do idoso?

• Ter saúde física, mental e social –	97 (65,5%)
• Não ter enfermidades –	28 (18,9%)
• Ter acesso aos serviços de saúde e ajuda da comunidade –	17 (11,5%)
• Sem informação –	06 (4,1%)

A concepção teórica do modelo de atenção à saúde centrada na família, a partir de seu ambiente físico e social, enfatizada no PSF, pode ter influenciado o recorte das falas das agentes, no que diz respeito à elaboração cognitiva do que seja *saúde do idoso* sob a ótica da integralidade.

Em relação às queixas dos idosos durante as visitas domiciliares, os problemas de saúde aparecem em primeira ordem (Quadro 4).

“De problema de pressão e hipertensão, de problema de coluna, de reumatismo”. “Dores na coluna, dores nas pernas, dores nas juntas, sente a ausência dos familiares, conversa sempre só porque não tem com

quem, sente também moleza no corpo, não sente sono, dorme pouco, não sente apetite para comer”.

As queixas ainda revelam falta de atenção, solidão e isolamento do contexto familiar.

“De estar sempre sozinho, das pessoas da família não terem tempo para ele”.

“Solidão, falta de atenção dos familiares e da sociedade, situação financeira difícil”.

Quadro 4- Queixas referidas pelos idosos durante a visita domiciliar

• Problemas de saúde –	39 (26,4%)
• Necessidade de atenção e problemas de saúde –	38 (25,7%)
• Necessidade de atenção, problemas financeiros e de saúde –	19 (12,8%)
• Necessidade de atenção -	19 (12,8%)
• Problemas financeiros e de saúde –	10 (6,8%)
• Necessidade de atenção e problemas financeiros –	09 (6,1%)
• Sem informação –	14 (9,4%)

De acordo com o relato das agentes, a maioria dos idosos da área habitam em núcleos familiares intergeracionais e, apesar do grande número de pessoas vivendo juntas, a responsabilidade de cuidados para com os idosos não é dividida entre os membros da família.

O processo de redefinição pelo qual vem passando a instituição familiar tem contribuído para o sentimento de abandono revelado pelas agentes, quando questionadas sobre as principais queixas dos idosos. A progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho retirou do seio familiar quem, até então, na maioria das vezes, era responsável pela realização dos cuidados referentes às crianças e aos idosos¹. Estes fatores, associados ao expressivo aumento no número de separações e de migrações dos mais jovens, em busca de melhores condições de vida, vêm alterando o perfil de poder e tomada de decisões dentro das famílias, que passam atualmente por uma construção de modelos alternativos⁷. Este novo modo de conviver pode causar uma certa fragilização das relações afetivas, sentida e relatada pelos idosos no momento da visita domiciliar, ao referirem a “necessidade de atenção” como queixa freqüente.

Ao serem questionadas quanto aos cuidados que deveriam ter na atenção à saúde dos idosos, a maioria (68%) fez referência aos problemas de saúde (Quadro 5), de forma isolada ou agregada. A concentração de posicionamentos relacionados ao adoecimento respalda-se no fato de 26,4% das queixas demandadas durante a visita domiciliar se referirem aos problemas de saúde (Quadro 4):

“Observar se está tomando alguma medicação ou se tem pressão alta e faz alguma dieta, se é diabético, quais as suas queixas”.

Percebe-se, ainda, a valorização do cuidar com atenção e respeito, quando 46% das ACS fazem referência a estas habilidades na sua praxe cotidiana.

“Escutar, entender, aconselhar, deixar que eles vejam em mim uma amiga, alguém em que eles possam

confiar e contar e o meu carinho e a minha atenção fazem com que eles se sintam mais jovens, mais humanos, sabendo que um mais jovem ainda escuta um mais velho”.

“Os cuidados são o modo de falar (expressar) com eles, pois eles têm um modo de pensar diferente, ou seja, têm suas culturas, tabus e foram criados com muita rigidez”.

Quadro 5- Cuidados do agente para com o idoso

<ul style="list-style-type: none"> • Ter habilidade para lidar com os problemas de saúde, atenção e respeito ao idoso– 	67 (45,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ter habilidade para lidar com os problemas de saúde- 	33 (22,3%)
<ul style="list-style-type: none"> • Atenção e respeito aos idosos- 	27 (18,2%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem informação– 	21 (14,2%)

A maior parte dos problemas identificados pelo agente, na sua praxes (Quadro 6), diz respeito à governabilidade municipal, qual seja: falta de recursos e treinamento na área, número de domicílios a serem visitados incompatível com as especificidades de cuidados para com o grupo idoso e aqueles relacionados à organização dos serviços de saúde (agendamento, transporte, referência, atendimento médico e de enfermagem). A efetivação de uma política de atenção ao idoso no município vai contribuir para tornar factível a resolução de tais problemas.

Os depoimentos abaixo são ilustrativos das dificuldades identificadas pelas ACS no desenvolvimento de sua prática com o idoso.

“Como não tive treinamento especial às vezes não sei se digo as coisas certas ou se faço o que é certo”.

“Mais tempo e treinamento para lidar com eles”.

“Queixas de atendimento e demora para marcação de exames e consultas, ter um espaço para ficar mais próxima a eles”.

“A falta de medicamento, às vezes o atendimento do profissional de saúde, são algumas das queixas dos idosos”.

Quadro 6- Dificuldades identificadas no desenvolvimento de sua prática com o idoso

<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos e organização dos serviços (medicamentos, material didático, espaço físico, área de lazer), falta treinamento na área, número de domicílios a serem visitados incompatível com as especificidades de cuidados para com o grupo idoso – 	59 (39,8%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difícil acesso aos domicílios, conflito de gerações, dificuldade de deslocamento do idoso aos serviços de saúde, relacionamento com a família do idoso- 	43 (29,1%)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionadas à organização dos serviços de saúde (agendamento, transporte, referência, atendimento médico e de enfermagem) – 	14 (9,5%)
<ul style="list-style-type: none"> • Não tem dificuldades – 	07 (4,7%)
<ul style="list-style-type: none"> • Sem informação – 	25 (16,9%)

A não participação em eventos específicos na área do idoso/envelhecimento (Quadro 7) está de acordo com a demanda de conhecimentos, referida pelas ACS, na atenção ao idoso (Quadro 8), uma vez que 67% informam não ter participado de eventos relacionados à área e 63,5% gostariam de obter toda informação necessária para cuidar do idoso.

“Gostaria de aprender tudo que houver de interessante, esclarecedor, informativo, para melhorar a qualidade de vida do idoso”.

