

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

ELRY CRISTINE NICKEL VALÉRIO

**O IDOSO POMERANO HIPERTENSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA COMUNIDADE RURAL**

VITÓRIA
2012

ELRY CRISTINE NICKEL VALÉRIO

Teixeira de Freitas

**O IDOSO POMERANO HIPERTENSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos

VITÓRIA
2012

ELRY CRISTINE NICKEL VALÉRIO

O IDOSO POMERANO HIPERTENSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DE UMA COMUNIDADE RURAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e desenvolvimento Local.

Aprovado em 07 de Agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Gilsa Helena Barcellos
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges (interno)
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

Profª. Drª Francis Sodré
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES

Dedico esta obra aos meus queridos avós que se foram tão cedo, devido à problemas com a Hipertensão Arterial. Jamais esquecerei os seus ensinamentos e suas lições de vida.

AGRADECIMENTOS

À DEUS primeiramente, pois sem ele não seríamos nada.

À minha mãe querida, que sempre me apoio e se esmerou para me proporcionar tudo que o que pode.

À minha família, meus avós queridos, que partiram tão cedo e me inspiraram na escolha do tema.

À minha querida Professora Gilsa Helena Barcellos, a maior mentora de todas, literalmente, “pegou na minha mão”, me fez caminhar e prosperar nesta jornada, muito obrigada.

Ao meu namorado querido, que me apoiou, deu “puxões de orelha” e me animou a seguir a diante sempre.

À querida amiga Ana Paula Hamer, que iniciou comigo a jornada do mestrado e me apoiou quando faltavam forças para continuar.

Aos idosos de Joatuba, Laranja da Terra, que me receberam e aceitaram falar sobre seus problemas de saúde.

Aos profissionais da saúde que, atuam no município de Laranja da Terra e contribuíram em grande parte deste estudo.

Aos amigos e professores da Emescam que estiveram comigo nessa longa e audaciosa jornada.

O meu muito obrigada a todos que contribuíram para a realização desta obra.

RESUMO

O Espírito Santo, apesar da pequena extensão territorial, abriga uma série de etnias e populações locais que conservam modos de vida tradicionais, revelando a necessidade de se identificar o processo saúde-doença posto em cada localidade onde atua. No caso dos pomeranos de Laranja da Terra, destacam-se os idosos hipertensos. Muitos dos idosos que vivem nas comunidades que integram o distrito de Joatuba lidam com problemas decorrentes da hipertensão arterial, o que tem representado um desafio para ação da ESF. Buscando compreender melhor a realidade dos idosos pomeranos e como as políticas de saúde tem respondido às suas demandas, o presente trabalho adotou como objeto de estudo a relação Estratégia Saúde da Família e o Idoso pomerano hipertenso. Os objetivos que nortearam a realização da pesquisa foram, geral: estudar a relação Estratégia Saúde da Família e Idosos pomeranos hipertensos de Joatuba, Laranja da Terra, Espírito Santo; objetivos específicos: a) identificar fatores que contribuem para o surgimento da hipertensão arterial na população idosa pomerana de Laranja da Terra; b) conhecer estratégias da comunidade pomerana para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial; c) estudar ações da ESF para a prevenção e tratamento da hipertensão em idosos pomeranos; d) obter a avaliação de usuários idosos pomeranos hipertensos de Joatuba sobre a assistência à saúde prestada pela ESF. Para tanto, adotaram-se como procedimentos metodológicos da pesquisa qualitativa a revisão de literatura, a pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas com profissionais que integram a ESF de Laranja da Terra, e com idosos pomeranos, foi aplicado um questionário com questões abertas. Após a análise dos dados coletados e sistematizados, concluiu-se que: o município de Laranja da Terra registra uma série de problemas relacionados à saúde, como verminoses, diabetes, câncer de pele, depressão e hipertensão arterial. Muitos idosos são atendidos nos Postos de Saúde e outros buscam médicos particulares, a situação se complica quando se trata da aquisição e uso dos medicamentos, pois o município distribui apenas os que estão previstos em lei, portanto os manipulados ou fora da lista essencial, não são fornecidos. Alguns idosos queixaram-se do acesso à Unidade de Saúde, que fecha cedo ou que muitas vezes não tem médico para realizar o atendimento, os médicos são novos e não se fixam na comunidade por muito tempo. Tendo em vista as situações pontuadas neste trabalho, estudar o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa cada vez mais complexa e que requer uma elucidação das condições, necessidades, exigências, interesses e das possibilidades postas em cada realidade.

Palavras-chave: Idoso. Hipertensão. Pomeranos. Saúde da Família. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Espírito Santo, despite its small size, hosts a number of ethnic groups and local populations that retain traditional ways of life, revealing the need to identify the health-disease process put in each locality where it appears. In the case of Pomeranians from Laranja da Terra, we highlight the elderly hypertensive. Many of the elderly living in communities that comprise the district Joatuba deal with problems arising from hypertension, which has represented a challenge to the action of the Family Health Strategies. Trying to understand better the reality of the elderly Pomeranians and how health policy has responded to their demands, this study adopted as an object of study, the relationship between Family Health and the Elderly hypertensive Pomeranians. The objectives that guided the research were, generally, to study the relationship between Family Health Strategies and elderly hypertensive Joatuba Pomeranians, Laranja da Terra, and Espírito Santo; specific objectives: a) identify factors that contribute to the development of hypertension in the population elderly Pomeranian from Laranja da Terra b) meet the Pomeranian community strategies for prevention and treatment of hypertension; c) study of Family Health strategy actions for the prevention and treatment of hypertension in the elderly Pomeranians d) For the evaluation of hypertensive elderly Pomeranians Joatuba on the health care provided by the Family Health Strategies. For this purpose, we have been adopted as the methodological procedures of qualitative research literature review, document research, structured interviews with professionals who are part of the Laranja da Terra Family Health Strategies, and the elderly Pomeranians, we applied a questionnaire with open questions. After analyzing the data collected and systematized, it was concluded that: the city of Laranja da Terra records a series of health related problems such as worms, diabetes, skin cancer, depression and hypertension. Many older people are treated in primary healthcare and others seek private doctors, the situation becomes complicated when it comes to the acquisition and use of drugs, because the municipality distributes only those provided by law, so the handling or off the list essential drugs, are not provided. Some older people complained of access to Health Unit, which closes early or often do not carry out medical care, doctors are new and do not focus on the community for a long time. Given the situations punctuated in this paper was to study the aging process becomes an increasingly complex task and requires an elucidation of the conditions, needs, demands, interests and possibilities actually placed in each.

Keywords: Aged. Hypertension. Pomerans. Family Health. Public Policy.

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral.

BPC - Benefício de Prestação Continuada.

CA - Câncer.

DAPES - Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

DSTs - Doenças sexualmente transmissíveis.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica.

HIPERDIA - Hipertensão e Diabetes.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

NOAS - Operacional de Assistência à Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

PACS - Programa de agentes comunitários de saúde.

PEC - Proposta de Emenda Constitucional.

PIB - Produto Interno Bruto

PNAPI - Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa.

PNI - Política Nacional do Idoso.

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde.

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PSF - Programa Saúde da Família.

SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas.

SIA - Sistemas de Informação Ambulatorial.

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.

SIH - Sistema de Informação Hospitalar.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Expectativa de Vida ao Nascer. Brasil – Projeções 1900-2025.....	22
Gráfico 2 - Evolução da população total segundo os censos demográficos e projeção: 1980/2050.....	23
Tabela 1 - Participação relativa da população por grupo de idade entre 1980 – 2025 (%)......	24
Tabela 2 - População Laranja da Terra por faixa etária (2010).....	79
Tabela 3 - População residente no <u>Distrito de Joatuba</u> , com idade de 60 anos ou mais, por situação do domicílio, sexo e idade.....	80
Tabela 4 - Óbitos por tipo de doença ocorridos de 2005-2006-2007-2009-2010.....	87
Tabela 5 - Abastecimento de água por número de domicílios no município de Laranja da Terra.....	90
Tabela 6 - Rede de esgoto por número de domicílios atendidos no município de Laranja da Terra.....	91
Tabela 7 - Número de Pacientes Hipertensos por Sexo e Faixa Etária (60 ou mais anos) atendidos no município de Laranja da Terra - Janeiro de 2012.....	102
Mapa 1 - Indicação do município de Laranja da Terra no mapa do Espírito Santo.....	78
Quadro 1 - Classificação dos idosos entrevistados.....	85
Quadro 2 - Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água.....	89
Quadro 3 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária.....	91
Quadro 4 - Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo.....	92
Quadro 5 - Agentes Causadores de Erisipela.....	94
Quadro 6 - Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS....	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO BRASILEIRO: QUESTÃO SOCIAL, FATORES DE ADOECIMENTO E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	17
2.1 O ENVELHECIMENTO COMO UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.....	27
2.2 FATORES DE ADOECIMENTO ENTRE IDOSOS E A HAS.....	32
3 APONTAMENTOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O SEU PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO.....	38
3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	41
3.1.1 O Sistema Único de Saúde	47
3.2 O PAPEL DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	50
3.2.1 O processo de descentralização e municipalização da saúde no Brasil....	50
3.2.2 A Estratégia Saúde da Família e seus desafios.....	57
3.3 A POLITICA DE ATENÇÃO AO IDOSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	66
4 O IDOSO POMERANO HIPERTENSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – A EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE DE JOATUBA, EM LARANJA DA TERRA, ESPÍRITO SANTO.....	77
4.1 O LUGAR DA PESQUISA.....	77
4.1.1 A chegada dos pomeranos ao município e a criação do Distrito de Joatuba.....	82
4.2 OS SUJEITOS DE PESQUISA.....	84
4.3 FATORES DE ADOECIMENTO ENTRE POPULAÇÃO POMERANA DE LARANJA DA TERRA.....	86
4.3.1 A falta de saneamento básico.....	89
4.3.2 O uso de agrotóxicos.....	93
4.4 A HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE IDOSOS POMERANOS DE JOATUBA..	100
4.4.1 Os sintomas da hipertensão arterial sob o olhar dos idosos pomeranos..	103
4.4.2 As causas da Hipertensão arterial sob a análise dos idosos pomeranos e dos profissionais de saúde.....	103
4.4.3 Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.....	106
4.5 AS ESTRATÉGIAS TRADICIONAIS DA COMUNIDADE POMERANA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: O USO DE ERVAS MEDICINAIS.....	115
4.6 AÇÕES DA ESF JUNTO AOS IDOSOS POMERANOS HIPERTENSOS.....	118
4.6.1 A comunicação entre ESF e idosos pomeranos de Joatuba.....	127
4.6.2 As ações de saúde da ESF avaliadas pelos idosos pomeranos.....	129
5 CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	133
6 REFERÊNCIAS.....	137
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.....	157
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	159
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA OS IDOSOS POMERANOS.....	160
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUESTÕES VOLTADAS ÀS POLITICAS DE SAÚDE.....	161

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população constitui uma realidade mundial. Tal fato também pode ser evidenciado no Brasil, particularmente, nos últimos 30 anos. Em 1960, segundo o Anuário Estatístico do Brasil, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1993), a população idosa brasileira era de 2,1 milhões. Chegando aos anos 80, essa população havia mais do que dobrado, atingindo 4,9 milhões. No censo do IBGE de 2000, já eram 14,5 milhões, significando 8% da população total. Os dados mais recentes divulgados pelo IBGE revelam que a expectativa de vida no País aumentou cerca de três anos entre 1999 e 2009. Em 2010, a esperança de vida do brasileiro ao nascer era de 73,5 anos, sendo que quando se tratam dos homens, nos últimos dez anos, ela passou de 66,3 anos para 69,7 anos, e, entre as mulheres, de 73,9 anos para 77,3 anos.

O Brasil, em 2010, registrou 20.590.597 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 10,80% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Em 2030, o IBGE estima que 18,70% da população esteja com idade acima dos 60 ou mais. Com isso, o Brasil passará a ser o sexto país com maior população idosa do mundo. Isso acarretará mudanças no perfil epidemiológico, o que alterará as demandas por saúde no Brasil (PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2010).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o envelhecimento populacional é resultante das alterações na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. Também, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um país é considerado estruturalmente envelhecido quando 7% de sua população têm 60 ou mais anos.

O Processo em curso de envelhecimento populacional tem exigido dos governos nacionais ações no campo das políticas públicas para assistir a esse grupo populacional cada vez mais expressivo. No Brasil, algumas importantes iniciativas

foram tomadas, entre elas está a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PSNI), instituída em 1999. Corroborando a ideia da valorização da autonomia do idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso tem 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 sobre o envelhecimento (BRASIL, 1999).

As ações em saúde do idoso previstas na Política Nacional de Saúde do Idoso devem ter como objetivo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. O deslocamento para serviços de longa permanência, seja ele um hospital, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser uma alternativa somente quando falharem os outros esforços para melhoria do conforto de um idoso (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003, p. 840).

Em consonância com os princípios do SUS, que aposta na valorização das intervenções locais, a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa (PNAPI), de 2006, que veio em substituição à PSNI, determina que o cuidado comunitário do idoso deve envolver a família e a comunidade por meio das ações desenvolvidas pelos organismos locais em suas várias áreas, inclusive aquelas de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo integrar as ações da Estratégia de Saúde da Família.

Na temática de saúde do idoso, uma patologia que ganha muito destaque dentro das doenças crônicas é a hipertensão arterial, que acomete um grande número de pessoas em todo o mundo, cerca de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% entre os idosos (SOUSA, 2000).

Sousa (2000) cita que a hipertensão arterial é uma patologia caracterizada pela elevação da pressão sanguínea, considerada um dos problemas de saúde de maior ocorrência na atualidade e se não for adequadamente tratada, torna-se o maior fator de mortalidade. Não sendo controlada, ela pode causar complicações cardíacas, cerebrais, renais, dentre outras. Geralmente ela está associada ao acidente vascular encefálico e ao infarto do miocárdio. Quanto mais cedo se diagnosticar a hipertensão mais fácil será evitar as suas complicações.

Os investimentos em prevenção são a melhor maneira de se garantir a qualidade de vida de uma população, e evitar a hospitalização e os gastos consequentes das complicações da hipertensão arterial (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Para o tratamento e prevenção da hipertensão arterial no âmbito comunitário, é necessário o envolvimento da equipe da ESF para passar instruções que causem mudanças dos hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com anti-hipertensivos de uso via oral (FIGUEIREDO, 2005).

A hipertensão arterial ganha relevância também quando se discute a saúde da população idosa pomerana. No Espírito Santo, existem algumas comunidades formadas por descendentes de pomeranos espalhadas por todo o estado. No território capixaba é onde vive o maior número de pomeranos que ainda preserva a sua língua, muitos deles, inclusive, não falam português. Entre os municípios que abrigam essas comunidades está Laranja da Terra.

Do universo populacional de Laranja da Terra, 15,87% da população têm 60 anos ou mais de idade. É importante ressaltar que os dados registrados, em 2002, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), informam que 55,6% dos idosos de Laranja da Terra tiveram como causa-morte doenças do aparelho circulatório. Em análise detalhada, à nível Brasil, a taxa é de 31,8%, observa-se que 39,0% dos óbitos masculinos por doenças do aparelho circulatório ocorreram em homens com menos de 65 anos de idade. Entre os óbitos femininos pelas mesmas afecções, essa proporção foi de 28,4%.

Do total de idosos de Laranja da Terra, quase 20% vivem no Distrito de Joatuba, desses, em média, 60% são de descendência pomerana. No distrito, existem 402 pacientes hipertensos cadastrados (de várias faixas etárias) e é importante ressaltar que dos 342 idosos de Joatuba, 300 são assistidos pela Estratégia Saúde da Família, que representam 87,7%, segundo registros do SIAB (2010).

Muitas questões me instigam a discutir hipertensão arterial entre idosos pomeranos, uma delas diz respeito ao fato de eu ter vivido parte da minha vida em Joatuba, ser

descendente de pomeranos e ter tido oportunidade de acompanhar as dificuldades dessa população em lidar com a hipertensão, em especial quando se tratam de idosos. A outra diz respeito à minha formação profissional: o fato de eu ter cursado enfermagem me permitiu alterar o olhar sobre muitas coisas que antes para mim eram tidas como naturais e que se constituem importantes causas da hipertensão arterial, a exemplo da prática alimentar dos descendentes de pomeranos e da não-prática de exercício físico regular.

Diante do conteúdo exposto, algumas questões chamaram a atenção para este estudo e foram transformadas em itens de pesquisa: apesar de se acreditar na existência de especificidades culturais no processo saúde-doença entre idosos pomeranos, até que ponto tais especificações determinam o surgimento da hipertensão arterial entre eles? Será que tais especificidades interferem nas estratégias de prevenção e tratamento da doença? Como a Estratégia Saúde da Família lida com essas especificidades?

Para responder às questões postas, foi utilizado como objeto de estudo, a relação Estratégia Saúde da Família e idosos pomeranos hipertensos. Sendo o objetivo geral: “estudar a relação Estratégia Saúde da Família e Idosos pomeranos hipertensos de Joatuba, Laranja da Terra, Espírito Santo”; e ainda, como objetivos específicos: a) identificar fatores que contribuem para a hipertensão arterial na população idosa pomerana de Laranja da Terra; b) conhecer estratégias da comunidade pomerana para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial; c) estudar ações da ESF para a prevenção e tratamento da hipertensão em idosos pomeranos; d) obter a avaliação de usuários idosos pomeranos hipertensos de Joatuba sobre a assistência à saúde prestada pela ESF.

