



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTROS DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

MARIA NEYDE GOMES XIMENES

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO E A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS IDOSOS DE ITAPIPOCA-CE**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

MARIA NEYDE GOMES XIMENES

AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO E A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS IDOSOS DE ITAPIPOCA-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a. Marinina Gruska Benevides.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Ximenes, Maria Neyde Gomes .

As políticas públicas para o idoso e a atuação do núcleo de apoio à saúde da família no cuidado aos idosos de Itapipoca-CE [recurso eletrônico] / Maria Neyde Gomes Ximenes. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 104 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof.ª Dra. Marinina Gruska Benevides.

1. Políticas Públicas. 2. Velhice. 3. Cuidado. 4. NASF. I. Título.

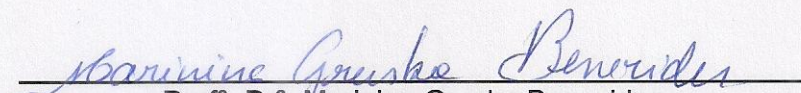
MARIA NEYDE GOMES XIMENES

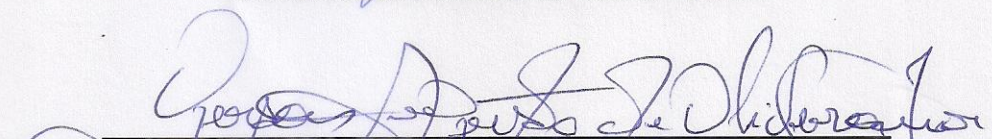
AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO E A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO AOS IDOSOS DE ITAIPUOCA-CE


Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 31/10/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof^a. Dr^a. Marinina Gruska Benevides
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof. Dr. Gerson Augusto de Oliveira Júnior
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof^a. Dr^a. Ana Maria Fontenelle Catrib
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Aos meus pais, Meton Ferreira e Rita Rogério (*In memoriam*), pelo eterno incentivo aos estudos e razão da escolha deste tema;

Ao meu sogro, Dr. Ximenes (*In memoriam*), lembrança de sua eloquência nos discursos nas comemorações natalinas em família;

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força, fé e luz;

Às minhas filhas, Carol e Yara, que me incentivam indiretamente a caminhar no mundo acadêmico;

Ao meu esposo, pelo companheirismo e cumplicidade;

A minha sogra, Maria José, grande exemplo de perseverança e amor;

A Marinina Gruska Benevides, minha orientadora, que me acolheu;

A amiga Alice e Conceição Araújo, sempre prontas a ouvir meus lamentos e dificuldades nesta caminhada;

Ao Grupo de Idosos do Bairro São Francisco, o motivo maior das minhas indagações e curiosidades;

A minha inesquecível Turma 13 do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas da UECE. Todos vocês favoreceram a minha aprendizagem através de discussões e troca de diferentes saberes;

À grande amiga Solange Santos, pela força e incentivo a não desistir do meu projeto;

A todos profissionais do NASF e do CEJA Padre Luiz Xavier de Lima que estavam na torcida pela minha vitória;

Ao coordenador do NASF de Itapipoca, Bernardo, que muito contribuiu nessa pesquisa.

Aos professores Marcílio, Elielder e Régis, pela contribuição intelectual e discussões que auxiliaram a conhecer melhor meu objeto de pesquisa;

A minha cunhada Maria do Carmo, pelo incentivo e apoio;

Ao meu sobrinho Francisco, pela troca de conhecimentos e afeto;

As minhas irmãs, Lélita e Maria José, que apesar da falta de tempo, sempre se faziam presentes através de telefonemas e palavras de conforto;

Sou grata a todos que auxiliaram, direta ou indiretamente, para a realização desse sonho.

“Não me pergunte sobre a minha idade, porque tenho todas as idades. Eu tenho a idade da infância, da adolescência, da maturidade e da velhice”.

(CORA CORALINA, 1990, p.78).

RESUMO

O processo de envelhecimento é acompanhado em nível mundial e abrange todas as classes sociais. No Brasil, percebe-se que as políticas públicas direcionadas ao idoso são escassas em vista do elevado número de pessoas de terceira idade e suas carências. Nesse estudo, pretende-se contribuir com a reflexão sobre o cuidado que a família proporciona ao idoso no ambiente doméstico e no NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Serão analisadas as seguintes categorias: Políticas Públicas voltadas para o segmento longo; o NASF; família; velhice e cuidado. O objetivo dessa pesquisa é analisar o acompanhamento aos idosos realizado pelo NASF de assistência e promoção da saúde no município de Itapipoca – CE. Para tanto, descrevem-se as políticas públicas voltadas para o segmento longo; apresenta-se o NASF de Itapipoca, sua estrutura, suas ações, seu público alvo e suas atribuições. Pretende-se, ainda, contribuir com a reflexão sobre o cuidado que a família proporciona ao idoso no ambiente doméstico, a fim de possibilitar revisão de estratégias ou programas que atendam não somente à pessoa idosa, mas também ao seu cuidador e a sua família. Ademais, discute-se a colaboração da família para o envelhecimento sadio concorre para melhorar a qualidade de vida do idoso e indiretamente para a implementação de políticas públicas para esse segmento. Tenciona-se, também, que os resultados desta pesquisa possam aguçar o interesse acadêmico por este tema, induzir a reflexão sobre envelhecimento, as relações de gênero e de cuidado, pois o idoso necessita de uma maior atenção por parte do Estado e da família para o seu bem-estar. A pesquisa desenvolvida é de natureza documental e bibliográfica. Serão analisados decretos, leis e portarias que regulamentam o trabalho do NASF, bem como assegura os direitos à pessoa idosa.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Velhice. Cuidado. NASF

ABSTRACT

The aging process is monitored worldwide and covers all social classes. In Brazil, it can be seen that the public policies directed to the elderly are scarce in view of the high number of elderly people and their needs. This study intends to contribute to the reflection about the care that the family provides to the elderly in the home environment and in the FHSC- Family Health Support Center. The following categories will be analyzed: Public policies focused on the long-lived segment; the FHSC; family; old age and care. The objective of this research is to analyze the follow - up to the elderly carried out by the FHSC of assistance and health promotion in the municipality of Itapipoca - CE. For that, the public policies for the long-lived segment are described; presents the Itapipoca FHSC, its structure, its actions, its target public and its attributions. It is also intended to contribute to the reflection about the care that the family provides to the elderly in the domestic environment, in order to allow the revision of strategies or programs that serve not only the elderly but also their caregiver and their family. In addition, it is discussed the collaboration of the family for the healthy aging competes to improve the quality of life of the elderly and indirectly for the implementation of public policies for this segment. It is also intended that the results of this research may sharpen the academic interest in this subject, induce reflection on aging, gender relations and care, since the elderly need more attention from the State and the family to your well-being. The research developed is of documentary and bibliographic nature. Decisions, laws and ordinances that regulate the work of the FHSC, as well as rights of the elderly, will be analyzed.

Keywords: Public Policies. Old Age. Caution. FHSC.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número Total de equipes do NASF por Estado:	55
Gráfico 2 – Equipes do NASF que enviaram dados para o SISAB.....	56
Gráfico 3 – Percentual de envio por Estado	56
Gráfico 4 – Total de equipes do NASF por Região.....	58
Gráfico 5 – Total de equipes do NASF que enviaram por Região.....	58
Gráfico 6 – Percentual de envio por Região	59
Gráfico 7 – Sexo dos idosos/ Grupo São Francisco	76
Gráfico 8 – Idade dos Idosos/ Grupo São Francisco	77
Gráfico 9 – Escolaridade dos idosos/ Grupo do São Francisco	78
Gráfico 10 – Estado Civil dos idosos/ Grupo do São Francisco	79
Gráfico 11 – Profissões dos idosos/ Grupo do São Francisco	79
Gráfico 12 – Doenças dos Idosos/ Grupo São Francisco	80
Gráfico 13 – Situação Econômica dos Idosos/ Grupo do São Francisco.....	82
Gráfico 14 – Com quem reside os idosos do Grupo do São Francisco	82
Gráfico 15 – Atendimento do NASF/ Grupo São Francisco.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACEPI	Associação Cearense Pró-idosos
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
ASSIPA	Associação de Idosos do Pará
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CPSMIT	Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca
CR	Consultório de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREA	Centro de Referência Especial de Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MOPI	Movimento Paulista de Idosos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do SUAS
NOB/SU	Norma Operacional Básica do SUS
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAI	Programa de Assistência do Idoso
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PAIFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos
PMAQ	Programa Nacional de Melhorias do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSE	Programa Saúde na Escola
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	POLÍTICAS PÚBLICAS: UM RESGATE	19
2.1	A PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL	20
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO	26
2.3	INSTRUMENTOS LEGAIS DE POLÍTICA PÚBLICA DO SEGMENTO LONGEVO	29
3	O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE (APS)	40
3.1	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF	42
3.1.1	Ferramentas utilizadas pelo NASF	46
3.2	PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	51
4	NASF NO MUNICÍPIO DE ITAPIOCA	61
4.1	PESQUISA DOCUMENTAL	70
4.2	PERFIL DOS IDOSOS.....	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXOS	94
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	95
	ANEXO B – DECLARAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS	96
	ANEXO C – FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	97
	ANEXO D – MAPA DIÁRIO DO ATENDIMENTO DE CLIENTE EXTERNO...99	
	ANEXO E – FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL.....	100
	ANEXO F – RESOLUÇÃO Nº. 80/2008 – CIB/CE	102

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é acompanhado em nível mundial e abrange todas as classes sociais. Ele compreende vários aspectos: biopsicossociais, políticos, éticos e culturais, ou seja, atinge o homem de forma integral. Em cada sociedade, são elaboradas leis que definiram e acompanharam esse processo natural, visando fortalecer e valorizar o sujeito nesse processo.

A população idosa no Brasil tem se multiplicado de maneira significativa nos últimos anos. Sendo assim, a esfera pública é pressionada a implementar políticas públicas direcionadas à saúde integral do idoso, parcela populacional que possui demandas específicas e, algumas vezes, urgentes.

As Políticas Públicas no Brasil direcionadas ao idoso ainda são escassas, embora sejam elevados o número de idosos e as suas carências, o que requer aparatos e garantias concretas para amparar e melhorar a qualidade de vida desses sujeitos. É imprescindível fortalecer as políticas setoriais de proteção ao idoso, sobretudo da seguridade social, a qual inclui a política de saúde.

É relevante analisar a participação do usuário longo e de sua família no Sistema Único de Saúde (SUS) em busca da promoção da saúde. A consolidação de sua participação, incentivando e esclarecendo sobre o controle social, delineará a melhoria das políticas públicas. Os movimentos pró-idosos e as conferências nas três esferas de governo contribuem para regular e formular leis para a defesa dos direitos dos idosos. É nesse espaço que a família e o idoso devem participar, objetivando a equidade social.

Por muito tempo, a velhice foi exclusivamente sinônima de doença. O idoso era visto com indiferença. Tal desprezo, projetado pela própria sociedade e percebido pelo idoso, considerado um peso para algumas famílias, justifica-se pela ausência ou diminuição de suas contribuições em afazeres domésticos, assim como em outras atividades, muito embora suas contribuições financeiras, inúmeras vezes, correspondam ao sustento de toda família.

A expressão “velho”, na maioria das vezes, é utilizada no sentido pejorativo, mas também pode ser interpretada de forma positiva, dependendo da maneira em que o vocábulo é expresso. No âmbito familiar, pode expressar um modo carinhoso de tratamento. Os fatores negativos do processo de envelhecimento

não são regras, pois a velhice é contemplada como uma etapa individual e é, portanto, vivenciada de modo heterogêneo.

Considerando a velhice na totalidade de fatores que a cercam, tais como biológicos, psicológicos, sociais e culturais, torna-se imprescindível que o idoso seja respeitado na sua individualidade e seja fortalecido para ter autonomia e independência em sua vida social.

O núcleo familiar corresponde ao espaço social em que os laços afetivos devem ser fortalecidos. Nele, existe uma efetiva interação que contribuirá para o equilíbrio emocional e psíquico de cada indivíduo. Cada membro da família tem sua importância e colaboração para o bem-estar geral do grupo familiar.

A família corresponde à principal instituição social, *lócus* do cuidado, conforme o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 01.10.2003), pois assegura a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Observando a história de lutas e conquistas da sociedade brasileira, verifica-se que a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu artigo 230 uma preocupação do Estado com a população idosa, ao afirmar que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e seu bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida”.

No contexto histórico do Brasil, pode-se perceber que é bastante recente a ênfase na importância do idoso no convívio social. Portanto, tem se pensado em políticas direcionadas para essa faixa etária da população. Neste raciocínio, a Política Nacional do Idoso - Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, surge e apresenta como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, proporcionando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Posteriormente, o Estatuto do Idoso, Lei 10.741, de 01. 10.2003, ratifica esta responsabilidade do Poder Público, ao destacar em seu artigo 1º a regulamentação dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Apesar desses esforços, percebe-se que muito ainda precisa ser feito para a efetivação dos direitos da pessoa idosa, principalmente no âmbito social, em que é possível verificar nos núcleos familiares que apresentam menores condições

socioeconômicas e limitações para lidar com as demandas da população envelhecida, no que concerne ao cuidado e suporte necessário (seja este emocional e/ou financeiro).

Na sociedade capitalista, a concepção de envelhecimento e dos cuidados demandados pelas pessoas em processo de envelhecimento nem sempre é aceitável ou possível, haja vista que, na contemporaneidade, os relacionamentos familiares também se fragilizam. A dinâmica cotidiana, as atividades laborais para garantir o sustento da casa, impossibilitam que o núcleo familiar dedique o cuidado devido ao seu idoso. Tal fato suscita preocupação tanto para a sociedade quanto para o Estado.

Torna-se, portanto, necessário que o conceito de cuidar seja amplamente debatido e divulgado, de modo que as organizações familiares conheçam seus deveres e reivindiquem seus direitos, ao expor as limitações que encontram no cotidiano de seus lares.

O cuidado do idoso geralmente está direcionado para a família. Nos diferentes arranjos familiares, o que se constata é que o cuidado é atribuído à mulher. É ela que concentra as habilidades de lidar com o idoso. Aliás, tradicionalmente, é dela a responsabilidade de proteger e cuidar. Na contemporaneidade, visualiza-se um emaranhado de tarefas para os membros do sexo feminino: trabalhar fora, cuidar da casa, dos filhos, do idoso, da beleza. A expectativa é que a mulher desempenhe devidamente as funções de mãe, esposa, dona de casa, trabalhadora e/ou patroa.

Convém salientar que o modo como a família trata o idoso reflete na sua saúde, haja vista que, quando desvalorizados, desprezados ou rejeitados, tornam-se mais suscetíveis a quadros depressivos, assim como a outras enfermidades, conforme identificados em muitos atendimentos multiprofissionais. Percebe-se, assim, que idoso e família têm uma ligação explícita de dependência e interdependência entre seus membros, os quais possuem relações de trocas e devem ser respeitadas.

Apesar dos avanços legislativos, ainda é possível perceber a escassez de acervo referente ao assunto do envelhecimento. Diante de tal fato, é válido frisar a necessidade de maior atenção e debate sobre esse tema, por parte de estudiosos e governantes.

Durante a prática desenvolvida como assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizado no município de Itapipoca-Ceará, foram feitos questionamentos acerca do idoso e da participação de sua família para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável.

Desse modo, a escolha do tema deste estudo surgiu a partir da experiência profissional da pesquisadora, assistente social na equipe técnica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), na cidade de Itapipoca-Ceará.

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Seu principal objetivo é o de apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF), dando suporte e ampliando as ações da Atenção Básica, desenvolvendo suas atividades dentro dos processos de territorialização e regionalização em saúde.

O ambiente da pesquisa foi escolhido a partir da experiência profissional da investigadora. Assim, decidiu-se analisar um grupo de idosos composto por homens e mulheres da comunidade do bairro São Francisco. Tal grupo se reúne semanalmente com o educador físico do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e com outros profissionais da equipe multidisciplinar do NASF, de forma que cada profissional tem espaço para desenvolver atividades junto ao referido grupo, colaborando para a melhoria na qualidade de vida dos idosos que o compõem.

Durante os atendimentos a este grupo, foi possível observar, inicialmente, que alguns idosos atendidos demonstravam vínculos familiares fragilizados, bem como apresentavam características de apatia diante da realidade enfrentada nas relações familiares, as quais influenciam diretamente a saúde, dificultando a construção de uma vida digna e saudável para si próprios.

No espaço grupal para o idoso existem atividades de lazer e aprendizagem, podendo ser considerado como uma alternativa a ser seguida pelo segmento populacional longo, possibilitando sua inclusão e participação na sociedade, além da garantia do protagonismo dos idosos, como cidadãos de direitos.

O objetivo principal dessa pesquisa foi analisar o acompanhamento aos idosos realizado pelo NASF de assistência e promoção da saúde no município de Itapipoca – CE. Para tanto, descreveram-se as políticas públicas voltadas para o segmento longo; apresentou-se o NASF de Itapipoca, sua estrutura, suas ações, seu público alvo e suas atribuições. Realizou-se também uma pesquisa documental

nos prontuários dos idosos atendidos pelo NASF e uma pesquisa bibliográfica junto às produções dos autores contemporâneos, utilizando como fonte de pesquisa as plataformas do Google acadêmico, Portal da CAPES, revistas da área social e outros.

Pretendeu-se, ainda, contribuir com a reflexão sobre o cuidado que a família proporciona ao idoso no ambiente doméstico, a fim de possibilitar revisão de estratégias ou programas que atendam não somente à pessoa idosa, mas também ao seu cuidador e a sua família. Ademais, discutiu-se a colaboração da família para o envelhecimento sadio concorre para melhorar a qualidade de vida do idoso e indiretamente para a implementação de políticas públicas voltadas para o segmento longo.

Foram analisadas as categorias políticas públicas (voltadas para o idoso), velhice, família e cuidado, considerando os liames estabelecidos entre elas, o que possibilitou à pesquisadora formular as seguintes indagações: Como avaliar as políticas públicas direcionadas para este segmento? Qual o apoio matricial do NASF na Atenção Básica? Qual a estrutura e ações desenvolvidas pelo NASF em Itapipoca? Qual o perfil do idoso que participa do grupo de convivência do bairro São Francisco no referido município?

Tencionou-se, também, que os resultados desta pesquisa possam aguçar o interesse acadêmico por este tema, induzir a reflexão sobre envelhecimento, as relações de gênero e de cuidado, pois o idoso necessita de uma maior atenção por parte do Estado e da família para o seu bem-estar.

A pesquisa desenvolvida foi de natureza documental e bibliográfica. Foram analisados decretos, leis e portarias que regulamentam o trabalho do NASF, bem como assegura os direitos à pessoa idosa.

O município de Itapipoca-Ceará é uma cidade considerada de grande porte com a população de 116.065 habitantes, conforme registros IBGE (2010). A cidade é conhecida por apresentar três climas: praia, serra e sertão. Sua população idosa corresponde a 11.467 moradores, representando 9,74% do total da população da urbe em menção. Fato que demanda uma maior atenção à população envelhecida, tanto para o Estado quanto para a sociedade e núcleo familiar de modo geral.

No NASF de Itapipoca-Ceará, existem três equipes que são compostas pelos seguintes profissionais: assistente social, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional, fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista e educador físico. As unidades do NASF funcionam nos bairros Violeta, Boa Vista e Fazendinha, e cada uma é responsável por uma territorialização.

A unidade na qual este estudo foi desenvolvido é a localizada no bairro da Fazendinha, onde a pesquisadora desenvolve trabalho com um grupo de convivência da ESF, do CRAS e do NASF. O referido grupo se reúne no Salão Paroquial do bairro São Francisco, território de abrangência da responsabilidade profissional da pesquisadora.

Este estudo está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo trata das políticas públicas, da proteção social do idoso no Brasil e dos instrumentos legais das políticas sociais que defendem a população idosa. O segundo capítulo versa sobre o Núcleo de Apoio à Família (NASF): conceito, estrutura funcional, diretrizes, componentes e articulações dentro da Atenção Primária de Saúde (APS). Além de analisar a principal função deste núcleo, descreve as atividades desempenhadas por ele. No terceiro capítulo, apresenta-se o NASF no município de Itapipoca, suas dificuldades, possibilidades e limites de atuação na comunidade dentro da sua territorialização de responsabilidade. Apresenta-se, como foco central, a pesquisa documental realizada nos prontuários dos idosos e o trabalho desenvolvido com o grupo de idosos do bairro São Francisco, onde o NASF desenvolve um trabalho educativo e matricial, juntamente com o CRAS, ESF – Cacimbas, e a comunidade religiosa do referido bairro.

Por fim, são redigidas as principais conclusões, dentre as quais se destacam o perfil do idoso do grupo de convivência do bairro São Francisco, constatando-se a predominância do gênero feminino, com faixa de idade entre 60 e 69 anos, aposentados, casados, que vivem com os cônjuges e filhos. A pouca escolaridade também foi fator preponderante, uma vez que a maioria possui alfabetização ou ensino fundamental incompleto. Em relação à saúde, a doença crônica mais frequente hipertensão arterial sistêmica. O resultado obtido vem confirmar a realidade do município e também do país. É necessário que se desenvolvam mais políticas públicas voltadas para esse público, assegurando promoção da saúde e qualidade de vida.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS: UM RESGATE

As Políticas Públicas têm contribuído para amenizar a questão social, pois trouxeram uma resposta às manifestações populares e às reivindicações dos direitos fundamentais para a sobrevivência do cidadão. Desta forma, tais políticas são importantes ferramentas de controle governamental.

Convém definir as Políticas Públicas neste momento para que sejam compreendidos os seus reais objetivos. Não existe um conceito único, existe uma ampla literatura sobre seu entendimento.

Para Bravo e Pereira (2002), política pública significa ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos nas leis. As políticas públicas são desenvolvidas através de programas, projetos e serviços oferecidos aos cidadãos. Somente se concretizam direitos sociais por meio da participação coletiva nas lutas permanentes de seus desejos e aspirações. Uma das ferramentas que auxiliam neste período de luta são as informações acerca do objeto a ser defendido e a certeza do que realmente se almeja.

É relevante enfatizar que estas políticas são o resultado da participação do povo nos movimentos sociais, nos conselhos e resultado de denúncias nos meios de comunicações e redes sociais exigindo do Estado o cumprimento das leis que garantam os direitos dos cidadãos.