Quadro 7- Participação anterior em eventos específicos na área do idoso/ envelhecimento

• Sim-	44 (29,7%)
• Não –	100 (67,6%)
• Não informou –	4 (2,7%)

Quadro 8- Demanda de conhecimento solicitada pelo agente

▪ Toda informação necessária para cuidar do idoso –	94 (63,5%)
• Informações sobre enfermidades mais prevalentes na velhice, noções sobre alimentação, atividade física e direitos dos idosos –	29 (19,6%)
• Aspectos psicológicos –	14 (9,5%)
• Não informou –	11 (7,4%)

CONCLUSÃO

As ACS reproduzem, em suas falas, as atribuições que formalmente foram determinadas para serem executadas.

A representação social do “ser idoso”, para as ACS, é marcada por uma imagem negativa associada ao velho/velhice, como: problema, ônus, inutilidade, doença, incapacidade, dependência, perda, impotência. Desconstruir esta imagem, ou melhor, procurar positivar o envelhecimento através do reconhecimento do que é importante e específico nessa etapa da vida, para desfrutá-la, é o grande desafio.

Desafio que conta com um forte aliado, traduzido pelo entendimento das ACS do que seja a saúde do idoso, revelado por respostas contextualizadas numa perspectiva bio-psico-social.

As agentes estão, no seu cotidiano, numa relação com o segmento idoso marcada por queixas relacionadas ao adoecimento. Ao destacarem os entraves ao desempenho de suas funções, estas agentes referem situações que dificultam a resolutividade das queixas, ou seja, problemas que impedem a solução dos agravos referidos pelos idosos.

Em relação às atribuições e ao questionamento sobre “o que é saúde do idoso”, as concepções apresentam uma visão positiva, associada a uma abordagem holística, as quais estariam no campo das subjetividades. Os questionamentos relacionados à representação social do idoso, às queixas dos idosos, aos cuidados dos ACS para com os idosos e aos entraves no desempenho das atividades tiveram como respostas temas relacionados ao comprometimento do bem-estar do idoso. Estes, de fato, traduzem as práticas preponderantes das ACS, quais sejam: marcação de exames e consultas, reforço da conduta médica e de enfermagem e controle da medicação e do tratamento.

Ao referir que gostariam de saber “tudo” sobre o idoso e sobre o envelhecimento, as ACS apontam para o complexo contexto de negatividade e positividade a que são expostas e exigidas no cotidiano de sua atuação com o segmento idoso.

O caminho a ser construído pelas ACS para sua atuação deve se pautar pela adaptação do idoso às perdas físicas, sociais e emocionais, fazendo-o reconhecer a si mesmo e compreender o seu estado, o seu tempo, além de estimulá-lo a descobrir mecanismos de inserção social, tornando-o mais ativo e consciente de sua importância e seu papel como cidadão atuante.

Para atuar nesta perspectiva, é necessário que o poder público invista na formação de indivíduos (ACS) capazes de lidar com os múltiplos aspectos que revestem o envelhecimento humano, provendo condições para a apropriação, pelo agente, do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde dos idosos e, assim, contribuir, junto com os demais membros da equipe, para positivar o envelhecimento.

Como afirmam Uchôa e Vidal (1994)²⁰, “o importante é integrar todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) em um processo no qual haja compensação pela incapacidade, redefinição de prioridades e adaptação à situação, permitindo aos idosos continuar, mesmo quando têm graves problemas de saúde”.

REFERÊNCIAS

1. Arruda R. Redefinição da família vai provocar polêmica. *O Estado de São Paulo*, p. 6, 4 set. 1994.
2. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes; 1977.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000. Disponível em URL: [http:// www. ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) [2004 janeiro 16].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Cançado FX. *Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed/Health; 1994.
6. Chaimowicz F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate; 1998.
7. Duarte I. A. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde* 1997; 21(4):226-30.
8. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios 2001. Disponível em URL: [http:// www. datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns) [2002 maio 13].
9. Gurvitch G. *Detérminismes sociaux et liberté humaine*. Paris: Presses Universitaires de France; 1955.
10. Jahoda M et al. *Research methods in social relation*. New York: Dryden Press; 1951.
11. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev S Públ* 1987; 21(3):200-10.
12. Lakatos EA, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2001.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1998.
14. Minayo MCS, Coimbra Jr CEA. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
15. Pacheco JL. Práticas sociais na promoção da saúde do idoso. *Arq Ger Geront* 1997; 1(2): 389–98.

16. Richardson RJ et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo; Atlas; 1989.
17. Sayeg M. Envelhecimento bem sucedido e autocuidado: algumas reflexões. *Arq Ger Geront* 1999; 2(3): 57-68.
18. Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2002.
19. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
20. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad S Públ* 1994; 10(4): 497-504.
21. Veras RP. Aspectos demográficos. In: Caldas CP (org.). *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro; UERJ/UnATI; 1998. p. 49-50.

4

ARTIGO 2



PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O EXERCÍCIO DA CONSTRUÇÃO

HEALTH PLANNING: PRACTICING ON BUILDING

Adriana Falangola Benjamin Bezerra¹ Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária, Recife, PE. CEP: 50670-420. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. e-mail: afalangola@uol.com.br

Malaquias Batista Filho² Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária, Recife, PE. CEP: 50670-420. Departamento de Nutrição – Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. e-mail: mbatista@imip.org.br

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo³ Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária, Recife, PE. CEP: 50670-420. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. e-mail: acarlos@terra.com.br

Ana Paula de Oliveira Marques⁴ Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária, Recife, PE. CEP: 50670-420. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. e-mail: marquesap@hotmail.com

¹ Nutricionista, doutoranda em nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da UFPE.

² Médico, Professor Titular do Departamento de Nutrição da UFPE

³ Médico, Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da UFPE.

⁴ Nutricionista, doutoranda em nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da UFPE.

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE (Processo nº: 23-CSD-02/00-01-5).

RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar a sistematização do processo de planejamento, através de uma oficina de trabalho, do plano operativo da atenção ao idoso no município de Camaragibe/PE. O suporte teórico adotado foi o do planejamento estratégico. Participaram do evento 22 pessoas: gestores, gerentes de serviços de saúde, professores, alunos de pós-graduação e alunos de graduação. A operacionalização foi baseada na exposição dialogada de conteúdos sobre o envelhecimento humano e o exercício prático de construção do plano. Os resultados da oficina indicam a necessidade de investir na divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso no município, priorizando a educação em saúde, através da implementação de um plano intersetorial de atenção ao idoso, com investimento na capacitação de pessoal.

Descritores: Política de saúde, planejamento estratégico, planejamento em saúde, idoso.