Para a realização desta investigação, foram adotadas as seguintes hipóteses: que a precarização dos serviços públicos de saúde – condições materiais e humanas – comprometem a qualidade dos serviços oferecidos aos idosos pomeranos hipertensos, particularmente naquilo que se refere às suas especificidades e necessidades culturais; que elementos étnico-culturais próprios dessa população interferem tanto na relação quanto na prevenção e tratamentos oferecidos pela Estratégia Saúde da Família.

O projeto foi submetido a Comitê de Ética da Emescam e foi aprovado em 27 de setembro de 2011, conforme verifica-se na declaração em Anexo I. Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa caracteriza-se, principalmente, pela ausência de medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais profundos e subjetivos do tema em estudo. Segundo Liebscher (1998), para aprender métodos qualitativos é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas.

Dentro da metodologia qualitativa, foram arroladas a revisão da literatura, a pesquisa documental e a pesquisa empírica. A revisão da literatura tratou do tema em questão, buscando privilegiar os estudos sobre: processo de envelhecimento no Brasil, hipertensão arterial, políticas públicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família. Banco de dados: Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, Acervo da Biblioteca Nacional de Saúde Pública, Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS, Scielo e Lilacs. A revisão da literatura, de acordo com Lakatos e Marconi (1992),

[...] não deve ser uma atividade puramente mecânica, com o 'empilhamento' exaustivo de todos os livros e artigos a respeito de um assunto. Nem sempre é possível ou conveniente fazer levantamentos exaustivos da literatura sobre um determinado assunto, ainda mais se este tema for excessivamente amplo e genérico. Nossos levantamentos devem ser seletivos e uma primeira maneira de torná-los seletivos é através da demarcação precisa de nossos problemas de pesquisa. Devemos fazer, desde as primeiras etapas da pesquisa, uma avaliação crítica do material, rejeitando aquelas informações que são claramente inadequadas, mal produzidas ou redundantes. Isto demanda um enorme senso crítico da parte de quem faz o levantamento, o que não deixa de ser mais uma das qualidades exigidas de um bom cientista (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. (214)

O passo seguinte foi a pesquisa documental, que consistiu-se pelo uso dos indicadores de saúde referentes à saúde do idoso e dos dados de internação hospitalar, por meio do site do IBGE, Datasus, Protocolos e Cadernos da atenção Básica, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Hospitalar (SIH) baseada nos parâmetros estabelecidos pelo SUS para atenção a esse grupo populacional.

Após a pesquisa documental, foi iniciada a pesquisa empírica. Tal pesquisa se dedica ao tratamento da "face empírica e fática da realidade; produz e analisa dados, procedendo sempre pela via do controle empírico e fático" (DEMO, 1994, p.

21). A valorização desse tipo de pesquisa decorre da “possibilidade que oferece de maior concretude às argumentações, por mais tênue que possa ser a base fatural”.

“O significado dos dados empíricos depende do referencial teórico, mas estes dados agregam impacto pertinente, sobretudo no sentido de facilitarem a aproximação prática” (DEMO, 1994, p. 37). A pesquisa empírica foi constituída do levantamento de informações junto a 15 idosos pomeranos de Joatuba e junto a sete profissionais de saúde e uma gestora que atuam junto na ESF em Laranja da Terra e que atuam diretamente com idosos pomeranos hipertensos. No item 4, deste estudo, são detalhados os procedimentos adotados para a realização da pesquisa empírica¹.

Não se pretendeu aqui esgotar a totalidade das questões que envolvem a relação ESF e idoso pomerano hipertenso e sim levantar elementos dessa realidade que contribuam para melhor compreensão desta relação e do processo saúde-doença na experiência das comunidades pomeranas do Distrito de Joatuba.

No mais, o presente estudo busca colaborar para a ampliação do campo de conhecimento na área das ciências sociais acerca da Estratégia Saúde da Família, bem como sobre as ações de saúde que o município de Laranja da Terra desenvolve junto à população idosa pomerana, para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Dessa forma, deseja-se que o resultado deste trabalho contribua para maior compreensão das questões que envolvem a relação entre a saúde pública municipal e o idoso pomerano hipertenso.

Também espera-se que este estudo possa subsidiar ações de saúde no município de Laranja da Terra na perspectiva de melhoria das condições de vida e de saúde dos idosos e das comunidades pomeranas.

O trabalho foi organizado da seguinte forma: discutiu-se, inicialmente, no item 2, o envelhecimento no contexto do brasileiro, pontuando-o como uma expressão da questão social. Em seguida, foram apresentadas as principais causas de adoecimento de idosos no mundo e no Brasil, com foco especial na hipertensão

¹ Sobre o local, sujeitos, procedimentos metodológicos e éticos referentes à pesquisa empírica, veja a parte introdutória do item 4.

arterial; No item 3 do trabalho, discutiu-se o processo histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, tomando como referência as conferências nacionais de saúde, o processo de descentralização, a municipalização das políticas de saúde no Brasil e situada a Estratégia Saúde da Família como uma grande medida para garantir o atendimento básico de saúde à população brasileira. Por fim, abordam-se as iniciativas no campo das políticas públicas para assistir à população idosa. No item 4, pontua-se a saúde dos idosos pomeranos de Joatuba, buscando discutir as causas de adoecimento entre idosos em Laranja da Terra, a hipertensão arterial entre idosos pomeranos e a ação da ESF junto à essa população. Por conseguinte, espera-se contemplar o conjunto de objetivos propostos para a realização deste estudo.

2 O ENVELHECIMENTO NO CONTEXTO BRASILEIRO: QUESTÃO SOCIAL, FATORES DE ADOECIMENTO E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Durante grande parte da existência da espécie humana, a expectativa de vida era muito baixa, em virtude da elevada taxa de mortalidade. No início do século XX, em vários países como a França, a Itália e o Japão, a expectativa de vida era de aproximadamente 45 anos. Na estrutura etária, a predominância era de crianças e adultos jovens, que raramente alcançavam os 60 anos. A mortalidade infantil sempre foi muito elevada em consequência das doenças, dos problemas climáticos e da fome. Chaimowicz (2009, p. 17) destaca que o demógrafo norteamericano Kevin Kinsella “chegou a afirmar que a sobrevivência da espécie só foi possível em virtude das elevadas taxas de fecundidade que compensavam a mortalidade”.

A expectativa de vida no Brasil, nas primeiras décadas do século passado, também era muito curta, não ultrapassava 40 anos e menos de um quarto dos brasileiros alcançava os 60 anos, devido a altas taxas de mortalidade. Parte desses óbitos ocorria “entre as crianças, principalmente por doenças transmissíveis associadas à pobreza e desnutrição, como o sarampo, a gastroenterite aguda, as pneumonias e a tuberculose, em média três de cada 100 brasileiros morriam a cada ano” (CHAIMOWICZ, 2009, p. 17). Assim, o crescimento populacional era freado, apesar das altas taxas de fecundidade, que era, em média, de seis filhos por mulher. Em 1940, a pirâmide etária brasileira mostrou que crianças e jovens com até 15 anos representavam 45% da população e somente 3% da população era representada por idosos.

Segundo Alves (2008), a redução das taxas de mortalidade pode ser vista como uma conquista muito importante para a qualidade de vida humana que começou ainda no século XIX e deixou uma herança positiva ao século XX. A expectativa de vida média da população mundial, que alcançava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos no ano 2000. Verifica-se que o tempo médio de vida dos habitantes do planeta dobrou-se após um século, “fato que não tem equivalente no passado e, provavelmente, não terá equivalente no futuro” (ALVES, 2008, p. 3).

Atualmente, no cenário mundial, é possível constatar um crescimento considerável da expectativa de vida, todavia, há uma variação importante entre países, por exemplo, da Europa, da Ásia, da América e da África. Este último, por exemplo, é um continente que ainda enfrenta graves problemas devido à desnutrição e às doenças decorrentes dela, também por causa da Aids e das guerras que envolvem tribos rivais e governos. Na Suazilândia, pequeno país independente que fica dentro do território da África do Sul, dados divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU) revelam que o seu povo teve uma expectativa de vida ao nascer, entre os anos de 2005 e 2010, de 39,66 anos, a menor registrada em todo o mundo. Enquanto no Japão, que lidera o ranking mundial, foi de 82,6 anos. A expectativa de vida de um cubano era pouco maior do que um estadunidense, por exemplo: 78,3 e 78,2 respectivamente. O Brasil, que ocupava, nesse período, o 92º lugar entre os 195 países filiados à ONU, tinha uma expectativa de vida de 72, 4 anos, sendo 68,8 anos para homens e 76,1 anos para mulheres. A baixa expectativa de vida no continente africano tende a influenciar negativamente a média de vida mundial.

Mais recentemente, a publicação CIA World Factbook (UNITED STATES OF AMERICA/CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2009) estimou, para 2009, uma média mundial de expectativa de vida ao nascer de 66,57 anos. Nos extremos estavam: Macau, pequeno país que se tornou Região Administrativa Especial da China, liderava o ranking com a maior expectativa ao nascer: (84,36 anos) e Suazilândia, com a menor expectativa de vida ao nascer: (31,8 anos). O Brasil ficou em 121º lugar no universo de 223 países, com uma expectativa de vida de 71,99 anos. Todavia, os dados do IBGE revelam que a expectativa de vida do brasileiro já era de 73,5 anos.

A redução das taxas de mortalidade e o aumento da sobrevida da população, na visão de Alves (2008), é uma conquista que superou o otimismo dos pensadores iluministas, que foram precursores da noção de progresso. Toda essa evolução da sobrevivência começou com a redução do óbito precoce e a queda da mortalidade infantil, fatores resultantes das descobertas no campo das ciências, avanços tecnológicos e estratégias adotadas no campo da saúde pública, como o investimento em saneamento básico, enfrentamento de epidemias, entre outras.

O autor cita, também, dois principais fatores para a transição dos altos para os baixos níveis de mortalidade. A primeira está relacionada à melhoria do padrão de vida da população em decorrência do desenvolvimento das forças produtivas² e a outra enfatiza as contribuições da inovação médica, dos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal (ALVES, 2008).

Tais fatores contribuem para explicar a ausência de crises de mortalidade e contraria o princípio desenvolvido por Thomas Malthus, um economista considerado o fundador da demografia por ter desenvolvido um arcabouço teórico com fins de controle do crescimento populacional, conhecida com teoria malthusiana. Malthus via na fome, nas epidemias e nas guerras possibilidades positivas para frear o aumento da população no Planeta (ALVES, 2008). Na teoria Malthusiana, a população mundial cresceria em um ritmo mais acelerado, 28 vezes mais (em progressão geométrica) do que a produção de alimentos, que cresceria em ritmo mais lento (em progressão aritmética). Malthus publicou em 1798, o livro *Ensaio sobre o princípio da população* e insinuava que a partir de determinado momento, não existiriam alimentos para todos os habitantes da Terra, produzindo-se, portanto, uma situação de catástrofe, em que a humanidade morreria de inanição.

Jose Eustáquio Alves (2008) escreve que a transição da natalidade é um outro elemento essencial do processo civilizatório e do “desencantamento do mundo”³, citando uma expressão do pensamento de Max Weber. Para que a redução voluntária da natalidade acontecesse, foram necessárias profundas mudanças no comportamento das pessoas e também a diminuição da influência religiosa. Obviamente entre os seres vivos, o ser humano, foi o único que aprendeu a limitar sua prole, formando grupos familiares menores. Na visão de Alves, “o mais

² “Forças produtivas” constitui uma categoria marxiana. Na economia política de Karl Marx e Friederich Engels, o conceito corresponde à combinação da força de trabalho humana com os meios de produção - isto é, instrumentos e objetos de trabalho, tais como tecnologia, incluindo infraestrutura, ferramentas, máquinas, técnicas, materiais, conhecimento técnico; a terra e demais recursos naturais (SANDRONI, 1999, p. 249).

³ Max Weber utiliza a expressão “desencantamento do mundo” para referir-se à capacidade humana na sociedade moderna, que tem o seu surgimento marcado pela Revolução Científica e pelo advento do capitalismo, de racionalizar a explicação dos fenômenos não mais como acontecimentos mágicos/sagrados e sim a partir de conceitos racionais, objetivos e científicos (WEBER, 1985).

importante, a regulação da fecundidade ocorreu num quadro de aumento da sobrevida e de avanço do bem-estar” (ALVES, 2008, p. 3).

De um modo geral, a queda da fecundidade ocorreu num ambiente de relativa liberdade de escolhas e as baixas taxas de natalidade não vieram somente em função da economia, mas também como estratégia de planejamento familiar, particularmente quando se discute a experiência das classes burguesas e pequenas burguesias (classes médias)⁴. “A transição de altos a baixos níveis de natalidade e fecundidade envolve disposições racionais, sendo, ao mesmo tempo, fruto e pré-condição para o efetivo sucesso da modernidade” (ALVES, 2008, p. 3).

Estudos demonstram que o século XXI será marcado por transformações na estrutura populacional em diversos países, inclusive no Brasil. O envelhecimento populacional se destacará entre os grandes acontecimentos deste século (CHAIMOWICZ, 2009).

Com exceção de vários países africanos, o aumento da proporção de idosos já é considerado um fenômeno global. Vários países do mundo se encontram em algum estágio desse processo, que não surgiu repentina ou inesperadamente, pelo contrário, veio como resultado das transformações demográficas, do investimento em saneamento básico, dos avanços científicos e das transformações tecnológicas ocorridas em décadas anteriores. No entanto, para Chaimowicz (2009), o fenômeno do aumento da expectativa de vida estaria associado, especial, às modificações do perfil epidemiológico e das características sociais e econômicas das populações mundiais.

⁴ Inicialmente os burgueses eram os habitantes dos burgos (pequenas cidades protegidas por muros), estes eram pessoas que trabalhavam com dinheiro, não bem vistas por integrantes da nobreza, que até então eram os principais detentores do poder. Com o advento da Revolução Francesa, denominada de Revolução Burguesa, a burguesia, que também era proprietária dos meios de produção, tornou-se a classe politicamente dominante. Atualmente, os setores identificados como burguesia são os donos do capital industrial, do capital financeiro, do capital comercial, e também aqueles que são donos de grande extensão de terras, conhecidos como latifundiários ou burguesia agrária. Além da categoria “burguesia”, os marxistas cunharam também o conceito de “pequena burguesia”, que seriam as classes intermediárias, ou seja, aquelas que não proprietárias dos meios de produção e também não integram a classe do proletariado, tais como os funcionários públicos, profissionais liberais, entre outros.

Transição demográfica é o termo designado para “esse conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que frequentemente acompanham a evolução socioeconômica de diversos países” (CHAIMOWICZ, 2009, p. 16). É um fenômeno novo, pois as demandas de uma sociedade envelhecida só recentemente têm sido observadas. E pode ser descrita em três fases: “1ª fase: elevação da taxa de mortalidade e fecundidade; 2ª fase: queda da mortalidade e crescimento populacional; 3ª fase: queda da fecundidade e envelhecimento populacional” (CHAIMOWICZ, 2009, p. 16).

No Brasil, os números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009) confirmam que o país envelhece a cada censo. Como já foi abordado na introdução deste trabalho, cada vez mais tem sido expressiva a participação daqueles que possuem 60 ou mais anos no conjunto populacional brasileiro: em 1991, essa população era de 10.722.705 e, em 2010, de 20.590.597. O peso relativo da população idosa no início da década de 90 representava 7,3%, em 2009, era de 10%, enquanto, em 2010, já representava 10,8%. O Brasil é um País que caminha rapidamente para o envelhecimento populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Estudos de Coelho Filho e Ramos (1999) apontam que a velocidade com que ocorrem as mudanças demográficas tem sido muito diferente entre o Brasil e os países industrializados devido à rapidez com que diminuem as taxas de fecundidade. Enquanto que, na França, transcorrerão 115 anos antes da duplicação de idosos, passando de 7% para 14%; na Suécia, transcorrerão 85 anos; e nos Estados Unidos, 66 anos. No Brasil, o mesmo fenômeno deverá ocorrer em apenas 30 anos, onde o número de idosos ultrapassará 14% do conjunto populacional entre 2040 e 2050 (HAMSI; MESQUISTA 2002). Neste caso, Hamsi e Mesquita consideram idosos, pessoas aquelas acima de 60 anos. Se forem inclusas pessoas com 60 anos, este percentual será ainda muito maior, como já abordado na introdução deste trabalho, pelas projeções do IBGE, o Brasil terá, em 2030, 18,70% do seu conjunto populacional com 60 ou mais anos de idade.

O gráfico abaixo (GRÁFICO 1) demonstra a expectativa de vida no Brasil, na qual se pode observar que, entre 1900 e 1940, o brasileiro não alcançava os 40 anos, o que

tem melhorado a cada ano. Até o ano de 2025, a população com idade acima de 75 anos será em maior proporção.