Como são vários segmentos da população a serem atendidos pelas políticas públicas, foram criadas as políticas setoriais para suprir as carências de cada segmento. Segundo Osterne (2014), a insistência em trabalhar problemas isolados compromete o entendimento do indivíduo em sua dimensão relacional e de complexa totalidade. Sendo assim, o indivíduo deve ser compreendido como ser integral e não de forma fragmentada. A setorialização é mais uma ferramenta desenvolvida pelo Estado capitalista que se utiliza de divisões setoriais, dificultando o curso da efetividade das políticas. Esta fragmentação é semelhante à divisão do trabalho para acelerar o acúmulo do capital analisada por Karl Marx.

Vários autores conceituam Política Pública segundo seus diversos ângulos e vertente. Laswell assegura que as Políticas Públicas implicam responder às perguntas: quem ganha o quê, porquê e que diferença faz. Enquanto para Lowi, Política Pública é “uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual

ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas” (REZENDE, 2004 *apud* SOUZA, 2007, p.28).

Nesse sentido, as Políticas Públicas servem para acalmar a relação conflituosa entre o Estado e a sociedade. Muitas vezes mostram o lado cooperativo da própria sociedade na resolução de problemas sociais existentes. Percebe-se um artifício do Estado de transferir sua responsabilidade com a questão social para a sociedade.

Segundo Souza (2007), as Políticas Públicas, enquanto campo de conhecimento, têm ressurgido com grande importância juntamente com a elaboração, a implementação e a avaliação dos modelos e das regras das instituições que desenvolvem planos, programas, projetos e serviços oferecidos pelo Estado. Acredita-se que as mencionadas políticas devem ser vistas vê-las como um campo holístico, pois abrangem uma diversidade de ações, ideias e interesses, além de estarem concentradas nos campos da política, da economia, do social e do cultural.

Não se pode confundir Política Pública e Política Social. A primeira define-se como mais ampla abrangendo todas as áreas da sociedade, enquanto a segunda é específica, determinando uma área ou setor social, ou seja, uma parte da sociedade. Elas fazem parte das relações do Estado e a sociedade civil que ora é passiva, ora conflitiva.

A Política Pública é o elo entre o Estado e a sociedade, e cada cidadão faz parte de sua construção, visando uma vida digna. Podem-se citar alguns exemplos de políticas públicas: política do idoso, da educação, de segurança pública, do ambiente, da mulher, de habitação.

2.1 A PROTEÇÃO SOCIAL DO IDOSO NO BRASIL

O envelhecimento populacional cresce a cada ano de forma impressionante, requerendo e demandando ações urgentes e imediatas por parte do Estado para solucionar ou minimizar os problemas ocasionados a esse segmento da sociedade. Segundo projeções da ONU, “em 2050, dois bilhões de pessoas em todo o mundo serão idosas” (LEBRÃO, 2007, *apud* GIACOMIN, 2012, p.23). Existirão mais pessoas idosas do que jovens. E que políticas públicas estão sendo criadas

para resolver essa situação? Sabe-se que os países em desenvolvimento serão os mais alterados e passarão a ter novas dinâmicas.

As primeiras preocupações com este segmento populacional na história brasileira observam-se a partir da Lei Elói Chaves (Decreto 4.682 de 24/01/1923), que prevê a aposentadoria por invalidez; aposentadoria ordinária (para o empregado que prestou, pelo menos, 30 anos de serviço, com 50 anos de idade), considerado como tempo de serviço, pensão por morte para os dependentes, assistência médica curativa, fornecimento de medicamento e auxílio funeral.

Vale ressaltar que esta lei beneficia exclusivamente os empregados das empresas ferroviárias. Após algum tempo, já existem caixas de aposentadorias de outros segmentos de trabalhadores, como os marítimos. Os trabalhadores reivindicam os seus direitos trabalhistas para uma vida mais confortável para sua família e, desta maneira, visando melhorias no campo assistencial e de saúde. A Lei Elói Chaves é fruto da luta da classe operária para reivindicar seus direitos, garantindo a dignidade dos trabalhadores. E assim começam a surgir outras conquistas e mudanças que beneficiam diretamente o trabalhador em sua velhice.

Em 1930, com os reflexos da crise mundial de 1929, as organizações operárias pressionam o Estado por melhorias. O Estado começa a perceber o poder da classe trabalhadora e inclui na constituição de 1934, promulgada pelo Presidente Getúlio Vargas, alguns artigos que garantem concessões para os trabalhadores e também para os idosos. Entre eles o artigo 121 § 1º, “h”:

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País. § 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador: h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte;

Depreende-se que a classe trabalhadora, naquele período, já possui uma participação ativa na luta por melhorias e garantias de classe. Um fator importante sobre a constituição de 1934 é que ela tem duração de apenas três anos, o que demonstra um período governamental autoritário, porém a classe operária possui força e vai às ruas em busca de seus direitos.

A constituição de 1937 anuncia a consolidação do Estado Novo Getúlio Vargas, então Presidente da República, fundou o Estado Novo, como uma estratégia de evitar manifestações comunistas. Percebe-se que, no preâmbulo da constituição de 1937, a repressão ao comunismo, à censura à Imprensa, de poder centralizado, nacionalista e autoritário, verdadeiro golpe de Estado:

Atendendo às legítimas aspirações do povo brasileiro à paz política e social, profundamente perturbada por conhecidos fatores de desordem, resultantes da crescente a gravação dos dissídios partidários, que, uma, notória propaganda demagógica procura desnaturar em luta de classes, e da extremação, de conflitos ideológicos, tendentes, pelo seu desenvolvimento natural, resolver-se em termos de violência, colocando a Nação sob a funesta iminência da guerra civil; Atendendo ao estado de apreensão criado no País pela infiltração comunista, que se torna dia a dia mais extensa e mais profunda, exigindo remédios, de caráter radical e permanente; Atendendo a que, sob as instituições anteriores, não dispunha, o Estado de meios normais de preservação e de defesa da paz, da segurança e do bem-estar do povo; Sem o apoio das forças armadas e cedendo às inspirações da opinião nacional, umas e outras justificadamente apreensivas diante dos perigos que ameaçam a nossa unidade e da rapidez com que se vem processando a decomposição das nossas instituições civis e políticas (BRASIL, 1937).

O Estado Novo é o precursor do regime militar, no entanto, mesmo com toda repressão e negação de direitos, os trabalhadores e a sociedade civil como um todo não se amedrontam e lutam contra a opressão instalada no Brasil no período.

Em 1964, após o golpe militar a questão social é tratada com repressão e como caso de polícia, segundo Cerqueira Filho (1982). Isso se justifica pela repressão aos movimentos sociais, que ainda assim conseguem algumas concessões trabalhistas num período em que a questão social é usada no discurso político de forma paternalista com os trabalhadores.

A criação de organismos como do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social, 1966) e a instituição da Renda Mínima Vitalícia pela Lei 6.1979 de 11 de dezembro de 1974 surgem como âncoras para o trabalhador, garantindo melhoria de vida e assistência ao trabalhador em sua velhice. Nessa retrospectiva, é crucial citar o Programa de Assistência do Idoso (PAI) e a Legião Brasileira de Assistência (LBA).

O Programa de Assistência do Idoso (PAI) surge em 1976 e faz parte do INPS. Ele aborda organizações de grupos de convivência para idosos que já se encontram fora do mercado de trabalho, sem direitos e excluídos. Posteriormente este programa se modifica e passa a ser chamado de Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI).

No ano de 1976, ocorrem seminários regionais nas capitais de São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, cujo tema central é o idoso, culminando num seminário em nível nacional com o tema: “Estratégias de Política Social para os Idosos no Brasil”. Nos seminários, são discutidos aspectos sociais necessários à qualidade de vida do idoso brasileiro, objetivando um diagnóstico preciso da condição de vida destas pessoas no país.

No ano seguinte, com a Reforma do INPS, surge o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), tendo como função prestar assistência social aos idosos por meio de atividades educativas e recreativas em Centros Sociais, distribuições de cestas básicas, concessão de documentos, próteses, além de possuir grupos de voluntariados. É importante lembrar que o SINPAS é extinto com a criação da Legião de Assistência (LBA), que tem a função de prestar assistência social aos carentes e necessitados de amparo, em especial aos idosos.

A LBA é criada pelo Decreto Nº 4.830 de outubro de 1942, do governo Getúlio Vargas, sendo a instituição administrada pela primeira dama Darcy Vargas. Essa instituição é designada primeiramente a atender as famílias dos soldados mobilizados para a Segunda Guerra Mundial. Com o término da guerra, a LBA se torna uma instituição voltada ao atendimento das famílias carentes, de cunho clientelista.

“A LBA começa a atuar em praticamente todas as áreas de assistências social, inicialmente para suprir sua atividade básica e, em seguida, visando a um programa de ação permanente” (IAMAMOTO, 1986, p.258). Saliente-se o papel fundamental deste órgão para a sociedade civil, sendo assim, o idoso também se encontra incluso nesta demanda estatal de assistência.

Durante cinquenta e três anos, as esposas dos presidentes da república exerciam a presidência da LBA, desempenhando papéis de cunho filantrópico e contribuindo para amenizar a pobreza. Em 1991, surgem denúncias de desvios de verbas da Assistência Social na gestão de Rosane Collor, esposa do então presidente Fernando Collor de Melo. Em 1995, sob a égide de Fernando Henrique Cardoso a LBA é extinta.

A LBA e outras instituições sociais são ferramentas de controle social e político dos setores dominados e de manutenção do sistema de produção capitalista, principalmente em períodos do Estado Novo e da ditadura militar. Por meio de lutas,

conflitos, resistências de diversos setores da sociedade brasileira no período em que os militares estão no poder, observam-se os movimentos sociais em ação.

Entre 1964 a 1985 os direitos dos brasileiros são restringidos. Neste período, o Congresso Federal é fechado e é implantada uma única ideologia política conceituada de ditadura militar, que contou com o apoio de diferentes setores da sociedade brasileira e norte-americana, como por exemplo, no âmbito dos meios de comunicação, parte da Igreja Católica, empresários.

Por outro lado, é possível observar os núcleos de resistências, os quais, por meio de diálogo ou da luta armada, introduzem os movimentos de resistência, os quais estão presentes no meio estudantil dos secundaristas e acadêmicos, sindicatos, dominicanos da igreja católica.

Entende-se que a ditadura militar acende os movimentos sociais, despertando no povo a vontade de melhorar as Políticas Públicas. Desde então, esses movimentos têm contribuído e ainda continuam a fiscalizar e avaliar essas políticas desenvolvidas pelo governo federal, sobretudo as do segmento dos idosos.

As décadas de 60 e 70 são decisivas para que o movimento pró-idoso avance. Nelas, surgem vários movimentos organizados que marcam de forma significativa a luta em defesa dos direitos sociais, políticos e econômicos do segmento longo.

Na década de 60, evidencia-se uma mobilização da sociedade civil em defesa dos direitos dos idosos, a qual reivindica melhorias para este segmento que passa a ser excluído após a aposentadoria. A aposentadoria é vista como decadência e demonstra o fim das atividades laborais, considerada como a falência da vida. De forma irônica, pode se afirmar que a aposentadoria tornou-se: “prêmio da chegada da velhice”. Mais tarde, surge a União dos Aposentados e Pensionistas e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, além do Serviço Social do Comércio (SESC), o qual desenvolvia atividades recreativas e educativas para os idosos e famílias dos trabalhadores do comércio.

Na década de 70, ampliam-se as associações pró-idoso. Uma figura fundamental neste setor é o gerontólogo Marcelo Antônio Salgado, que desperta e valoriza o envelhecimento ativo como sendo um direito de cada cidadão. Segundo seu depoimento¹, ele participa da criação do Movimento Paulista de Idosos (MOPI -

¹Depoimento: Um resgate histórico da Gerontologia e do trabalho social com idosos no Brasil, matéria publicada na Revista Terceira Idade. Depoimento de Maria José Lima Barroso (Assistente Social),

SP), a Associação Cearense Pró-idosos (ACEPI - CE), da Associação de Idosos do Pará (ASSIPA - PA) e da criação do primeiro projeto de Escola Aberta, precursor dos atuais programas de Universidades Abertas da Terceira idade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) convoca a 1ª Assembleia Mundial sobre o envelhecimento no ano de 1982, na cidade de Viena, na Áustria, tendo como resultado o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

Na agenda internacional, o Plano de Viena é o ponto de partida para implementar uma política pública para o segmento longo, tendo como objetivo principal a garantia da segurança econômica e social das pessoas idosas. É pertinente analisar que a concepção de idoso era diferente entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos. Para os países desenvolvidos, o indivíduo já é visto com grande potencial aquisitivo e de investimento, enquanto os países em desenvolvimento têm o idoso como dependente economicamente, associado a problemas sociais. Cada país possui seu contexto histórico diferente e, assim, deve planejar uma política pública de acordo com suas necessidades e especificidades. Não se pode negar que o contexto internacional influencia o Brasil. Todavia, faz-se uma adequação a nossa realidade. O Plano de Viena proporciona uma reflexão política e entra de forma significativa na agenda dos países em desenvolvimento, além de promover um debate acadêmico.

Organizações como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) não versam sobre o envelhecimento como uma prioridade, mas tratam-no como processo secundário. Valorizam os indivíduos que estão na ativa, que produzem. Para essas pessoas são oferecidos todo apoio por parte do Estado, de outros órgãos governamentais e de empresas privadas, pois estavam servindo ao capitalismo, geravam lucro.

Após vinte anos do Plano de Viena, realiza-se a 2ª Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, em Madri. Esse plano é mais abrangente que o Plano de Viena, porque garante a toda população envelhecer com dignidade e ter sua participação enquanto cidadãos da sociedade, tendo os mesmos direitos que outras gerações. Nele há uma preocupação no sentido de assegurar às populações longevas que seus direitos serem valorizados plenamente. Todavia, a concepção é

homogênea, ou seja, considera a população idosa com as mesmas necessidades e experiências comuns. Não se considera o contexto social, político e econômico de cada país.

É importante frisar que a Assembleia Geral da ONU aprova e estabelece o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, como o *slogan* para promoção de uma sociedade para todas as idades. O envelhecimento é analisado em quatro dimensões: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Segundo Camarano e Pasinato (2004), um dos grandes avanços do Plano de Madri é a contribuição os idosos para a sociedade. Verifica-se em seu artigo 6º:

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.

Outros avanços nesse plano são o estabelecimento de parcerias entre o Estado e a sociedade, além da questão da dimensão do gênero, área cujas conquistas merecem destaques. O reconhecimento das necessidades especiais da mulher valoriza mais ainda esse documento e abre maiores discussões e atenção para este tema na própria sociedade.

Outro Plano de Ação sobre a saúde das pessoas idosas da Política Internacional se refere ao plano estabelecido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – em Washington, no ano de 2009, que se destina à população da América Latina e do Caribe, incluindo o Brasil. Nele, fica clara a necessidade de melhoria na organização das informações dos países latino-americanos, visando avaliar melhor as políticas públicas para esse segmento, dando prioridades para o ano de 2009 – 2018.

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

A saúde da pessoa idosa começa a ser observada com mais intensidade não somente no Brasil, mas em todo o mundo, contudo de maneira ínfima. O CONASS (2009) destaca o valor da institucionalização das conferências de saúde no primeiro governo de Getúlio Vargas em 1937. Essas têm o objetivo de avaliar a

política de saúde e traçar diretrizes para dinamizar essa política, mas naquele período o povo não participava das conferências, somente às autoridades pertencentes ao governo.

No âmbito nacional, somente na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é um movimento de luta pela universalização da saúde. Nela está proposta a elaboração de uma política de assistência aos idosos, bandeira levantada pela participação do movimento da reforma sanitária. Nesse momento, é fundamental observar tal conferência como o pontapé inicial para alcançar melhorias nas políticas públicas voltadas para a saúde.

A 8ª conferência representou um divisor de águas. Ainda assim, não contou com a presença de provedores privados, que reagiram à sua abertura a outras forças sociais e se recusaram a participar. A representação de usuários era ainda pequena: centrais sindicais, associações de moradores. Até então, poucos eram os movimentos específicos da área da saúde existentes. Mas significou maior diversidade de atores e maior abrangência regional permitindo a emergência de muitas questões que até então estavam ausentes da agenda setorial (CONASS, 2009, p. 49-50).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é constituída e debatida em torno dos seguintes eixos: saúde como direito cidadão, reformulação do sistema de saúde do país e financiamento do setor da saúde. Tem a participação de muitos intelectuais e debate temas intrínsecos à saúde. Diante disso, é organizado o movimento da reforma sanitária, que contribui fortemente com propostas durante a Constituinte da atual Constituição. Paim (2007) salienta que:

O movimento sanitário, enquanto movimento civil conseguiu grandes vitórias na constituinte, apesar das limitadas bases políticas e sociais. Juntando desejo, afeto, “otimismo de vontade”, capacidade de formulação e habilidade de negociação ampliou os horizontes do possível, superando em parte obstáculos estruturais e conjunturais (PAIM, 2007, p.132).

O autor ainda relata que o movimento da reforma sanitária tem mais independência que outros setores, como o econômico e o social, isso porque é um movimento mais preparado e sólido, o que resulta em vitórias, sendo uma delas a criação da Lei Orgânica da Saúde.

Ressalta-se a participação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), duas entidades essenciais no processo de democratização da saúde, como direito universal. Ambas criadas no final da década de 70, fortalecem o movimento da reforma sanitária, lutam por um serviço de saúde de qualidade, atendimento integral e promoção da

saúde. Todos esses órgãos contribuem para a transformação dos serviços de saúde brasileiros.

Destaca-se a participação de Sérgio Arouca, membro da comissão organizadora da 8ª Conferência de Saúde, um dos principais líderes do Movimento da Reforma Sanitária, muito contribuiu para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da separação da Saúde da Previdência Social.

Outras conferências possuem importância para a universalização da saúde. Pode-se citar a 9ª Conferência de Saúde (1992), cujo tema central é “Municipalização é o caminho”, em que são debatidos o SUS e o controle social, além de outras deliberações de relevância para a promoção da saúde. Segundo o CONASS:

Após a Constituição Federal de 1988, e especialmente a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, já posterior à Lei Orgânica da Saúde, houve grande expansão do processo de participação. A implantação de conselhos de saúde e a realização de conferências em um número crescente de municipalidades resultaram em intensa mobilização, ampliação da gama de atores envolvidos; aumento da heterogeneidade de interesses e maior diversidade de origem regional dos participantes das conferências nacionais (CONASS, 2009, p. 50).

É crucial falar do plano popular “Milagre Econômico”, no Governo do Presidente Médici, período em que a pobreza aumenta, a desigualdade social é ampliada, a concentração de renda se intensifica, ocasionando uma subida exorbitante da inflação e com ela o descrédito do governo. Segundo Sartori (2012)

A ideia de que o “Milagre Econômico” proporcionaria uma melhor equidade social não mais fazia parte nem da população nem tampouco do discurso governamental. O reconhecimento da pobreza e, por sua vez, da perda da oportunidade em melhorar a distribuição de renda de nosso país foram as atitudes mais visíveis realizadas pelo governo (SARTORI, 2012, p.50).

O Governo de Getúlio Vargas desempenha uma função essencial em relação aos direitos trabalhistas, criando a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e desta forma o trabalhador idoso é beneficiado. Neste período, é instituída a Conferência Nacional da Saúde, espaço exclusivamente intergovernamental, ou seja, sem a participação do povo, como acontece nos dias atuais.

A partir deste contexto histórico, os movimentos sociais se reproduzem de forma intensa. A sociedade se organiza, se sensibiliza, vai às ruas e surgem vários movimentos sociais de diversos segmentos: aposentados, sem-terra, estudantes e outros ligados ao mercado de trabalho. Todos lutando por educação, saúde,

saneamento, energia, água, transporte, dentre outros. Para acalmar esses movimentos, o governo utiliza a política social de maneira clientelista e conservadora. Percebe-se que, durante todo período ditatorial, a política social é ligada à econômica. A partir de então, muita coisa mudou. Cumpre notar que na atual conjuntura parece apresentar certos sinais de retrocesso.

2.3 INSTRUMENTOS LEGAIS DE POLÍTICA PÚBLICA DO SEGMENTO LONGEVO

A Constituição Federal de 1988, nos artigos 201, 203, 229 e 230, garante ao idoso, direitos como previdência e assistência social, e assegura a responsabilidade da família, sociedade e Estado em ampará-lo, defendendo sua dignidade e o direito à vida.

A Previdência Social faz parte do tripé da Seguridade Social, assim como a assistência social e a saúde. Sendo de cunho contributivo, somente para aqueles que cooperam, ou seja, que trabalham e produzem, nos termos do art. 201 da CF/88:

Art. 201 - A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

- I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

A assistência social é oferecida a quem dela precisar, pobre ou rico, sem distinção, sem necessidade de contribuir com a Previdência Social para aposentadoria, segundo o art. 203, CF/88:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

É garantida a proteção ao idoso por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual é destinado aos idosos e às pessoas com deficiência que não têm condições financeiras de prover sua própria subsistência. Alguns critérios são fundamentais para a obtenção de tal benefício, tais como ter idade mínima de

65 anos, que o beneficiário tenha uma deficiência incapacitante para o trabalho, que possua uma renda per/capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo; não esteja recebendo outro benefício do INSS e que não tenha participado de atividade remunerada.

É importante observar e analisar que a concessão desse benefício para alguns idosos que são arrimos de famílias, será utilizada não somente para a própria subsistência, mas para toda sua família.

A Constituição Federal de 1988 também estabelece as responsabilidades dos membros da família para com os idosos, conforme art. 229:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

A família, a sociedade e o Estado têm responsabilidades de proteger e cuidar do idoso. Tal direcionamento encontra-se no art. 230, CF/88:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

A década de 90 desponta com severas mudanças na economia, que aceleram o aumento do desemprego e, concomitantemente, o crescimento da pobreza, ocasionando um gigantesco acréscimo nas demandas sociais.

No Governo de Fernando Collor de Melo, o país passa por uma crise econômica, havendo uma significativa diminuição nos gastos das áreas sociais. A solução tomada pelo então Presidente de Melo naquele período foi a abertura econômica voltada para uma política de mercado. As ações universalistas da Lei maior do país são reprimidas e, segundo Sartori:

Com medidas sociais extremamente focalizadas, o período se seguiu com forte redução nos gastos. O que vimos foi um intenso processo de desaparelhamento e fragmentação da política social. A tão esperada descentralização ficava cada vez mais difícil de concretizar e, quando ocorria, se dava de forma caótica e sem planejamento. Os recursos, por sua vez, eram distribuídos de forma pulverizada, servindo a interesses clientelistas e políticos. (SARTORI, 2012, p. 77).