ABSTRACT

The objective of this article is to present the systematization of the planning process of the operative plan of the attention to the elderly in the city of Camaragibe/PE through a workshop. Strategic planning was the adopted theoretical approach. The participants of the workshop were 22: health services managers and controlling and teachers and graduate and postgraduate students. The operationalizing process was based on the dialogued exposition of human aging contents and practical exercise to create the plan. The results of the workshop point out the necessity to invest in the diffusion and implantation of the National Elderly Politics in the city. The health education should be a priority and a intersegmental plan of the attention to the elderly with staff qualification should be implemented.

Descriptors: Health Policy, Strategic Planning, Health Planning, Aged.

INTRODUÇÃO

O planejamento surgiu como uma tentativa de regulação global da sociedade. A experiência inicial dos países socialistas é ilustrativa desta afirmação. Enquanto alternativa à economia de mercado, o planejamento, nos países socialistas, adotou um modelo de regulação baseado em um único ator tecnocrático, subordinando as relações intersubjetivas a uma visão de desenvolvimento baseado no determinismo econômico (RIVERA; ARTMANN, 1999).

Na saúde, a apropriação de um modelo de planejamento global, baseado em atos reguladores do Estado, em detrimento da negociação política, ocorreu em 1963, denominando-se método CENDES/OPAS.

O método CENDES/OPAS surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este (agosto de 1961) quanto à formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos que, na missão desenvolvimentista, permitiam aos países subdesenvolvidos percorrer as diversas etapas supostamente já percorridas pelos países que alcançaram sua maturidade econômica e social, nesta ordem.

Em 1972, por ocasião da III Reunião dos Ministros da Saúde das Américas, em Santiago do Chile, circulava a versão de um documento científico da OPAS, com as seguintes considerações sobre o método CENDES/OPAS: ‘o planejamento em saúde não produzia o desenvolvimento e os resultados esperados’, ‘a relação com os níveis decisórios não havia sido satisfatória, principalmente devido à falta de comunicação intelectual entre o político e o planejador’ (FEKETE, 1997).

No final da década de 70 surge o planejamento estratégico em saúde como tentativa de reconhecimento da complexidade do contexto, ao introduzir as idéias de superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar. A questão da viabilidade política passa a ocupar um papel central e a definição de propostas/ compromissos de ação a depender de uma articulação que se abre a uma perspectiva

policêntrica de análise. Um dos grandes méritos do planejamento estratégico foi trazer à tona a iminência do diálogo (RIVERA; ARTMANN, 1999).

O PES apresenta uma certa complexidade que, segundo Artmann (1993) e Cecílio (1997), tem sido suavizada através de propostas e adaptações do método.

O presente texto busca registrar a reflexão sobre a experiência de construção de um plano operativo de nível local, na área da atenção integral ao segmento idoso, utilizando a ferramenta do planejamento. Neste contexto, o artigo delimita-se, por apresentar a sistematização de um processo e os resultados alcançados, sem pretensão de uma construção teórica nem de uma análise da metodologia.

O CENÁRIO

O plano operativo é parte integrante do projeto de pesquisa intitulado *Promoção da saúde: a prática do agente comunitário na perspectiva da qualidade de vida do idoso*. O referido projeto foi desenvolvido no município de Camaragibe, Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, e apresentou, como propósito, identificar a demanda de conhecimento de 150 agentes comunitárias de saúde (ACS) na atenção ao idoso para, a partir deste conhecimento, elaborar uma proposta de capacitação. O projeto obteve o suporte financeiro da FACEPE, através do Edital PUBLIC I/2000, tendo sido o único projeto da área de saúde a ser aprovado.

O levantamento da demanda de conhecimento gerou um conteúdo rico de concepções e informações sobre a prática das ACS, o que permitiu identificar a necessidade de se trabalhar a problemática da relação ACS-idoso com os demais atores da instância local.

Entendendo que o planejamento precede e preside a ação (MATUS, 1993) e que é a ferramenta que possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado, e ainda que planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998), buscou-se encontrar o traçado metodológico que garantisse, como produto, a explicitação das ações,

responsabilidades e compromissos, de modo a resultar em um instrumento orientador da gestão municipal no campo da atenção ao idoso.

Assim, nos dias 06 e 07 de janeiro de 2001 realizou-se, no Núcleo de Atenção ao Idoso - NAI / UFPE, uma oficina de trabalho, baseada no planejamento estratégico, incorporando propostas e adaptações ao método, para suavizá-lo, como sugerem Artmann (1993) e Cecílio (1997).

O 'PENSAR' A OFICINA

A decisão de realizar a oficina de trabalho, considerando-a uma frente de sustentabilidade ao processo de investigação da demanda de conhecimento e da conseqüente capacitação das ACS, implicou na necessidade de definir os participantes, os objetivos e a metodologia, visando obter os produtos esperados.

A programação da oficina foi construída intercalando conteúdos sobre a metodologia adotada e temas sobre o processo de envelhecimento (Quadro 1). A mesma foi pensada para imprimir o sentimento de aquisição de conhecimento (metodologia e envelhecimento), de construção coletiva, de espaço para reflexão sobre a prática de cada um e momento de sensibilização e adesão à questão do trabalho do ACS.

QUADRO 1- CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DA OFICINA**1º DIA****Manhã**

Dinâmica de Integração

Transição Epidemiológica: impacto nos indicadores de morbimortalidade e reflexos para organização dos serviços

Introdução ao Método Altadir de Planejamento Popular – MAPP

O Momento Explicativo

Tarde

Aspectos bio-psico-sociais do envelhecimento humano

O Momento Normativo

2º DIA**Manhã**

Idoso: direitos sociais e cidadania

O Momento Estratégico

Tarde

Prevenção e controle de agravos à terceira idade: níveis de prevenção, diabetes e hipertensão, atividade física, alimentação, higiene pessoal, fatores psicológicos

O Momento Tático - Operacional

PARTICIPANTES

A definição dos participantes foi baseada na identificação, pelas ACS, dos atores considerados estratégicos na condução do processo de trabalho do referido segmento, no que diz respeito aos idosos. O grupo de trabalho foi constituído tentando, ao máximo, atender às indicações das ACS. Participaram da oficina 22 pessoas, sendo: 4 supervisores do Programa de Saúde da Família; 4 gerentes de unidades de média complexidade (Centro de Especialidades Médicas- CEMEC, Núcleo de Apoio Psico- Social- NAPS), 3 professores da UFPE; 1 gerente administrativo do NAI/ UFPE; 4 residentes do

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva- NESC/FIOCRUZ; 6 alunos bolsistas da UFPE.

A OFICINA

Após as apresentações, realizou-se uma dinâmica, visando estabelecer um sentimento de cooperação e empatia no grupo.