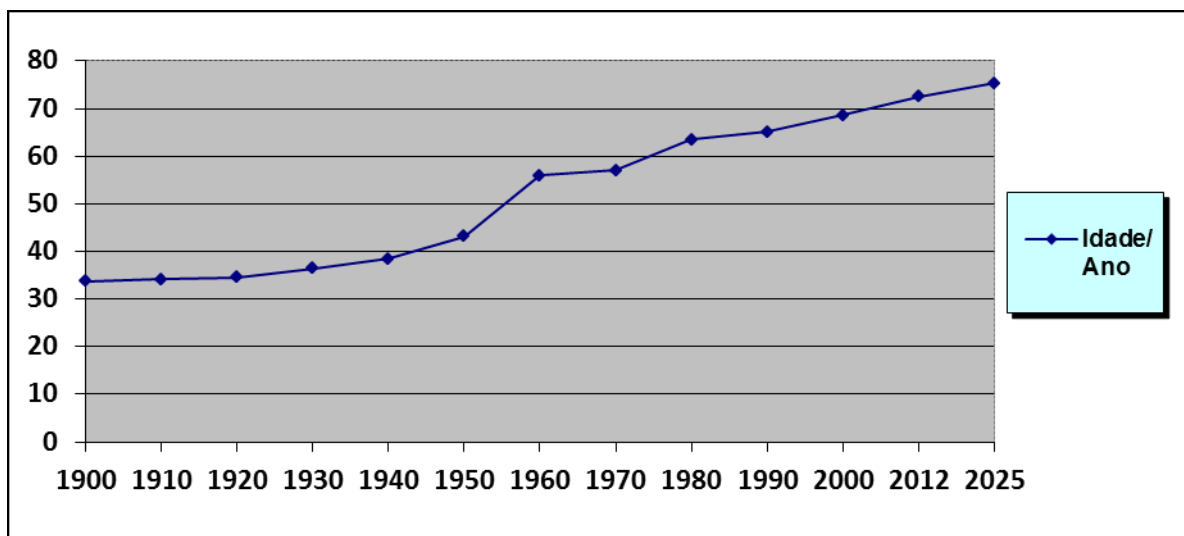


Gráfico 1 - Expectativa de Vida ao Nascer. Brasil – Projeções 1900-2025

Fonte: Dados do IBGE sistematizados por Chan, Silva e Martins (2006).

De acordo com os dados do IBGE (2008), em 2050, as projeções indicam que o Brasil terá 215,3 milhões de habitantes, significando uma taxa de crescimento menor do que ocorre na atualidade, ou seja, no Brasil, o crescimento populacional decairá em -0,291%. E mais, o crescimento populacional ocorrerá, em menor escala, a partir de 2020 e, em 2039, o País atingirá um crescimento populacional denominado pelo IBGE de “crescimento zero”. E, a partir de 2039,

[...] serão registradas taxas de crescimento negativas, que correspondem à queda no número da população. Vale ressaltar que se o ritmo de crescimento populacional se mantivesse no mesmo nível observado na década de 1950 (aproximadamente 3% ao ano), a população brasileira chegaria, em 2008, a 295 milhões de pessoas e não nos 189,6 milhões divulgados pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008, p. 1).

O gráfico 2, à seguir, demonstra a Evolução da população total, no Brasil, segundo os censos demográficos e um projeção dos anos de 1980 até 2050.

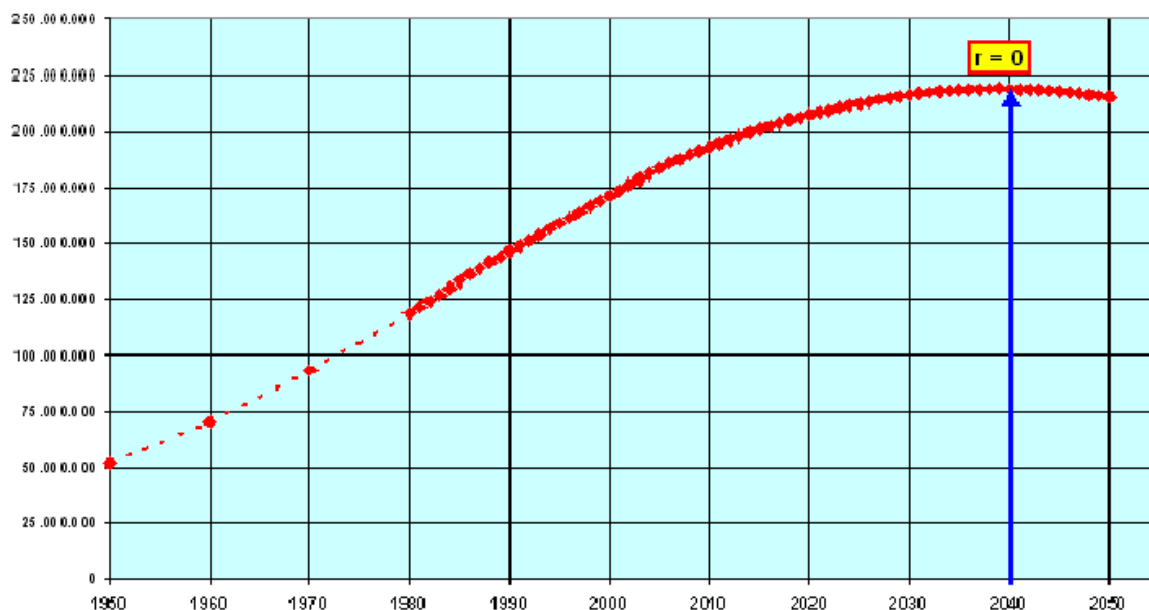


Gráfico 2 - Evolução da população total, no Brasil, segundo os censos demográficos e projeção: 1980/2050.

Fonte: IBGE (2008, p. 1)

Outro aspecto levantado pelo IBGE (2008, p. 1) diz respeito aos impactos do envelhecimento da população brasileira:

A razão de dependência total, que mede o peso da população em idades potencialmente inativas sobre a população em idades potencialmente ativas, diminuirá até aproximadamente 2022, em decorrência das reduções na razão de dependência das crianças. A partir desse ano, a razão de dependência retoma uma trajetória de elevação em virtude do aumento da participação absoluta e relativa dos idosos na população total. Assim, a idade mediana da população duplica entre 1980 e 2035, ao passar de 20,20 anos para 39,90 anos, respectivamente, podendo alcançar os 46,20 anos, em 2050.

O índice de envelhecimento força a transformação na estrutura etária da população: se no ano de 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existiam 24,7 idosos a partir de 65 anos, em 2050, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, existirão 172,7 idosos. Na tabela 1, a seguir, verifica-se a participação relativa da população, em percentual, por faixa etária entre 1980 – 2025, uma questão relevante analisada pelo IBGE, devido aos impactos das mudanças etárias no mundo do trabalho. Se, em 2000, para cada 12 pessoas que compunham a população economicamente ativa (PEA), ou seja, pessoas que tinham entre 15 e 64 anos, havia uma com 65 anos ou mais; em 2050, esse quadro mudará radicalmente, porque, para cada pessoa com 65 ou mais anos, existirão apenas três na faixa etária potencialmente ativa.

Tabela 1 - Participação relativa da população brasileira por grupo de idade entre 1980 – 2025 (%)

Grupos de idade	1980	1990	2000	2008	2010	2020	2030	2050
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
0 a 14	38,24	35,33	29,78	26,47	25,58	20,07	16,99	13,15
15 a 24	21,11	19,53	19,74	18,11	17,41	16,34	13,27	10,45
0 a 24	59,35	54,86	49,52	44,57	42,99	36,41	30,25	23,60
15 a 64	57,75	60,31	64,78	67,00	67,59	70,70	69,68	64,14
55 ou mais	8,71	9,58	11,29	13,36	14,10	19,24	24,60	36,73
60 ou mais	6,07	6,75	8,12	9,49	9,98	13,67	18,70	29,75
65 ou mais	4,01	4,36	5,44	6,53	6,83	9,23	13,33	22,71
70 ou mais	2,31	2,65	3,45	4,22	4,46	5,90	8,63	15,95
75 ou mais	1,20	1,45	1,90	2,46	2,60	3,53	5,11	10,53
80 ou mais	0,50	0,63	0,93	1,27	1,37	1,93	2,73	6,39

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050.

Com o passar dos anos, o novo perfil populacional irá demandar ações efetivas do Estado voltadas à garantia dos direitos fundamentais da pessoa idosa e de suas prioridades nas políticas públicas. Ações que concebam uma velhice com igualdade de direitos perante os demais indivíduos no Brasil, onde a pessoa idosa é um agente ativo, condutor da sua própria vida e em muitas situações a sua aposentadoria compõe parte da renda familiar.

Pelo redesenho do padrão demográfico não somente no Brasil, mas no mundo nos últimos anos, várias transformações estão ocorrendo, acarretando mudanças de toda ordem, sejam no mundo do trabalho, sejam nas estruturas e dinâmicas familiares. Em razão da diminuição do número de filhos e do avanço nas tecnologias de preservação da vida, de acordo com Figueiredo e Tonini (2007, p. 253), “pode-se dizer que se somaram anos de vida aos pais e avós e que cresceu o número de famílias nas quais várias gerações convivem”.

Outro fenômeno observado com o processo de envelhecimento populacional é que está em curso a mudança do perfil daqueles que cuidam dos idosos dentro da estrutura familiar: cada vez mais os cuidadores que, na maioria das vezes, são mulheres, estão em faixas etárias mais avançadas.

Em razão das transformações demográficas aumentarão as demandas sociais, principalmente de saúde e de previdência, associadas às demandas emergentes dos jovens, por educação e emprego. Para Hamsi e Mesquita (2000), o envelhecimento populacional é um indicador de desenvolvimento social, tornando-se incoerente não investir na promoção de saúde e na melhoria da qualidade de vida daqueles que têm o privilégio de envelhecer.

É importante ressaltar que as transformações demográficas, aumentarão as demandas sociais, principalmente de saúde e de previdência, associadas às demandas emergentes dos jovens, por educação e emprego. Para Hamsi e Mesquita (2002), o envelhecimento populacional é um indicador de desenvolvimento social, tornando-se incoerente não investir na promoção de saúde e na melhoria da qualidade de vida daqueles que têm o privilégio de envelhecer.

Todavia, é importante alertar que envelhecer não está condicionado à qualidade de vida e a uma vida saudável. Dependendo da condição de classe do idoso, dos seus vínculos familiares, e das políticas públicas disponíveis, envelhecer pode significar prolongamento de sofrimentos e maus-tratos. Nos EUA, por exemplo, mais de dois milhões de idosos sofrem maus-tratos a cada ano. Desses, apenas 19% dos casos chegam ao conhecimento público. No Canadá, 4% dos idosos sofrem violência, sendo que a maioria dela acontece ambiente doméstico. No Brasil, mais de 13 mil idosos morrem no Brasil por acidentes e violências, significando, por dia, uma média de 35 óbitos, dos quais 66% são de homens e 34% de mulheres (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Em 54% do total de notificações realizadas pelos serviços de saúde no Brasil de violência contra o idoso, o denunciado é o próprio filho da vítima (BRASIL, 2007). O abuso contra idosos, muitas vezes, ocorre na família, perpetrado pelo cônjuge, filhos e/ou netos. Porém, os agressores também podem incluir amigos, vizinhos, cuidadores pagos ou qualquer indivíduo em posição de poder, confiança ou autoridade.

O que se verifica na estrutura familiar brasileira também é a redução do número de membros, um fenômeno ligado paralelamente ao aumento de participação dos idosos na população geral e o aumento no número de famílias lideradas por mulheres. Observam-se mudanças dentro do contexto familiar com diferentes

padrões culturais. Um exemplo disso é que as pessoas estão se vendo menos. Figueiredo e Tonini (2007, p. 254) citam as “mudanças nos rituais familiares, mediado pela biografia do idoso, pela qualidade dos relacionamentos e por diferenças geracionais e individuais”.

Mesmo com os dados apresentados acima, a literatura elenca diversos fatores positivos acerca da vivência dos idosos. Entre elas, está o fato de, ainda que os idosos convivam com a sua família, parte deles é capaz de tomar decisões e de organizar a própria vida, mesmo que seja portadora de uma ou mais doenças crônicas (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Nesse sentido, as pesquisas, que toma como objeto de estudo o envelhecimento, têm sido fundamentais para a elaboração de estratégias e políticas que possam, cada vez mais, contribuir para ampliar a qualidade e a expectativa de vida dos idosos no Brasil. Com esta visão é fundamental a coleta sistemática de informações sobre as condições de saúde dos idosos e suas demandas por serviços médicos e sociais. É uma ação primordial para o planejamento da atenção e promoção da saúde da população.

Silvestre e Costa Neto (2003) citam que os cuidados da saúde dos idosos pelos serviços de saúde e pela família devem visar à manutenção de seu estado de saúde, criando e aumentando a expectativa de vida ativa o máximo possível, junto aos seus familiares e à comunidade, gerando uma independência funcional e autonomia maior.

Gerontólogos já se preocupam com o evento denominado “insuficiência familiar”, em que várias famílias apresentam dificuldades em manter recursos no cuidado com os membros idosos, principalmente no que diz respeito à assistência em tempo integral aos “mais fragilizados”. As famílias devem ser estimuladas à prática da solidariedade entre pais e filhos o que pode assegurar “ao idoso uma vida e envelhecimento mais gratificantes” (FIGUEIREDO; TONINI, 2007, p. 254).

Para Figueiredo e Tonini (2007), cabe aos serviços de saúde investir no suporte familiar ao idoso, realizar visitas domiciliares, montar grupo de convivências,

estimular redes de apoio e parcerias com recursos da própria comunidade. Igualmente, articular diferentes ações sociais, de modo a assegurar a atenção integral do contexto familiar dentro da estrutura organizada pelo Sistema Único de Saúde. Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família devem realizar plano assistencial que contemple toda a família e não somente um indivíduo.

2.1 O ENVELHECIMENTO COMO UMA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL

No texto de Moragas (1997), verifica-se que todos os seres vivos são regidos por uma determinação biológica de nascer, crescer, reproduzir-se e morrer. Sendo assim, o envelhecimento envolve processos que implicam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais.

Diante dessa visão do determinismo biológico, Mendes et al (2005) ressaltam que o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida. Por conseguinte, surgem nessa fase, experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida de cada indivíduo, na qual umas são mais complexas ou têm maior dimensão que outras, integrando assim a formação do idoso.

Mendes et al (2005) ainda relatam que as tensões psicológicas e sociais dos dias atuais, certamente, podem acelerar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se, no indivíduo que envelhece, uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar um significado para a vida, provavelmente influencia nas transformações biológicas e de saúde, que ocorrem no tempo da velhice. Entende-se, assim, no texto de Leite (1995), que o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito de cada um.

Apesar de o envelhecimento ser um fenômeno comum a todas as culturas, a sua compreensão pode se alterar. Povos indígenas, a exemplo dos Guaranis, veem nos

mais velhos não só os principais transmissores de sua cultura, mas, sobretudo aqueles que detêm o saber e que devem orientar o conjunto do seu povo. Nessa sociedade indígena, envelhecer tem um valor positivo. Assim também acontece com os judeus, que tem, nos seus ensinamentos religiosos, o envelhecimento como uma dádiva. Isso porque, com a idade avançada, o ser humano alcança a virtude e a benção divina.

Em toda a Torá⁵, 'velho' (zaken) é sinônimo de 'sábio'; a Torá nos ordena respeitar todos os idosos, independentemente de sua erudição ou religiosidade, porque as muitas provações e experiências que cada ano adicional de vida traz proporciona uma sabedoria que o mais fenomenal jovem prodígio não consegue igualar. Descreve Avraham como alguém que 'era velho, e entrado em dias' (Bereshit 24:1) - seus dias acumulados, cada qual repleto de aprendizado e realizações, significando que a cada dia que passava seu valor aumentava. Assim, uma idade avançada é considerada como uma das maiores bênçãos que podem ser concedidas ao ser humano (FREEMAN, 2011, p. 1).

No caso da cultura Pomerana, os idosos também assumem um papel importante no processo de reprodução do modo de vida do seu povo. Por ser um grupo de tradição oral, os idosos têm a tarefa de repassar a cultura pomerana para as gerações mais novas para o exercício da agricultura, para as atividades como a dança e a música, entre outras coisas. No Espírito Santo, sobretudo, observa-se a importância do idoso no ensino da língua pomerana e na reprodução religiosa, Daniel Antunes (2001, p.1) escreve sobre a importância do dialeto alemão reproduzido pelos mais velhos:

Antes de cada refeição, o casal Norberto e Luiza Raasch, de 71 e 72 anos, respectivamente, fazem orações em alemão. A Bíblia que ganharam de presente há mais de 50 anos é uma companheira inseparável. "Na década de 1950, os cultos na igreja Luterana eram feitos em alemão, a segunda língua de quase todos que falam o pomerano", conta Norberto. Em casa, ele e Luiza só conversam em pomerano. "Às vezes misturamos tudo com o português, mas a gente se entende", diverte-se.

Se há culturas que preservaram a forma como veem os idosos, a maioria das sociedades afetadas pelo advento do capitalismo irão mudar a sua visão do envelhecimento. As mudanças estão relacionadas ao fato de que o trabalho foi transformado em mercadoria. Marx acreditava que o trabalho era produtor do ser social, ou seja, é por meio do trabalho que o ser humano transforma a natureza e, ao mesmo tempo, transforma-se. Nessa relação ser humano, natureza e trabalho, o *Homo sapiens* se humanizou. Todavia, com o modo de produção capitalista, o

⁵ Torá, em Judeu, significa instrução, ensinamento.

trabalho não será mais promotor de humanização, mas sim de alienação, porque o tipo de trabalho que se realiza nessa sociedade e as relações que se constroem a partir daí, suprimiram o trabalho como uma expressão de autonomia humana, já que o trabalhador não determina mais o que vai produzir e a forma como vai produzir. A partir de então, quem determina a dinâmica do trabalho é o capitalista, que é o detentor dos meios de produção. O trabalho é transformado não mais em expressão de liberdade humana, mas sim em mercadoria, que será vendida e comprada.