Apesar disso, com a Constituição chamada de cidadã, depois de certo período surgem diferentes políticas direcionadas à proteção social das pessoas

idosas, valorizando a previdência e a assistência social, protegendo e cuidando do seu bem-estar físico e psicossocial.

Isso é observado na luta pela implementação da Seguridade Social, quando se emprega a questão social, prevalecendo da pobreza como sendo a meta fundamental, entretanto, havia outros objetivos mascarados que visavam beneficiar os grandes capitalistas, como assegura Mauriel (2012):

As políticas sociais, contudo, por carregarem as contradições inerentes ao capitalismo, representam formas históricas resultantes de lutas sociais e pactuações contínuas e intermináveis que nem sempre são favoráveis aos interesses da maioria da população, particularmente se considerarmos a conformação histórica da proteção social brasileira. (MAURIEL, 2012, p. 179).

Na verdade, a história da Proteção Social no Brasil surge quando a assistência social é ligada à Igreja, pois através da caridade, os pobres eram beneficiados. Em seguida, essa benesse fica a cargo das primeiras-damas, estritamente de cunho clientelista, caracterizando uma relação de dependência, de caridade e não como prestadora de serviços. Verifica-se que por muito tempo ela é articulada de forma assistencialista. Somente após a Constituição de 1988 é que a Assistência Social se efetiva como um direito e deixa de ser um dever moral por parte do Estado, por se constituir como Política Pública.

Posteriormente, em 1993, é regulamentada a Lei 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que institui critérios de organização da Assistência Social. Constitui uma das políticas de Seguridade Social que, junto à Saúde e à Previdência Social, fortalece e forma a Seguridade Social e, embora não seja de exclusividade da pessoa idosa, tem contribuído muito para a proteção social desse segmento, pois antes de ser idoso, ele é um cidadão e tem seus direitos garantidos na constituição.

A LOAS é baseada nos princípios da universalização de direitos sociais, respeito à dignidade, igualdade de direitos e divulgação dos benefícios, serviços, programas, projetos assistenciais e, especialmente, da excelência do atendimento às necessidades sociais dos cidadãos de rentabilidade econômica baixa.

Suas diretrizes são a descentralização, a participação, da primazia da responsabilidade do Estado em cada esfera de governo, sendo que as verbas orçadas para essa política são repassadas de fundo a fundo aos níveis da esfera governamental.

Em 2004, a Resolução Nº 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), aprova a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Essa política divide a Assistência Social em dois níveis: Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, de Média e Alta complexidade. A primeira é de responsabilidade do Centro de Referência de Assistência Social, enquanto a segunda é do Centro de Referência Especial de Assistência Social. Esses dois centros desenvolvem ações diretamente com as famílias, no intuito de fortalecer os vínculos familiares e garantir a proteção a todos e, em especial, ao idoso, nosso objeto de estudo.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo CRAS, existem ações específicas para o idoso, tendo como foco o envelhecimento saudável e o fortalecimento do vínculo familiar, desenvolvendo a autonomia no convívio comunitário, prevenindo vulnerabilidade e risco social. São utilizadas atividades culturais, artísticas, esportivas e de lazer, valorizando suas experiências e estimulando o protagonismo do idoso.

Para trabalhar melhor, o SUAS cria a tipificação dos serviços de Proteção Básica e Especial, respectivamente o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos (PAIFI).

O PAIF é organizado pelo CRAS nas comunidades em seu território delimitado, sendo executado por assistentes sociais e psicólogas por meio de entrevistas, visitas domiciliares, grupo de famílias, acompanhamento familiar e atendimento individual, além de atividades coletivas e campanhas socioeducativas. Nele, existe também um serviço de proteção para pessoas com deficiência e idosos no domicílio.

Já no PAIFI é ofertado um serviço para as pessoas sejam idosas portadoras de deficiência, promovendo a inclusão social e melhorando sua qualidade de vida, pois requerem cuidados especiais, seja a deficiência temporária ou permanente. Além desses serviços, há aqueles de alta complexidade. Nesses casos, o usuário/idoso está totalmente vulnerável, desprotegido, casos em que o vínculo familiar está rompido ou fragilizado, requerendo internamento em instituições que acolham e garantam a proteção integral do idoso. São elas: Abrigo institucional ou Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI); Casa-Lar; Casa de passagem; Residência Inclusiva.

Para cuidar das famílias, o SUAS tem outra ferramenta muito importante, que é a vigilância social, responsável por dar apoio às famílias, prevenindo a ruptura de vínculos familiares e fortalecendo sua função protetiva, fortalecendo-as para acolher bem o idoso, componente da família.

Nota-se que a assistência social tem uma rede socioassistencial fortalecida e organizada, que promove a cidadania e garante a inclusão social dos indivíduos na família e na comunidade.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi criado em julho de 2005 e, com ele, as Normas Operacionais Básicas (NOB/SUAS), que organizam e primam as ações estratégicas para garantir a família sua proteção e fortalecimento para exercer sua função de socialização, de acolhimento afetivo, necessário para o bem-estar das pessoas que a compõem, pois a matricialidade sociofamiliar é o alicerce desse sistema.

Em 1996, é sancionada a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842/94, regulada pelo Decreto nº 1948/96. Esta Lei é fruto de reivindicações de movimentos populares e da repercussão da tragédia da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, ocasionando a morte de cem idosos, vítimas de descaso, abandono e negligência, de acordo com o relatório da fiscalização vigilância sanitária. Segundo Prado (2012), esta tragédia repercute negativamente dentro e fora do Brasil, demonstrando um descaso com a política direcionada aos idosos brasileiros, obrigando o Estado brasileiro a tomar uma atitude urgente e eficaz.

Tal legislação está voltada à proteção e à promoção social, além de inclusão e participação do indivíduo idoso na sociedade. Segue uma linha de incentivo à organização de trabalho e renda através de projetos sociais e cooperativos, objetivando a integração e autonomia da pessoa idosa no ambiente social em que se encontra inserido. Estabelece, ainda, princípios e diretrizes, tendo o processo de envelhecimento como objeto de conhecimento e de informações a todos.

Verifica-se que, após os vinte primeiros anos de existência dessa lei, ela é pouco utilizada pelos profissionais que desenvolvem atividades diretamente com este público. Na verdade, os profissionais de saúde e de assistência não têm muita familiaridade com as leis. É necessário que busquem todas as legislações referentes à pessoa idosa, seja em nível federal, estadual ou municipal, para que tenham mais argumentos e subsídios para atender melhor, orientar e defender os beneficiários,

prestando-lhes as informações devidas, contribuindo para sua autonomia e protagonismo.

Prado (2012) relata que essa política envolve a integração de vários Ministérios, como Previdência, Assistência Social, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, e Secretaria do Desenvolvimento Urbano. Juntos, eles desenvolvem ações no intuito de integrar o idoso na sociedade, proporcionando sua participação, visando uma melhor qualidade de vida.

Por meio da Portaria GM/MS 1.395 de 09 de dezembro de 1999, assinada pelo Ministro da Saúde José Serra, cria-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. O objetivo principal dessa política é a recuperação, a manutenção e a promoção da saúde do idoso. Tal portaria foi fundamentada na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e na Lei 8842/94 Política Nacional do Idoso, que assegura os direitos do segmento longo.

Segundo Prado (2012), esta política encontrou grandes obstáculos em sua execução devido à enorme demanda da população idosa, pois a saúde pública não possui estrutura apropriada para atendê-la e prover as necessidades existentes.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foram definidas diretrizes essenciais, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Essa lei existe e deve ser respeitada, resta aos gestores garanti-la por meio de suas atribuições auferidas e de maneira organizada e articulada, além de defendê-la, assegurando ao idoso sua promoção, prevenção, recuperação e/ou reabilitação da saúde.

A origem da PNSI se dá devido ao fenômeno do envelhecimento, da constatação do aumento da expectativa de vida e da queda acentuada da fecundidade. Outro fator destacado é a comprovação da feminização do envelhecimento no Brasil. Por causa de outros agravantes analisados é que essa lei é criada. A portaria afirma ainda que:

Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação (Portaria GM/MS 1.395, 1999).

Antes dessa portaria, é criada a Portaria GM/MS 2.414/98, de 23 de março de 1998, que estabelece requisitos para o credenciamento de unidades hospitalares e critérios para a realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Então, já se percebe uma atenção com este segmento populacional.

No anexo da Portaria GM/MS 1.395, de 09 de dezembro de 1999, observa-se uma vasta argumentação na defesa do envelhecimento saudável, focalizando ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para a melhoria da capacidade funcional do senil. Analisam-se dados estatísticos do IBGE que demonstram claramente que é fundamental a promoção do envelhecimento saudável com adoção de hábitos saudáveis e alimentação adequada e balanceada. Assim, destacam-se a popularização de ações preventivas divulgadas aos usuários do SUS. Para execução deste prospecto é necessário uma equipe multiprofissional ampliada.

Outro fator imprescindível é a articulação intersetorial dos ministérios, visando o bem-estar dos idosos em todos os setores sociais a qual, direta ou indiretamente, colabora para a sua saúde, como educação, previdência, assistência social, trabalho, desenvolvimento urbano, justiça, esporte, turismo, ciência e tecnologia.

Para obter a finalidade dessa Política, são deliberadas como diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Essas diretrizes melhoram a capacidade funcional, prevenindo doenças e garantindo a sua continuação no meio familiar – espaço social ideal para o idoso, evitando, assim, a sua estadia em instituições de longa permanência do idoso- ILPI, que ocasiona o distanciamento da afetividade familiar tão essencial para a reabilitação do idoso.

O SUS deve-se articular de forma dinâmica para viabilidade do que está determinado nessa portaria. É necessário frisar que além dessa portaria existem outras portarias e leis que colaboram para a efetividade do SUS e a eficácia do atendimento integral ao usuário. A Portaria Nº 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006, que cria o Pacto pela Saúde, contém o Pacto pela Vida, que expressa o

compromisso entre os gestores do SUS em torno de seis prioridades pactuadas, sendo uma delas a saúde do idoso.

Os profissionais de saúde devem desenvolver suas atividades, objetivando a promoção do envelhecimento ativo e saudável, dando atenção integral e acolhimento preferencial nas unidades de saúde. Outro fator considerável é a implementação de serviços de atenção domiciliar a esse segmento. Esse serviço fortalecerá os vínculos familiares, pois valoriza a família como a célula mais significativa dentro do processo de recuperação de pacientes idosos.

O fortalecimento da participação social deve ser feito por profissionais comprometidos e responsáveis, via ações estratégicas como palestras educativas, divulgando informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa e capacitando esses profissionais permanentemente na área de gerontologia, geriatria e outras áreas essenciais para melhor atendê-los e acolhê-los.

A Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, definida como Estatuto do Idoso, dá acentuado valor à pessoa idosa, pois assegura seus direitos fundamentais à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, além de conter punições de crimes cometidos contra essas pessoas.

O Estatuto do Idoso é composto por 118 artigos, elaborado com a participação de entidades partidárias, de movimentos pró-idosos e de profissionais engajados na luta por um envelhecimento saudável e por uma vida digna. Na verdade, toda a mobilização do povo em busca de melhorias para esse segmento populacional é o resultado do controle social exercido, promovendo reações ao descaso, ao desrespeito a esses que trabalharam e necessitam de cuidados.

Desde a Lei Elói Chaves (Decreto 4.682 de 24/01/1923), mencionada anteriormente, até os dias atuais, observam-se várias portarias, decretos e leis. Duas outras principais conquistas são a constituição e o estatuto, que trazem conquistas, avanços e garantias ao idoso. Mesmo assim, elas não são suficientes para assegurar a manutenção da promoção, prevenção e reabilitação da saúde desse segmento. As leis existem, mas diversas vezes não são respeitadas, além de a desinformação contribuir para o descumprimento delas. Por isso, é fundamental que o controle social cresça e continue operando para torná-los autônomos, seguros e possam ser protagonistas de suas próprias histórias.

Para executar a tarefa de cuidar do idoso, é criado, em 1999, o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, sendo incorporado mais tarde ao Plano Nacional

de Assistência Social (2005). Desde então, ratificada a existência do agente cuidador de idosos. Para ser um cuidador é fundamental um treinamento, e, portanto, foram desenvolvidos cursos por instituições da esfera da saúde tanto privada quanto vinculada aos órgãos públicos da saúde.

Em 2007, foram realizadas oficinas pelo Ministério da Saúde, indicando a Rede de Escolas Técnicas do SUS como espaço privilegiado para instituir as bases de uma Política Intersetorial de Formação de Cuidadores, sendo lançado o Guia do Cuidador em 2008. (LOUVISON; ROSA, 2012, p. 176).

Apesar de o Governo Federal ter realizado oficinas via Ministério da Saúde, faz-se necessário um maior diálogo entre os ministérios e um desenvolvimento de políticas voltadas para esta população, com intercâmbio permanente, visando a melhor qualidade de vida do sujeito longo, contribuindo para sua autonomia enquanto cidadão ativo na sociedade.

De acordo com a Constituição Federal (1988), a família, a sociedade e o Estado são responsáveis pelo cuidado da pessoa idosa. É necessário frisar que a atenção e o zelo que o idoso necessita não devem vir somente por parte da família, mas também da sociedade e, principalmente, por parte do Estado.

Para cuidar de um ser humano é necessário outro ser humano que o conheça e respeite as noções de biossegurança. Contudo, deve-se enfatizar que cuidar vai além da assepsia. Cuidar de uma pessoa idosa frágil pressupõe disponibilidade real de atenção, competência, comunicação, interação com o meio (familiar ou institucional), consideração à intimidade, ao pudor, às tradições e aos valores que aquela pessoa construiu ao longo da vida (GIACOMIN, 2012, p. 35).

Sobre o cuidador, ressalta-se que essa pessoa pode ser formal (técnico) ou informal (leigo). O primeiro é aquele profissional que é remunerado e que teve uma capacitação para exercer a missão de cuidar. Já o segundo não possui educação formal. Na maioria das vezes, corresponde a um ente da família ou até mesmo um amigo.

Para ser cuidador, é preciso que o indivíduo possua habilidades e qualidades para auxiliar o idoso em seu cotidiano. Este profissional exerce sua função promovendo a autonomia do idoso ou dando devida atenção a suas atividades, como administrar medicamentos, auxiliar na deambulação e na alimentação, além de apoio afetivo. Convém salientar que cuidar também é atender

e prestar assistência integral nas várias dimensões biopsicossociais do complexo processo de envelhecimento humano.

Observa-se que o cuidado com a pessoa idosa, muitas vezes, é visto pelos membros da família como um sistema de troca, uma forma de gratidão e reconhecimento, por alguém que um dia também lhes dedicou o devido cuidado e atenção.

Segundo Leonardo Boff (2012), “Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p.37).

Ainda no que concerne ao cuidado, Sierra (2011) menciona que na família tradicional era delegada à mulher toda a responsabilidade no tocante ao cuidar, principalmente das crianças e das pessoas mais velhas. Reforça mais ainda quando afirma que a mulher é a chave do processo de mudança nas famílias. Isso se deve às transformações impostas pelo mercado de trabalho, no qual a mulher tem que trabalhar fora de casa. Dessa forma, a família é forçada a se adaptar. Na verdade, a família tradicional é acostumada a encarregar tudo à responsabilidade da mulher, inclusive o ato de cuidar do idoso.

Na contemporaneidade, percebe-se uma nova configuração de família, o que desmistifica o conceito tradicional composto apenas por pais e filhos. Atualmente, o conceito de família existente possui forma ampliada. Essas mudanças ocorrem devido às exigências do mundo do trabalho, além do homem, a mulher tem que trabalhar para completar o orçamento da família.

Giacomin (2012) defende que a família é quem realmente cuida, portanto, é imprescindível analisar contexto social e as mudanças ocorridas na contemporaneidade, as quais alcançam também o âmbito familiar, assim como as relações ocorridas neste. A autora acrescenta ainda que não existe um modelo único e ideal de família. Contudo, o que existem são diversificados tipos de família. Acrescenta ainda que este âmbito familiar é o lugar privilegiado do cuidado, todavia não se pode desconsiderar que também corresponde a um lugar de conflitos.

A academia tem explorado o tema família e salienta que, apesar de ser um lugar de conflitos, de amorosidade, é onde se aprende os valores morais, conhecimentos, cultura. É verdade que a família tradicional sobrevive, mas a família

contemporânea está mais fortalecida para lutar contra os preconceitos, em prol de uma sociedade igualitária e justa.

3 O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE (APS)

A Constituição Federal Brasileira de 1988 garante a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” assegurado por meio de políticas sociais e econômicas, viabilizando a promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão. No entanto, isso se concretizou devido à participação do povo nos conselhos de saúde (nas três esferas de governo), nas conferências, nos movimentos sociais, nas ruas e nos meios de comunicação, denunciando, reivindicando e mostrando o seu interesse na construção de um país melhor.

Não se pode olvidar a grande contribuição da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida no ano de 1986, considerada o marco referencial para que a saúde se torne um direito universal e para que um novo modelo surja com a implantação do SUS.

O SUS é implantado pela Constituição Federal, sendo regulado pelas Leis Nº 8.080/90 e 8.142/90. Ele surge para romper com o modelo de atenção curativa, de postura verticalizada, individualista e centrada na atenção médica que focava apenas na doença. Esse sistema traz inovações por meio de seus fundamentos doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade, e em seus princípios organizativos da descentralização, da regionalização, da hierarquização, da resolubilidade e da participação social, visando uma maior acessibilidade aos usuários. Os objetivos do SUS são promover a equidade no atendimento de saúde, priorizar ações preventivas e democratizar as informações para que a população conheça seus direitos e possa cuidar melhor de sua saúde.

Nos anos 90 na Atenção Primária em Saúde foi criado o Programa Saúde da Família² (PSF), via Portaria MS 692, de 25 de março de 1994, o qual visa fortalecer as ações preventivas junto à família como uma forma estratégica de reorganizar o modelo de atenção à saúde.

O PSF, por ser um programa que não atendia a todas as necessidades que a saúde primária precisava, logo foi extinto. A partir de então, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) a qual veio com a inovação da NOB-SUS 01/1996. Nela, todas as ações são desenvolvidas focalizando a promoção, prevenção e

² “Equipe multiprofissional composta por médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros” (BRASIL, 2006).

recuperação da saúde, além da reorganização da prática da atenção à saúde, melhorando a qualidade de vida da população, em que a equipe desenvolve suas atividades. Contudo, a saúde deve se preparar melhor, se organizar para acolher de forma humanizada por meio de equipes multiprofissionais e que haja uma sintonia entre profissionais de saúde e a comunidade.

Conforme o *site* do PAC³, do Ministério do Planejamento, a ESF deve ser operacionalizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), locais onde o usuário recebe atendimento básico de saúde, gratuito em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Deve ainda ser responsável por um número definido de famílias (4.000 habitantes, no máximo) dentro de um determinado território. Para o êxito das ações da ESF, devem também utilizar sistemas de informações e realizar um monitoramento para orientá-los na tomada de decisões. Outro fator importante em suas atividades é desenvolver atividades intersetoriais, ou seja, via parcerias entre diferentes instituições e segmentos sociais da comunidade local.

A saúde sofre constantemente alterações, objetivando a agilidade e a qualidade de atendimento ofertado ao usuário do SUS. Por esse motivo, criam-se várias portarias, e quando uma não está mais atendendo ao objetivo proposto, ela é revogada e surgem outras portarias e políticas para dinamizar e efetivar a eficiência e eficácia das ações desenvolvidas no território brasileiro.

Em março de 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, é publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tida como uma grande vitória na saúde. Com essa política, a APS foi aperfeiçoada. Passados cinco anos, tendo em vista o aprimoramento dessa política, estabelece-se a revisão das diretrizes e normas da organização da Atenção Básica por meio da Portaria 2.488 que, além de descentralizar todo o sistema de saúde, torna a Atenção Básica a porta de entrada do sistema, como o centro de toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, desafogam os hospitais, deixando-os somente para as emergências. Infelizmente, a população usuária do SUS não tem a compreensão de distinguir casos de emergência de um atendimento médico simples, ou seja, desconhecem a lógica da Atenção Básica. Isso é simplesmente devido à falta de informações e de prevenção.

³ Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>>.

A Portaria supracitada conceitua a RAS como estratégia de cuidado integral à população, descentralizando e oferecendo uma maior resolutividade por meio da Clínica Ampliada, em que há uma gestão compartilhada e coordenada do cuidado de maneira que atenda as necessidades de saúde do usuário que busca atendimento.

As três esferas de governo são responsáveis pelo funcionamento da Atenção Básica (AB): infraestrutura, avaliação, controle e financiamento. Devem ainda combinar parcerias e estimular a participação popular, incentivando a fiscalização e avaliação das políticas de saúde em cada esfera.

A AB, além da ESF, possui outras modalidades de atendimento para populações específicas, como Consultório de Rua (CR), Programa Saúde na Escola (PSE), Academias da Saúde, equipes de Saúde Mental, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que faz parte do programa melhor em casa e NASF. Sendo a base do SUS, a AB tem o permanente desafio de ampliar o acesso dos usuários, a melhoria da qualidade e a resolutividade das ações na saúde. O NASF foi criado para dar o apoio matricial à missão de garantir a qualidade de atendimento e aumentar a satisfação dos usuários.

3.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

De acordo com o Caderno de Diretrizes do NASF (2009), ele é criado pela Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, sendo implantado para dar apoio matricial à ESF na rede de serviços de saúde, ampliando a resolubilidade dentro da territorialização e regionalização de sua responsabilidade. Ele deve ser formado por uma equipe de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais da ESF.

Ainda de acordo com o referido Caderno, o processo de organização do trabalho do NASF precisa ser estruturado, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar. Suas intervenções frente aos usuários e às famílias são realizadas via encaminhamento ou visitas domiciliares e educação em saúde nas comunidades dos territórios de sua atuação. Ademais, precisam ainda desenvolver projetos de saúde, apoiar grupos em trabalhos educativos e de inclusão social. Vale ressaltar que todas as atividades desempenhadas devem ser articuladas com as equipes de

Saúde da Família (SF) e outros setores interessados, objetivando informar aos usuários que participam dessas atividades coletivas.

O trabalho a ser desenvolvido pelo NASF deve ser realizado nos espaços coletivos de discussão de forma planejada e organizada por atendimento compartilhado, atendimento específico com a família e com o usuário.