A operacionalização da oficina foi planejada de forma que inicialmente fosse apresentado um tema relacionado ao processo de envelhecimento e a prática do agente comunitário de saúde, através de exposição dialogada, para, em seguida, o grupo iniciar o esquema processual dos quatro momentos do planejamento estratégico, quais sejam: explicativo, normativo, estratégico, tático-operacional. No início da construção de cada um dos quatro momentos foi apresentada a respectiva base teórico – metodológica.

O grupo refletiu sobre a transição epidemiológica e o impacto na organização dos serviços para, em seguida, utilizando a dinâmica da “tempestade de idéias”, identificar problemas relevantes. Na determinação dos problemas o grupo foi orientado a considerar o valor político do problema, o custo político, em caso de adiamento de sua resolução, o custo econômico, o grau de governabilidade sobre o problema. Foram elencados e hierarquizados 9 (nove) problemas, sendo selecionado o problema *incipiente processo de divulgação e implantação, no município, da Política Nacional do Idoso* (Quadro 2).

QUADRO 2- MOMENTO EXPLICATIVO

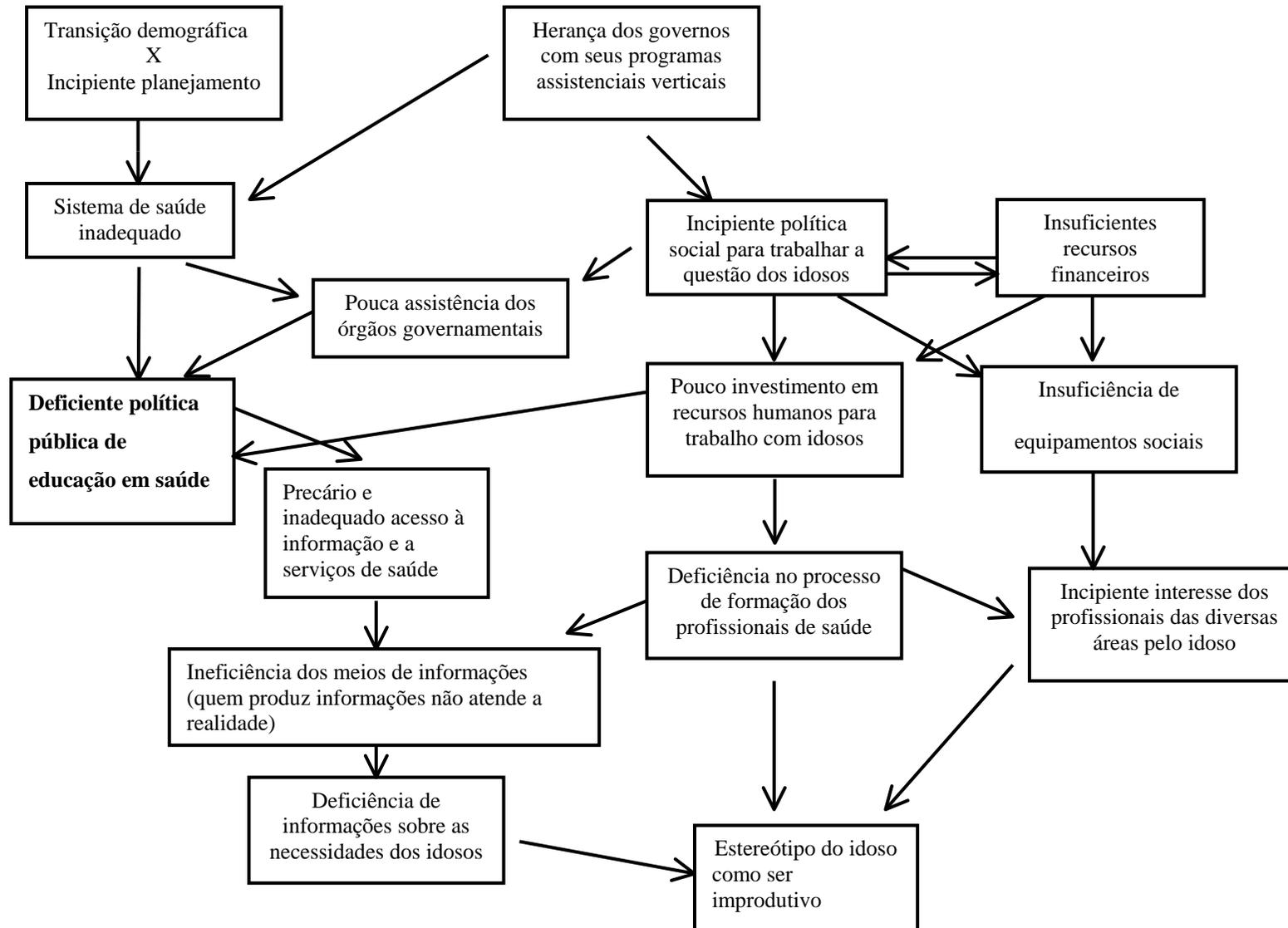
PROBLEMAS	HIERARQUIZAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento do número de pessoas idosas • Aumento rápido da população idosa 	15
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de saúde não faz planejamento adequado • Sistema de saúde inadequado 	50
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incipiente processo de divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso • Desconhecimento em relação ao processo de envelhecimento 	51
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escassez de recursos financeiros 	36
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escassez de infra-estrutura urbana ▪ Deficiência de atividades culturais de lazer para os idosos 	48

A partir da seleção do problema, foram identificados os atores com capacidade para atuar e transformar a realidade através de uma motivação positiva (+), contrária (-) ou indiferente (0). Foram identificados 31 (trinta e um) atores, destes: 18 (dezoito) com interesse (+) ; 6 (seis) indiferentes ao problema; 1 (um) com interesse (-); 6(seis) com dupla motivação, sendo 4 (quatro) positivas e negativas e 2 (duas) indiferentes e positivas. Para os atores identificados como (-) e (0), foram definidas estratégias de ação, com o objetivo de eliminar resistências e buscar o apoio para a resolução do problema.

Trabalhando a partir do problema selecionado, foram identificadas suas causas determinantes. O objetivo foi elaborar o fluxograma situacional, a *árvore explicativa*. A comunicação entre as causas, considerando a determinação de uma sobre a outra, foi graficamente representada por setas, em que a(s) causa(s) com maior afluxo de setas foi/foram identificada(s) como um *nó crítico*, ou seja, uma causa que, ao ser trabalhada, pode influir em outras causas, determinando a contenção/resolução do problema (Quadro 3). Na escolha do *nó crítico* foram considerados os critérios de governabilidade sobre o mesmo e de viabilidade política para modificá-lo.

QUADRO 3 - MOMENTO EXPLICATIVO: Árvore Explicativa

PROBLEMA: Incipiente processo de divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso.