Para Marx, o modo como os indivíduos produzem sua vida material tem uma relação direta com o desenvolvimento político, social e cultural. Assim, o modo de produção capitalista é um sistema produtor de mercadorias em que o ser humano é alienado de sua própria essência, o trabalho (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010, p. 2836).

Lembram Souza, Matias e Bretas (2010) que, para organizar o processo de trabalho, “[...] os capitalistas sempre estabeleceram formas de gestão do trabalho, nas quais, por meio da racionalização da produção para obter maiores lucros, disciplinam os corpos individuais e coletivos dos trabalhadores” (SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010, p 2836).

Com o passar do tempo e por causa das diversas crises enfrentadas pelo capitalismo, os capitalistas buscaram encontrar formas de aumentar seu lucro através da racionalização do processo produtivo. No momento atual, de acordo com Souza, Matias e Bretas (2010), o processo de racionalização da produção consiste em diminuir postos e retirar dos trabalhadores direitos conquistados. Nesse sentido, o trabalhador, quanto mais velho, mais suscetível estará no mundo do trabalho.

Dentro da cultura moldada pelo capitalismo, a juventude assume um lugar importante, porque é essa parcela da população que tem mais condições de produzir. A chamada população economicamente ativa, que, no Brasil, vai de 15 a 64 anos, é a que mais recebe a atenção do mercado, porque ela exerce a função primordial no capitalismo: gera a mais-valia. Para aqueles que extrapolaram essa faixa etária, o mercado tende a dar menos atenção e, muitas vezes, a idade pode ser causa de discriminação e de demissão de trabalhadores. É fato, que, na atualidade, há uma parcela expressiva de idosos retornando ao mercado de trabalho, no entanto, para assumir tarefas ditas “improdutivas”.

Tudo isso acontece devido à visão de que os idosos são improdutivos e que por isso, acabam sendo um peso para a sociedade. No Brasil, isso se torna ainda mais grave, porque a maioria dos que se aposentam recebem, em média, um a três salários mínimos, impedindo que eles tenham autonomia financeira para organizar as suas vidas. No mais, muitos são os principais provedores da família e, por esse motivo o seu rendimento não vai para o usufruto próprio.

Observa-se que a velhice é vista como a perda da vitalidade física e mental, em nenhum momento como acúmulo de experiência e saber. O ser humano é comparado a uma máquina: “você compra um automóvel 1950, cinquenta anos depois vai estar velho, só serve pra você” (DORIAN GRAY apud SOUZA; MATIAS; BRETAS, 2010, p. 2840).

Mendes et al (2005) citam que o modelo capitalista fez com que os idosos ocupassem um lugar à margem na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Desse modo na velhice, as pessoas não têm mais a possibilidade de produção de riqueza, perdendo o seu valor simbólico.

Porém, se o envelhecimento é tido como algo negativo para todos na sociedade capitalista, para aqueles que nasceram em meio às classes burguesas, o processo de envelhecimento se diferencia em muito daqueles que, durante toda a sua vida trabalharam e se aposentaram com um pequeno rendimento. As desigualdades transformam o processo, que tem como determinante os fatores biológicos, em uma expressão da questão social. Por conseguinte, é possível perceber que há formas diversas de se envelhecer. Há aqueles que, ao envelhecer, têm condições de vida excelentes e há aqueles que recebem escassas aposentadorias ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Também há aqueles que têm acesso aos tratamentos sofisticados e outros que necessitam dos serviços públicos de saúde e por isso, enfrentam longas filas e ficam à mercê da disponibilidade na agenda do especialista. Em uma pequena parcela da sociedade brasileira, alguns ainda gozam suas aposentadorias viajando para lugares fora do Brasil e há aqueles, que representam a maioria, que precisam trabalhar após a aposentadoria para complementar a renda familiar.

Os autores Mendes et al (2005) ponderam que o idoso desempenha um papel social de fator importante no significado do envelhecimento, pois este depende da forma de vida que tenham levado, assim como das condições que se encontram atualmente. Nesse aspecto dá-se destaque à aposentadoria, momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva. A aposentadoria ocorre, muitas vezes, na vida do ser humano, como uma descontinuidade. Há um rompimento com o passado, os idosos devem se ajustar “a uma nova condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como a desvalorização e a desqualificação” (MENDES et al, 2005, p. 424).

Mesmo aquilo que soa como “natural”, como é o adoecimento de idosos, numa sociedade capitalista, transforma-se numa expressão de questão social, a exemplo da discussão que envolve a doença de Alzheimer que, segundo as previsões da Alzheimer’s Disease International (2009), em 2050, haverá 115,4 milhões de pessoas em todo o mundo com a doença. Os estudos acerca da doença comprovam que ela é mais recorrente em países de baixo e médio rendimento, revelando que há um fator socioeconômico determinante para o surgimento da Doença de Alzheimer. Na patologia em questão, os que mais adoecem, nos chamados países em desenvolvimento, estão os idosos que integram a parcela mais pobre da população (ALZHEIMER’S DISEASE INTERNATIONAL, 2009).

Mesmo aquelas doenças que são identificadas mais recorrentes em países “desenvolvidos”, como é o caso do câncer, o índice de morte pela doença tende a ser menor do que nos países em desenvolvimento, já que os primeiros dispõem de mais estruturas e recursos tecnológicos para tratar o doente. No Brasil, se todas as classes sociais são afetadas pelo câncer, a possibilidade de tratamento não se apresenta da mesma forma para todos, a exemplo do adoecimento do ex-presidente Lula e da Presidente Dilma Rousseff: os dois buscaram tratamento em um dos hospitais privados mais reconhecido no que se refere ao tratamento de câncer no Brasil, uma possibilidade que poucos brasileiros têm.

No caso da hipertensão arterial, que é uma doença que afeta a população em geral, segundo Malachias:

Dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão, Lancet 2008, revelam que a cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, segundo o documento, por 54% dos casos de AVC e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Nessa década que se finda, a hipertensão matou mais de 70 milhões de pessoas (MALACHIAS, 2010, p. 1, grifo nosso).

A relação saúde/doença é determinada por fatores biológicos, sociais, ambientais, econômicos, culturais, entre outros. Por isso, quando se discute o processo de adoecimento de idosos no Brasil, tem que se considerar que ele se dá no contexto de uma sociedade capitalista, mesmo quando se trata de culturas não hegemônicas, como é o caso dos pomeranos, que resguardam importantes especificidades culturais.

2.2 FATORES DE ADOECIMENTO ENTRE IDOSOS E A HIPERTENSÃO ARTERIAL

O aumento da população de idosos é cada vez mais expressivo e as mudanças verificadas no quadro demográfico brasileiro são decorrentes da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Devido a isso, o Brasil vivencia uma transição epidemiológica em que as doenças infecciosas agudas, que tinham maior incidência na população infantil, estão sendo substituídas por doenças crônico-degenerativas, que acometem os adultos e os mais idosos (DALY, 2004).

Confirmando os dados descritos acima, estudos realizados pelo Ministério da Saúde apontam que, no Brasil, mais de 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 15% sofrem com pelo menos cinco tipos de doenças, que podem perdurar por vários anos e demandam ações dos serviços e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2002). Uma das principais doenças crônicas é a Hipertensão arterial, que acomete grande número de idosos no mundo inteiro.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças cardiovasculares mais frequentes no mundo. É o principal fator de risco para complicações como o

acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

O caderno de Atenção Básica nº 15, que se refere à Hipertensão Arterial (BRASIL, 2006) cita que, por se tratar de uma doença, na maior parte do seu curso assintomática, o diagnóstico e tratamento é, em muitos casos, negligenciado, acrescentado a isso a baixa adesão ao tratamento prescrito, por parte do paciente. Os fatores citados são os que determinam o baixo controle da HAS, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso a medicamentos.

No Brasil, existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Segundo Araujo et al (2008), a prevalência da hipertensão arterial tem aumentado também na população infanto-juvenil, com variação de 2 a 13%. No estudo em questão, foram identificados 44,7% de crianças e adolescentes com pressão arterial inicial igual ou acima do percentual 90. Esse número é superior ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil.

Os autores citam que os antecedentes familiares para a hipertensão arterial foram identificados em 55,6% dos indivíduos avaliados em seu estudo. E sugerem fortes evidências de que a história familiar de hipertensão arterial é um dos maiores fatores na determinação dos níveis de pressão arterial. Com relação à influência da hereditariedade na origem da hipertensão, alguns pesquisadores referem que os componentes de uma mesma família partilham entre si os genes e compartilham também o mesmo ambiente cultural e doméstico (ARAUJO et al, 2008).

Araujo et al (2008) orientam que a história familiar de hipertensão é um indicador que determina maior risco para que os filhos também desenvolvam hipertensão arterial. Isso foi confirmado por um estudo realizado em São Paulo, no qual os

valores da pressão arterial sistólica e diastólica foram maiores para filhos de hipertensos do que para os filhos de normotensos.

Com relação ao sobrepeso e à obesidade, os autores Araujo et al (2008) apresentam achados que se aproximam aos de outro estudo, nos quais 17,7% dos indivíduos entre 2 e 11 anos apresentavam alterações do peso. Diante disso, o incentivo para a redução do peso deve ser considerado prioritário, pois até mesmo pequenas perdas podem resultar em significativa queda da pressão arterial. E evidências indicam que a prática de atividade física regular oferece benefícios diretos e indiretos que auxiliam a redução da pressão arterial e do risco cardiovascular total.

O estudo de Araujo et al (2008) indicou que o alto percentual de fumantes passivos identificados (36%) pode contribuir para o desenvolvimento de enfermidades a curto e longo prazo. As crianças fumantes passivas têm uma maior frequência de resfriados, infecções do ouvido médio e de doenças respiratórias, tais como a pneumonia, bronquites e exacerbação da asma. Em adultos, existe o risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do miocárdio do que os não fumantes que não se expõem ao tabaco. Houve uma baixa frequência de ingestão de bebidas alcoólicas nas crianças e adolescentes (15,5%). Não foram encontrados estudos sobre a influência de bebidas alcoólicas nos valores da pressão arterial de jovens.

Mesmo com o apontamento dos estudos anteriormente citados, existem evidências de que a prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) cresce progressivamente com a idade, chegando a acometer 50% ou mais dos indivíduos idosos no mundo. No Brasil, segundo Miranda et al (2009), cerca de 65% dos idosos são hipertensos e, entre as mulheres maiores de 75 anos, a prevalência pode chegar a 80%. Quanto maior a idade, maior a prevalência de hipertensão sistólica isolada. Mulheres e negros apresentam maior frequência desse subtipo de HAS, quando comparados a homens e a brancos, respectivamente.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia de múltiplas causas e fatores, que foram surgindo com a evolução da humanidade (FLACK et al, 1992;

PORTO et al, 1999). Cerca de 85% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2001). A grande prevalência de HAS e de comorbidades multiplica o risco de problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos socioeconômicos (CARVALHO; MULINARI; LAFITTE, 1995). De acordo com Dal Bosco (2006, p. 39):

Sumariamente, a hipertensão do idoso se caracteriza por apresentar aumento da resistência da circulação sanguínea periférica com diminuição do débito cardíaco e volume intravascular, hipertrofia cardíaca concêntrica, redução da frequência cardíaca e volume sistólico, além de ser acompanhada de gasto cardíaco elevado. O fluxo sanguíneo renal está desproporcionalmente reduzido.

Ainda, segundo Dal Bosco (2006), apesar do endurecimento das artérias contribuir para o aumento da pressão arterial (PA) no idoso, a hipertensão não deve ser vista como fator intrínseco ao envelhecimento, sendo sempre uma doença que deve ser tratada de modo apropriado. Estudos têm demonstrado claramente que o controle adequado da PA reduz o risco do desenvolvimento de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (FRANSCISCHETTI, 1997; PORTO et al, 1999). Entretanto, a Hipertensão arterial tem sido considerada como uma consequência e uma mudança “fisiológica” do envelhecimento. No idoso, a hipertensão ocorre, pois acelera as alterações próprias da senescência, evidências apontam que o risco cardiovascular em idosos hipertensos é muito maior do que nos não hipertensos (LORGA et al, 2002).

Apesar das evidências, hoje, incontestáveis, os fatores relacionados aos hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e

uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo com doses progressivas de medicamentos, não alcançarão os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que com a intensificação dos programas de controle da Hipertensão Arterial a mortalidade vem caindo, contudo nos países em desenvolvimento as doenças cardiovasculares têm dificultado o controle da hipertensão, tornando-se um desafio para a saúde pública (AMADO; ARRUDA, 2004).

Quando diagnosticada precocemente, a hipertensão arterial pode diminuir o risco de complicações, porém a doença é em muitos casos assintomática, e o indivíduo demora a buscar assistência médica e conseqüentemente sofre sequelas da doença. Portanto, investir na prevenção é decisivo, garantindo a qualidade de vida, evitando internações hospitalares e gastos desnecessários (BRASIL, 2006).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

No Caderno de Saúde Pública (BRASIL, 2006), verifica-se que muitas evidências demonstram que as estratégias de modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia a redução dessa exposição tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e

estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos a todas as faixas etárias.

Para finalizar este item, ressalta-se que o envelhecimento constitui desafio, particularmente para a área da saúde, que tem sido uma das responsáveis pelo prolongamento na vida no Planeta. Se envelhecer representa uma conquista, os problemas advindos dela também são inúmeros, entre eles estão às estratégias para lidar com o alto índice de hipertensos, que hoje estão entre aqueles que mais demandam pelos serviços públicos de saúde.

Pensar estratégias no campo da prevenção implica não somente discutir comportamento alimentar familiar, mas também discutir o tipo de alimentação que a indústria alimentícia disponibiliza no mercado. O alto teor de sódio presente nos alimentos industrializados transforma a alimentação na mesa dos brasileiros em um forte aliado da hipertensão. A população quanto mais pobre, tende a se preocupar mais com o preço e com a quantidade do que com a qualidade do alimento. Nesse sentido, o Estado tem uma responsabilidade de disciplinar à indústria alimentícia, impedindo que ela jogue no mercado alimentos com altos teores de gordura e sódio, estimulando hábitos alimentares incorretos e contribuindo para ao adoecimento populacional coletivo.

Tendo em vista todas as situações pontuadas neste capítulo, estudar o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa complexa que também requer uma pormenorização das condições, das necessidades, das exigências, dos interesses e das possibilidades, conforme a classe social, o gênero e a etnia do idoso.

3 APONTAMENTOS SOBRE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL, O SEU PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Nos últimos 50 anos, o Brasil passou por uma intensa transformação. Em censos anteriores (1920), dados mostravam que 30% da população brasileira vivia nas cidades e 70%, no campo, caracterizando um país rural e uma economia de base agrícola. A partir de 1950, com o processo de urbanização, parcela expressiva da população migrou para os grandes centros urbanos. Os dados do IBGE revelam que nos anos 60, o Brasil já tinha uma taxa de urbanização de 44,7%. Chegada à década de 1980, “[...] 67,6% do total da população já viviam em cidades. Entre 1991 e 1996, houve um acréscimo de 12,1 milhões de habitantes urbanos, o que se reflete na elevada taxa de urbanização de 78,4%” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Segundo Tânia Bacelar Araújo (2003), nos anos oitenta, o Brasil passou a ser a oitava economia do mundo, transformando-se em potência, com altas taxas de urbanização. Segundo a autora, “Isto nos dá uma ideia da mudança de perfil na sociedade e na economia em meio século. O que alguns países levaram séculos para fazer, o Brasil fez em cinquenta, sessenta anos” (ARAÚJO, 2003, p. 1). O Brasil, assim como muitos outros países da América Latina, teve a sua história marcada pela perseguição ao desenvolvimento econômico com foco privilegiado na indústria:

Essencialmente, o que caracterizava o Estado brasileiro nesse período (1920-1980) era seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Não era um Estado de Bem-Estar Social. O Estado era o promotor do desenvolvimento e não o transformador das relações da sociedade. Um Estado conservador que logrou promover transformações fantásticas sem alterar a estrutura de propriedade, por exemplo. Nessa fase, o grande objetivo do Estado brasileiro era consolidar o processo de industrialização. Desde o começo do século, optou-se pela industrialização. A grande tarefa era consolidar esse processo e fazer do Brasil uma grande potência. Assim, o grande objetivo era de ordem econômica: construir uma potência intermediária no cenário mundial. O Estado desempenhava a função de promover a acumulação privada na esfera produtiva. O essencial das políticas públicas estava voltado para promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização, o que era pretendido pelo Estado brasileiro, sem a transformação das relações de propriedade na sociedade brasileira (ARAÚJO, 2003, p. 2).

Uma das marcas do período desenvolvimentista dos governos militares foi à abertura da economia nacional para os interesses do capital estrangeiro. Para tanto, foram fornecidos grandes estímulos, como: doação de terras, isenção de impostos e fornecimento de subsídios financeiros. O Estado transferiu recursos públicos para os investimentos internacionais privados, levando à redução da sua capacidade de investimento em políticas sociais/públicas. O que significa que o processo de crescimento industrial brasileiro e, por conseguinte, de sua taxa de urbanização, não foram acompanhados de investimentos nas áreas públicas, a não ser aquelas que interessavam ao capital, a exemplo da área de infraestrutura, que recebeu volumes expressivos de recursos para a abertura de estradas, construção de pontes, ampliação de ferrovias, telefonia e etc.