Existem áreas estratégicas em que o NASF pode desenvolver suas atividades, nas quais requererá um profissional exclusivo, por exemplo: na saúde mental, a psicóloga; na nutrição, a nutricionista; desde que todos possam compartilhar suas práticas e saberes.

O NASF e a ESF devem formar uma rede de cuidados via espaços de discussão dentro e fora de suas instituições visando a aprendizagem coletiva, empoderando a comunidade, ou seja, auxiliando na prevenção e no cuidado com a saúde. Dessa forma, contribui para o fortalecimento da cogestão com as equipes de SF. Existe também o propósito de dar apoio matricial à ESF por meio da interdisciplinaridade das ações em saúde dentro de uma abordagem individual e coletiva no sentido de continuar o trabalho desenvolvido pela ESF.

Conforme o Caderno acima citado, o NASF é composto de nove áreas estratégicas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

O trabalho desenvolvido pelo NASF deve seguir as diretrizes: integralidade, ação interdisciplinar e intersetorial, educação permanente, participação social, promoção da saúde e desenvolvimento da noção de território (Brasil, 2009).

A integralidade é uma das diretrizes do NASF, assim como um dos princípios do SUS. Para sua efetivação é necessária organização do sistema de saúde e uma abordagem integral do indivíduo como um todo, em suas dimensões biopsicossociais, dentro de um contexto familiar, cultural de um determinado território. Dentre as diretrizes gerais do NASF, a integralidade analisa o indivíduo em seus diversos aspectos (social, político, econômico, cultural, ético), ou seja, de forma global.

Na prática profissional, deve-se ter cuidado para não fragmentar a atenção oferecida ao usuário, pois isso desvalorizará a qualidade do atendimento,

tornando-o de pouca resolutividade. Percebe-se que a diretriz da integralidade é analisada em várias áreas específicas da saúde, contribuindo para a organização do processo de trabalho e uma maior interação dos profissionais de saúde envolvidos.

A partir da ação interdisciplinar incrementada na AB, surgem alternativas de atuação e de cuidado monitorado por saberes e olhares diferentes, alargando as chances de resolutividade do problema de saúde do usuário.

O prefixo “inter” indica movimento de ligação, de envolvimento, fazendo a interação entre os saberes profissionais na busca de soluções para o problema/doença do cliente em estudo.

Gomes (1997) afirma a ideia de que o saber interdisciplinar dá condições ao profissional de saúde de analisar o homem como um todo, ou seja, dentro de uma visão ampliada, superando sua especificidade profissional. Esta concepção desconstrói a hegemonia de alguns saberes sobre outros, sobretudo, a do médico, tão valorizada no processo doença-saúde.

Quando se desenvolve a intersetorialidade na AB, abre-se um leque de possibilidades de atuação em benefício do usuário. O NASF cultiva essa parceria visando o bem-estar do cliente e da comunidade. No momento em que existe uma aliança entre diversos setores, como saúde, educação, assistência, cultura, habitação, lazer, esportes, e uma melhora na articulação e na integração desses setores com a RAS (Rede de Atenção à Saúde), criam-se oportunidades de construção de apoio intersetorial contribuições na resolução da situação-problema em foco. Observam-se essas parcerias em vários municípios brasileiros. Vale ressaltar que esse tipo de parceria já existe entre educação e saúde por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), tido como um elo entre ambas, objetivando a prevenção e promoção da saúde.

A educação permanente dos trabalhadores da saúde deve ser uma constante, pois auxiliará na coordenação do cuidado no processo de trabalho, objetivando inovações cognitivas e relacionais, dinamizando e modificando atitudes direcionadas à população, no intuito de melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços prestados.

A participação social fortalecerá a comunidade local, empoderando a fim de ser protagonista de sua história, construindo sua cidadania. Dessa forma, ela terá mais subsídios para lutar a favor do seu bem-estar enquanto coletividade.

A promoção da saúde, além de ser uma das diretrizes do SUS, é uma das estratégias de organização da gestão em saúde. Por meio da educação, os componentes do NASF, de forma dialógica e participativa, fomentaram seus discursos almejando a ampliação dos conhecimentos da comunidade, para que ela possa viver de forma mais saudável e autônoma.

Em relação ao desenvolvimento da noção de território, não se deve olvidar do espaço físico onde vivem, ou seja, dos contextos históricos em que se encontram inseridos. Deve-se, ainda, verificar dentro do próprio território suas dificuldades e possibilidades de melhoria do quadro analisado e, a partir de sua realidade, desenvolver oportunidades ou chances concretas de aumentar o perfil de sua qualidade de vida.

A humanização é essencial nas atividades desempenhadas pela equipe do NASF, pois o usuário é visto como cidadão, sujeito de direitos, tendo atendimento de excelência, valorizado no processo doença-saúde. Para que ocorra a humanização, é necessário que exista uma conexão entre as partes envolvidas. Outro fator importante é a educação permanente dos trabalhadores, a qual proporcionará indiretamente mais eficiência e eficácia nos serviços prestados.

A Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008, de criação do NASF, institui dois tipos de NASF, entretanto, por meio da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, são criadas outras modalidades de NASF, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

Modalidades	Número de Equipes Vinculadas	Somatórias das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 e SF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 h semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120h semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 h semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: BRASIL, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

Equipe Consultório na Rua, * Equipe Saúde da Família. **** Equipe de Atenção Básica.

É crucial frisar que essas modalidades são financiadas e reconhecidas pelo Ministério da Saúde. Os tipos de NASF que existem em cada município são pactuados pela gestão da saúde, ou seja, cada gestão decide que tipo de NASF é condizente com o contexto social de seu território, seguindo os critérios de

prioridade a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais apresentadas pelos gestores.

Segundo o Caderno nº 39 - Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano do Ministério da Saúde - os membros que formam equipe do NASF também têm as possibilidades de composição do NASF: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte, educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

3.1.1 Ferramentas utilizadas pelo NASF

Após a pactuação dos gestores, ou seja, a escolha do tipo do NASF e dos profissionais que o compõem, devem ser discutidas também as metas alcançadas no processo de trabalho da equipe, objetivado solucionar os problemas abordados, os critérios de encaminhamentos, a troca de saberes entre os profissionais no intuito de aumentar a resolutividade dos referidos problemas.

Para cumprir sua missão de ampliar a resolutividade na APS, o NASF conta com ferramentas tecnológicas, são elas: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio.

O Apoio Matricial, principal função do NASF, é um novo arranjo que estimula, cotidianamente, a produção de novos padrões de inter-relação entre equipe e usuários, amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebra os obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

É organizado e ofertado pela equipe de profissionais de diferentes saberes que não integram a ESF, mas essenciais na condução do problema de saúde do usuário do SUS. Segundo o Caderno de Diretrizes do NASF, esse apoio apresenta:

[...] as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2009).

Observa-se que o conceito de apoio matricial está atrelado a uma educação permanente, ou seja, a um desenvolvimento na linha preventiva do cuidado, em que a equipe do NASF cria espaços coletivos de planejamento, de monitoramento e de discussão das ações realizadas.

No apoio matricial, os trabalhadores de saúde desempenham suas atividades de maneira horizontal, e não verticalizada ou centralizada, como é a organização da gestão tradicional. Campos (1999) acrescenta ainda que:

[...] o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários (CAMPOS, 1999, p.395).

Ser apoio matricial é trabalhar em equipe, compartilhar as percepções dentro de cada área específica, e nessa troca de saberes entre os profissionais emergirá uma nova visão do paciente em análise, a qual contribui na resolutividade no processo doença-saúde, visando o bem-estar do usuário. De maneira geral, o matriciamento tem a função de potencializar e qualificar a AB, reduzindo a fragilidade e as dificuldades da atenção primária.

A Clínica Ampliada deve ser utilizada por todos os profissionais que exercem clínica na saúde. Sabe-se que cada profissional faz um recorte das informações coletadas do usuário para que possa desenvolver sua ação específica como profissional da área em que trabalha. Nessa ferramenta, os recortes devem ser combinados de acordo com as necessidades do usuário. Conforme o Caderno de Atenção Básica do NASF (2009), uma atuação exitosa do profissional na Clínica Ampliada pode ser caracterizada pelos seguintes movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos “meios” ou dos instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde.

Ao participar de cada um destes movimentos, o profissional deve compartilhar com a equipe suas conclusões e construir, em conjunto, os

diagnósticos, propondo soluções. Juntos coordenarão o cuidado, visando o bem-estar do paciente.

Alguns profissionais de saúde analisam seus casos clínicos de forma isolada, ou seja, eles não discutem com outros profissionais para ampliarem a visão que possuem de um determinado caso. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma das ferramentas tecnológicas que possibilita a discussão conjunta dos casos mais complexos, auxiliando e aumentando a resolutividade desses casos.

Segundo Caderno das Diretrizes do NASF (2009), o PTS se desenvolve em quatro momentos: diagnóstico; definição das metas; divisão de responsabilidades e reavaliação. O diagnóstico envolve os aspectos orgânicos, psicológicos e sociais de cada sujeito ou do coletivo, analisando as vulnerabilidades e os riscos enfrentados. O diagnóstico deve analisar o sujeito de forma integral dentro de sua família, seu trabalho, sua cultura, suas redes sociais, seus interesses e seus desejos almejados. Na definição das metas, a equipe decide o período (curto, médio e longo) a ser negociado para se obter um resultado final. A negociação deve ser feita por um dos membros da equipe que tem maior proximidade com o sujeito investigado. Na divisão de responsabilidades, cada profissional de saúde envolvido cuida de uma especificidade, e quando qualquer dificuldade for encontrada, ele deve acionar a equipe, a fim de juntos decidirem as questões pontuais a serem cuidadas. Após isso, devem reavaliar todo processo, fazer as correções e decidir os rumos a serem tomados. Para isso, são necessários encontros e reuniões das equipes envolvidas. Considera-se, nesses momentos do PTS, que existe um monitoramento e uma preocupação constante da equipe.

Na Clínica Ampliada e no Projeto Terapêutico Singular (PTS), as técnicas são muito utilizadas e discutidas, por isso é fundamental diferenciar uma da outra. Na Clínica Ampliada, cada profissional de saúde tem sua visão diferenciada, ou seja, ele faz um recorte da área de sua especificidade, mas ao ouvir o usuário, ele saberá direcionar suas necessidades. Já no PTS, ele discutirá com os demais profissionais que atenderam o mesmo paciente, e, ao compartilharem os saberes de cada um, eles chegam a um consenso das ações a serem realizadas, no intuito de encontrar a forma adequada de resolver a problemática apresentada pelo usuário.

Percebe-se o desafio tanto da ESF como do NASF em criar estratégias, organizar a gestão, criar formas de interação com a família e grupos específicos (idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos) do território de sua responsabilização,

no intuito de planejar o cuidado e a prevenção. Para trabalhar esta temática, apoderou-se do PST (Projeto de Saúde no Território), que é uma estratégia utilizada não somente pela ESF e NASF, mas por outras equipes envolvidas. O projeto deve ainda:

[...] ser sempre baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, bem como na existência de demanda e na criação de espaços coletivos de discussão onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo em que comunidade, outros sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a comunidade. É assim que o projeto terá sua finalidade e seu processo de implementação avaliados (BRASIL, 2009, p.30).

Diante do PST, tem-se uma ferramenta essencial para detectar como está o trabalho desenvolvido pela Atenção Primária, principalmente pela ESF e pelo NASF, caso tenha havido uma redução das vulnerabilidades, de melhoria na qualidade de vida da comunidade investigada. É por meio dele que se estabelecem redes de cogestão e que se cria um processo de colaboração e parcerias com diferentes atores sociais do território, como diretores de escolas, CRAS, Conselho Tutelar e outras instituições essenciais no bom funcionamento de uma cidade.

Outra ferramenta do NASF é a Pactuação do Apoio, que concerne à avaliação conjunta da situação inicial do território entre os principais atores da saúde envolvidos: SF, NASF e Conselho de Saúde (local). Após o conhecimento da comunidade e sua avaliação, deve ocorrer a pactuação das metas a serem alcançadas no decorrer do processo de trabalho na saúde das equipes interligadas. A Pactuação do Apoio deve ser uma atividade rotineira entre os gestores, pois auxilia na resolução dos problemas enfrentados, facilita encontrar respostas para as dificuldades apresentadas, já que não é a decisão de apenas um profissional, mas de uma equipe multiprofissional, tendo vários olhares de diferentes ângulos.

Para a aplicabilidade de todas as ferramentas tecnológicas, a equipe do NASF se apropria das estratégias de comunicação, visando informar os indivíduos e a comunidade, no sentido de promover a saúde, ampliar seus conhecimentos sobre o assunto, a fim de manter a população saudável, associada a uma qualidade de vida.

Essas práticas são utilizadas em diversos setores, como saúde e educação. São ferramentas que auxiliam os profissionais quando se trabalha o

coletivo, quando se tem o objetivo de difundir e de despertar o interesse pelo cuidado em saúde coletiva e, ao mesmo tempo, de formar multiplicadores de informação para prevenir doenças e para divulgar o funcionamento da atenção básica em cada território.

Os grupos formados são grupos temáticos ligados a determinadas patologias ou a especificados segmentos (hipertensão, diabetes, obesidade, gestantes, mulheres, idosos). Além desses grupos, destacam-se os de convivência e os terapêuticos, cujo objetivo principal é a educação em saúde, além de promover uma maior interação entre os usuários, tornando-os mais próximos um dos outros.

Já os grupos de convivência são utilizados no cuidado, principalmente, dos usuários idosos, no intuito de melhorar seu estado emocional e, com a interação entre os membros, contribuir para a redução de sua fragilidade emocional, aprimorando a integração e inserção na comunidade.

Enquanto isso, os grupos terapêuticos, muito usados nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), adequados ao paciente no exercício do autocuidado, objetivando fazê-lo encontrar maneiras de solucionar a situação-problema que está vivenciando. Os integrantes trocam experiências, fortalecendo-se para construir suas estratégias de autodefesa. As experiências em conjunto enriquecem a atuação do profissional. Conforme o Caderno de Atenção Básica, n. 39, 2014:

[...] são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2014, p.68).

Para a formação desses grupos, é necessário que o NASF e a ESF se reúnam e planejem as técnicas e dinâmicas adequadas a serem utilizadas, visando a integração do grupo e a permanência dos membros. Os facilitadores devem se organizar e empregar estratégias/táticas no intuito de despertar interesse pela temática a ser discutida e, a cada encontro, trazer assuntos inovadores. O grupo formado será acompanhado pelas equipes de profissionais de saúde e deverá ter um revezamento de facilitador, pois cada especificidade traz algo diferente, fundamental e se transforma numa aprendizagem para o usuário. É importante

observar que o usuário também apresenta algo a ensinar aos profissionais de saúde, como sua cultura e suas experiências. Até medicina caseira pode-se aprender com eles, além de outros assuntos relacionados ao seu território, sua família e sua comunidade.

Para ativar a comunicação nesses grupos, são aplicadas dinâmicas grupais com recursos para mobilizar e para levar os participantes à reflexão sobre o tema a ser abordado.

3.2 PMAQ – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Avaliação e monitoramento em saúde são práticas recentes, mas utilizadas no planejamento e na gestão. O monitoramento é considerado uma estratégia de acompanhamento que contribui na participação dos envolvidos no processo de melhoria da qualidade da saúde pública.

Felisberto (2004) afirma que investir na institucionalização da avaliação fortalece a qualidade da Atenção Básica, além de ser um instrumento que dá suporte à formulação de políticas e programas de saúde. Salienta, ainda, que a participação dos principais atores (gestores, usuários do SUS, instituições de ensino e pesquisa) nesse processo é essencial para assegurar o controle social da política de saúde.

Segundo o referido autor, a criação de novos órgãos para auxiliar na avaliação das políticas de saúde, como a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA); o Departamento de Atenção Básica (DAB); a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) são ferramentas de apoio à gestão, principalmente para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e podem planejar e organizar a estrutura do sistema de saúde de forma contínua.

As informações produzidas no sistema de saúde facilitam as mudanças necessárias no processo de reformulação de novas práticas da gestão, dos profissionais e tratam o cuidado com um novo olhar.

É fundamental que a cultura avaliativa seja difundida nas três esferas de governo, possibilitando uma ampla articulação e dinamismo no trabalho desenvolvido nas instituições públicas de saúde.

A Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, institui, no campo do SUS, o PMAQ. Este órgão foi lançado com a finalidade de incentivar os gestores da saúde a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde para seus clientes. Até o ano de 2016, são estabelecidas doze portarias referentes ao PMAQ e a suas atribuições no monitoramento e nas avaliações da Atenção Básica no Brasil. Ele propõe estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelas equipes de saúde.

Para aderirem ao PMAQ, os gestores da saúde devem preencher os relatórios descritivo e analítico. No que se refere ao descritivo, este aborda os componentes da certificação do programa, enquanto o analítico contem temas essenciais para a AB, baseados em dados da avaliação externa do referido programa. É importante frisar que esses relatórios estão no Portal do Gestor da Atenção Básica, e pode ser acessados tanto pelo gestor como pelo profissional que faz parte da equipe. Nesse portal o gestor pode também aderir ao 3º ciclo do programa, como também à pesquisa de informações importantes. Outra ferramenta eletrônica fundamental é a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ), na qual o gestor faz a autoavaliação das equipes e da gestão municipal. A AMAQ é uma maneira de institucionalizar a avaliação como prática essencial na AB no SUS. A avaliação é tida

[...] como atividade específica, realizada pelas equipes ou gestores, pode ser encarada como processo de crítica e reflexão, com potencial de promover a reorientação de práticas, julgando o sucesso das atividades desenvolvidas, subsidiando a negociação para melhorias de aspectos críticos identificados ou para sustentabilidade de aspectos positivos (BRASIL, 2014, p.107).

Avaliar na AB deve ser uma cultura diária no intuito de aprimorar cada vez mais o atendimento individual e coletivo na comunidade. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde possam se familiarizar com as novas ferramentas tecnológicas do Portal do Ministério de Saúde, como a Telessaúde, o Portal do Departamento de Atenção Básica, a HumanizaSUS, a UNA-SUS, que capacita os profissionais por meio de cursos a distância. Além disso, é fundamental que assistam às webconferências, discutam entre si e possam trocar experiências. Em seguida, que se capacitem para melhor atenderem à demanda da sua territorialização.

Atualmente, percebe-se que o profissional de saúde tem apoio informativo e esclarecedor à sua disposição, o que não havia anteriormente. Apesar dessa tecnologia, é fundamental que o Ministério de Saúde elabore cursos de capacitações (presenciais) em diversas áreas específicas, via Estado e Prefeitura, os profissionais que se encontram no ambiente de trabalho.

Segundo o Portal da Saúde do SUS, o PMAQ, a avaliação eleva os repasses de recursos do incentivo federal para os municípios avaliados ou não, conforme for a avaliação. Desse modo, se o resultado for positivo, os repasses são aumentados. Caso contrário, permanece o mesmo. Contudo, no caso de uma avaliação totalmente desfavorável, o município pode perder as verbas repassadas. Em 2016 acontece o 3º ciclo deste programa nos municípios brasileiros, em que o PMAQ avalia toda AB, desde o usuário, instalações, profissionais, até recursos recebidos.

Tanto o PMAQ como AMAQ visam avaliar as equipes da AB e do NASF, no intuito de aperfeiçoar as estratégias utilizadas para atingir as metas propostas e realizar adaptações para a melhoria da organização e da qualidade dos serviços ofertados à população. Esses modelos avaliativos têm proporcionado significativas mudanças na gestão do trabalho na saúde.

Por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), é realizada a coleta de dados gerados pela AB em todo território nacional, ou seja, cada federação com seus respectivos municípios enviam via web, os dados da AB trimestralmente para o SISAB.

O envio dos dados para o SISAB tem o objetivo de facilitar o monitoramento do trabalho desenvolvido nos NASF. É a partir dos dados recebidos que o gestor da instância federal pode conhecer a realidade dos NASF para poder planejar uma intervenção, juntamente com as outras instâncias (estadual e municipal), para a melhoria da qualidade de saúde na AB.

A Tabela 1 apresenta dados nacionais dos números de equipes e de envios de informações para o SISAB no primeiro trimestre de 2016.

Tabela 1 – Percentual de equipes do NASF que enviou dados para o SISAB entre janeiro e março de 2016

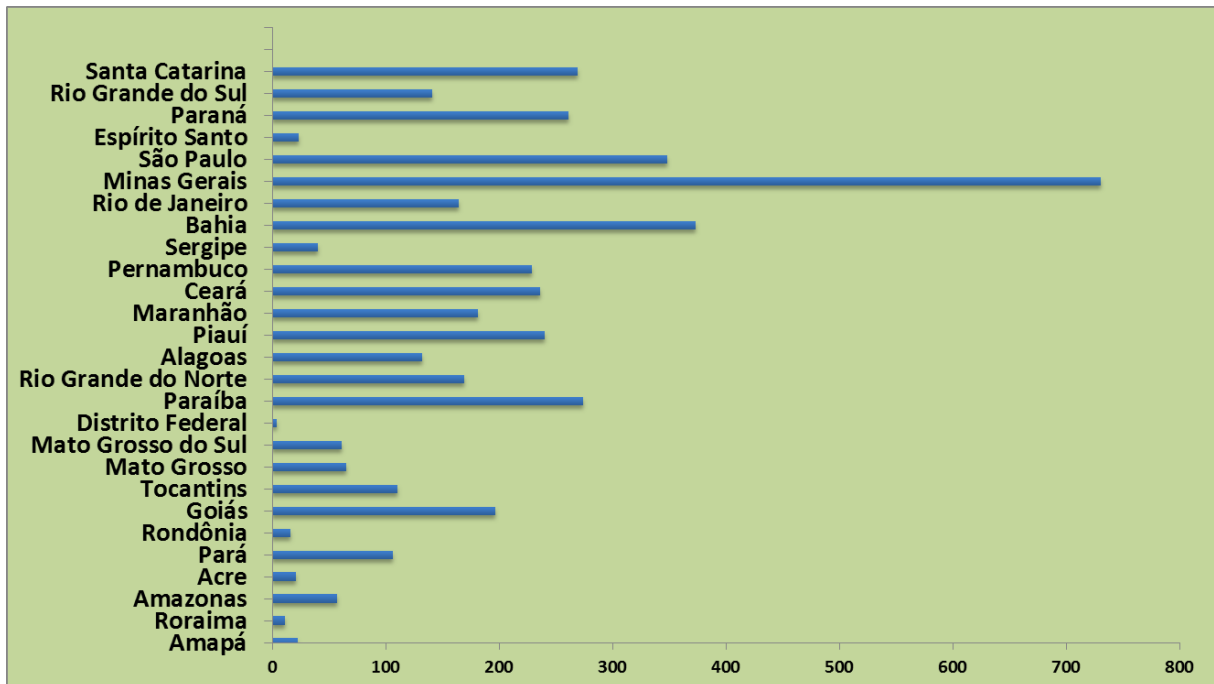
NASF			
UF	Nº total de equipes	Nº de equipes que enviaram dados para o SISAB	Percentual de envio (%)
Amapá	22	21	95,5
Roraima	11	10	90,9
Amazonas	57	49	86,0
Acre	21	18	85,7
Pará	106	89	84,0
Rondônia	16	13	81,3
Goiás	197	162	82,2
Tocantins	110	96	87,3
Mato Grosso	65	48	73,8
Mato Grosso do Sul	61	45	73,8
Distrito Federal	04	01	25,0
Paraíba	274	255	93,1
Rio Grande do Norte	169	155	91,7
Alagoas	132	121	91,7
Piauí	240	218	90,8
Maranhão	181	163	90,1
Ceará	236	207	87,7
Pernambuco	229	195	85,2
Sergipe	40	29	72,5
Bahia	373	296	79,4
Rio de Janeiro	164	150	91,5
Minas Gerais	731	653	89,3
São Paulo	348	225	64,7
Espírito Santo	23	014	60,9
Paraná	261	202	77,4
Rio Grande do Sul	141	107	75,9
Santa Catarina	269	197	73,2
BRASIL	4.481	3.739	83,4

Fonte: DAB/ Boletim 2 (2016).