A deficiente política pública para educação em saúde foi o nó crítico selecionado pelo grupo. Definido o nó crítico, foram pensadas operações que levassem à modificação positiva do problema, através de ações, identificação de responsáveis, apoio necessário à operacionalização e prazo de execução (Quadro 4). Definidas as operações, foi analisada sua viabilidade em relação ao recurso político, organizativo, cognitivo e financeiro. Considerando a viabilidade, foram elencados os produtos, os resultados e analisada a eficiência e a eficácia das operações frente ao problema (Quadro 5).

QUADRO 4- MOMENTO NORMATIVO

Nó Crítico	Operação	Ações	Respon-sáveis	Apoio ¹	Prazos
Deficiente política pública para educação em saúde	<p>Op1 Definir um plano intersetorial de atenção ao idoso</p> <p>Op2 Investir em capacitação na atenção ao idoso</p>	<p>Sensibilizar parlamentares para viabilizar a capacitação e implantação da política do idoso</p> <p>Estimular o Conselho Municipal de Saúde sobre a importância da promoção e prevenção à saúde</p> <p>Fazer um levantamento do número de idosos na comunidade</p> <p>Utilizar dados epidemiológicos para subsidiar o planejamento das ações intersetoriais</p> <p>Adequar o sistema de informação em saúde local para avaliar a situação de saúde do idoso</p> <p>Cobrar da liderança política ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida do idoso</p> <p>Investir na infra-estrutura</p> <p>Inserção das práticas alternativas no atendimento ao idoso no Programa de Saúde da Família – PSF</p> <p>Estimular atividades de educação em saúde junto aos escolares, igrejas, equipamentos sociais, entre outros</p> <p>Destinar recursos financeiros para ações de educação em saúde do idoso</p> <p>Definir conteúdos para capacitação de recursos humanos: fármacos (polifarmácia); orientação alimentar; orientação sobre atividades físicas, saúde bucal e mental</p> <p>Motivar os profissionais para realizar ações de atenção integral ao idoso, instrumentalização dos profissionais</p>	Gestor/Diretorias da Secretaria de Saúde /Secretaria de Assistência Social	<p>SECED, SECAD</p> <p>SEFIN, UPE, UFPE, NAI</p> <p>Conselho Estadual dos Direitos do Idoso</p> <p>SECOB</p> <p>Câmara de Vereadores, Conselheiros</p> <p>SEGOV;</p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>SEPLANDS, UFPE</p> <p>Residente, Igrejas</p> <p>Associações em geral</p> <p>Clube de Mães</p> <p>Conselhos de Moradores</p> <p>ONG, Famílias</p> <p>Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Secção-PE)</p>	<p>Op1</p> <p>novembro de 2000 a dezembro de 2004</p> <p>março a setembro de 2001</p> <p>Op2</p> <p>A partir de novembro de 2000</p>

¹ Secretarias Municipais de Educação, Administração, Finanças, Obras, Governo; Universidade de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Núcleo de Atenção ao Idoso/UFPE, Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social do Estado, Organizações Não Governamentais.

QUADRO 5- MOMENTO ESTRATÉGICO

PROBLEMA: Incipiente processo de divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso**CAUSA PRINCIPAL:** Deficientes políticas públicas para educação em saúde

AÇÃO	RECURSOS				PRODUTO	RESULTADO	EFICIÊNCIA	EFICÁCIA
	Político	Organizativo	Cognitivo	Financeiro				
Definir um plano intersetorial de atenção ao idoso	++++	+++	++++	++	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de informação mais estruturado ▪ Criação do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos ▪ Plano de atenção ao idoso de Camaragibe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de atenção ao idoso implantada no município ▪ Intersetorialização das ações de atenção ao idoso ▪ Estruturação (hierarquização) e unificação na rede de serviços de saúde na atenção do idoso 	Alta	Alta
Investir em capacitação na atenção ao idoso	+++	++++	++++	+++++	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporação das práticas alternativas na rotina da USF ▪ RH capacitados e treinados ▪ Implementação das práticas de educação nos grupos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria da qualidade da assistência ▪ Melhoria da qualidade de vida e satisfação dos usuários 	Média	Média
							Alta	Alta

Na perspectiva da ação e a partir das operações, dos produtos e dos resultados previstos foram definidas metas, indicadores, fontes de informação dos indicadores, periodicidade da averiguação e fóruns para apresentação e divulgação das operações e ações realizadas e o impacto sobre o problema (Quadro 6).

UMA ANÁLISE DAS LIMITAÇÕES

Durante a organização da oficina entendia-se que esta teria a construção e a opção metodológica possíveis, na medida em que o tempo disponível para realizá-la era limitado pela disponibilidade na agenda dos participantes.

Em relação à metodologia, apesar do estudo não pretender fazer uma análise da mesma, adotou-se uma perspectiva situacional baseada no planejamento estratégico, que, pela complexidade e limitação do tempo, foi simplificada e adaptada ao contexto. As considerações de Matus (1997) suportam a referida opção quando o mesmo expõe que o método serve, no máximo, para ajudar a sistematizar o conhecimento da realidade e não para substituí-lo. Quem planeja é sempre o ator. Para Matus, um ator com conhecimento do problema e capacidade de raciocínio estratégico com certeza enfrentará melhor um problema do que alguém com pouco conhecimento da realidade e apenas conhecimento do método, por melhor que este seja.

A representatividade dos atores na oficina atendeu, em parte, a indicação das agentes comunitárias, pela ausência da Secretária de Saúde. Apesar da importância da referida participação, a presença da coordenadora de atenção básica cumpriu o papel da representação da direção na dinâmica da oficina. Em relação aos gerentes de território, ator ao nível da gestão com maior interlocução entre as ACS e o gabinete da Secretaria de Saúde, houve uma representação expressiva, dos cinco compareceram quatro. Inclusive, dos quatro residentes que participaram da oficina, três foram incorporados posteriormente à equipe do município, sendo um na função de gerente de território.