Nesse período, ou seja, nas décadas de 60, 70 e 80, a Europa vivia a experiência do *Welfare State*⁶, expressa na implementação de políticas sociais voltadas para o campo da seguridade social, da educação, entre outros. Políticas essas, que em sua maioria, os trabalhadores brasileiros jamais puderam acessar. Por isso, muitos estudiosos falam, e com razão, que o Brasil nunca experimentou o Estado de Bem-Estar Social; que passou de uma experiência de Ditadura Militar, em que a economia era fortemente controlada pelos militares, para uma experiência de Estado neoliberal. Nos interstícios entre uma experiência e outra, aconteceram algumas conquistas sociais no sentido da ampliação das políticas de interesses da maioria da população brasileira, como foi o caso da Constituição Brasileira de 1988, que ampliou consideravelmente os direitos sociais, mas que, no entanto, foi atropelada pela chegada do neoliberalismo nos finais dos anos 80.

Nesse mesmo período histórico, segundo Araújo (2003), ocorreu o processo de globalização, que não é novo, nem próprio da crise do capitalismo. A globalização, para a autora, era um processo que já estava em curso, há algum tempo, de internacionalização do capital e que se intensificou fortemente após a década de

⁶ Surgiu nos países europeus, é uma transformação do próprio Estado a partir das suas estruturas, funções e legitimidade.

1970, com a crise estrutural do capitalismo. Na globalização, residiam as esperanças de superação da crise. Todavia, no final do século XX, ela se firma e se consolida. A globalização marca, assim, uma mudança significativa no mundo: a existência, hoje, de atores econômicos que têm condições de operar em escala global.

A globalização alterou substancialmente o padrão de acumulação e, para Tânia Bacelar Araújo (2003, p. 5). “surgem novos setores dinâmicos no cenário mundial, como, por exemplo, o complexo eletroeletrônico, que é muito mais dinâmico do que o complexo metal-mecânico”, constituindo-se num dos “carros-chefes” da economia do último século.

Toda essa nova conformação da economia mundial – onde setores são suprimidos ou subsumidos, enquanto outros tomam grande importância, particularmente aqueles vinculados à tecnologia de ponta e ao mundo informacional – impacta substancialmente o modelo de produção. “Aquele cadeia produtiva rígida, típica do século XX, está sendo remontada” (ARAÚJO, 2003, p. 5). E como bem lembra a autora:

As novas técnicas produtivas introduzem a possibilidade da produção flexível e reorganizam profundamente o processo de produção, ocasionando mudanças muito severas. Não é à toa que a discussão em torno de educação é tão presente. Na verdade, o novo modelo produtivo requer produção de conhecimento, requer inovação contínua no processo produtivo (ARAÚJO, 2003).

A autora alerta, no entanto, que a discussão acerca da globalização não significa necessariamente discutir a reestruturação produtiva e o processo de financeirização da economia. Ela afirma que “há no mundo, atualmente, uma enorme possibilidade de geração de riqueza na esfera financeira, o que, aliás, sempre existiu no capitalismo, mas jamais com tamanha magnitude” (ARAÚJO, 2003, p. 5). Porém, essa acumulação não produzirá impactos positivos na esfera pública, particularmente quando se tratam das políticas públicas. Cada vez mais, observa-se aumentar o poder de acumulação de oligopólios internacionais que, apesar de desenvolverem as suas atividades produtivas em territórios de países em desenvolvimento, transferem, por meio de remessas financeiras, o lucro obtido para os seus países de origem, contribuindo para melhorar as condições de vida nos

países desenvolvidos em detrimento do aumento das desigualdades sociais nos países pobres.

Esse movimento internacional do capital tem como parceiro efetivo: os Estados neoliberais dos países “em desenvolvimento”, que contribuem fortemente, nesses países, para desregular as relações de trabalho, baratear o custo da mão-de-obra, reduzir gastos sociais, entre outras intervenções. Esse mesmo Estado neoliberal que, busca ajustar as relações de trabalho ao novo padrão de acumulação capitalista, esvazia o seu papel de produtor e implementador de políticas sociais e públicas. Mota, repercutida por Vasconcelos (2012), defende que, na fase neoliberal do Estado, a política de assistência social é a que tem mais expressão:

Mota [...] pontua que as políticas que integram a seguridade social brasileira, longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade contraditória: enquanto avançam a mercantilização e a privatização das políticas de saúde e previdência, restringindo o acesso e os benefícios que lhes são próprios, a assistência social se amplia na sua condição de política não contributiva, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social, na medida em que se transforma no principal mecanismo de proteção social no Brasil (VASCONCELOS, 2012, p.15).

Nessa acepção, a política de assistência aparece muito mais como uma concessão do Estado do que como o reconhecimento de direitos sociais. Desse feito, a política de assistência cumpriria o papel de amenizadora dos impactos produzidos pelo aumento da exploração dos trabalhadores brasileiros, pelo crescimento da parcela de trabalhadores, que torna-se dispensável no mundo do trabalho, pela redução em investimentos em políticas estratégicas, como é o caso da educação, previdência e saúde.

3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Lucchese (2004, p. 1),

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e

regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas referentes à saúde integram as políticas sociais. Para Patrícia Lucchese (2004), estas devem estar orientadas “[...] para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho” (LUCCHESE, 2004, p. 1). Ainda, de acordo com a autora, “sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade” (LUCCHESE, 2004, p. 1).

No que se refere às políticas de saúde no Brasil, fazendo uma rápida retrospectiva da história, entre a Proclamação da República e a década de 1930, os assuntos de saúde eram tratados pelo Ministério da Justiça, como funções públicas, especialmente, na Diretoria Geral de Saúde Pública. Os autores Paulus Junior e Cordoni Junior (2006) citam que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também nessa época que surge o chamado sanitarismo campanhista, fortemente presente até o final da década de 1940. Tal política visava dar apoio ao modelo econômico agrário-exportador, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação. Por meio da organização de campanhas, visavam ao combate de endemias tais como a peste, a cólera, a varíola, dentre outras. O Estado, progressivamente, vai ampliando sua intervenção no setor saúde e, após a Segunda Guerra Mundial, passa a assumir obrigações financeiras no que se refere à assistência à saúde da população. Essa ampliação da presença do Estado na saúde pública foi lenta e gradativa.

Se a política de saúde no Brasil não foi a mais eficaz, foi a que contou com maior participação da sociedade brasileira, especialmente dos profissionais ligados à área da saúde e de lideranças de movimento sociais diversos (sindicatos, associação de moradores, movimentos eclesiais de base, entre outros). Um exemplo disso são as conferências de saúde que ocorrem desde a década de 1940 no Brasil. Em 1941, aconteceu a Primeira Conferência de Saúde, convocada pelo então Ministro da

Educação e Saúde, Gustavo Capanema, porque, naquele período, a Saúde ainda dispunha de uma estrutura própria. Nessa primeira conferência não houve a participação da sociedade civil, mas contou com a presença dos gestores da área da saúde.

Dez anos depois aconteceu a Segunda Conferência. Três anos após a Segunda Conferência, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde. A decisão do governo de criação do ministério buscou atender às reivindicações das I e II Conferências. Dez anos após a criação do Ministério da Saúde aconteceu a III Conferência de Saúde. Esta, segundo Melo e Bastos (1999), propiciou o surgimento de movimentos democráticos na área da saúde que tinham como objetivo discutir as questões que circundavam a saúde brasileira. Na III Conferência “os problemas sanitários brasileiros aparecem pela primeira vez e são apontados e discutidos. As propostas apontam à necessidade de um plano nacional que atinja as três esferas de governo” (MELO; BASTOS, 1999, p. 1).

Mesmo após o golpe militar de 1964, as IV, V, VI e VII Conferências de Saúde que aconteceram, respectivamente, em 1966, 1975, 1977 e 1980, no entanto, de acordo com Melo e Bastos (1999), as mesmas contaram com uma participação tímida, porque era um período de forte repressão a qualquer tipo de militância política de esquerda.

O processo de industrialização acelerado a partir de meados do século XX, conforme analisado acima, fortaleceu a economia dos centros urbanos e estimulou o surgimento de um contingente populacional – trabalhadores urbanos – que necessitavam dos serviços de saúde. “Tal fato aprofunda a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 15).

Contudo, antes da formatação de políticas mais unificadas e articuladas, questão que só aconteceria na década de 1980, no Brasil, a política de saúde, como foi observado por Paulus Junior e Cordoni Junior, ficou polarizada:

[...] entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a

cargo do Ministério da Saúde, e a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974 (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 14).

Ainda, segundo Paulus Junior e Cordoni Junior (2006), durante a gestão dos militares, as ações de saúde tenderam a privilegiar o atendimento individual e curativo. Concomitante, serviços que eram de ação exclusivamente pública passaram a ser exercidos pela iniciativa privada.

Cordoni Junior (1986) observou que houve uma expressiva expansão da rede hospitalar brasileira no decorrer da década de 1970, particularmente de hospitais privados, que contaram com a ajuda do Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), os dois do governo federal, que buscou atender à demanda curativa. De acordo com Paulus Junior e Cordoni Junior (2006), o FAS concedia empréstimos aos empresários do ramo hospitalar a juros subsidiados. Depois de construídos, a ação empresarial seguinte era conseguir o credenciamento dos hospitais pelo INPS. Registra Cordoni Junior (1986) que, em 1970, pouco menos de 3% do conjunto da população brasileira foram internados, enquanto que, em 1980, este percentual atingiu quase 10%.

Buscando contrapor-se à priorização da ação curativa em detrimento da preventiva, bem como do processo de favorecimento do setor privado em detrimento da saúde pública, em 1976, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Esse movimento marcou a produção das políticas de saúde no Brasil, particularmente a partir da década de 1980. O Movimento nasceu:

[...] nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde [...]. O MRSB inseria-se na luta contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde. O MRSB foi o grande indutor de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde [que aconteceu em março de 1986], cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1986 [...]. (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 15).

Sem dúvidas, a VIII Conferência e a Constituição Brasileira de 1988, que definiu a saúde como um "direito de todos e dever do Estado", irão marcar um novo estágio das políticas públicas brasileiras com a instituição do Sistema Único de Saúde. Em

setembro de 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS. A Lei 8088/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Em 28 de dezembro de 1990, foi editada a Lei nº 8.142, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Ela “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

A IX Conferência de Saúde, que ocorreu em 1992, tinha como tema central, a municipalização das políticas de saúde. Já a X Conferência Nacional de Saúde abraçou o seguinte tema “SUS: construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Segundo Melo e Bastos (1999, p. 1), “esta Conferência priorizou debates de financiamento do SUS e estabeleceu estratégias de lutas pela aprovação da Proposta de Emenda Constitucional, a PEC 169, sendo vitoriosa em 2000 com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29”. A PEC tratou do financiamento da Saúde pela União, Estados e Municípios. Gilson Carvalho é bastante esclarecedor ao discutir o assunto:

- Em setembro de 2000, finalmente foi votada a PEC 169, que transformou-se na Emenda Constitucional 29 (EC-29), definindo o mínimo de cada esfera de Governo. Desde então, a União deve aplicar o mesmo empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB entre os 2 anos anteriores.
- Estados, 12% de seus impostos e Municípios 15% de seus impostos.
- A EC-29 fez outras definições como a Constitucionalização do Fundo e da missão do Conselho de Saúde; a atribuição de no mínimo 15% dos recursos federais *per capita* para a atenção básica; penalidade de intervenção e suspensão de recursos para quem não cumprisse o mínimo; determinação para que a cada cinco anos se regulamentasse seu teor, em relação aos percentuais devidos à saúde, pela União, Estados e Municípios. Se não houvesse regulamentação neste período, permaneceria a mesma sistemática de cálculo, que é o que acontece até hoje (CARVALHO, 2009, p. 2).

“Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social” foi o tema da XI Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano 2000, e que, segundo Melo e Bastos (1999):

[...] reuniu 2.500 delegados e teve uma participação ativa e entusiasmada dos delegados nos trabalhos de grupo. Nesta Conferência, o grande debate foi o fortalecimento do controle social no SUS, com a aprovação de questões relativas aos Conselhos de Saúde (MELO; BASTOS, 1999, p. 1).

Buscando reafirmar a importância do Estado no fornecimento de políticas de saúde, a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, teve como tema central: "Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado - A Saúde que Temos e o SUS que Queremos". Sobre a Conferência, comentam Melo e Bastos (1999):

A 12ª CNS debateu dez eixos temáticos, que orientaram o Plano Nacional de Saúde e garantiram a democratização do Conselho Nacional de Saúde. A 12ª CNS reuniu cinco mil pessoas, entre as quais 3.500 delegados (MELO; BASTOS, 1999, p. 1).

A XIII Conferência ocorreu em 2007 e trouxe para si a responsabilidade de avaliar os 20 anos do SUS, reorganizando estratégias que possibilitassem sua consolidação, tão ameaçada pelo clima neoliberal que toma conta das ações do Estado brasileiro.

As conferências de saúde foram determinantes para o estabelecimento das políticas de saúde que hoje vigoram no Brasil. Além de constituir um espaço profícuo de discussão da saúde brasileira, possibilitou uma aproximação entre aqueles que gerenciam, que aplicam e que utilizam as políticas de saúde. É possível afirmar que as políticas de saúde mais eficazes foram àquelas mais debatidas e que mais contaram com a participação da sociedade civil brasileira na sua conformação. Por isso, hoje, mesmo com algumas fragilidades, esse espaço de discussão constitui uma das grandes conquistas da população e conta com os órgãos de controle – os conselhos de saúde – contribuindo, mesmo que isso aconteça de forma precária, para o funcionamento das políticas públicas de saúde no Brasil. A experiência se mostrou tão exitosa que foi reproduzida por outras áreas das políticas públicas.

3.1.1 O Sistema Único de Saúde

As políticas públicas de saúde implementadas na atualidade são orientadas pela Constituição Federal, que definiu como princípios do SUS a universalidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços; e como diretrizes, a descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no território nacional (LUCCHESE, 2004). Lucchese acrescenta que: “a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado” (LUCCHESE, 2004).

No artigo 196, a Constituição Federal estabelece que “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pelas leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL 2003).

Sistema Único de Saúde – SUS – tem como diretrizes a descentralização na gestão de serviços, a integralização das ações, a regionalização e a hierarquização das unidades prestadoras de serviços, a participação da população na formulação, o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde e o fortalecimento do papel do município. Baseia-se no pressuposto de que o acesso à saúde deve ser universal e gratuito, enfatizando ainda a necessidade de práticas mais humanizadas em saúde (PUPIN; CARDOSO, 2008, p.157).

Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brazil (BRASIL 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, todos os cidadãos podem usufruir de consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal. O SUS, sendo financiado com os recursos provenientes da arrecadação de impostos e das contribuições de encargos sociais, destina-se a todos os cidadãos, independentemente do seu poder aquisitivo. Dessa forma, o SUS possui a meta de criação de mecanismos de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, e isso, segundo o Ministério da Saúde, com oferta de serviços com qualidade adequados às necessidades do cidadão (BRASIL, 2003).

Pelo fato de não atender a toda a demanda que lhe é apresentada pela parcela da sociedade brasileira que necessita do atendimento público, abriu-se a brecha para que o setor privado participe do SUS de forma complementar, por meio de contratos e de convênios de prestação de serviço ao Estado. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), “isso acontece quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região” (BRASIL 2003, p. 9).

Porém, avalia-se que, além da estrutura e dos recursos aquém do necessário para atender a população, há também o interesse daquela parcela do sistema capitalista que atua no âmbito da saúde. A falta de condições de atendimento no serviço público tem levado grande parcela da sociedade brasileira a se filiar em planos de saúde privados, que são caros. Os investimentos privados em serviços de saúde, particularmente nos níveis secundários e terciários, transformaram a saúde em fonte de lucro: a saúde, na atualidade, é uma mercadoria que se compra e se vende no mercado.

A questão do acesso e também da agilidade aos diversos níveis de atendimento são apontados por Vera M. R. Nogueira e Regina C. T. Miotto (2007), como fatores de estrangulamento do sistema.

Por outro lado, é reconhecido o estrangulamento do sistema nacional de saúde no que diz respeito ao acesso aos demais níveis de atenção. Os mecanismos tentados como possibilidades de estabelecer a articulação entre os mesmos têm obtido resultados que não impactam positivamente a população. Tal situação leva a um descrédito no sistema, apoiado

ideologicamente pelos atores sociais interessados em reduzir a confiança na eficácia do sistema público. Entre os mecanismos se incluem as 'centrais de marcação de consultas' que, teoricamente, deveriam conferir agilidade e dinamismo ao sistema, garantindo um atendimento integral baseado em referências e contra-referências. A experiência recente é a do Cartão SUS que, também, reduziria as dificuldades no acesso à média e alta complexidade (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 18-19).

Um outro ponto também ressaltado por Nogueira e Mioto (2007) em relação aos limites do SUS é o chamado controle social com espaços de construção participativa e coletiva, que foram previstos desde o início da regulamentação infraconstitucional do SUS, mas que, no entanto, tal controle não se efetivou, pois gestores, profissionais e população usuária tem-se tornado cada vez mais desprestigiados (ALMEIDA, 2003).