A partir da Tabela 1 são elaborados e analisados seis gráficos , com objetivo de compreender a posição da região Nordeste e, principalmente, do Ceará em relação ao número de equipes e ao número de envio de dados para o SISAB.

O Gráfico 1 refere-se ao total de equipes do NASF existentes em cada Estado.

Gráfico 1 – Número Total de equipes do NASF por Estado



Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

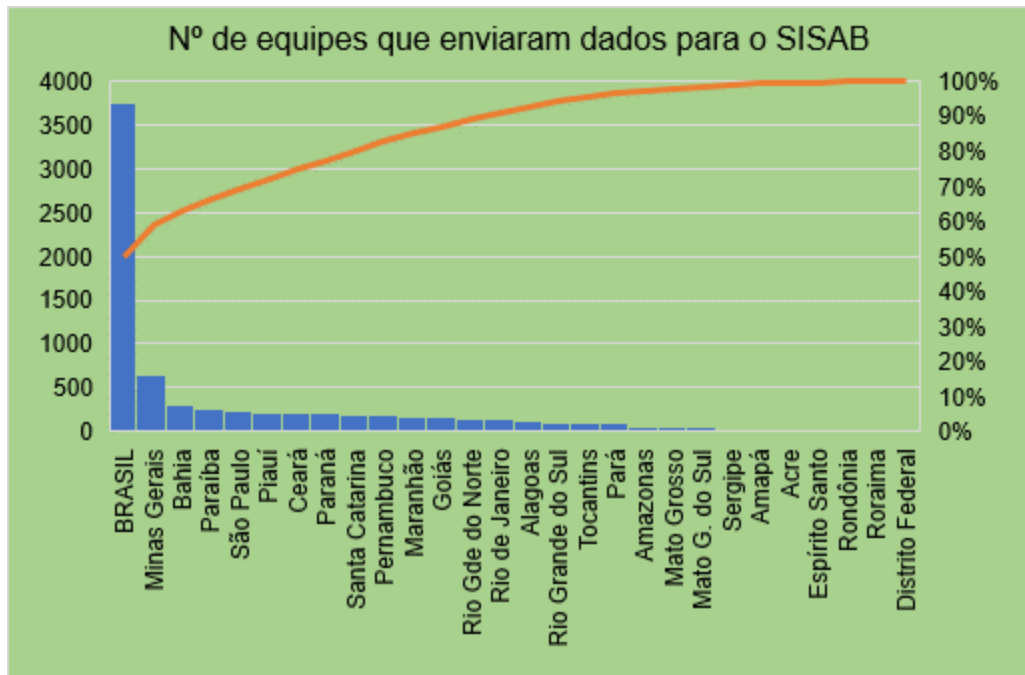
Observando o Gráfico 1, percebe-se que o Estado que possui maior número de equipes do NASF é Minas Gerais, seguido por Bahia, São Paulo e Paraíba. Os de menor número de equipes é Distrito Federal, Roraima, Rondônia e Acre. Dentre estes Estados, a maioria é da região Norte, exceto o Distrito Federal.

Um dos critérios para a implantação de equipes do NASF é o número de UBS em cada Estado, pois os profissionais do NASF dão suporte às equipes da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, verifica-se que existe a carência de UBS em todo território brasileiro para melhorar a qualidade de vida do povo, principalmente do mais carente.

O Ceará não está no rol dos Estados de menor número de equipes, pois a sua posição é a oitava, com 236 equipes. Por ser considerado um dos Estados de elevado índice de pobreza, a sua colocação é intermediária, porém o trabalho preventivo em educação em saúde deve ser uma constante.

O Gráfico 2 refere-se ao percentual de equipes do NASF que enviou dados para o SISAB.

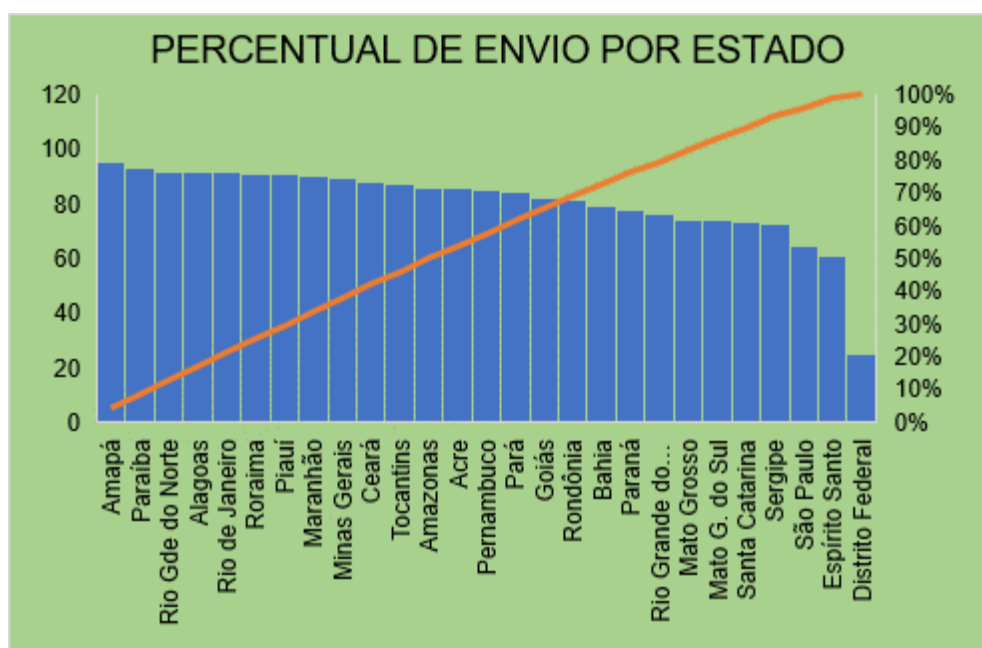
Gráfico 2 – Equipes do NASF que enviaram dados para o SISAB



Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

Neste gráfico, observa-se que o Ceará está numa posição cômoda. Diante dos nove estados nordestinos, ele ultrapassa Pernambuco, Maranhão, Rio Grande do Norte, Alagoas e Sergipe. Isso se deve aos gestores, a contribuição de cada profissional em desempenhar suas funções, dando apoio matricial às UBS e outros órgãos da saúde. No Gráfico 3 observa-se o percentual de envio por Estado.

Gráfico 3 – Percentual de envio por Estado



Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

O gráfico 3, das equipes que enviam os dados, destaca-se o Estado de Amapá com 95,5%, o maior percentual de envios. Isso acontece devido a ele possuir uma menor quantidade de equipes, portanto, tem maior facilidade no controle das informações colhidas para o envio do SISAB. Comparado ao Distrito Federal, que envia apenas 25% de suas equipes, do uma minoria, mais da metade das equipes dos dados de NASF não entregam os dados. Quanto ao Distrito Federal, é surpreendente sua pequena quantidade de envios, pois se pressupõe que a capital federal é uma das mais cobradas.

No Estado do Ceará, o percentual de grupo de colaboradores que faz o envio é de 87,7%. Esse percentual é relevante, comparando aos demais Estados citados acima. Sendo o Ceará pertencente a uma região composta de nove estados, de grande extensão territorial, além de sua particularidade, ou seja, de seu contexto histórico e de aspectos diversos dos outros estados da região.

Na Tabela 2, tem-se o percentual de equipes do NASF que enviou dados para o SISAB no primeiro trimestre de 2016 por região.

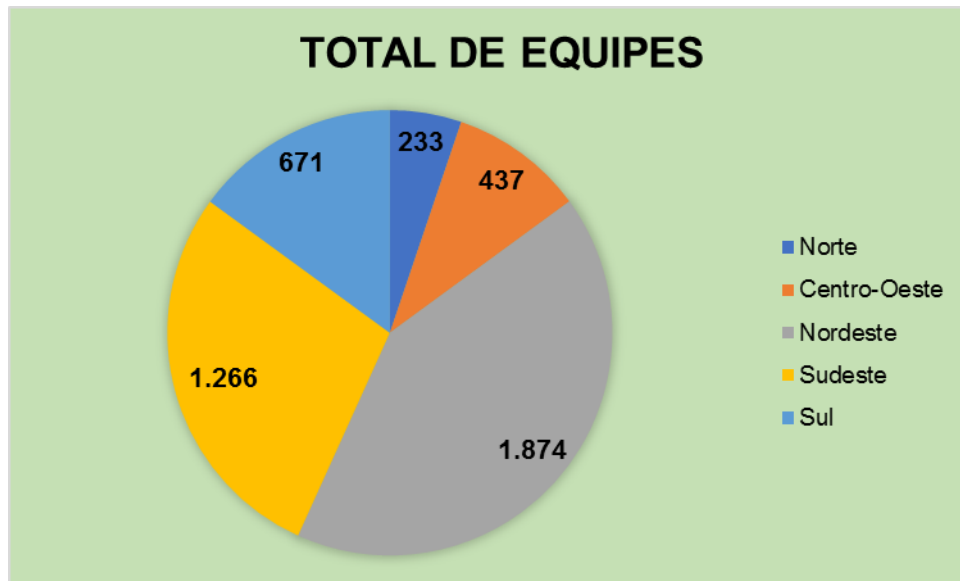
Tabela 2 – Percentual de equipes do NASF que enviou dados para o SISAB entre janeiro e março de 2016, por região

Região	Total de equipes	% de equipes que enviaram	% de envio
Norte	233	200	85,8
Centro-Oeste	437	352	80,5
Nordeste	1.874	1.639	87,4
Sudeste	1.266	1.042	82,3
Sul	671	506	75,4
Brasil	4.481	3.739	83,4

Fonte: DAB/ Boletim 2, 2016.

No Gráfico 4, tem-se o total de equipes por região. Verifica-se que a região Nordeste se destaca com maior número de equipes.

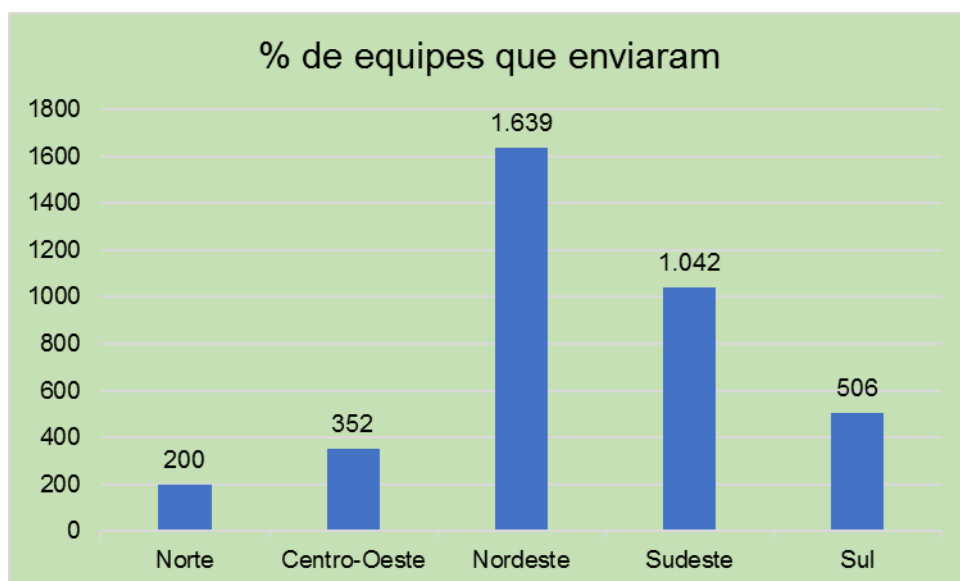
O Nordeste conta com mais equipes de NASF por ser uma região que tem mais estados e também por ser uma região com alto índice de vulnerabilidade social, além de possuir uma densidade populacional mediana.

Gráfico 4 – Total de equipes do NASF por Região

Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

O Nordeste conhecido como a “Região da Seca” e da “Miséria”, utilizada por muitos políticos para se beneficiarem nos períodos eleitorais através promessas de melhorias e a extinção da seca nessa sofrida região. Os anos passam e o que se observa é a exploração exacerbada dessa região e poucos benefícios para amenizar as mazelas de um povo tão sofrido.

O Gráfico 5 apresenta o total de equipes do NASF que enviou relatórios por região.

Gráfico 5 – Total de equipes do NASF que enviaram por Região

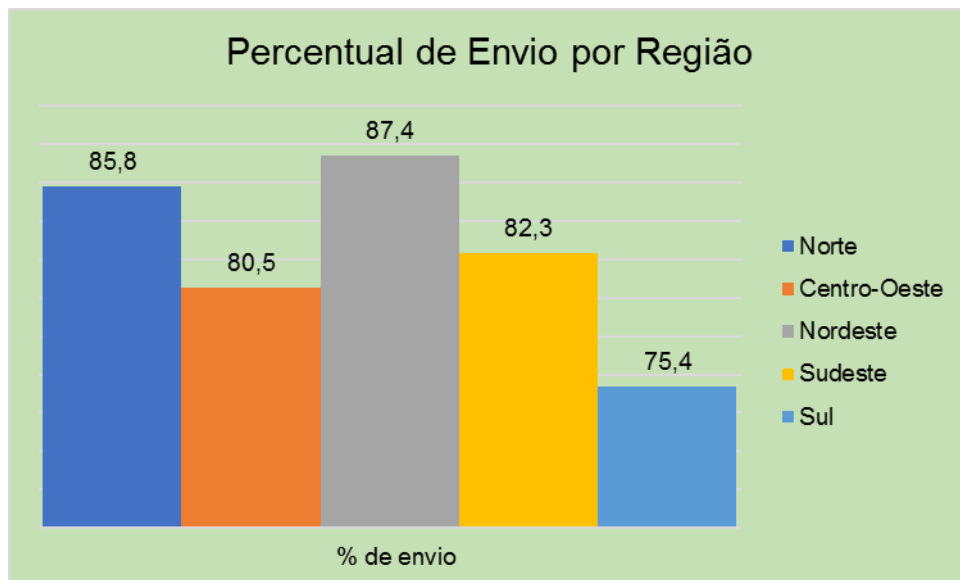
Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

Neste gráfico, observa-se que o número de envio de relatórios em cada região é distinto. Isso se dá por causa das dificuldades em coletar e enviar os dados para o SISAB. Cada região tem seus obstáculos e esses podem bloquear o envio no tempo hábil. Pode-se exemplificar a questão da acessibilidade, da tecnologia utilizada e até mesmo do grau de compromisso dos gestores e profissionais do NASF. Por exemplo, a região Norte tem barreiras na acessibilidade da população à saúde e possui densidade demográfica muito baixa. Existem famílias morando em palafitas e o atendimento da UBS em algumas das localidades. Tais atendimentos acontecem em barcos.

A quantidade de equipes é proporcional aos números de UBS no território atendido da AP, mesmo assim, percebe-se que as regiões que mais se destacam são o Nordeste e o Sudeste, sendo necessária uma maior atenção nas outras regiões, seguido por um trabalho intensificado, objetivando maior envios dos dados para um melhor diagnóstico da saúde na AP, via trabalhos desenvolvidos pelos NASF em todo território brasileiro.

Finalmente, no Gráfico 6, tem-se o percentual de equipes que enviou os dados ao SISAB por região.

Gráfico 6 – Percentual de envio por Região



Fonte: Elaborado pela autora com dados de DAB/Boletim 2 (2016).

No Gráfico 6, verifica-se que ao dividir os dados por região, as regiões maiores possuem os percentuais mais elevados e têm uma quantidade maior de equipes, porém as únicas regiões que superam a porcentagem do Brasil são as

regiões Norte e Nordeste. Um dado importante a ser observado é que essas regiões são as mais pobres e carentes, necessitando de um maior cuidado e desenvolvimento de atividades voltadas à prevenção e promoção da saúde da população na Atenção Primária.

As regiões Norte e Nordeste têm 3.140 equipes, mais de 70% do total no Brasil, e enviaram 2.681, também mais de 70% do total de envios. Outro fator importante é que o Nordeste supera todas as regiões em todos os dados coletados no Quadro 3 e Gráfico 6. Isso ocorre devido à carência da população de baixa renda que ver no SUS, o único meio de cuidar da saúde. Verifica-se, ainda, o empenho dos profissionais em desenvolver eventos direcionados a prevenção e promoção da saúde. Além desses fatores, têm-se a baixa escolaridade populacional, que dificulta a apropriação das informações de forma precisa.

O Governo Federal, via SISAB, obtém dados essenciais para avaliar a AB em cada Estado, exigindo prazos de entrega a serem cumpridos. Mesmo assim, muitos Estados não colaboram e dificultam esse monitoramento em nível federal. Esses dados são base para muitos programas e projetos na área da saúde e em outras áreas.

Enquanto estratégias de avaliação o PMAQ e a AMAQ baseados nos dados do SISAB organizam como trabalhar maneiras de dinamizar a AB, diminuindo as dificuldades e aumentando as possibilidades de melhorias no SUS dentro da AB.

A cada ano, ampliam-se as ferramentas de monitoramento e de avaliação da gestão da AB e o NASF possui a função preponderante no apoio matricial da ESF e de todas as instituições que estão interligadas a ela na execução de seu objetivo de prevenção e de promoção da saúde.

Os profissionais de saúde necessitam, além dessas ferramentas imprescindíveis para gerir o cuidado na AB, de unidade para que possam desempenhar um trabalho voltado para a promoção da saúde e espertando na própria comunidade a vontade de multiplicar as informações recebidas.

4 NASF NO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA

Após a vigência da Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008, o município de Itapipoca se empenha em elaborar o projeto de implantação do NASF, conforme as exigências preconizadas nesta portaria. Em seguida, o projeto é apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Em abril de 2008, a Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB/CE), via Resolução Nº 80/2008, aprova o projeto de implantação de três unidades de NASF no município, modalidade NASF 1, sendo cada unidade composta por seguintes profissionais: 01 psicólogo, 01 nutricionista, 02 fisioterapeutas, 01 fonoaudiólogo e 01 assistente social. Finalmente, após a publicação pelo Ministério da Saúde do credenciamento das equipes do NASF no Diário Oficial da União, o município começa a receber os recursos de implantação e custeio para a manutenção dessas equipes no município. É de fundamental importância salientar que o município se responsabiliza por alimentar o sistema do SIAB acerca do trabalho desenvolvido pelas referidas equipes na Atenção Básica.

Então, em janeiro de 2009, o NASF começa suas atividades na promoção e prevenção da saúde. As três unidades do NASF em Itapipoca localizam-se em bairros diferentes. Uma unidade no bairro do Violeta, na Boa Vista e outra na Fazendinha. Apenas a do Violeta tem espaço próprio. As outras funcionam dentro das UBS (Unidades Básicas de Saúde) dos territórios de sua responsabilização. O NASF – Fazendinha desenvolve suas atividades dentro da UBS Mourão e o da Boa Vista dentro da UBS Área Nobre. Nestas, o espaço é limitado e pequeno para os profissionais da UBS e do NASF.

É importante frisar que no início das atividades do NASF (05 de janeiro de 2009), cada unidade tem sua sede, sendo os prédios alocados pela Prefeitura. No final de 2012, a política muda. Duas unidades ficam funcionando dentro das Unidades Básicas de Saúde, o NASF- Fazendinha ficou funcionando na UBS – Mourão e o NASF- Boa Vista na UBS- Área Nobre, e somente o Violeta ficou com um prédio exclusivo.

No prédio das unidades UBS Mourão e NASF Fazendinha são cedidas apenas quatro salas para desenvolver o trabalho. Duas salas são destinadas à fisioterapia, onde ficam os equipamentos que auxiliam os usuários nas suas reabilitações, enquanto as outras duas restantes são divididas entre a terapia

ocupacional, a nutrição, a psicologia e a assistência social, ou seja, existe um revezamento de profissionais e uma maior espera para o paciente ser atendido pelo profissional agendado. Vale ressaltar que essa unidade é onde se desenvolveu a pesquisa com o grupo de idosos.

O NASF Boa Vista permanece em condições análogas ao NASF Fazendinha, ou seja, dividindo o espaço com a UBS onde desenvolve suas atividades. Apesar do espaço ser pequeno, é fundamental salientar que as relações de trabalho entre esses profissionais nas unidades são boas, se ajudam mutuamente e desenvolvem muitas atividades em conjunto, visando à prevenção e promoção da saúde da comunidade.

Essa problemática de carências de salas para o atendimento do NASF – Fazendinha e NASF – Boa Vista vem desde a gestão anterior e este problema continua sem solução. Na nova gestão de 2017, a deficiência continua acarretando danos no atendimento e insatisfação do usuário do SUS.

Cada profissional deve possuir uma sala para o atendimento, pois isso faz parte do básico para garantir a qualidade do atendimento. Acrescenta-se que, conforme a Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008, artigo 7º, inciso VI, a Secretaria de Saúde do Município deve disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF.