QUADRO 6- MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL**PROBLEMA: Incipiente processo de divulgação e implantação da Política Nacional do Idoso**

Opera-ção	Meta	Produto	Resultado	Indicador	Fontes de Infor-mação	Periodi-cidade	Respon-sável	Fóruns
Op1 Definir um plano interse-torial de atenção ao idoso	Garantir a parti-ci-pação de 5 secre-tários para a constru-ção do plano	Sistema de infor-mação estru-turado Criação do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos Plano de atenção ao idoso de Camara-gibe	Política de atenção ao idoso implantada no município Interseto-rialização das ações de atenção ao idoso Estruturação (hierarquiza-ção) e unificação da rede de serviços de saúde na atenção ao idoso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de consultas ambulatoriais ▪ Número de internamentos 	SIA ¹ SIAB ² SIH ³ SIM ⁴ SINAN ⁵	Semestral	Controle e avaliação	I Fórum de Atenção ao Idoso do Município de Camara-gibe/PE
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de reuniões do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso 	Atas	Trimestral	Comissão Interse-torial (composta por represen-tantes de cada secretaria envolvida)	
				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações intersetoriais realizadas ▪ % de atividades e/ou ações com fundo/fontes de outras secretarias 	Banco de Dados da Secretaria de Governo	Anual		

<p>Op2 Investir em capacitação na atenção ao idoso.</p>	<p>30% do funcionalismo em geral. Destes, 50% para a saúde e 50% para as demais secretarias</p>	<p>Incorporação das práticas alternativas na rotina da USF RH capacitados e treinados Implementação das práticas de educação em saúde nos grupos e na comunidade</p>	<p>Melhoria da qualidade da assistência Melhoria da qualidade de vida e satisfação dos usuários</p>	<p>% de funcionários capacitados</p>	<p>Frequência às capacitações</p>	<p>Anual</p>	<p>Representação dos RH de cada secretaria</p>	<p>Conselho Municipal de Saúde Conselho Municipal dos Direitos do Idoso</p>
--	---	--	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------	--	--

¹Sistema de Informação Ambulatorial ²Sistema de Informação da Atenção Básica, ³Sistema de Informação Hospitalar, ⁴Sistema de Informação de Mortalidade, ⁵ Sistema de Informação de Agravos Notificáveis

RESULTADOS

As limitações apresentadas não foram impeditivas dos avanços conquistados, demonstrados a seguir e entendidos como resultados de uma oficina motivada pela vontade e necessidade de conquistar aliados ao fortalecimento da prática das ACS na atenção ao idoso, no município de Camaragibe.

- A aproximação e o conhecimento entre os participantes, promovendo a articulação do grupo em torno da temática da prática do ACS na atenção ao idoso;
- a mobilização dos participantes, em decorrência do envolvimento na oficina, e da negociação para a explicitação de responsabilidades e compromissos;
- a construção de um plano operativo, com definição de prioridades, contribuindo para imprimir direcionalidade à ação no campo da política municipal de atenção ao idoso;
- a abordagem e explicitação de aspectos fundamentais na área do envelhecimento e do planejamento estratégico.

A avaliação dos resultados é positiva, considerando as limitações e os determinantes para a realização do evento; no entanto, a oficina e o plano operativo devem ser entendidos como parte de um processo técnico – político e, portanto, contextualizado na realidade que, por princípio, é dinâmica.

AVALIAÇÃO

A observação do processo de trabalho e as respostas ao instrumento de avaliação, preenchido por 100% dos participantes, permitem afirmar que o evento foi um espaço de construções coletivas, favorecidas pelo diálogo, pela disposição e compromisso dos participantes.

Na opinião de 63% dos participantes, o conteúdo trabalhado foi considerado ‘muito bom’ e 37% classificaram como ‘bom’ os temas abordados. Em relação à condução dos trabalhos, 79% dos participantes avaliaram como ‘muito boa’ e 21% como ‘boa’.

Os sentimentos de construção coletiva e de responsabilização foram os aspectos positivos mais comentados, enquanto a limitação do tempo foi o principal entrave identificado. A seguir, são apresentados alguns comentários emitidos pelos participantes da construção do plano.

‘Muito válido e proveitoso, tanto no conhecimento transmitido, quanto no relacionamento interpessoal’.

‘A forma de discutir o problema com diversos atores presentes é muito importante, por isso, deve-se tentar garantir a presença em eventos desta natureza e, até mesmo, a presença de atores que estejam fora do âmbito da Secretaria de Saúde, para propiciar a intersectorialidade das ações. Foi maravilhoso participar desta oficina, pois, além de ter sido muito interessante e construtiva a discussão, propiciou um novo olhar para o assunto’.

‘Acredito que um dos grandes entraves ao avanço da PNI é a falta de interesse em participar de eventos como este, visto que alguns envolvidos diretamente na questão não comparecem e não justificam a ausência’.

‘Foi uma grande pena que muitas vezes tínhamos que correr por causa do tempo. Mas criamos ‘estratégias’ e, em ‘consenso’, chegamos ao final com sucesso’.

PERSPECTIVAS

A continuidade do trabalho iniciado com a realização da oficina constitui importante determinação para a viabilidade das operações e ações identificadas.

Apesar da simplificação na utilização do instrumental metodológico, é inegável sua contribuição para a construção coletiva, política e complexa, como a intervenção proposta por essa experiência relatada. Segundo Matus (1993), não há como negar a importância de métodos que ajudem a realizar a

complexa tarefa de gerir situações que apresentam variáveis não controláveis e que exigem respostas eficazes, criativas e flexíveis’.

A implementação de um sistema de monitoramento e avaliação do plano permitirá a retroalimentação, com identificação de problemas e avanços, os quais terão como consequência a reelaboração do plano, propiciando espaço para a reflexão e o exercício metodológico.

Rivera e Artmann (2003) sugerem a incorporação, ao exercício metodológico do planejamento estratégico, de categorias de análise como a cultura da organização e sua relação com os problemas, bem como a utilização estratégica da cultura como recurso para intervenção sobre problemas; na análise estratégica do plano, deve-se aprofundar a reflexão do conteúdo específico da negociação, visando o desenvolvimento da habilidade de liderança; trabalhar a técnica de simulação de cenários, possibilitando um diálogo entre a visão de futuro e a visão organizacional, buscando uma aplicação mais sistemática da prospectiva como recurso dentro do cálculo estratégico. Estes desdobramentos teórico-metodológicos podem ser incorporados ao plano, qualificando a reflexão sobre a prática do ACS relacionada ao segmento idoso, no município de Camaragibe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, Elisabeth. *O planejamento estratégico situacional: a triologia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. 1993. 280f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1993.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 54-62.

FEKETE, Maria Christina. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: SANTANA, José Paranaguá (Org.). *Desenvolvimento gerencial*

de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan – Americana de Saúde, 1997.

MATUS, Carlos. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1993.

_____. *Adeus, senhor presidente. Governantes e governados*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elisabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4,n. 2, p. 355-365, 1999.

_____. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 17-35.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. *Planejamento em saúde para gestores municipais de serviços de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

5

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**



A dialética que envolve a performance ocupacional do ACS, por si só já representa um complexo cenário. Na representação “agente social”, o ACS deve ter liderança e realizar a ajuda intracomunitária, enquanto “agente institucional” deve efetivar a política estatal. Isto torna o ACS um trabalhador de extração comunitária, mas posto a serviço do Estado. Esta dupla militância traz, como condição e consequência, uma série de conflitos de ordem prática e subjetiva.