Segundo a avaliação dessas autoras, mesmo considerando que as intensas mobilizações e lutas conquistaram melhorias no acesso, na qualidade e na humanização da saúde nos últimos anos, conforme reconhece o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 48), diversos são os impedimentos ao controle social efetivo que ainda persistem. De acordo com as autoras citadas:

Um dos pontos mais destacados na Conferência foi a falta de autonomia frente ao poder executivo, além de outros, como a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos Conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 27).

O controle social, não só no campo da saúde, mas em outras áreas, é uma conquista da população brasileira. A instituição de conselhos com a participação de representações da sociedade civil e de governo possibilita, se conduzido dentro dos parâmetros propostos pela própria Constituição, maior participação social nos rumos das políticas. Nesse caso, os conselhos tomam relevância, porque podem assumir, além do papel fiscalizador e avaliador das ações públicas, uma postura propositiva, contribuindo para alterar, positivamente, os rumos das políticas públicas no Brasil.

3.2 O PAPEL DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

3.2.1 O processo de descentralização⁷ e municipalização da saúde no Brasil

Paulus Junior e Cordoni Junior (2006) escrevem que a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios nas políticas de saúde é datada de 1975, quando foi promulgada a Lei 6.229, de 17 de julho do referido ano. Tratando da organização do Sistema Nacional de Saúde, o art. 1º da Lei citava as competências do município: como a manutenção dos serviços de saúde, em especial os de Pronto Socorro, a manutenção da vigilância epidemiológica, a articulação dos planos locais de saúde com os estaduais e federais, a integração dos seus serviços no sistema nacional de saúde. A maior parte das prefeituras gastava seus recursos em atendimentos especializados, notadamente os de pronto socorro, dando pouca atenção aos atendimentos primários. Todavia, sob a Lei 6.229/75, a municipalização não prosperou.

Apesar da Lei 6.229/75 visar à regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, na verdade não havia propriamente um sistema. As ações de saúde eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social. Na época, cabia ao Ministério da Saúde, ao menos formalmente, a responsabilidade da formulação das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e de Previdência Social; ao Ministério da Educação a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; ao Ministério do Interior as ações de saneamento e ao Ministério do Trabalho cuidar da higiene e segurança do trabalho (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p.16).

A década de 1990 é marcada pelo aprofundamento do processo de descentralização da saúde em direção aos municípios. Segundo Senna e Cohen (2002, p. 524), “a efetivação, em parte, do SUS tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no

⁷ Por *descentralização*, entende-se o processo que partilhou as responsabilidades que, historicamente, foram assumidas pela União, com os estados e municípios, sendo definido, dentro do Sistema Único de Saúde, as responsabilidades das três esferas nos níveis de atenção à saúde. Na descentralização, estão envolvidos o processo de gestão, de financiamento e de execução dos serviços de saúde no Brasil. Por *municipalização*, entende-se as ações postas dentro do processo de descentralização da saúde que dizem respeito exclusivamente ao município.

país, redefinindo-se as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuindo aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde”.

Para as autoras, as mudanças que ocorrem nas políticas de saúde no Brasil explicitam a revisão das relações Estado/sociedade, onde novas tarefas são colocadas para o Estado. No entanto, cabe lembrar que as exigências que surgem em torno da descentralização das atividades estatais não são um acontecimento particular e já se configurava na Europa ainda na década de 1970, “[...] com o desenvolvimento de profundas reformas institucionais direcionadas à descentralização do *Welfare State* e à organização da gestão territorial dos processos econômicos, sociopolíticos e administrativos” (SENNA; COHEN, 2002, p. 524). Ressaltam as autoras que a discussão sobre a descentralização se dá num momento em que o Estado de Bem-Estar Social europeu mergulha numa crise profunda. Escrevem as autoras repercutindo Almeida:

Vários países atravessaram uma onda de reformas dos seus sistemas de serviços de saúde ao longo dos anos 80 e 90, tendo a descentralização desempenhado importante papel nos processos de reforma setorial. Esta onda, no entanto, teve cursos e impactos distintos em cada país, onde o significado e o alcance deste processo variaram em cada contexto histórico nacional (SENNA; COHEN, 2002, p. 525).

A onda neoliberal, que atingiu a Europa no final da década de 1970 e 1980, atentou contra as políticas implementadas pelo *Welfare State*, chega à América Latina no final da década de 1980, com exceção do Chile que havia inaugurado o neoliberalismo ainda no governo ditador de Pinochet, no início da década de 1970. O programa neoliberal elaborado pelo chamado Consenso de Washington⁸ se debruça particularmente sobre os países da América Latina, possuidores de dívida externa e isso irá repercutir de forma decisiva nas políticas públicas desses países. Escrevem Senna e Cohen (2002) que a maioria dos países da América Latina buscou adaptar-se às novas condições da economia mundial e às exigência postas pelo Fundo Monetário Internacional. No centro das imposições estava a restrição

⁸ Consenso de Washington “é um conjunto de medidas - que se compõe de dez regras básicas - formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, fundamentadas num texto do economista John Williamson, do *International Institute for Economy*, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades” (disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington. Acesso em 3 jun. 2011).

fiscal, que foi realizada por meio de adoção de uma série de medidas de ajuste tais como: “[...] eliminação de funções governamentais, cortes nos gastos públicos, redução da folha de pessoal, privatização, desregulamentação e descentralização” (SENNA, COHEN, 2002, p. 525).

No Brasil, o programa neoliberal chegou num momento ímpar vivido pela sociedade civil marcado pelas conquistas expressas na Constituição Federal de 1988. Tal programa irá afetar de forma decisiva a implementação das novas políticas previstas pela Carta Magna brasileira. Mesmo assim, pode-se observar, no caso brasileiro, na década de 1990, o desenvolvimento de políticas importantes, particularmente no caso da saúde, que já tinha acumulado desde a VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986, a necessidade da implantação do Sistema Único de Saúde e que foi instituído, posteriormente, na Constituição Federal de 1988. Isso possibilitou a implementação de uma série de medidas importantes, entre elas, o processo de descentralização e municipalização de políticas públicas, particularmente as políticas relacionadas à proteção social. Repercutindo Almeida, escrevem Senna e Cohen (2002, p. 525):

No caso brasileiro, para além deste contexto mais amplo, a descentralização vem ocorrendo em meio a alterações significativas na natureza das relações intergovernamentais *vis-à-vis* ao resgate das bases federativas do Estado, já a partir de meados dos anos 80. Nesta direção, as políticas sociais constituem eixo central na análise do processo de redefinição do pacto federativo e da descentralização em curso no país, *pari passu* ao esgotamento do padrão de desenvolvimento e ao desgaste do modelo político autoritário [...].

Sobre as políticas de saúde, há uma série de especificidades do processo de descentralização que são decorrentes da dinâmica própria do setor e da implementação do SUS. Na visão das autoras Senna e Cohen, houve uma reformatação institucional do setor saúde no país nos finais dos anos de 1990, “com a transferência de atribuições de gestão aos níveis subnacionais, especialmente os municípios” (SENNA; COHEN, 2002, p. 526). Para elas, o SUS constituiu o município enquanto um espaço privilegiado na gestão dos serviços de saúde, o que produziu a necessidade de atores políticos e institucionais para a definição dos novos sistemas locais. Para tanto, é importante observar “[...] que a descentralização é um processo que envolve a definição de novos atores sociais e novas formas de

relação público/privado que esbarram com frequência em mecanismos e atores políticos tradicionais [...]” (SENNA; COHEN, 2002, p. 526).

No mais, as desigualdades regionais expressas na situação administrativa, política e financeira dos municípios brasileiros acabam por interferir, de forma decisiva, no processo de municipalização das políticas públicas, definindo o seu conteúdo e a sua (não) qualidade. Na visão das autoras Senna e Cohen (2002, p. 525):

O deslocamento do processo decisório para os municípios introduz, portanto, um conjunto de incertezas e acarreta impactos os mais diversos na organização dos serviços. Verificam-se tanto experiências exitosas no tocante à ampliação do acesso aos serviços e redefinição do modelo assistencial quanto outras em que o padrão anterior de organização da atenção à saúde não foi em nada alterado. De qualquer forma, a crescente autonomia municipal tem aberto a possibilidade de ricas experiências locais com potencial para produzir inovações as mais variadas no padrão de atenção à saúde sob gestão local.

A descentralização – que aparece como um dos itens na plataforma de luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro⁹ – tem como um de seus pontos centrais a municipalização, em determinação ao Inciso VII do art. 30 da Constituição Federal que atribui como competência do município a prestação de serviços de saúde à população, “com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado” (BRASIL, 2002, p. 36).

Pontua-se que a saúde, pelo conceito adotado na Reforma Sanitária, se relaciona a todos os aspectos da vida do cidadão, não tendo a característica de atribuição e obtenção a um responsável, seja quem for requerendo a interdisciplinaridade e intersectorialidade (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O processo de descentralização das funções tem implicado em desafio financeiro maior para as prefeituras, que apesar de terem a competência tributária própria assegurados pela Constituição Federal de 1988, “tem sofrido reveses à sua autonomia com a edição de quatro dezenas de Emendas Constitucionais, o que se traduz em repactuação da Federação no país” (SANTOS, 2004, p.102).

⁹ O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, iniciado na década de 70, foi um importante sujeito coletivo que impulsionou a Reforma Sanitária deflagrada a partir da VIII Conferência de Saúde, ocorrida em 1986.

Angela Santos (2004) ressalta que o processo de descentralização tem sobrecarregado grande parte dos municípios brasileiros. Escreve ela:

A descentralização em curso no País tem acarretado um maior desafio financeiro para as prefeituras, que, não obstante a conquista de competência tributária própria na Constituição Federal de 1988 têm sofrido reveses em sua autonomia, com a edição de quatro dezenas de Emendas Constitucionais, o que se traduz em repactuação da Federação no País. Além disso, nunca é demais lembrar que o processo de descentralização com autonomia financeira só poderá ser experimentado por um ínfimo número de municípios, já que a maioria deles é de pequeno porte: apenas 223 dos cerca de 5.600 municípios têm população superior a 100 mil habitantes. Assim, menos de 5% do número total de municípios brasileiros apresenta uma classe de tamanho populacional com capacidade de sustentar uma economia local que resulte em carga fiscal municipal com alguma expressão. Suas prefeituras vêm assumindo um papel mais relevante nas políticas públicas, tornando-se atores de importância crescente na cena política nacional e 'nós' mais densos na rede urbana brasileira (SANTOS, 2004, p.1)

Apesar de compreender as contradições que envolvem o processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil, Mendes (1993) justifica a necessidade da municipalização embasada nas seguintes razões: por ser o espaço de vivência maior dos cidadãos, onde a autoridade sanitária tem visibilidade, pelo êxito de alguns sistemas municipais de saúde em meio ao "caos da saúde", pelo fato incontestável de que alguns municípios, anteriormente à norma constitucional, assumiram serviços de outras instâncias para viabilizar seu o funcionamento. Ele destaca que "a municipalização da saúde deve inscrever-se como microespaço social do exercício cotidiano da construção da democracia e, portanto, da criação da cidadania" (MENDES, 1993, p. 116).

Além dos aspectos observados por Santos (2004), surgem outras críticas ao processo de municipalização, em que são verificados pontos de fragilidade do modelo adotado, como por exemplo, o isolamento de alguns municípios, que criam um modelo de assistência à saúde sem nenhuma articulação com o espaço microrregional. Neste modelo, ocorre uma fragmentação de recursos e equipamentos sanitários, levando à ineficiência e à baixa qualidade.

Por outro lado, segundo Santos (2004) e Mendes (1993), os municípios estão tendo um bom aproveitamento na montagem do sistema de atenção primária, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da

Família (ESF). A contratação de técnicos para formar equipes multiprofissionais também é um dado positivo no processo de municipalização.

Porém, se por um lado a necessidade de grandes investimentos na atenção primária dificulta os investimentos do município, na implantação de referências que busquem garantir o trânsito de usuários para os níveis mais complexos do sistema, por outro, a esfera estadual se sente desresponsabilizada, após a municipalização, de assumir tal tarefa. Isso porque, na sua maioria, as prefeituras esgotam sua capacidade de gastos na contratação de pessoal para o PACS e na ESF.

Outro aspecto a ser destacado na análise da municipalização da saúde é o que Maria Josefina da Silva, Rui Martinho Rodrigues denominam “prefeiturização”:

A tradição da prática clientelista, que dominou a política brasileira desde sua formação como país, retarda uma atuação mais independente dos conselhos municipais de saúde. No Ceará, estes ainda se sentem vinculados aos interesses municipais, mesmo que tenham sido eleitos por seus pares dentro de cada categoria ali representada. Existe o medo de perder o emprego – já que os técnicos lotados no município são, em sua maioria, contratados pela prefeitura por laços afetivos, políticos ou de compadrio. Por outro lado, estes *empregos*, se assim podemos chamá-los dada sua fragilidade contratual, são de alta rotatividade, não permitindo consolidar posições no âmbito municipal (SILVA; RODRIGUES, 2000, p. 1).

Todos os principais pontos para a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família foram fundamentados nos princípios assistenciais e organizativos do SUS, de universalidade, integralidade, equidade e também dentro de um contexto de descentralização e controle social da gestão. Os programas em questão podem ser considerados elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, possibilitando a identificação de questões relativas às bases da "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de sua relação com os outros níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2009) o processo de expansão e de qualificação da atenção básica produzido pela Estratégia Saúde da Família constitui uma das prioridades políticas do Ministério da Saúde já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A nova concepção de prevenção, proposta pela ESF, baseada em práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas,

desenvolvida no formato de trabalho em equipes que assumem responsabilidades sobre uma população de territórios delimitados, supera o antigo modelo, de caráter curativo, centrado na doença.

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto inovador do SUS, teve início em 1994 e nos últimos anos apresentou grandes avanços. O intenso movimento de expansão do Programa Saúde da Família confirma a adesão dos gestores estaduais e municipais aos seus princípios. No entanto, a consistência dessa estratégia deve ser amparada por um processo que permita a substituição da rede básica e tradicional de serviços no campo de ação dos municípios, a visualização de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2009).

A Atenção Básica no Brasil tem como princípios fundamentais a integralidade, a equidade, a qualidade e a participação social. E, baseados nesses princípios, é importante ressaltar que as equipes de Saúde da Família estabeleçam um vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a divisão de responsabilidades com os usuários e com a comunidade. O atual desafio é a ampliação das áreas de atuação da Saúde da Família, que é compreendida como a principal estratégia para a mudança do atual modelo e deverá fazer parte do contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Contribuindo com as questões da Estratégia Saúde da Família, existe o Departamento de Atenção Básica (DAB) que é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde e tem como missão institucional a operacionalização da política de Atenção à Saúde no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Determinadas da seguinte forma (BRASIL, 2009):

- A esfera federal é responsável pela elaboração das diretrizes da política nacional de atenção básica, co-financia o sistema de atenção básica, ordena a formação de recursos humanos, propõe mecanismos para a programação, o controle, a regulação e a avaliação da atenção básica e mantém as bases de dados nacionais.

- A esfera estadual acompanha a implantação e a execução das ações de atenção básica em seu território, regula as relações intermunicipais, coordena a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território, co-financia as ações de atenção básica e auxilia na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território.
- E a esfera municipal, que é responsável por definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território, contrata o trabalho em atenção básica, mantém a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência), co-financia as ações de atenção básica, alimenta os sistemas de informação e avalia o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão (BRASIL, 2009).

A função do Departamento de Atenção Básica é desenvolver mecanismos de controle e avaliação, apoio técnico aos estados e municípios na implementação e organização da Estratégia Saúde da Família e ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento (BRASIL, 2009).

3.2.2 A Estratégia Saúde da Família e seus desafios

O PSF, atualmente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiu como uma das medidas de municipalização da saúde. Teve início em meados de 1993, tendo a sua regulamentação em 1994. Constituiu uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) “[...] para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde [...]” (BESEN et al, 2007, p. 58). O PSF surgiu como o caminho para a reestruturação da atenção primária levando em conta a necessidade de articular medidas em conformidade com os princípios expressos no SUS.

Lembram Bonfim e Bastos (1998) que antes do PSF a família já se constituía objeto de atenção da saúde. Naquele período, as formas de organização do sistema de

saúde e de prestação dos serviços de saúde estavam centradas na figura do médico de família.

Acompanhando o percurso histórico traçado por Paim (1985) da medicina familiar no Brasil, observa-se que, entre 1973 e 1979, os esforços realizados pela OMS, pela Abem e, posteriormente, pela Fiocruz e pelo Inamps centravam-se em torno da formação do médico de família e o gradual desaparecimento desta categoria. A ênfase era dada à necessidade de 'humanização da medicina', ao combate ao 'especialismo' e, em termos estratégicos, ao estímulo a programas de formação de médicos generalistas e de família. Não foi dado destaque a questões relacionadas aos determinantes sociais da doença ou acesso aos serviços de saúde (BONFIM; BASTOS, 1998, p. 430)

O PSF foi normatizado no contexto da IX Conferência e buscou substituir o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS). Escreve Araújo e Rocha (2007) que os primeiros anos de existência do PSF foram marcados por inquietações e críticas. Nos anos subsequentes, após modificações e novas proposições, foram sendo reveladas novas e exitosas práticas em saúde em diversos municípios brasileiros. Desde então, “[...] passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 1). O PSF, na visão da autora, constituiu um novo modelo de atenção baseado na promoção da saúde. “Tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional” (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 1).

Assim, o PSF apostou na aliança entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. No mais, a estratégia utilizada pelo PSF objetivou a mudança do modelo assistencial em vigor. “Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1997, p. 8).