Tanto o profissional como o usuário deve ser respeitado, valorizado em suas condições distintas. O profissional necessita de espaço reservado para acolher e propiciar um atendimento de qualidade e ter os devidos cuidados necessários ao paciente; este se encontra em estado de vulnerabilidade e em busca de solução do seu problema de saúde apresentado.

As ações, público alvo e atribuições no NASF do município de Itapipoca são aqueles preconizados na Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008, sendo as principais ações: palestras educativas nas UBS de sua territorialização; Reunião com as UBS quando necessário para a resolução de problemas sobre pacientes ou formulação de estratégias de gestão do cuidado; visita domiciliar quando solicitado; participar de campanhas educativas nas escolas sobre educação em saúde; organizar eventos sobre diversos temas de saúde na comunidade; Atendimento individual por cada profissional específico; acompanhar grupos temáticos quando

solicitado pela comunidade ou profissional da educação, assistência social ou saúde. O público alvo é a comunidade em geral, sendo o atendimento referenciado para cada profissional que faz parte do NASF.

Analisa-se os relatórios dos atuais profissionais que fazem parte do NASF Fazendinha, especificando cada área e dando o seu devido valor dentro da AP e seu papel na comunidade. Iniciou-se pela nutrição que desenvolve palestras nas UBS, uma vez por semana, no turno da manhã, quando é informado sobre o funcionamento do NASF e, em seguida, é apresentado o tema que varia com a clientela ou com o mês do ano. Os temas mais trabalhados nas UBS são: combate a dengue, chikungunya, zika, hipertensão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, drogas lícitas e ilícitas, além de orientação para uma alimentação saudável e aleitamento materno, dentre outros que são solicitadas pela própria comunidade. Estas palestras também são realizadas em escolas e creches da comunidade, sendo articuladas juntamente com outros profissionais do NASF, como assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, educador físico. Geralmente os profissionais se apresentam de duplas. As palestras também são desenvolvidas em eventos de sensibilização e mobilização social sobre diversos temas relacionados à educação em saúde para a população em geral com o apoio da prefeitura municipal de Itapipoca.

O atendimento individualizado ambulatorial da nutrição é realizado mediante ficha de referência expedida pelo médico da UBS na qual o usuário é atendido. A ficha de referência deve conter a justificativa do encaminhamento do usuário.

A nutrição atende os usuários de todas as fases do ciclo de vida, sendo que a maior demanda é da fase adulta. Em geral, as justificativas mais comuns são as doenças crônicas, como obesidade, hipertensão e diabetes. Um fator essencial a ser observado é que a dislipidemia, que é bastante prevalente. As lactentes, crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos referenciados no NASF têm seus atendimentos agendados e submetidos à avaliação do seu estado nutricional, são informados sobre quanto a esse diagnóstico, recebem orientações alimentares por escrito e têm seus retornos à unidade agendados com periodicidade mensal.

Em relação às visitas domiciliares pela nutrição, são realizadas quando solicitadas, porém esse tipo de atendimento fica dependente de transporte fornecido pela secretaria de saúde do município, e, às vezes, fica indisponível. A nutrição

desenvolve também atendimento compartilhado quando o paciente necessita de uma equipe interdisciplinar. Nestes casos, a nutrição faz parceria com a assistência social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional. É salutar observar que a nutrição trabalha 40 horas semanais. A profissional da nutrição de nesta unidade é concursada.

Segundo o relatório da fisioterapia da unidade Fazendinha, ela acolhe e atende uma demanda grande, porém clínica mais do que desenvolve atividades de prevenção na comunidade. Conforme foi discutido no capítulo anterior, o NASF é criado pela Portaria GM Nº 154, devendo priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, além de ser realizado nos espaços coletivos de discussão de forma organizada por atendimento específico com a família e com o usuário.

Os casos atendidos pela fisioterapia são prevalentes de pediatria respiratória, traumatologia, neurologia e gerontologia, sendo as doenças mais frequentes: artrose, bursite, hérnia de disco, tendinite.

A fisioterapia descreve a deficiência de equipamentos e estrutura adequada para o atendimento clínico. Apesar do espaço de atendimento ser adaptado, ressaltava as vitórias das reabilitações dos pacientes atendidos e que a gestão do NASF apoia as ações realizadas. Na atual gestão municipal, o NASF Fazendinha está com apenas um profissional de fisioterapia, com 40 horas semanais, sobrecarregando-o e formando uma fila de espera de pacientes a serem atendidos e acolhidos na unidade. A fisioterapeuta tem vínculo empregatício via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A psicologia desenvolve suas atividades via atendimento clínico aos vários segmentos: crianças, jovens, adultos e idosos, sendo este último, uma clientela mais escassa. Atualmente atende crianças e jovens. Formou um grupo terapêutico de queixas difusas, composto por oito pessoas (jovens e adultos). Neste grupo são compartilhadas experiências, vivências e dificuldades semelhantes no âmbito físico, emocional e social. Quando necessário, solicita o Serviço Social para acompanhar esse grupo para dar suporte na questão social dos pacientes, desenvolvendo juntas atividades visando à melhoria psicossocial dos pacientes.

O profissional de psicologia vem acrescentando seu saber e experiência sobre conteúdos psíquicos, valorizando a subjetividade de cada indivíduo, sem perder a dimensão integral do indivíduo. Trabalha de forma interdisciplinar, em consonância com os demais profissionais que compõem o NASF.

O psicólogo se utiliza de vários recursos, tais como: entrevistas, anamnese, avaliação, em que tem contato com a história do paciente, contextualizando a queixa e o sofrimento, na dinâmica familiar e/ou no meio social, avaliando os condicionantes e potencialidades do paciente, com o propósito de propor um plano terapêutico condizente com a problemática apresentada. Para melhor desempenhar sua função, realiza visitas domiciliares aos pacientes impossibilitados de se deslocarem até o serviço por se encontrarem acamados ou devido a um comprometimento psíquico e que têm dificuldade de receber o acompanhamento terapêutico.

Para a clientela infantil acompanhada pela psicologia é utilizada a ludo terapia, esta se apropria de várias técnicas como: contos, desenhos, pinturas, jogos, brincadeiras, com a finalidade de suprir as necessidades das crianças, de acordo com a etapa de seu desenvolvimento motor, emocional e cognitivo.

Vale ressaltar que, além de suas ações específicas, acompanha o grupo do NASF em palestras educativas e em visitas institucionais, visando troca de experiências, estabelecer parcerias para melhor suprir as necessidades do usuário que busca soluções para seus problemas psicológicos. A psicologia relata, ainda, as dificuldades em relação a pacientes de quadros graves que são referenciados para o NASF, casos que deveriam ser encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que faz parte da Atenção Secundária do município. A demanda para a psicologia é grande, mas esse profissional trabalha apenas 20 horas semanais, tendo o vínculo estatutário. O profissional de Educação Física do NASF realiza atividades físicas em alguns locais da cidade, como nos bairros dos Picos e Madalenas, no Parque de Exposição, CAPS e UBS Mourão. O público alvo é a comunidade em geral.

Além disso, o educador físico realiza avaliações físicas nas UBS do município, faz parcerias com nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, das unidades do NASF e enfermeiras das UBS, profere palestras de diversos temas sobre educação em saúde, forma grupos para a realização das atividades físicas. Atualmente possui cinco grupos: dois de idosos e três formados de adultos. O profissional de Educação Física atende nas três unidades do NASF e desenvolve suas ações durante o período da manhã, trabalhando somente 20 horas semanais. Esse profissional é cedido pela Secretaria de Educação, tendo vínculo empregatício via CLT.

É importante salientar que esse profissional faz apenas seis meses que está desenvolvendo suas atividades. Desde o início da implantação do NASF, (2009), suas ações duraram quatro anos. Na gestão anterior não havia educador físico, somente agora é que houve o retorno deste profissional para o quadro de funcionários.

O relatório da Terapia Ocupacional esclarece que o seu principal objetivo é promover o máximo de autonomia ao indivíduo em suas atividades de vida diária, estudo, lazer, brincar, entre outras, independentemente de sua condição física, social, psicológica ou cognitiva.

No NASF, os atendimentos terapêuticos ocupacionais se limitam a clientela infantil, especialmente por ser a principal demanda que busca o serviço. As sessões acontecem quinzenalmente para dar oportunidade a quem busca o atendimento, com duração de 20 minutos. A primeira é com a família, a fim de conhecer a história de vida da criança e as próximas sessões serão exclusivamente com a criança. A família retorna para *feed back* sempre que solicitada pela terapeuta. Os atendimentos acontecem no turno tarde e manhã, exceto quando a profissional se desloca para outras unidades para fazer palestras, que acontecem semanalmente. Dessa forma se dá a parceria com outros profissionais e UBS. Outra ação desenvolvida é a visita domiciliar quando solicitado pelo próprio usuário ou pela UBS da territorialização de responsabilidade do NASF Fazendinha.

As sessões se dão por hora marcada em um consultório em que outros profissionais também atendem. Com isso, a demanda se torna ainda mais limitada por ter que ceder o mesmo espaço. O material disponível para trabalho é escasso, sendo parte do recurso disponibilizado pela profissional.

Percebem-se algumas dificuldades, como local de atendimento, pois o espaço físico não é climatizado e apresenta danos na estrutura. Apesar dos entraves, os colaboradores conseguem realizar um bom trabalho, tendo resultados favoráveis nos tratamentos realizados.

O Serviço Social, como nos relatórios apresentados, confirma as dificuldades da estrutura do espaço físico e que também desenvolve atividades semelhantes aos dos outros profissionais do NASF. O Serviço Social divide a sala com a Nutrição e juntos produzem uma agenda para aproveitarem o espaço em horas diferentes. Enquanto a Nutrição está em atendimento ao usuário, o Serviço

Social está em visita ou administrando uma palestra em alguma UBS do território de responsabilidade do NASF Fazendinha.

O Serviço Social presta apoio às equipes das UBS em relação à questão social na área da saúde. Faz ainda diversos encaminhamentos intersetoriais e visitas institucionais em busca de parcerias para melhor desempenhar as ações, visando a eficiência e eficácia no trabalho incrementado no NASF. Participa efetivamente das palestras proferidas pelos profissionais do NASF Fazendinha sobre diversos temas já citados e faz visitas aos pacientes acamados juntamente com a equipe.

É ele o principal responsável pelo acolhimento do usuário unidade de saúde, institui ações que fortalecem a comunidade, integrando-a aos demais profissionais de saúde, além de incentivar os usuários a participarem do controle social via fóruns e conselhos locais e distritais de saúde, como também a conhecerem o canal importante da ouvidoria do SUS no município.

Participa, ainda, da formação de grupos de idosos, juntamente com o educador físico, principalmente do grupo de idosos hipertensos das UBS pertencentes ao território de sua responsabilização. Quando solicitada, apoia um grupo de queixas difusas. Este é composto de pacientes acompanhados pela Psicologia, sendo os encontros quinzenais na UBS Mourão. Além desses grupos, também acompanha outros grupos na comunidade.

A Fonoaudiologia na unidade NASF Fazendinha, no momento, tem a vaga ociosa, sendo os casos que demandam atendimentos fonoaudiológicos encaminhados à Policlínica do município. Essa se refere ao Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Itapipoca (CPSMIT) consiste na união de sete municípios do Estado do Ceará: Itapipoca, Amontada, Miraíma, Trairi, Tururu, Uruburetama e Umirim. O consórcio tem como objetivo desenvolver ações conjuntas na área da saúde que visem o interesse coletivo da 6ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará, com sede em Itapipoca-Ce.

A territorialização das unidades do NASF em Itapipoca é conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Unidades do NASF em Itapipoca

NASF FAZENDINHA	NASF BOA VISTA	NASF VIOLETE
UBS DAS CACIMBAS	UBS BOA VISTA	UBS VIOLETE
UBS ESTAÇÃO	UBS LADEIRA	UBS CRUZEIRO
UBS MOURÃO	UBS PICOS	UBS DAS FLORES
UBS DAS ENCRUZILHADAS	UBS CENTRO	UBS NOVA ALDEOTA
UBS TABOCA	UBS COQUEIRO	UBS DA BALEIA
UBS LAGOA DAS MERCÊS	UBS ARAPARI	UBS DOS MARINHEIROS
UBS BELA VISTA	UBS IPU MAZAGÃO	UBS DO BARRENTO
UBS CALUGI	UBS DESERTO	UBS DA BETÂNIA
UBS SALGADO DOS PIRES	UBS ASSUNÇÃO	

OBS.: OS destacados de verde são UBS da zona urbana e os de amarelo são provenientes da zona rural do município.

Fonte: Elaboração da autora.

Figura 1 – Principais bairros de Itapipoca

Fonte: Google maps.

Em destaque, tem-se o bairro da Fazendinha, nome que leva a unidade do NASF. Observam-se alguns bairros que fazem parte do território como Mourão, Estação, Cacimbas. Outros bairros adjacentes, como Novo Horizonte, São Francisco e Alto Alegre são por ele atendidos.

Figura 2 – Mapa dos Distritos de Itapipoca



Fonte: Elias Nascimento.

A Figura 2 apresenta o mapa de Itapipoca, onde se observa a zona rural e a região urbana. Os distritos da Lagoa das Mercês, Bela Vista e Calugi fazem parte da territorialização de atendimento. Destaca-se o distrito de Cruxati como confinante que ainda é atendido pela unidade do NASF Fazendinha.

Para realizar as visitas e atendimentos à região rural, o gestor municipal disponibiliza transporte para que a equipe translade àquela região. Todavia, no corrente ano de 2017, ainda não está liberado transporte para realização das visitas às UBS distantes.

Desde o início das atividades do NASF no município, em 2009, percebe-se um aumento da população, necessitando de mais unidades de NASF para abranger todo território do município. Atualmente, o coordenador do NASF está fazendo um levantamento para justificar a carência da comunidade e buscar recursos e, assim, melhorar as instalações e o número de equipes.

Segundo a Secretaria de Saúde do município, o número de atendimentos do NASF Fazendinha no semestre de 2017 encontra-se em 1.637 atendimentos.

Estes dados têm contribuído para a qualidade de saúde do território onde o NASF desempenha suas funções de apoio matricial. A formação de grupos de idosos, de queixas difusas, de crianças, de gestantes, o trabalho de prevenção nas UBS, nas escolas, além de campanhas de sensibilização desenvolvidas com a parceria da própria Secretaria de Saúde tem fortalecido a comunidade no cuidado da saúde, principalmente da família.

No mês de agosto de 2017, houve a visita e avaliação do PMAQ que tem a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, já comentado anteriormente no segundo capítulo. Esse monitoramento contribuirá na qualidade dos atendimentos e satisfação dos usuários que buscam a resolução de seus problemas de saúde.

4.1 PESQUISA DOCUMENTAL

Foi realizado um estudo com vinte e seis prontuários de idosos, observando os registros referentes a determinantes sociais e de saúde desses idosos que participam do grupo de convivência do Salão Paroquial do bairro São Francisco. O objetivo dessa pesquisa foi conhecer o perfil do idoso que frequenta o grupo e destacar as ações do NASF junto a seus usuários.

Para tanto, solicitou-se junto à Secretaria de Saúde de Itapipoca o Termo de Anuência autorizando a realização desta pesquisa nos prontuários das UBS Centro, Cacimbas e Mourão. Antes disso, a Secretaria de Saúde do município solicitou uma declaração da pesquisadora em que consta que tal investigadora está cursando Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas na Universidade Estadual do Ceará (ambos em anexo).

O referido estudo realizou-se no município de Itapipoca, que está localizado na região Norte do Estado do Ceará. Itapipoca é uma cidade de grande porte, com população de 116.065 habitantes, densidade demográfica de 71,90Km², possui uma área territorial de 1.614.159 Km² e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,640 (IBGE, 2010).

Figura 3 – Localização de Itapipoca no Ceará



Fonte: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Itapipoca>>.

A coleta documental efetivou-se em três UBS (Centro, Cacimbas e Mourão), CRAS Mourão, área de abrangência e de responsabilidade do NASF Fazendinha. Foram analisadas anotações de alguns profissionais do NASF Fazendinha, que desenvolvem um trabalho multidisciplinar de acompanhamento: a nutricionista, a psicóloga, o fisioterapeuta e a assistente social.

Primeiramente, foram realizadas visitas ao CRAS Mourão, no intuito de conhecer o grupo, verificar as fichas cadastrais que continham os nomes dos idosos, os bairros onde residem, para depois procurar a área territorial e assim desvendar as UBS em que são atendidos. Após esta investigação, foram efetuadas visitas em cada UBS para pesquisar nos prontuários as anotações cadastrais feitas pelo agente administrativo ao preencher a ficha geral de atendimento ambulatorial (em anexo) com seus dados, além de dados dos atendimentos clínicos de cada profissional de saúde.

A ficha geral de atendimento ambulatorial (prontuário) contém: dados de identificação, anamnese (antecedentes pessoais, agravos de risco, antecedentes familiares), vacinações, odontogramas, avaliação clínica e diagnóstica,

São nos prontuários dos pacientes que se localizam as observações importantes que facilitarão a anamnese de profissional que irá avaliá-lo posteriormente. Cada profissional possui um olhar diferenciado, conforme a sua especificidade. É fundamental averiguar que o prontuário é um documento sigiloso, todo profissional de saúde deve preservá-lo.

Dos prontuários pesquisados, observou-se que os dados de identificação são praticamente preenchidos por completo, apenas a renda média familiar não costuma ser anotada, porém geralmente há registros sobre o usuário ser aposentado ou não, o que auxiliou na construção do perfil econômico do idoso. No momento da anamnese pelo profissional de saúde, os dados não anotados na admissão do paciente devem ser esclarecidos pelo próprio usuário. É necessário um monitoramento desse trabalho no ambulatório pelo gestor, objetivando a eficiência desse procedimento.

Não existem anotações sobre as vacinações nos prontuários analisados. Quanto aos odontogramas, estavam análogos aos registros da vacinação. Estes são preenchidos pelo profissional da odontologia.

Fez-se uma investigação a respeito desses dados não registrados e observou-se que as vacinas são apenas registradas no cartão de vacina do paciente. Caso semelhante acontece com o profissional de odontologia, que não registra os dados odontológicos no prontuário, pois tem uma ficha exclusiva do paciente com seus dados em seu consultório, ou seja, possui uma ficha individual de cada paciente atendido.

É importante ressaltar que a nutrição, a psicologia, a fisioterapia, a terapia ocupacional, além de preencher a ficha geral de atendimento ambulatorial, possuem também uma ficha exclusiva de dados somente de sua área dos pacientes atendidos. Isso acarretou dificuldades de encontrar dados nessa pesquisa realizada. A existência de registros paralelos impede o monitoramento do gestor e da efetivação de pesquisas com a finalidade de aprimorar o atendimento e fornecer dados para a promoção da saúde.

O único campo com os dados completos é o da avaliação clínica e diagnóstica. Neste campo, o profissional de saúde atende o sujeito e registra o seu

histórico, exame físico, diagnóstico, evolução, contendo a respectiva data do atendimento.

Atualmente, está sendo estudada e organizada uma ficha geral de atendimento ambulatorial única e com a possibilidade de ser digital, o que facilita que todos os dados do paciente possam ser visualizados, ou seja, cada profissional de saúde que atenda determinado paciente pode conhecer seu cliente de forma integral, com a concepção singular de cada especialista num único documento.

Para a efetivação dessa pesquisa são necessárias várias visitas às UBS, onde foram extraídas anotações, além de informações colhidas com os profissionais envolvidos.

Ao retornar às UBS, verificou-se que o agente administrativo, ao abrir a ficha geral de atendimento ambulatorial do paciente, preenche apenas os dados principais, como nome, sexo, data de nascimento, estado civil, profissão, filiação e bairro em que reside, olvidando o endereço completo do usuário. As outras informações, caso o médico precise, devem ser questionadas ao paciente no momento da consulta. Não são realizadas todas as informações necessárias devido à enorme fila para serem abertos prontuários. Além disso, o agente administrativo deve organizar os prontuários na produção do médico, segundo informações colhidas nos ambulatórios das UBS visitadas. São burocracias que dificultam o preenchimento adequado do prontuário do usuário.

Após isso, o agente administrativo repassa o Mapa Diário do Atendimento de Cliente Externo (Anexo D) e as respectivas fichas para o técnico de enfermagem na sala de preparação, onde serão verificados a pressão arterial, o peso e a altura dos pacientes antes de ser atendidos pelo profissional de saúde.

Com o surgimento do E-SUS, a burocracia aumentou, pois são mais formulários a serem preenchidos pelo agente administrativo e pelo técnico de enfermagem. Como exemplo, podem-se citar as fichas de atendimento individual (em anexo) onde devem constar o número do cartão do SUS e a data de nascimento do sujeito, posteriormente devem estar preenchidas e repassadas para o médico ou outro profissional de saúde. Esse detalhe é observado na fase de preenchimento das fichas dos pacientes para esclarecer o motivo das fichas não encontrarem preenchidas devidamente. Os dados dos usuários são importantes para seu diagnóstico e devem estar devidamente preenchidas pelo profissional de saúde.

Segundo as informações colhidas junto à assistente social do CRAS Mourão, que também acompanha esse grupo de idosos, o grupo é misto, sendo composto por homens e mulheres. Essa integração é feita para que aconteça uma maior interação e percebam que esse espaço é local de amizades, de diálogos, de lazer, tido como um ambiente de participação, onde possam trocar experiências e adquirir novos conhecimentos. Atualmente, este grupo de idosos é formado por 45 integrantes, sendo 26 idosos, ou seja, têm 60 anos acima, enquanto os outros 29 são indivíduos que estão prestes a se tornarem idosos, pois possuem entre 50 anos a 59 anos de idade. Os critérios para adesão ao grupo são: ter o número do Número de Identificação Social (NIS), ter no mínimo 50 anos, morar nos bairros das mediações.

Os encontros se dão todas as quartas-feiras às 16h00min horas no Salão Paroquial São Francisco, onde são desenvolvidas várias atividades, tais como troca de experiências, dinâmicas, ginástica laboral, rodas de conversa sobre diversos temas, palestras educativas, dentre outras que contribuiriam em suas vidas.

O grupo de idosos iniciou em 2010 e somente o NASF Fazendinha é responsável de conduzi-lo. Nesta época, há no quadro do NASF uma educadora física que desenvolve atividades junto ao grupo, além de outros profissionais que fazem atendimento individual ou coletivo, palestras e visitas domiciliares.