Concomitante a esta dialética, a prática do trabalho do ACS tem como principal característica a atenção a múltiplos aspectos das condições de vida, situados no campo da ação intersetorial, o que requer o aporte de instrumental técnico, suporte emocional e administrativo, que não são viabilizados a contento.

Apesar das condições negativas a que estão submetidos os ACS, a avaliação do trabalho desempenhado pela categoria tem sido positiva. Souza et al. (2002)¹, observam que os programas saúde da família e de agentes comunitários têm potencializado uma relação mais pessoal e menos “hospitalocêntrica” dos profissionais do setor com os usuários.

As concepções das agentes comunitárias de saúde do município de Camaragibe acerca do processo de envelhecimento, proposição do estudo em questão, não diferem do discurso hegemônico da sociedade. A maioria percebe o idoso como dependente e sem papel social a desempenhar.

Nos questionamentos relacionados a conteúdos mais abrangentes, como a saúde, as respostas apontam para uma concepção ampliada, o que deve ser favorecedor da sensibilização, adesão e compreensão ao processo de envelhecimento numa perspectiva positiva.

A mudança de paradigma não pode ser dependente apenas da concepção subjetiva do ACS, enquanto agente institucional; é necessário que a gestão tenha como marca a positividade do envelhecimento, o que inclui o estabelecimento de diretrizes políticas, organizativas, investimento na formação

¹ SOUSA, E. R. de et al. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S. COIMBRA Jr., C. E. A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 191-209.

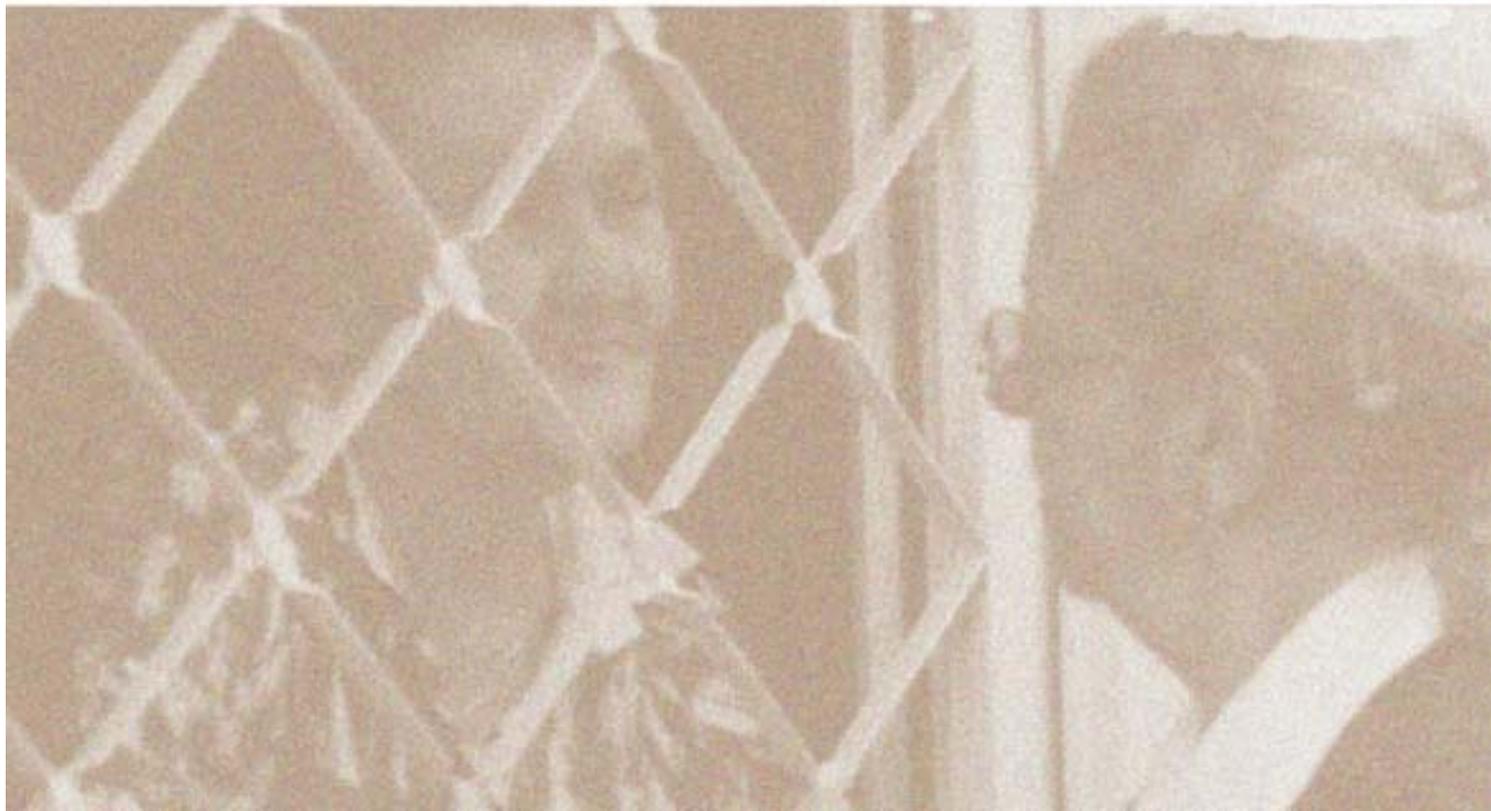
e capacitação e a garantia de recursos sociais e materiais voltados à atenção ao idoso.

A oficina de planejamento, realizada com os gestores e gerentes do município, teve por objetivo iniciar o diálogo sobre a política de atenção ao idoso no município, a partir das demandas específicas apresentadas pelas ACS no momento da entrevista, ao identificarem, como entraves à prática ocupacional com o idoso, questões pertinentes à gestão e gerência do sistema municipal.

Os perfis epidemiológico e demográfico da população indicam ao Sistema Municipal de Saúde a necessidade de adotar políticas de promoção à saúde, capazes de manter a capacidade funcional do idoso, garantindo sua permanência na comunidade, pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência. Os reflexos desta opção sustentam uma prática voltada aos princípios humanísticos e doutrinários do SUS, na qual o ACS é protagonista da execução e sustentabilidade do processo.

6

APÊNDICES



Apêndice A**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Recife, _____ de _____ de 2004.