O documento que define as bases do PSF destaca que “ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 1997). No PSF, a família passa a ser o objeto primeiro de atenção, entendida a partir do lugar onde vive.

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (BRASIL, 1997, p. 8).

As ações técnico-políticas desenvolvidas pelo PSF, conforme preconiza o Ministério da Saúde, devem transpor os muros das unidades de saúde e enraizar-se no ambiente onde os seus usuários vivem e se relacionam. Apesar de ser compreendido como programa, o PSF possui especificidades que rompem com a concepção usual de outros programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Uma de suas especificidades diz respeito ao fato de atuar em um território definido, “[...] com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 8).

Alerta o Ministério da Saúde (Brasil, 1997) sobre o equívoco da identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia.

Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997, p. 8).

Segundo informações do Ministério da Saúde, constitui objetivo geral do PSF: contribuir para a reorientação do modelo assistencial na atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, apontando para uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de papéis e responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997). Seus objetivos específicos são:

[...] prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;

estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, p. 10).

No que se refere ao usuário, a Unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Com relação às diretrizes para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas, estas devem ser materializadas tomando como referência as realidades regionais, municipais e locais.

É importante ressaltar que o PSF, atualmente, é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que esse termo aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O Programa de Saúde da Família é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

O Ministério da Saúde também define as atribuições das equipes da ESF:

[...] conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta - elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde; resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos; e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p, 14).

Um outro aspecto importante a ser considerado é a discussão sobre o atendimento humanizado na saúde. A humanização do atendimento constitui parte obrigatória no trabalho desenvolvido pela ESF. São equipes de profissionais que têm acesso não só à família, mas ao ambiente onde ela está inserida. Desta feita, o respeito às pessoas, às famílias e à comunidade deve ser intrínseco à postura profissional. Outro elemento importante que deve estar inserido no processo de humanização do atendimento em saúde é considerar que os usuários são portadores de saberes e culturas que devem ser respeitados e que interferem no processo/relação saúde-doença. Aspectos culturais podem interferir sobremaneira na forma como a

população previne ou adoece. Também pode interferir na forma como lida com as orientações/prescrições realizadas pelos profissionais de saúde. Sobre isso, escreve Siqueira et al:

No mais, é preciso compreender que os usuários não se configuram como quadros em branco, onde o profissional pode imprimir suas conclusões e prescrições, pois já trazem para o serviço de atendimento à saúde suas próprias concepções sobre seus problemas e uma série de crenças em práticas alternativas de cura. Desse modo, a contextualização social e cultural do usuário dos serviços de saúde vem tornando-se uma exigência para os profissionais de saúde que pretendem oferecer uma assistência melhor qualificada em saúde: “Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa” (SIQUEIRA et al, 2006, p. 69).

Muitos estudos realizados relatam a interferência de aspectos culturais em processos de tratamento de determinadas doenças. Escreve Uchôa e Vidal (1994, p. 494) que diversos autores ressaltam a “influência que exercem a semiologia popular e as concepções culturais de causalidade sobre os comportamentos adotados frente às doenças (NYAMWAYA, 1987; GREEN, 1992; HIELSCHER; SOMMERFIELD, 1985)”. Uchôa e Vidal, repercutindo Green (1992), observaram que a causa principal das DSTs, em muitos países da África seria resultante da violação de normas que orientam os comportamentos sexuais. Por isso, muitos africanos prefeririam tratar da doença com “curandeiros” e/ou terapeutas tradicionais do que recorrer ao médico. Um outro bom exemplo dessa influência citado pelos autores é oferecido por Agyepong (1992). Agyepong estudou as concepções e práticas de uma tribo em Gana no tratamento da malária.

Esse autor mostrou: (1) que a palavra malária não era popularmente conhecida e que uma categoria popular “asra” englobava um complexo de sinais e sintomas muito semelhantes aos da malária, incluindo febre; (2) que muitos membros da comunidade não conectavam o vetor à doença; a população acreditava que o “asra” era causado por contato prolongado com o calor excessivo. Essa concepção etiológica eliminava quase toda possibilidade de prevenção, pois o sol está sempre presente e não há como evitá-lo. Essa doença era também considerada pela população incurável pela medicina, pois, com o tratamento, a doença desaparecia, mas voltava a reaparecer algum tempo mais tarde. O desconhecimento das causas de reinfecção levava à desvalorização dos efeitos do medicamento. Como consequência, a maioria das pessoas era tratada em casa, a cloroquina era pouco utilizada e geralmente em doses subterapêuticas (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 499).

Outro exemplo trazido pelos autores diz respeito ao estudo realizado por Nyamwaya (1987) junto a um povo tribal no Kenia, África. Nesse caso, os Pokot teriam grande facilidade de interagir com as formas ocidentais de tratamento das doenças, articulando os seus saberes tradicionais com aqueles oferecidos pelas equipes médicas. Nyamwaya (1987) observou que os Pokot eram “[...] pragmáticos e revelariam grande capacidade de integrar novas ideias e novas práticas; a eficácia comprovada de uma ou outra terapêutica seria fundamental tanto como princípio classificatório como na escolha do tratamento adequado” (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 499). Os autores concluem que:

Todos esses estudos revelam que os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir de universos socioculturais específicos. Eles apontam a necessidade de enraizarem-se os programas de educação e o planejamento em saúde em conhecimento prévio das formas características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se quer intervir [...]. (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 499)

Os exemplos acima mencionados buscam argumentar a necessidade de se considerar a dimensão cultural da população assistida pelas políticas de saúde, particularmente quando se tratam de ações que se dão no contexto local, como é o caso da Estratégia Saúde da Família. Devido à grande diversidade cultural presente no território brasileiro é importante considerar que inúmeras equipes da ESF vão atuar em contextos culturais específicos, ou seja, vão lidar com grupos étnico/raciais distintos, e que tais populações tradicionais devem ter os seus saberes, práticas médicas e religiosas respeitadas. Para tanto, esses profissionais devem conhecer as especificidades culturais que, em muitos momentos, mediarão a relação da comunidade e da família com a equipe da ESF. No mais, tal conhecimento não deve ficar sob responsabilidade apenas do agente comunitário, como é possível que aconteça em muitos casos. É preciso considerar que os aspectos culturais são determinantes no processo saúde-doença. Por isso, para as equipes que compõem a ESF e que lidam não só com o paciente, mas com o seu contexto familiar e comunitário, é imprescindível considerar os elementos socioculturais que interferem nas estratégias lançadas por cada grupo populacional para enfrentar o seu processo de adoecimento.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2009).

O trabalho das equipes da Saúde da Família são elementos-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2009).

Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizado pelo Departamento de Atenção Básica (2009) como:

Porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2009, p. 1).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um primeiro passo de transição para a Estratégia Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro-supervisor lotado em uma unidade básica de saúde.

Portanto, os agentes comunitários de saúde podem ser encontrados em duas situações diferentes no que tange à rede do SUS; na primeira situação, estariam ligados a uma unidade básica de saúde que ainda não implantou a Estratégia Saúde da Família; na segunda situação, estariam ligados a uma unidade básica de Saúde

da Família como membro da equipe multiprofissional. Em 2009, encontravam-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais, periferias urbanas quanto em municípios já urbanizados e industrializados (BRASIL, 2009).

Os primeiros resultados gerados pela Estratégia Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde têm sido positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família. Provocando um movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS e diminuindo a utilização dos demais níveis assistenciais (BRASIL, 2009).

O Modelo de Atenção à Saúde do Brasil tem sido vista como referência internacional, a forma que foi desenhada a Estratégia Saúde da Família no Brasil é um destaque e modelo para outros países. Estudos acadêmicos demonstram que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da mortalidade infantil. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura do Programa o índice de mortalidade infantil cai em 4,6% (BRASIL, 2009).

A Estratégia Saúde da Família no Brasil tem sofrido progressiva expansão, é uma evidência significativa da importância desse modelo de organização da Atenção Básica no país. Parte-se de 62,3 milhões de pessoas cobertas pelo atendimento de equipes Saúde da Família, em 2003 para 85,7 milhões em 2006. Em 2008 o percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família era de 49,3%, contando com 29.300 equipes Saúde da Família, distribuídas em 5.235 municípios, o que representa um percentual de 94,1% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada. Essa expansão também se reflete em termos do incremento do número de municípios com equipes Saúde da Família, que passou de 4.400 municípios em 2003, para 5.251 em 2009, representando 94,4% dos municípios brasileiros. O número de Agentes Comunitários de Saúde também é significativo, chegando a 60,9% de cobertura de ACS à população brasileira, o que corresponde a cerca de 115,4 milhões de pessoas atendidas (BRASIL, 2009).

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), uma das preocupações do Ministério da Saúde diz respeito à qualificação dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, nesse sentido devem ser pontuadas iniciativas que visem à qualificação dos profissionais da atenção básica, originadas pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores estaduais e municipais, e ainda com instituições de ensino superior. Devem ser inseridos no processo os profissionais que se disponham a aderir à proposta, bem como a melhoria da graduação e o desenvolvimento do processo de educação permanente. Procuram, também, a capacitação do agente comunitário de saúde como importante trabalhador integrante da equipe de saúde e não apenas como um membro da comunidade informante de seus problemas.

As ações da Estratégia Saúde da Família para ampliar e qualificar a Atenção Básica no contexto brasileiro tem como desafios institucionais: a expansão e a estruturação de uma rede de unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; a revisão contínua dos processos de trabalho das equipes reforçando as estruturas gerenciais nos municípios e estados, elaboração de protocolos assistenciais integrados à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas de saúde mais frequentes na população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos locais, municipais e estaduais (COSTA et al, 2009).

De acordo com Costa et al (2009), a ESF sofre ainda com outros desafios tais como criação de ações que contribuam para o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados visando à programação da atenção básica, supervisão das equipes, dos municípios e da região, e o uso das informações para a tomada de decisão. Dificuldades com a revisão dos processos de formação, a educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica; ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo também a articulação com os demais níveis de atenção.

3.3 A POLITICA DE ATENÇÃO AO IDOSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Rodrigues et al (2007), até os anos de 1970, os idosos brasileiros ganhavam atenção de caráter assistencialista de instituições religiosas e/ou filantrópicas. Lembram também os autores que:

No aspecto legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, entre outras. Sobressaem artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974, que criou a Renda Mensal Vitalícia, e de outros decretos-leis e portarias relacionadas, particularmente, com as questões da aposentadoria (RODRIGUES et al, 2007, p. 1).

No âmbito internacional, um dos instrumentos importantes que reconhecem a importância do idoso é a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (1948), que aborda a velhice no seu Artigo 25º.

Artigo XXV: Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e o direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstância fora de seu controle.

Porém, somente em 1982 é que ocorrerá a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU). Ela significou um marco mundial. “Este fórum ocorreu em Viena - Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com representação de 124 países de todo o mundo incluindo o Brasil” (RODRIGUES et al, 2007, p. 1). Escrevem Camarano e Pasinato (2006):

Essa assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação. Representou um avanço, pois, até então, a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. A questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) como parte de suas atividades especializadas (CAMARANO; PASINATO, 2006, p. 1)

A partir dessa assembleia, adotou-se o Plano Internacional de Ação organizado em 66 recomendações para os estados membros referentes às áreas de nutrição, proteção, bem-estar social, previdência, trabalho, educação e saúde. No que se

referia à saúde, o plano indicava a necessidade de adoção de políticas que promovessem a qualidade da saúde desde a infância até a maturidade.

Dentre elas, citam-se a promoção à saúde, o acesso universal aos serviços de saúde pública ao longo da vida e, em decorrência, a consideração da importância de fatores ambientais, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros, no aparecimento de enfermidades e incapacidades. São necessários, também, programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia e de serviços sociais (CAMARANO, PASINATO, 2006, p. 27).

O Plano de Ação para o Envelhecimento foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estabeleceram-se, então, alguns princípios à implementação de políticas para o envelhecimento sob responsabilidade de cada país. Escrevem Rodrigues et al (2007, p. 2):

Este Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedades para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento.

Em 1991, em Madri/Espanha, realiza-se a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, quando foram adotados 18 princípios em relação ao idoso, agrupados em cinco áreas: participação, dignidade, cuidados, auto-realização e independência. A Assembleia também estabeleceu um plano de ação embasado em três princípios básicos:

a) Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS apud CAMARANO, PASINATO, 2006, p.7).

Outro avanço importante foi a compreensão por parte das Nações Unidas da diversidade de realidades dos idosos das regiões que compõem os continentes, por isso, elas precisam se tratadas de forma distinta no que tange às condições de vida, aos processos políticos, aos aspectos culturais, entre outros. Por conseguinte, foram adotados cinco grandes planos, nos quais estão resguardadas as especificidades regionais:

Por exemplo, o documento relativo à Europa enfoca a necessidade de assegurar a plena integração e participação dos idosos na sociedade. Para a América Latina, a principal preocupação é com a proteção dos direitos humanos e com a necessidade de provisão das necessidades básicas da população idosa: acesso a renda, cobertura integral dos serviços de saúde, educação e moradia em condições dignas (CAMARANO, PASINATO, 2006, p.10)

No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do conceito de “envelhecimento ativo” buscou incluir, além de cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. O envelhecimento foi compreendido como o processo de busca dar oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo (BRASIL, 2006). Tal processo envolve políticas públicas que promovam estilos de vida mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano, a prevenção e combate a violência familiar e urbana, o acesso aos alimentos saudáveis e à redução do tabagismo, entre outros. Essas medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho importante em qualidade de vida e saúde.

Muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes, diante do envelhecimento populacional. E nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde propôs, em 2002, um projeto denominado “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cuja proposta é adaptar os serviços de atenção básica para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, de acordo com as necessidades específicas dessa população, são três as áreas de atuação previstas nesse projeto, conforme Brasil (2006, p. 13):

1. Informação, Educação, Comunicação e Treinamento: Por meio de treinamento busca-se melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde de modo que possam avaliar e tratar as condições que afligem pessoas idosas fornecendo ferramentas e fortalecendo-as na direção de um envelhecimento saudável;
2. Sistema de Gestão da Assistência de Saúde: Organização da gestão do serviço da Atenção Básica, de acordo com as necessidades das pessoas idosas;
3. Adequação do ambiente físico: tornando-o mais acessível para as pessoas que possuam alguma limitação funcional.

Estes eventos internacionais irão repercutir de forma positiva nas ações do Estado brasileiro, que irá, a partir da década de 1990, elaborar uma série de instrumentos de proteção à pessoa idosa, bem como, de políticas de saúde para lidar com o processo de envelhecimento da população brasileira em curso. Também é importante levar em consideração todo o processo de organização que envolveu os idosos no Brasil, transformando-os em um importante sujeito coletivo capaz de colocar na pauta das instituições públicas as suas reivindicações.

No caso das políticas de saúde, para Brasil (2006), estas envolvem mudanças de paradigmas perdendo o enfoque baseado em necessidades básicas e passando a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que vão envelhecendo.

É importante observar que foi no contexto da regulamentação do SUS que começou-se a estabelecer mecanismos de proteção à pessoa idosa no Brasil. A normatização do SUS definiu princípios e direcionou o seu processo de implementação norteado pelo desejo de descentralização/municipalização; adotou a territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) constituiu estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como “[...] eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde [...]” (BRASIL, 2006). Isso quer dizer, que o processo de descentralização/municipalização do SUS foi aliado estratégico para a implementação de políticas de atenção à saúde da população idosa no Brasil.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei Nº 8.842, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/1996. Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua

cidadania. Como previsto nesta lei, define-se idosa aquela pessoa com 60 ou mais anos de idade.

A PNI tem no seu Artigo 3, inciso II, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida (BRASIL, 1994). Segundo Lima (2011), a PNI mostra um grande avanço nas diretrizes de assistência a pessoa idosa, porém nem todos os sistemas de saúde contemplam a nova estratégia de atenção, o que gera dificuldades a serem superadas pelos idosos e familiares. No seu art. 4, que trata das suas diretrizes, fala que deve haver:

[...] III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; IV - descentralização político-administrativa; V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento. Parágrafo único - É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social (BRASIL, 1994).

No seu art. 10, inciso II, a Lei estabelece que:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994).

A Portaria Ministerial nº 1.395 anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso, em 1999. Tal portaria determinou que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao idoso fizessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e ações de

acordo com as diretrizes preconizadas pela nova política. De acordo com Brasil (2006), “essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária”.

Para o alcance do propósito a Política Nacional de Saúde do Idoso, como já foi abordado na introdução deste estudo, foram definidas como suas 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. No que se refere às suas ações, elas objetivam manter o idoso na comunidade, junto à família, de forma confortável, e o deslocamento para os grandes centros de referência, hospitais e casas de repouso somente deverão ser utilizados se os esforços anteriores falharem. A busca pelo modelo de cuidado domiciliar não deve ser baseado apenas na diminuição dos custos ao governo, mas na otimização do suporte familiar tendo em vista que o cuidado comunitário do idoso deve ser baseado na família e na atenção básica, por meio das Unidades básicas de saúde e Estratégia Saúde da Família (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Dando continuidade à implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2002, é realizada a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), “[...] tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)”. E, ainda, para a operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso - Portaria nº 249/SAS/MS de 2002 (BRASIL, 2006).

Outra grande conquista foi a promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003, pelo Congresso Nacional e que, em seguida, foi sancionado pela Presidência da República. Para a sua elaboração houve ampla participação de organizações de idosos e entidades que atuam junto a eles.