Desde 2010 até os dias atuais, as atividades do grupo precisaram ser interrompidas três vezes, pois a maioria dos profissionais de saúde era contratada e quando a gestão municipal encerrava, ou seja, quando havia mudança de prefeito, esses saíam, deixando o grupo sem acompanhamento. Esse é apontado como um dos fatores que dificulta o crescimento do grupo. Depois de alguns meses, surgem novos profissionais que recomeçam as atividades, fazendo um novo cadastro dos idosos e reiniciando os encontros.

Em 2013, após a mudança do gestor municipal, esse grupo passa a ser acompanhado pelo CRAS Mourão, mas o NASF Fazendinha continua a acompanhá-lo, dando todo apoio necessário, tornando-se, então, parceiro do CRAS. Vale ressaltar que após alguns meses essa parceria aumenta, pois as UBS (Cacimbas e Mourão) também começou a colaborar, já que muitos desses idosos são atendidos em suas unidades e são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Em outubro de 2016, novamente as atividades foram interrompidas. Isso ocorreu devido ao período eleitoral e a provável mudança na gestão do município. Porquanto, o prefeito em exercício perdeu as eleições e foram demitidos muitos profissionais, tanto da saúde como da assistência social. Nessas situações, somente o povo é quem perde e sofre as consequências das mudanças e manobras políticas.

No corrente ano de 2017, com nova gestão, somente em fevereiro foram contratados novos profissionais que fazem o reconhecimento do território e recadastramento dos idosos, havendo, assim, o retorno do grupo às suas atividades orientadas pelo CRAS Mourão com a parceria do NASF Fazendinha. É importante destacar que nesse recadastramento surgem novos idosos, mas também permanecem muitos dos que já antigos participantes. Outro detalhe essencial é que aqueles que já não vivem no mesmo bairro não continuam a participar do grupo.

Considerou-se um fator negativo a interrupção das atividades desse grupo por motivo de mudanças de profissionais, tanto na área da saúde e da assistência social. A cada gestão municipal, surgem novos profissionais, pois a maioria desses profissionais é contratada.

O NASF Fazendinha retornou suas atividades junto ao grupo em fevereiro e no mês de abril de 2017, participou do dia “D” de Combate à Hipertensão Arterial na Praça Matriz. Este é um evento de sensibilização às pessoas de todas as idades que são hipertensos, inclusive muitos idosos do grupo do bairro São Francisco participaram. Nesse dia, foi proferida pela nutricionista uma palestra sobre alimentação saudável no centro da cidade, o evento foi prestigiado por muitos idosos e comunidade em geral.

É de suma importância relatar que a pesquisadora é integrante do NASF-Fazendinha desde 2010 e participa de muitas atividades deste grupo de convivência de idosos do bairro São Francisco.

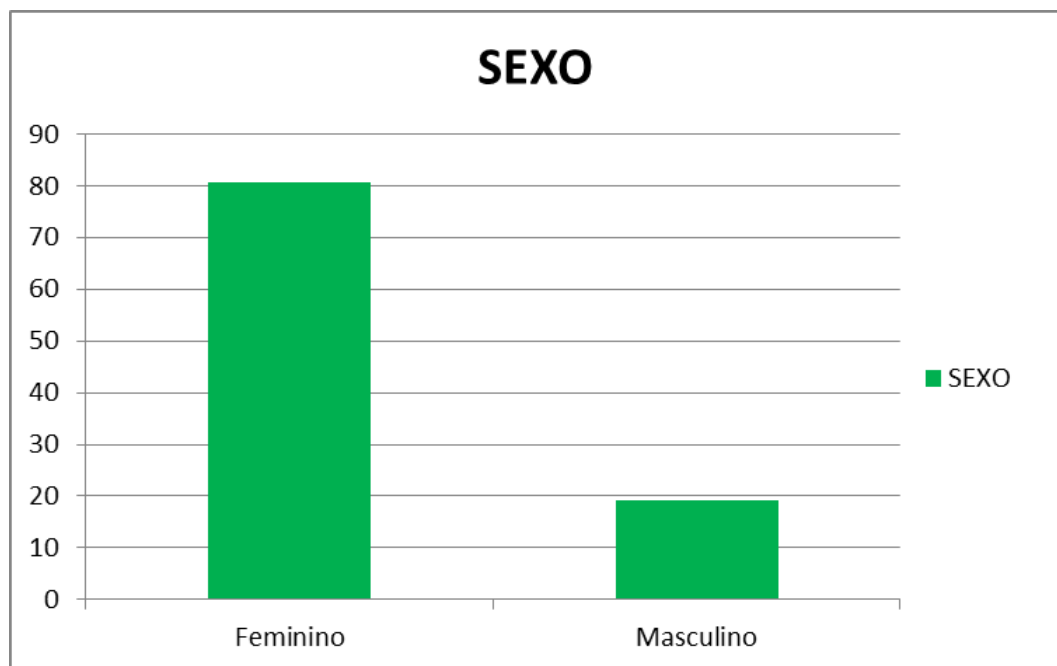
4.2 PERFIL DOS IDOSOS

A análise dos dados revela o perfil do idoso que frequenta esse grupo. Verificam-se, ainda, dados importantes que auxiliam na definição da representação desse segmento no referido grupo, como sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, com quem residem, situação econômica e doenças crônicas mais frequentes na amostra pesquisada.

É importante frisar que o NASF Fazendinha tem contribuído para o crescimento do grupo via palestras educativas, rodas de conversas e alertas sobre diversos temas fundamentais para possuir uma vida saudável. São nesses momentos coletivos que os profissionais do NASF sensibilizam e os convidam para um atendimento individual nas UBS dos territórios que desenvolvem suas atividades, no mesmo bairro onde residem.

No Gráfico 7, observa-se o sexo dos frequentadores do grupo de Idosos do Bairro São Francisco.

Gráfico 7 – Sexo dos idosos/ Grupo São Francisco



Fonte: Elaborado pela autora.

Os dados coletados mostram que dentre os prontuários de idosos analisados são predominantemente formado por mulheres, pois 80,8% são do sexo feminino e 19,2% do sexo masculino. As declarações dos sujeitos nos momentos de interação com o grupo revelam que as mulheres são mais participativas, ativas e dinâmicas do que os homens.

Segundo os sujeitos do sexo femininos, afirmam que os homens têm dificuldades de ir à UBS para se consultar e também de participar de grupo de convivência, isso devido considerar ações sem relevância em suas vidas. Acrescentam, ainda, que os homens não se preocupam com o corpo, gostam de fazer outras atividades.

O Gráfico 8 apresenta as idades dos integrantes do Grupo de idosos do São Francisco.

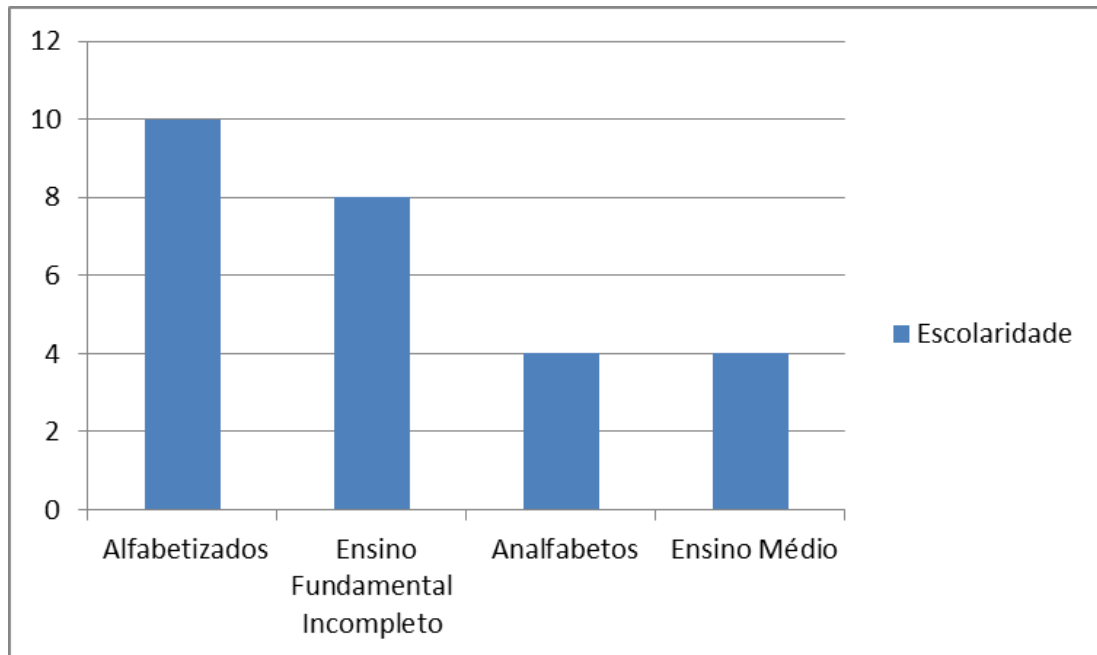
Gráfico 8 – Idade dos Idosos/ Grupo São Francisco



Fonte: Elaborado pela autora.

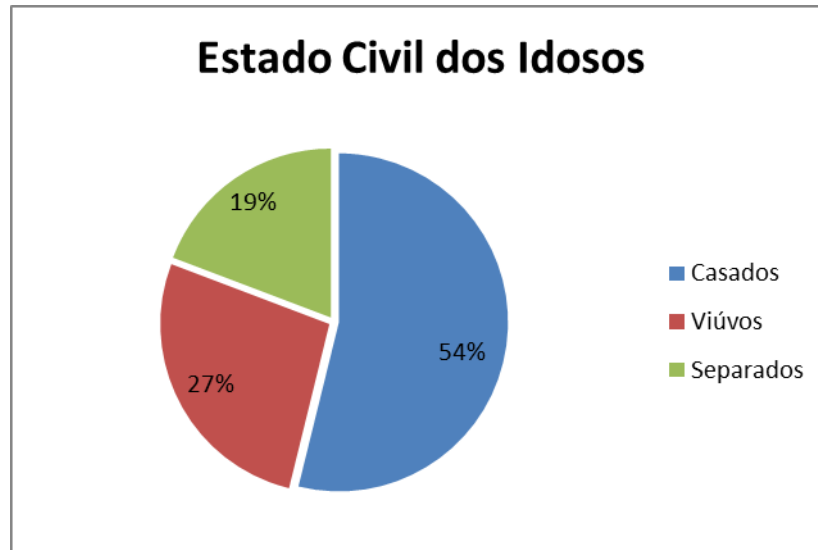
Em relação à idade dos idosos da amostra analisada, observou-se que 53,8% são da faixa etária 60 a 69 anos, 27% da faixa etária 71 a 79 anos e 19,2% estão na faixa etária de 80 a 89 anos. Isso demonstra que a maioria é mais nova, têm mais vitalidade. O índice mais baixo é apresentado na faixa etária de 80 a 89 anos. Nesta fase, o poder de locomoção é menor, requerendo, muitas vezes, a ajuda de um cuidador. Os idosos dessa última faixa etária comparecem de forma rara aos encontros e, quando aparecem, estão sempre acompanhados por um ente familiar ou amigo. Às vezes, estão presentes nos encontros e não participam das atividades, ficam quietos, só observando.

O Gráfico 9 refere-se à escolaridade dos idosos do Grupo São Francisco.

Gráfico 9 – Escolaridade dos idosos/ Grupo do São Francisco

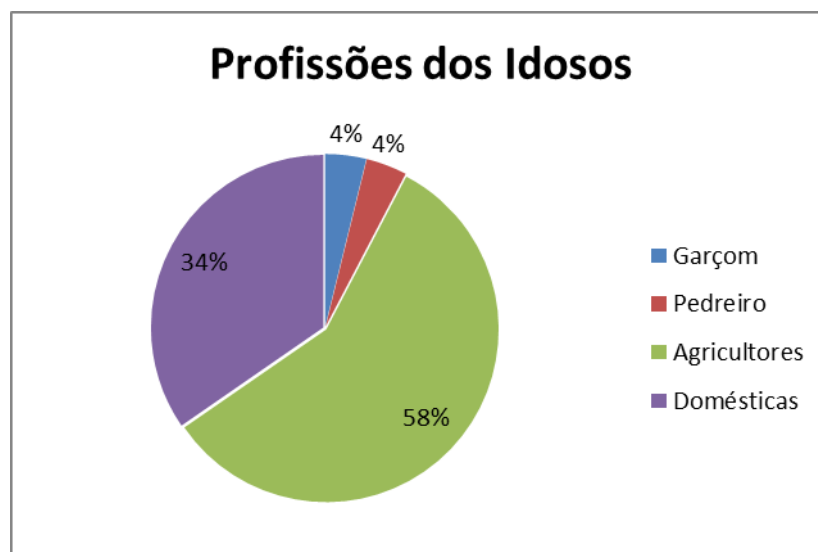
Fonte: Elaborado pela autora.

A escolaridade revela que 38,4% são alfabetizados, 30,8% têm o ensino fundamental incompleto, 15,4% são analfabetos e 15,4% têm o ensino médio. Os atuais idosos viveram seus anos iniciais de vida num período em que a educação básica ainda não era universal, ou seja, a população carente não podia estudar e trabalhar ao mesmo tempo. Se alguém conseguisse realizar essa façanha, era uma raridade. Verifica-se que em cada geração existem diferenças e isso se deve ao período vivido, principalmente nas crises políticas e econômicas. Logicamente, esses idosos viveram no período da ditadura militar e passaram por muitas dificuldades na família. Vale ressaltar que a educação, nesse tempo, é um grande problema e para amenizá-la é criado o Ministério da Educação e Saúde. Assim, somente quem estuda consegue ingressar numa faculdade, e essa característica era privilégio daqueles que possuem um bom poder aquisitivo. Os sujeitos que participam do referido grupo comentam esse detalhe, nos momentos de interação com o grupo.

Gráfico 10 – Estado Civil dos idosos/ Grupo do São Francisco

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto ao Estado Civil dos idosos pesquisados, constatou-se que 54% são casados, 27% são viúvos e apenas 19% são separados. Essa geração obedece à cultura religiosa de que o “casamento é para sempre”, “eternos casados”, e a mulher descasada não tem nome e é desvalorizada. Esses preceitos têm que ser obedecidos. Os idosos seguem os comandos, desejos e aspirações da família tradicional, a patriarcal. Ressalta-se que essas são as declarações dos sujeitos quando na participação do grupo.

Gráfico 11 – Profissões dos idosos/ Grupo do São Francisco

Fonte: Elaborado pela autora.

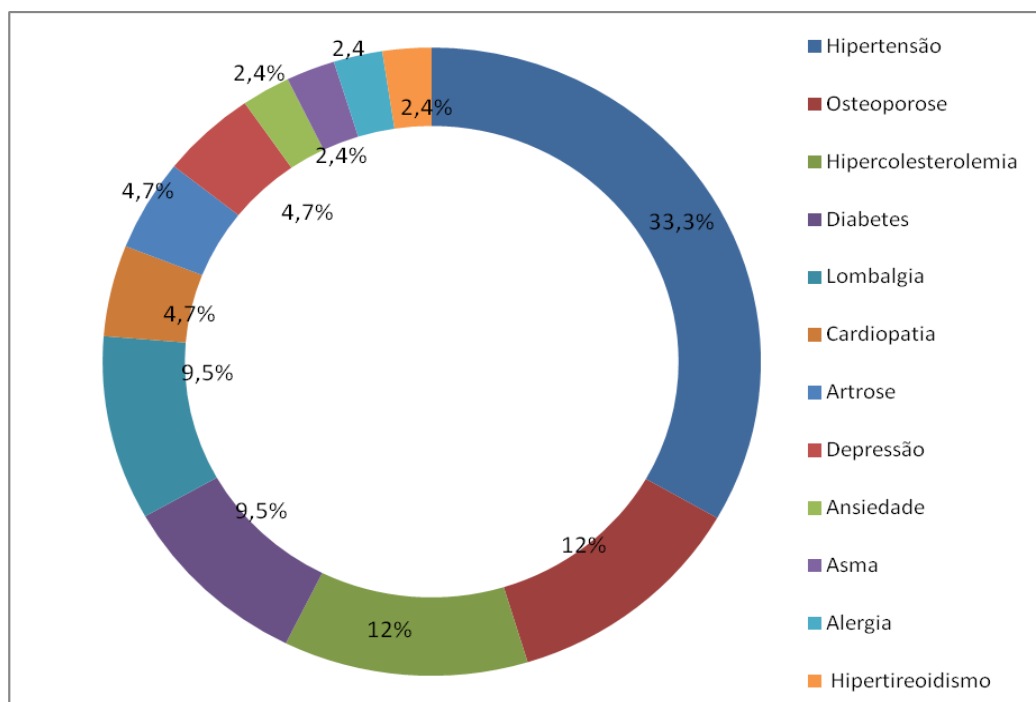
No que se refere à profissão dos idosos investigados, averiguou-se que 58% foram agricultores, 34% domésticas, 4% garçons e 4% pedreiros. As profissões, no período em que eram jovens e adultos, eram diferentes, principalmente para as mulheres, pois era muito difícil ver uma mulher trabalhando fora de casa. Por esse motivo a maioria era doméstica ou trabalhava na roça, acompanhando o marido.

As mulheres, diferentemente dos homens, não praticam atividades profissionais. Contudo, esse é um dado que a pesquisadora colheu em conversa com os membros do grupo.

Não são encontrados registros nos prontuários dos idosos das profissões que atualmente exercem como forma de passatempo. Ainda assim, é sabido que alguns deles ainda trabalham nas suas antigas profissões. Essas atividades são praticadas por prazer, no intuito de desenvolver uma ação por se sentir bem, sem estresse, segundo os membros do grupo.

Esses dados referentes às profissões dos idosos pesquisados nos afirma a importância das atividades laborativas para melhorar a autoestima e a integração dos integrantes na comunidade em que vivem.

Gráfico 12 – Doenças dos Idosos/ Grupo São Francisco



Fonte: Elaborado pela autora.

A diversidade de doenças que os idosos pesquisados são acometidos é grande. São elas: hipertensão, osteoporose, asma, diabetes, lombalgia, cardiopatia, artrose, depressão, ansiedade, colesterol, alergia e problemas com a tireoide. As mais preocupantes são as doenças crônicas.

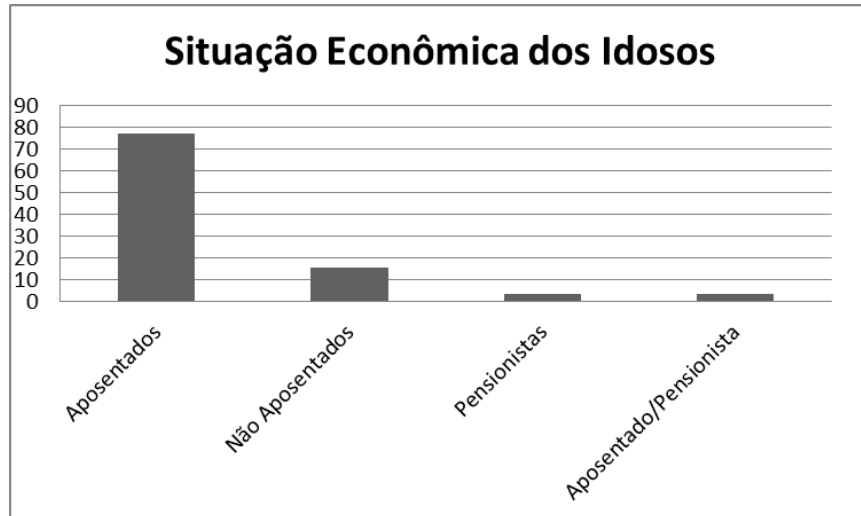
Segundo a Portaria nº 483 de 1º de abril de 2014, doenças crônicas são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Na amostra pesquisada verificam-se algumas doenças crônicas: hipertensão, diabetes e asma. As outras demais são provenientes da própria idade e, principalmente, da falta de cuidado com a saúde.

Faz-se necessário um acompanhamento, tanto da família como dos profissionais de saúde. Todavia, é primordial que o idoso esteja cômico da peculiaridade de seu tratamento e que a família possa contribuir nessa situação. A participação nos grupos de convivência tem contribuindo muito para o cuidado de si próprio. Esses dados nos mostram o quanto o governo deve investir e implementar políticas na área da saúde para esse segmento. O cuidado desse grupo etário é primordial na organização dos serviços de saúde.

Nos prontuários pesquisados, observa-se que a maioria é hipertensa, outros sujeitos apresentam doenças próprias da velhice como, a osteoporose, artrose e outros problemas provenientes de agravantes, como diabetes millitus, lombalgia e outras enfermidades. Percebe-se, ainda, que muitos demoram a comparecer ao consultório médico e só aparecem para pegar os remédios para o controle da doença.

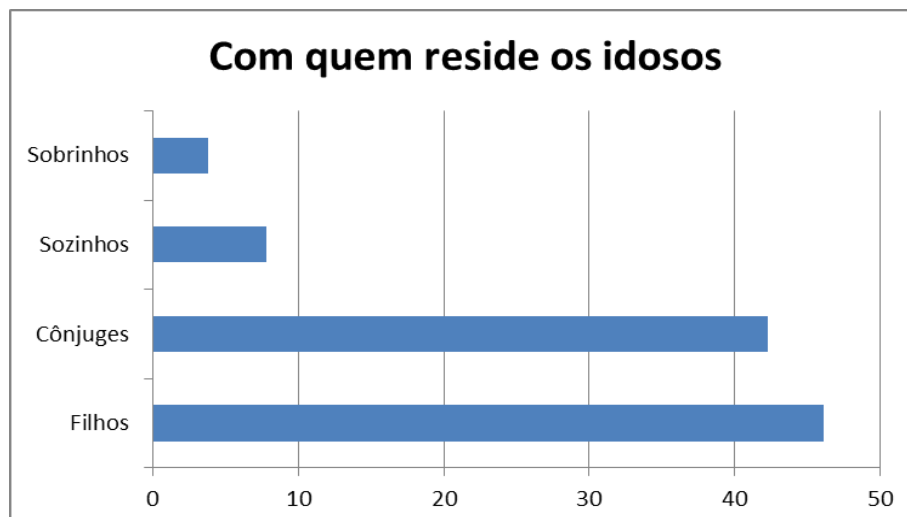
O NASF tem contribuindo na prevenção dessas doenças e alertado os idosos que já são acometidos por elas sobre a importância do cuidado na manutenção do tratamento e cuidados devidos.