Eu, _____, portador do
R.G. _____ residente à rua
_____, nº. _____, complemento
_____, Bairro _____, Cidade _____,
Estado _____, estou de acordo em, na qualidade de
entrevistada (respondendo as questões contidas no instrumento de coleta de
dados do projeto), participar da pesquisa *Promoção da Saúde: a prática do
agente comunitário de saúde – ACS na perspectiva da qualidade de vida do
idoso*. A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Adriana
Falangola Benjamin Bezerra, assessorada por duas alunas do Projeto de
Iniciação Científica do Departamento de Medicina Social do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, bolsistas da Pró –
Reitoria de Pesquisa - UFPE/ CNPq.

De acordo,

Apêndice B

MEMORIAL DO PROJETO DE PESQUISA

1. Incentivo à pesquisa

- Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE). Edital PUBLIC 01/2000.

2. Conseqüências do projeto de pesquisa efetivadas-

- Capacitação de 150 ACS, em janeiro de 2001.
- Projeto aprovado pela Pró – Reitoria de Extensão (PROEXT)- Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
- Quantitativo de Bolsas de Extensão- 02

3. Conseqüências do projeto de pesquisa em fase de efetivação

- Avaliação da capacitação, realizada em 2001- janeiro de 2003.
- Projeto aprovado pela Pró – Reitoria de Pesquisa (PROPESQ), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).
- Quantitativo de Bolsas de Iniciação Científica- 02

4. Produtos

- Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, setembro de 2000.

- Anais do 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem . Recife, outubro de 2000.
- Palestrante no V Fórum do Centro de Ciências da Saúde – UFPE. Recife, novembro de 2000.
- Apresentação de Pôster no V Fórum do Centro de Ciências da Saúde – UFPE. Recife, novembro de 2000.
- Anais do I Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UPPE. Recife, dezembro de 2000.
- Palestrante- coordenação do grupo temático “Legislação: da teoria à prática.” Pré – Conferência para a III Conferência Municipal de Assistência Social do Recife. Recife, junho de 2001.
- Anais do III Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia – Santa Catarina, setembro de 2001.
- Inscrição do projeto de pesquisa no VI Prêmio Banco Real – Universidade Solidária. Trabalho de pesquisa selecionado para representar a Universidade Federal de Pernambuco. Brasília, setembro de 2001.
- Certificação de participação no Prêmio Saúde Brasil. São Paulo, dezembro de 2001.
- Anais do II Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UPPE. Recife, dezembro de 2001.
- Certificação de participação no II Prêmio Saúde Brasil. São Paulo, dezembro de 2002.
- Anais do III Congresso de Extensão da UPPE. Recife, dezembro de 2002.

- Debatedora na II Jornada Pernambucana de Geriatria e Gerontologia. Recife, setembro de 2001.
- Certificação de participação no Vivendo o Campus- UFPE. Apresentação de pôster. Recife, agosto de 2002.
- Anais do I Congresso de Extensão Universitária. João Pessoa, novembro de 2002.
- Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Brasília, julho/agosto de 2003.

4. Premiação

- II Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPE. IV Encontro de Extensão. Primeira classificação na área de Saúde e Qualidade de Vida. Recife, dezembro de 2001.

5. Direcionalidade – situação objetivo

- Publicação de artigo com os resultados da avaliação da capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde- ACS.
- Projeto de capacitação para o total, atualizado, das ACS do município.
- Expansão do projeto a outros municípios.
- Inclusão do projeto na linha de financiamento do Ministério da Saúde- Incentivo à pesquisa em áreas prioritárias.
- Apoio de Instituições, nacionais e internacionais, de fomento à pesquisa e extensão.



ANEXOS



Anexo A-

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Journal of Public Health

Informações Editoriais

Editor Científico

Prof. Dr. Oswaldo Paulo Forattini

Coeditores Científicos

Prof. Dr. Carlos Augusto Monteiro

Prof. Dr. Moisés Goldbaum

Editores Associados

Prof. Dr. Laercio Joel Franco

Prof. Dr. Luiz Jacintho da Silva

Prof. Dr. Fernando Lefèvre

Prof. Dr. Paulo Hilário Nascimento Saldiva

Instruções aos autores

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de *2.000 a 4.000 palavras*, excluindo tabelas, figuras e referências.
- *As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto*, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de *valor não representativo*. Quanto às *figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas*.
- *As referências bibliográficas estão limitadas a 15*, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, havendo, todavia, flexibilidade. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

Faculdade de Saúde Pública da USP - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01246-904 - São Paulo - SP - Brasil
Fone/Fax: (011-055)3068-0539 - E-mail: revsp@usp.br - Web: <http://www.fsp.usp.br/rsp>

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão.* A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e.mail. **Apresentação** Estas instruções estão baseadas na tradução do documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", publicado na Revista de Saúde Pública 1999; 33(1). *No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento.*

A Revista de Saúde Pública é um periódico especializado, internacional, aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Tem por finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública, seja no âmbito do país, seja no âmbito internacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista de Saúde Pública, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico,

tanto do texto, quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, em inglês ou em espanhol, em quatro vias, para o Editor Científico.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma, sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, todos os trabalhos, quando submetidos à publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura de cada um dos autores.

□

Referências toptop- As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver ([RSP, vol. 33\(1\) p. 11-13](#)).

Referências

Comitê Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisito de uniformidade para manuscritos apresentados a revistas Biomédicas. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 151-162.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997;336:309-15.

Internacional Committee of Medical Editors. Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. *Rev Saúde Pública* 1999;33(1).

JAMA instructions for authors manuscript criteria and information. *JAMA* 1998; 279:67-64.

Anexo B-**REVISTA SAÚDE EM DEBATE****INSTRUÇÃO AOS AUTORES**

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), voltada para a área de Saúde Pública e Saúde Coletiva. Aceita trabalhos inéditos, sob forma de artigos originais, artigos de opinião, artigos de revisão ou de atualização, relato de casos e resenha de livros de interesse acadêmico político e social.

Artigo**Seqüência de apresentação do texto**

1. Título em português e em inglês
2. Folha de apresentação com nome completo dos autores, endereço e e-mail e, no rodapé, as referências profissionais. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.
3. Resumo em inglês e português; descritores, mínimo de três, máximo de cinco palavras, não ultrapassando o máximo de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras).
4. Artigo propriamente dito.
 - a) as marcações de nota de rodapé devem ser subscritas.
 - b) palavras ou trechos de textos que são destacados a critério do autor, utilizar aspas simples.
 - c) quadros e gráficos devem ser apresentados em folhas separadas.
 - d) os autores citados no corpo do texto deverão ser escritos em caixa baixa (só a primeira letra em caixa alta), observando-se a norma da ABNT NBR 10.520:2001.
 - e) as referências bibliográficas no corpo do texto, deverão ser apresentadas entre parênteses, em caixa alta, seguidas do ano.
5. As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT, NBR 6023:2000.