Gráfico 13 – Situação Econômica dos Idosos/ Grupo do São Francisco

Fonte: Elaborado pela autora.

A situação econômica dos idosos que participam do grupo é formada por aposentados com 77%, não aposentados com 15,4%, pensionistas com 3,8% e aposentados e pensionistas ao mesmo tempo com 3,8%. Aqueles idosos que não conseguiram se aposentar, ficaram dependentes financeiramente do cônjuge ou de outro familiar. Os aposentados e pensionistas já têm certa liberdade de consumo e contribuem na economia doméstica.

As declarações dos sujeitos nos momentos de convivência no grupo afirmam que contribuem de maneira significativa no orçamento familiar. Tal fato não foi confirmado na pesquisa realizada nos prontuários desses idosos, pois neste não constam registros sobre situação financeira .

Gráfico 14 – Com quem reside os idosos do Grupo do São Francisco

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à com quem residem esses idosos, a pesquisa constatou-se que 46,1% moram com os filhos, 42,3% com os cônjuges, 7,8% moram sozinhos e apenas 3,8% residem com os sobrinhos.

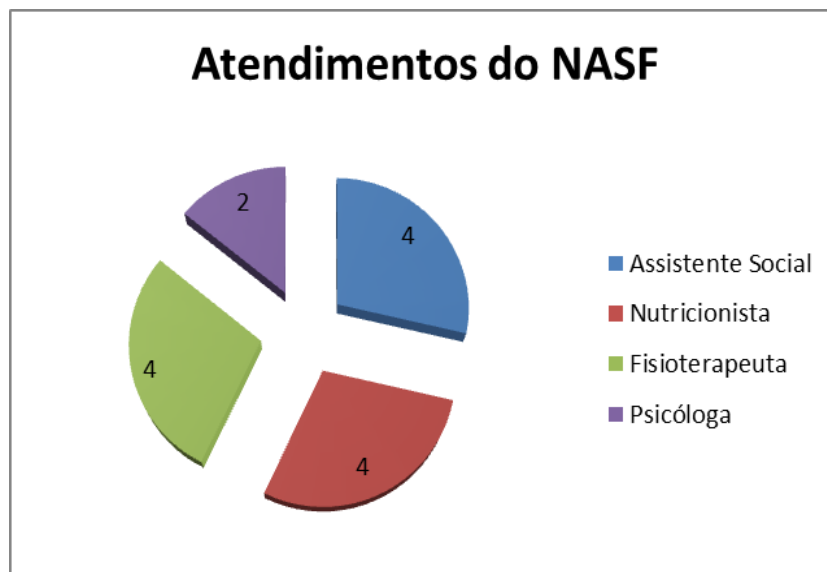
Quando o indivíduo está próximo aos sessenta anos, já tem realizado muitos sonhos, tem se aposentado, filhos casados. Resta apenas cuidar de si próprio, mas como cuidar? Ele ainda pode morar sozinho, mas seu corpo não tem mais a força e vitalidade da juventude, assim, necessita que alguém cuide dele. Todavia, nem sempre é cuidado pelos filhos. É neste momento que surgem outros familiares que zelam por eles: sobrinhos, netos, primas, irmãs ou até mesmo um amigo que se afeiçoou.

Percebe-se que o percentual maior foi 46,1% daqueles que moram com os filhos. Morar com os filhos pode ser escolhas por questões de ordem espacial, financeira, cultural ou afetiva.

No Gráfico 14, que questiona sobre as pessoas com quem residem os idosos do Grupo São Francisco, nos mostra que 92,2% moram com familiares (filhos, cônjuges e sobrinhos). De certa forma, observa-se a participação da família no cuidado a esses idosos. Neste momento, percebe-se a família desenvolvendo sua função principal, que é a de cuidar dos seus entes.

A família, tema discutido anteriormente, se encontra em transformação, de acordo cada fase histórica vivida por seus membros. E isso é percebido nesta pesquisa, pois a maioria convive com seus familiares.

Gráfico 15 – Atendimento do NASF/ Grupo São Francisco



Fonte: Elaborado pela autora.

O assistente social faz atendimentos individuais, porém desenvolve outras modalidades de atendimento, como visitas domiciliares e palestras sobre BPC e Estatuto do Idoso, Cidadania, quando solicitada pelo CRAS ou UBS.

A nutricionista realiza atendimentos e acrescenta que eles começam a dieta proposta e não retornam à consulta agendada para um mês depois. E disse, ainda, que fazem palestras, rodas de conversa sobre alimentação saudável, consumo diário de frutos e legumes, mesmo assim, é difícil manter o equilíbrio da dieta proposta.

A fisioterapeuta informa que a maior incidência nos atendimentos clínicos são casos de lombalgia e artrites. Acrescenta que a participação desses idosos em grupos de convivência contribui bastante, pois além de interagirem, eles são informados sobre diversos assuntos que auxiliaram em suas vidas.

A psicóloga relata que os idosos geralmente buscam atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atendendo somente casos de ansiedade e depressão leve.

Não há registros de atendimento do profissional terapeuta ocupacional, tampouco do fonoaudiólogo, nos prontuários pesquisados.

É de fundamental importância destacar que os profissionais do NASF atendem os idosos nas UBS de origem e não no local onde o grupo desenvolve suas atividades. O espaço do grupo é coletivo e quando os profissionais do NASF participam, geralmente estão como apoio matricial ao CRAS Alzira Viana e contribuem para o crescimento do grupo enquanto coletivo. O NASF valoriza o cuidado com a saúde para a melhoria da qualidade de vida e divulga as ações do NASF na comunidade local.

Em síntese, é possível dizer que a maior parte dos idosos é do sexo feminino; de faixa etária entre 60 a 69 anos; com a situação econômica – nível de aposentados; sendo a profissão preponderante a de agricultor; a doença crônica mais frequente hipertensão arterial sistêmica; quanto à escolaridade, são alfabetizados e possuem ensino fundamental incompleto; o estado civil preponderante é casado e que a maioria reside com os cônjuges e filhos.

Os dados da renda média familiar não foram encontrados, o que dificultou uma análise financeira dos sujeitos pesquisados, o que se sabe é que a maioria é aposentada. A maioria dos integrantes do grupo reside com os cônjuges e filhos e

aqueles com faixa etária 80 a 89 anos de idade (19,2%), a família acompanha mais de perto e têm o devido cuidado.

Nos prontuários, pode-se observar, através da anamnese, que não existiam registros de antecedentes pessoais. O profissional de saúde, muitas vezes, deixa de registrar dados importantes que futuramente pode dificultar o atendimento do paciente por outro profissional ou quando este retornar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas no decorrer da pesquisa sobre as políticas públicas para o idoso e a atuação do NASF no cuidado aos idosos de Itapipoca-CE, amparadas por referencial teórico e analisadas por meio da metodologia apresentada, deram margem às observações que seguem.

Na breve análise histórica das políticas públicas direcionadas à pessoa idosa e dos instrumentos legais que defendem o segmento longo no Brasil, no Ceará e especificamente em Itapipoca, revela a necessidade de um olhar diferenciado para a compreensão das demandas apresentadas deste público distinto que demonstra a carência de um maior cuidado e atenção das autoridades e, principalmente, de políticas públicas que assegurem a promoção e a prevenção de sua saúde.

O estudo sobre as políticas públicas voltadas para o segmento longo traz aspectos relevantes e também apresenta inúmeros desafios frente à demanda desta população apresentada no setor da saúde.

Reconhecem-se os avanços em termos da legislação sobre a população idosa desde a Lei Elói Chaves, de 1923 até os dias atuais. Destaca-se o grande marco histórico, a Constituição de 1988, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Os profissionais de saúde, especialmente os do NASF, têm desenvolvido atividades favoráveis ao despertar do interesse dos idosos em desenvolver suas habilidades, suas capacidades funcionais, de maneira que aflore sua autonomia para protagonizar sua própria vida.

Embora a família seja considerada o porto seguro do idoso, o lugar aconchegante do cuidado e deve estar preparada para acolhê-lo e assisti-lo com amorosidade, não se deve olvidar que a família é um espaço também de conflitos e que é mutável, pois está em constante processo de transformação.

Os avanços nas políticas públicas voltadas para os longevos são conquistados com a participação do povo nas conferências, nos congressos, nos fóruns, nos movimentos sociais, nos conselhos de direitos da pessoa idosa, defendendo e garantindo a dignidade e a qualidade de vida para essa grande parcela da população brasileira.

Na saúde, percebe-se que as tecnologias utilizadas facilitam a integração dos profissionais com os usuários na busca de soluções para os seus problemas. Essas tecnologias contribuem também no aperfeiçoamento e na educação permanente/continuada dos profissionais para que possam melhor atender e acolher o usuário do SUS via ferramentas do Portal da Saúde e outros criados pelo Ministério da Saúde.

O NASF desempenha a função de conceber o matriciamento à Atenção Primária via atividades preventivas, educativas e promotoras de saúde. Para isso, utiliza-se das ferramentas tecnológicas para dinamizar suas ações, incrementando um novo jeito de acolher o usuário do SUS. Percebe-se que o NASF no município de Itapipoca tem suas dificuldades e limitações, porém tem exercido sua função de apoiar as UBS do território de sua abrangência. Uma das dificuldades é a questão do espaço físico da Unidade do NASF Fazendinha, que tem apresentado obstáculos em suas ações devido às carências de salas para todos profissionais que o compõe, mas de forma estratégica tem driblado e atingido o objetivo de cuidar da saúde da comunidade via palestras, atendimentos específicos, eventos, formação de grupos e parcerias com instituições da própria Secretaria de Saúde do município. Uma das limitações é a descontinuidade de alguns profissionais que estão desenvolvendo um bom trabalho e por causa de acordos políticos são afastados e substituídos por outros que desconhecem as ações implementadas na unidade e essa prática política dos gestores maiores atrapalham o bom andamento das atividades do NASF, pois os novos profissionais que são admitidos devem iniciar todo um processo de planejamento e organização das ações da unidade de saúde. O apoio ofertado às UBS tem proporcionado troca de saberes, valorizando o conhecimento de cada profissional na resolução do problema de saúde do usuário.

A amostra pesquisada permitiu descrever o perfil do idoso atendido no NASF que frequenta o grupo de convivência do Bairro São Francisco, no município de Itapipoca, como sendo predominante o gênero feminino; a faixa etária entre 60 a 69 anos; a situação econômica de aposentados; a profissão dominante é a de agricultor; a doença crônica mais frequente é a hipertensão arterial sistêmica; a escolaridade está entre os alfabetizados e aqueles que têm ensino fundamental incompleto; a situação conjugal é de casados; e que residem com os cônjuges e filhos. Vale ressaltar o lado positivo de participar desses grupos para a clientela idosa: integração, aprendizagem e melhora a sua saúde psicossocial.

Na pesquisa documental constata-se a importância da participação de idosos em grupos de convivência como suporte emocional, com viés interativo e recreativo, proporcionando além dessa integração dos idosos envolvidos, informações fundamentais em saúde para pôr em prática em seu cotidiano. Permite, ainda, desvendar as dificuldades do NASF no município de Itapipoca e também os desafios que a gestão deve resolver, no intuito de garantir a promoção da saúde da pessoa idosa.

Finalmente, as ideias expostas no decorrer desta investigação não possuem como objetivo esgotar a discussão sobre o tema, e sim de instigar reflexões sobre este assunto.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família: rede, Laços e Políticas Públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- ALMEIDA, V. L. V. Modernidade e Velhice. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.75, p.35-54, 2003.
- BARROSO, M.J.L.; GUEDES, N. M.; SALGADO, M. A. Um resgate histórico da Gerontologia e do trabalho social com idosos no Brasil. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.12, n.22, p.69-84, jul.2001. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/online/artigo/8397_DEPOIMENTO+UM+RESGATE+HISTORICO+DA+GERONTOLOGIA+E+DO+TRABALHO+SOCIAL+COM+IDOSOS+NO+BRASIL>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <www.conass.org.br/conassdocumenta/cd18.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.
- BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 11 dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1937). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao37.htm>. Acesso em: 11 dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BRASIL. **Decreto 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BRASIL. **Lei n. 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BRASIL. **Lei n.10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 12 dez. 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.842/94**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1994.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social (1993)**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica** - diretrizes do NASF - núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.395/GM/MS**. Política de Saúde do Idoso de 10 de dezembro de 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui o PMAQ. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc>. Acesso em: 14 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.414/GM/MS**, de 23 de março de 1998. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=469>. Acesso em: 04 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/Portaria2488_2011.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM/MS**, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://www.mp.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 17 ago. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 692**, de 25 de março de 1994. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P692_94prog_pacs_psf.doc>. Acesso em: 24 nov. 2016.

BRASIL. **Resolução nº 145**, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101000>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CALDAS, C.P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.M. (Org.). **Os novos Idosos brasileiros - muito além dos 60?** Brasília: IPEA, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

CASTRO, C. L. F.; GONTIJO, C.R.B.; AMABILE, A. E. N. (Orgs.). **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: Eduemg, 2012.

CERQUEIRA FILHO, G. A. **“Questão Social” no Brasil**: crítica ao discurso político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

COCENTINO, J. M.B. **O amor nos tempos da velhice**: perdas e envelhecimento na obra de Gabriel García MÁRQUEZ. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E. V. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1366-1373.

FALEIROS, V. P. A pessoa Idosa e seus direitos: sociedade, política e constituição. In: BERZINS, M.; BORGES, M.C. (Orgs.). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p.317-321, jul./sep.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012>. Acesso em: 12 mar. 2017.

FERNANDES, P. M. O Idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, Rio de Janeiro, v.7, n.7, p.1-13, set.2008. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/07/14.pdf> >. Acesso em: 20 set. 2015.

FROTA, M. H. P.; OSTERNE, M. S. F. (Orgs.). **Família, gênero e geração**: temas transversais. Fortaleza: EdUECE, 2004.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p.17-44.

GOMES, D.C.R. (Org.). **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: UFU, 1997.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. (Orgs.). **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 5. ed. São Paulo: Cortez; CELATS, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 set. 2014.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Orgs.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p.155-180.

MACAMBIRA, J.; ANDRADE, F. R. B. (Orgs.). **Estado e Políticas Sociais: fundamentos e experiências**. Fortaleza: IDI; UECE, 2014.

MAPA DE FAZENDINHA. Disponível em:

<https://www.google.com.br/search?q=mapa+de+FAZEENDINHA+itapipoca&oq=mapa+de+FAZEENDINHA+itapipoca&gs_l=psyab.3...7112.16352.0.18380.25.19.0.0.0.0.369>. Acesso em: 12 set. 2017.

MAURIEL, A. P. O. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da Política Social Brasileira. In: MOTA, A. E. (Org.). **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade**. São Paulo: Cortez, 2012. p.179-195.

MAZZA, M. M. P.R.; LEFEVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.15, n.1, p.1-10, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19744/21809>>. Acesso em: 10 set. 2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**: 3. ed. São Paulo; Hucitec; Abrasco, 1994.

NASCIMENTO, E. **Mapa de Itapipoca e distritos** - pesquisa por imagem.

Disponível em:

<https://www.google.com.br/search?q=mapa+distritos+de+itapipoca&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwinnduzt77VAhWKgJAKHd-BCY4QsAQIJw&biw=1366&bih=638#imgrc=39XzDoC_nzAyVM>. Acesso em: 12 ago. 2017.

OSTERNE, M. S. F. Atualidades da “Questão Social”, da justiça social e da gestão de políticas públicas. In: MACAMBIRA, J.; ANDRADE, F. R. B. (Orgs.). **Estado e políticas sociais**: fundamentos e experiências. Fortaleza: IDT; UECE, 2014.

OSTERNE, M. S. F. **Família, pobreza e gênero**: o lugar da dominação masculina. Fortaleza: EDUECE, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

PRADO, T.M.B. **Proteção Social à pessoa idosa no Brasil**. In: BERZINS, M.; BORGES, M.C. (Orgs.). Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2005.

SARTORI, E. **Família e proteção social**: todos sob o mesmo teto. São Paulo: Papel Social, 2012.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez.1995.

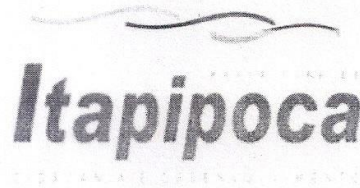
SIERRA, V M. **Famílias**: teorias e debates. São Paulo: Saraiva, 2011.

SILVA, I. P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U.M.S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1988. p.147-170.

SOUZA, C. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência



TERMO DE ANUÊNCIA

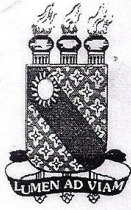
A Secretaria de Saúde do município de Itapipoca está ciente e autoriza a pesquisadora Maria Neyde Gomes Ximenes a realizar pesquisa nos prontuários das UBS Centro, Cacimbas e Mourão e utilizar esses dados para consecução dos objetivos da pesquisa intitulada: **AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO E A ATUAÇÃO DO NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NO CUIDADO AOS IDOSOS DE ITAPIPOCA-CE.**, orientada pela professora Dra. Marinina Gruska Benevides da Universidade Estadual do Ceará.

Itapipoca, 03 de julho de 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
Larissa Joselle Braga Teixeira
Secretária de Saúde
Portaria N° 011/2017

Secretária Municipal de Saúde de Itapipoca

ANEXO B – Declaração Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas



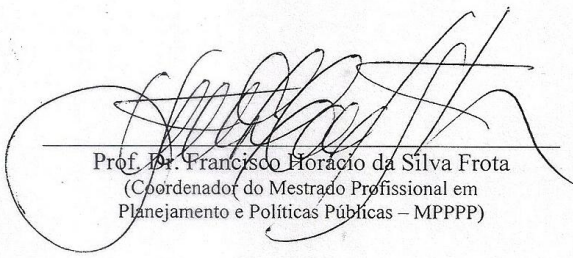
Governo do Estado do Ceará
 Universidade Estadual do Ceará - UECE
 Pró-Reitoria de Graduação e Pesquisa - ProPGPq
 Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas - MPPPP



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **Maria Neyde Gomes Ximenes** é aluna do Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas - MPPPP da Universidade Estadual do Ceará - UECE e encontra-se regularmente matriculada nesse segundo semestre de 2017.

Fortaleza, 28 de junho de 2017



 Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota
 (Coordenador do Mestrado Profissional em
 Planejamento e Políticas Públicas - MPPPP)

Secretaria Municipal de Saúde

Data: 03/07/2017

Hora: 12h02min

Protocolo


 Francisca Elivania Teixeira dos Santos
 Recursos Humanos - Mat. 041689-4
 Secretaria de Saúde de Itapipoca

Campus do Itapery - Bloco de Estudos Sociais Aplicados - CESA
 Av. Silas Munguba, 1.700 - 60.714-903 Fortaleza-CE - Brasil
 Fone/Fax: 85 3101.9880 | politicaspublicas@uece.br | www.politicasuece.com/

DATA		Nº	DIGITADO POR														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Problema/Condição avaliada*	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		DST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Outros	CIAP-2															
		CIAP-2															
		CID-10															
CID-10																	
Exames solicitados(s) e avaliados(a)	Coolesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Eletrcardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Eletrforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIGTAP)		S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
			S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ficou em Observação?			SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Procedimentos Clínicos/ Terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prescrição terapêutica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Retorno para consulta agendada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conduta/Desfecho*	Retorno p/ cuidado continuado/programado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento para grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Alta do episódio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Encaminhamento	Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante


03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional/Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopática/Convencional, deixar este campo em branco)

Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

***Campo obrigatório**

ANEXO D – Mapa diário do atendimento de cliente externo



Itapipoca
CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**MAPA DIÁRIO DO ATENDIMENTO DE
CLIENTE EXTERNO**

UNIDADE DE SAÚDE

PROFISSIONAL

DATA

TURNO

Nº ORDEM	NOME COMPLETO DO CLIENTE	CONSULTAS		DIANÓSTICO	ENDEREÇO	ASSINATURA DO CLIENTE
		SEXO	IDAD.			
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

ANEXO F – Resolução nº. 80/2008 – CIB/CE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RESOLUÇÃO Nº. 80/2008 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

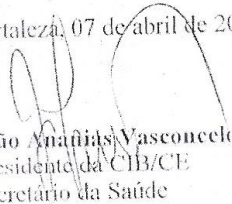
1. A Portaria GM/MS Nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 (republicada), que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;
2. A análise do processo nº. 08073759-5 com parecer favorável do Núcleo de Atenção Primária – NUAP da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA/CE;

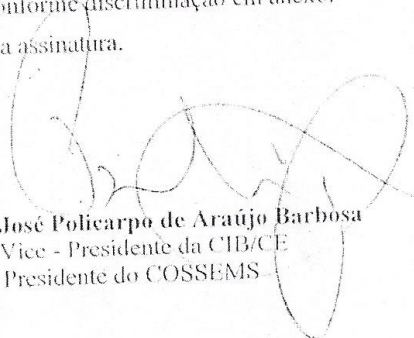
RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o projeto de implantação de 3 (três) Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, modalidade 1, do município de **Itapipoca**, conforme discriminação em anexo.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 07 de abril de 2008.


João Anáclaus Vasconcelos Neto
Presidente da CIB/CE
Secretário da Saúde


José Policarpo de Araújo Barbosa
Vice - Presidente da CIB/CE
Presidente do COSSEMS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RESOLUÇÃO Nº. 80/2008 – CIB/CE (Continuação)

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		
CNES Nº. 570679-3 (NASF 1 - Fazendinha)		
Área de Apoio ao NASF	Carga Horária	Carga Horária Semanal por Ocupação
Psicólogo	8 horas	40 horas
Nutricionista	8 horas	40 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fonoaudiólogo	8 horas	40 horas
Assistente Social	8 horas	40 horas

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		
CNES Nº. 570678-5 (NASF 1 - Boa Vista)		
Área de Apoio ao NASF	Carga Horária	Carga Horária Semanal por Ocupação
Psicólogo	8 horas	40 horas
Nutricionista	8 horas	40 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fonoaudiólogo	8 horas	40 horas
Assistente Social	8 horas	40 horas



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RESOLUÇÃO Nº. 80/2008 – CIB/CE (Continuação)

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE		
CNES Nº. 570677-7 (NASF 1 - Violeta)		
Área de Apoio ao NASF	Carga Horária	Carga Horária Semanal por Ocupação
Psicólogo	8 horas	40 horas
Nutricionista	8 horas	40 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fisioterapeuta	4 horas	20 horas
Fonoaudiólogo	8 horas	40 horas
Assistente Social	8 horas	40 horas