O Estatuto foi instituído com o objetivo de regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. A Lei em questão é mais abrangente do que a Política Nacional do Idoso, que tinha como prioridade as garantias da terceira idade. De certa forma, o Estatuto do Idoso manteve o que disciplinava a Lei nº 8.842/94 e instituiu sanções mais severas e abrangentes para quem desrespeitar ou abandonar o cidadão da terceira idade, bem como outras atribuições. O Art. 2.º do referido Estatuto (BRASIL, 2003, p. 7), orienta que:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

O Estatuto designa que o idoso tem 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. E a obrigação de assegurar esses itens aos idosos é da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público.

Como Direitos Fundamentais, o Estatuto do Idoso, cita o direito à Vida, o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade. No Art. 9.º, verifica-se que “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003, p. 9). No entanto, segundo Brasil (2006, p. 2):

O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Percorrendo o tempo, é importante citar que, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu em sua agenda de compromissos o Pacto em Defesa da Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que se tornam prioridades dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, a que possui especial relevância é o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, voltados para o fortalecimento à qualificação da Estratégica da Saúde da Família, a promoção, a informação e a educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do uso abusivo de bebida alcoólica, controle do tabagismo e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o Pacto em Defesa da Vida constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades dos três entes federativos onde cada um terá sua definição de responsabilidades. De tal forma, foram pactuadas seis prioridades, onde três delas estão voltadas ao planejamento de saúde para a pessoa idosa, sendo elas a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Foi constituída uma área técnica direcionada exclusivamente à saúde do idoso, que publicou o documento “A Atenção à Pessoa Idosa e o Envelhecimento” (BRASIL, 2006). Diz o documento base que a saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações relevantes e que constitui uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) do Ministério da Saúde. Neste departamento estão inclusas: a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do penitenciário, do deficiente e saúde mental. Ressalta ainda que a:

[...] Área Técnica Saúde do Idoso reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a ideia do Envelhecimento Ativo (BRASIL, 2006, p. 10).

Além das Portarias citadas, deve-se dar destaque à Promoção da Saúde da População Idosa (PSPI), que consiste em uma série de eixos norteados pelas estratégias de implementação e contempladas na PNPS, citada na Portaria 687/GM,

de 30 de março de 2006, priorizando as seguintes ações específicas: “divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); alimentação saudável; prática corporal/atividade física” (BRASIL, 2006, p. 11).

Em 2006, também, foi aprovada através da Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que revoga a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que tratava da Política Nacional de Saúde do Idoso. A atual Política Nacional, que define a atenção à saúde como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006, p. 12).

Nesse sentido, o maior desafio para a gestão federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam participantes no que se refere ao cuidado com a saúde.

Para concluir este item que trata das políticas públicas, pontua-se que no campo das políticas para a atenção à saúde do idoso, também estão inseridas aquelas que tratam da hipertensão arterial. Na política referente à hipertensão arterial, o Ministério da Saúde, aprovou em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes *mellitus*, em articulação com as sociedades brasileiras, com as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, o Conass, e o Conasems. O propósito do Plano é vincular o atendimento aos portadores de Hipertensão e Diabetes às unidades de saúde,

garantindo o acompanhamento e o tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (BRASIL, 2001).

Este Plano de Atenção foi elaborado com a finalidade de subsidiar, tecnicamente, os profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*.

Neste aspecto, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Contudo ainda existem problemas com a infraestrutura dos serviços básicos de atendimento à saúde, faltam medicamentos para tratamento de doenças crônico-degenerativas, que devem ser disponibilizados pela rede pública, o que leva a maioria dos idosos a comprar a medicação e comprometer os proventos da aposentadoria (PORTELLA; BETTINELLI, 2004).

Verifica-se em Brasil (2006) que, com base no princípio de territorialização, discutida anteriormente, a Atenção Básica, que inclui a Saúde da Família, deve ser responsável pela atenção à saúde de todos os idosos que estão na sua área de abrangência, inclusive, os que se encontram em instituições, públicas ou privadas.

Os autores Silvestre e Costa Neto (2003) citam que o ideal seria que todas as unidades básicas de saúde já trabalhassem com os princípios de prevenção, manutenção e aumento da expectativa de vida na população idosa, com as competências e atribuições mencionadas, bem como suas habilidades respectivas. Com isso é necessário um maior investimento na formação de profissionais, no âmbito da pós-graduação, voltados ao trabalho na atenção básica, fazendo dela importante e eficiente nível do sistema de saúde.

Reconhecem eles que a atenção à saúde do idoso está inserida em todos os cursos de especialização em saúde da família, bem como nos processos de educação permanente, na busca de se atingir a abordagem idealmente proposta para esse grupo etário, sempre em seu contexto familiar e social. Todavia, não se pode esquecer que todo o esforço para dotar de condições o funcionamento da atenção básica se choca com as dificuldades de estrutura e financiamento da saúde. Muitas

vezes, o profissional capacitado não encontra condições mínimas de trabalho para realizar o atendimento, enfrentando dificuldades para aplicar os seus novos aprendizados junto aos usuários do sistema público de saúde brasileiro. A Saúde não foi poupada no que se refere à falta de investimentos, por causa disso, assiste-se, a cada dia, a falência do SUS e com ela a esperança de ser ter um atendimento de saúde digno no país.

Nesse contexto, os processos de descentralização e municipalização são afetados, assim como são afetadas as políticas de saúde setoriais. A Política Nacional de Saúde do Idoso, para ser implementada, necessita do funcionamento da saúde no seu nível básico, necessita que a Estratégia Saúde da Família funcione em cada localidade. Dessa forma, é possível que a população idosa tenha o acesso aos serviços de saúde, senão na sua totalidade, mas naqueles mais imediatamente necessários.

4 O IDOSO POMERANO HIPERTENSO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – A EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE DE JOATUBA, EM LARANJA DA TERRA, ESPÍRITO SANTO

Neste capítulo, buscou-se cumprir os objetivos específicos que nortearam a realização desta pesquisa. Foram eles: identificar os fatores que contribuem com a hipertensão arterial na população idosa pomerana de Laranja da Terra; conhecer as estratégias da comunidade pomerana para prevenção e tratamento da hipertensão arterial; estudar as ações da ESF para prevenção e tratamento da hipertensão em idosos pomeranos; e obter a avaliação dos usuários idosos pomeranos hipertensos da comunidade de Joatuba sobre a assistência à saúde prestada pela ESF.

4.1 O LUGAR DA PESQUISA

O município de Laranja da Terra localiza-se em região montanhosa, identificada como mesorregião central (ver MAPA 1), a 143 km de Vitória. Faz fronteira, ao norte, com os municípios de Baixo Guandu e Itaguaçu; ao sul, com Afonso Cláudio; ao leste, com Itarana e, ao oeste, com o estado de Minas Gerais. Está a 193 metros de altitude e possui uma extensão territorial de 456,987 km², o que equivale a 0,99% do território capixaba.

A densidade demográfica do município é de 23,69 hab./km², enquanto que a do Brasil atinge 22 hab./km². No que se refere à distribuição geográfica da população, o censo IBGE realizado no ano de 2000 revelou que 73,91% dos habitantes encontravam-se em área rural e apenas 26,09% nas sedes dos Distritos e do Município. Além disso, estimava-se que 41% da população de idosos, na faixa etária de 60 a 69 anos, e 27,5% dos idosos na faixa etária de 70 anos ou mais, encontravam-se na zona rural, geralmente nas áreas em que nasceram e cresceram desde o início do município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

Mapa 1- Indicação do município de Laranja da Terra no mapa do Espírito Santo



Fonte: 411px-EspiritoSanto_Municip_LaranjadaTerra_svg.png (2012)

Existem quatro distritos no município: Distrito Sede de Laranja da Terra, Distrito de Sobreiro, Distrito de São Luiz de Miranda e Distrito de Joatuba, que é habitado em sua grande maioria por pomeranos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) foi verificado em Laranja da Terra, nas últimas décadas, um decréscimo populacional. Em 2000, o censo detectou uma população de 10.934. Em 2004, registravam-se 11.087 habitantes. O último censo, realizado em 2010, apurou o total de 10.826 habitantes no município. Desse contingente populacional, 72,4% eram brancos; 4,2%, negros; 23,0%, pardos; 0,4% amarelos e 0,03% indígenas. Ainda, segundo dados do IBGE (2010), 6.818 pessoas se declararam pomeranas, o que representa 63% de sua população total e 87% dos brancos residentes em Laranja da Terra; e 7% se declararam descendentes de italianos.

Tabela 2 - População Laranja da Terra por faixa etária (2010)

FAIXA ETÁRIA	TOTAL
0-4 anos	562
5 -9 anos	685
10-14 anos	807
15-19 anos	835
20-24 anos	824
25-29 anos	866
30-34 anos	816
35-39 anos	895
40-44 anos	835
45-49 anos	775
50-54 anos	673
55 –59 anos	534
Subtotal	9.107
60-64 anos	512
65-69 anos	446
70-74 anos	302
75-79 anos	223
80-84 anos	149
85-89 anos	58
90-94 anos	23
95-99 anos	06
100 ou mais anos	00
Subtotal	1.719
Total	10.826

Fonte: IBGE, censo demográfico 2010.

É possível observar, na tabela 2, que 84,1% da população de Laranja da Terra, se concentra nas faixas etárias abaixo de 59 anos, sendo 8,2% da população se concentra na faixa etária de 35 a 39 anos e 7,9% na faixa etária de 25 a 29 anos. E o total de idosos é de 1.719 habitantes. O formato obtido atualmente, no gráfico de Laranja da Terra é o de “barril” em que a maior parte da população tem idade de 10 à 54 anos, decaindo nas faixas etária de 60 à 99 anos. Uma proporção que está sendo assumida por vários estados brasileiros.

O Distrito de Joatuba é composto pelas comunidades de Santa Luzia, Cinco Pontões, São Geraldo, Barra do Taquaral, Picadão, Vendinha, São José, Ventania, Pão de Ló, Alto Joatuba e Serraria. Apesar de não se terem dados precisos, avalia-se que a quantidade de pomeranos ultrapasse 60% do total de habitantes do Distrito. De acordo com os dados do IBGE (2010), em Joatuba existem 342 idosos, dentre os quais 300 são assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Estima-se que destes, 87,7% são hipertensos (BRASIL, 2009).

Com relação ao total de residentes de Joatuba e a situação do domicílio, o sexo e idade, veja tabela abaixo (TABELA 3).

Tabela 3 - População residente no Distrito de Joatuba, com idade de 60 anos ou mais, por situação do domicílio, sexo e idade

Município e Distrito	Idade	Sexo		
		Total	Homens	Mulheres
Joatuba - Laranja da Terra	60-64 anos	101	58	43
	65-69 anos	85	46	39
	70-74 anos	64	30	34
	75-79 anos	43	21	22
	80-84 anos	28	12	16
	85-89 anos	14	7	7
	90-94 anos	6	2	4
	95-99 anos	1	0	1
	100 anos ou mais	0	0	0
Total		342	176	166

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010.

Um dado que chama a atenção sobre a população idosa de Joatuba é que a maioria é do sexo masculino, como demonstra a Tabela 3. A causa, pode estar, no fato de nascerem mais meninos do que meninas. Por exemplo, das 563 crianças de 0-4 anos do município, 292 eram meninos e 271 meninas. Também, verificou-se um índice de morte reduzido entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos, não seguindo as estatísticas nacionais, em que essa parcela masculina é a maior vítima de morte por causas externas nos grandes centros urbanos.

Esses imigrantes:

Ainda hoje mantêm a característica de trabalhadores fortes e dedicados, como fica evidente nos rostos envelhecidos e marcados pelo sol. Tal aspecto indica uma difundida característica do grupo: pouca preocupação com o próprio corpo e com bem-estar físico, evidentes nas marcas causadas pela exposição excessiva ao sol e na ausência de cuidados preventivos com a pele sensível típica do descendente de norte-europeus (FEHLBERG; MENANDRO, 2011, p 81).

É possível observar uma mudança brusca da paisagem do município, já que grande parte da vegetação natural de Laranja da Terra deu lugar a pastagens e áreas para a agricultura.

Os laranjenses registram suas matrizes culturais na religião, no folclore, nas manifestações artísticas e na forma como se relacionam com a natureza, configurando, cada um deles, modos de lidar e de preservar os ecossistemas onde vivem e trabalham. Particularmente, a população pomerana preserva, em sua vivência, aspectos culturais, como as festas religiosas, a culinária, o casamento tradicional e a língua pomerana.

É importante ressaltar que a Proposta de Emenda Constitucional 11/2009 incluiu as línguas pomerana e alemã como patrimônio cultural do Espírito Santo, contribuindo para o trabalho que vem sendo realizado em alguns municípios capixabas de promoção de políticas de legitimação e Emenda Constitucional 64/2011 de reafirmação de identidades étnicas.

Deve-se destacar que Laranja da Terra possuía, em 2008, um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 73.611,503 e um PIB *per capita* de R\$ 6.616,16 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

Com relação à qualidade de vida, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2004) colocou Laranja da Terra com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,719, situando-o no 48º lugar entre os municípios capixabas e 2.649º no ranking nacional, os índices avaliados foram a longevidade, a mortalidade, a educação, a renda e sua distribuição (INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS ASSISTENCIA TÉCNICA E EXPANSÃO RURAL, 2011).

No censo de 2009, verificou-se, com relação à educação, que o município possui quatorze escolas municipais de ensino pré-escolar, vinte e duas escolas de ensino fundamental (sendo duas escolas estaduais e 20 escolas municipais) e três escolas estaduais de ensino médio. Laranja da Terra não possui escolas com denominação “agrícola” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Com relação à política de assistência social, existe no município um Centro de Referência que atende ao conjunto da população e tem a responsabilidade de monitorar o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada.

O sistema de saúde é constituído por oito estabelecimentos: seis de atendimento exclusivos da rede pública/SUS, dois filantrópicos (particular/SUS), cinco postos de saúde distribuídos pelos cinco distritos e um hospital (composto de dez leitos) na sede do município. Dos estabelecimentos de saúde existentes, seis realizam o atendimento médico ambulatorial e de especialidades básicas. Dentre estes, cinco postos possuem atendimento odontológico e quatro são denominadas Unidades de Saúde da Família (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

4.1.1 A chegada dos pomeranos ao município e a criação do Distrito de Joatuba

O Espírito Santo foi um dos estados brasileiros que mais receberam imigrantes de variadas nacionalidades (suíços, hanoverianos, luxemburgueses, prussianos, holteinianos, austríacos, poloneses). Em 1846, com a criação da colônia de Santa Isabel, que ficava entre a antiga e a nova capital (Salvador – Rio de Janeiro), houve a instalação dos primeiros colonos alemães. Dom Pedro II buscava o desenvolvimento da região, com intuito de proteger as Minas Gerais dos inimigos de Portugal. Fez surgir também a Colônia Imperial de Santa Leopoldina, onde nela se instalaram imigrantes pomeranos, provenientes de uma região disputada pela Alemanha e pela Polônia, que sofria pressões pelo conflituoso processo de expansão do capitalismo (HARCKBART, 2010). De acordo com o jornalista Rogério Medeiros (2000, p. 1):

Mais tarde, os imigrantes pomeranos, enfrentando o desafio da floresta, instalaram-se em Pancas, São Gabriel da Palha e Vila Pavão. Tanto numa região como na outra, o objetivo da presença pomerana, dentro de uma estratégia montada pelo governo, era tão somente valorizar e proteger a terra desocupada.

Ainda, segundo Medeiros (2000), por não falarem português, os primeiros anos foram bastante difíceis para todos eles:

[...] segundo relatos da época. Sem ferramentas adequadas, sem assistência médica do governo e mantidos em isolamento em áreas distantes dos centros urbanos, os imigrantes não sabiam o que fazer

primeiro: se preparavam a lavoura para dar alimento, ou se construíam a casa da família. Quem fazia a opção pela lavoura dormia com a mulher e os filhos debaixo de árvores (MEDEIROS, 2000, p. 1).

Sem qualquer ajuda do governo imperial brasileiro, os imigrantes mantiveram com firmeza suas tradições culturais, seu dialeto e sua prática religiosa, exercida dentro dos preceitos luteranos. Porém, durante o governo de Getúlio Vargas (1938-1945), no período ditatorial, eles foram obrigados a se isolar devido à perseguição por serem considerados alemães. Escreve Ednéa Harckbart que, por causa disso,

[...] enfrentaram a repressão ao uso da língua, fechamento de escolas, igrejas, alguns pastores foram presos, o dialeto foi proibido de ser falado em público, foram destruídos bens materiais, propriedades das famílias de descendentes, documentos, até palavras escritas em alemão foram apagadas nos túmulos dos cemitérios (HARCKBART, 2010, p. 1).

Nesse período, originou-se o povoamento de Laranja da Terra, que, de acordo com informações de Dora Dalmásio, teve início com a chegada dos pomeranos.

[...] seu primeiro morador, Wilhelm Seibel, chegou em fevereiro de 1908, vindo de Alto Santa Joana (Santa Leopoldina). Outras famílias, em sua maioria pomerana, decidiram deixar Santa Maria de Jetibá, Jequitibá e outras localidades do município de Santa Leopoldina para explorar as propaladas terras férteis de Laranja da Terra (DALMÁSIO, 2009, p. 1).

Segundo pesquisa realizada pela escola local, a Vila de Joatuba foi fundada por volta de 1924. Porém, somente em 6 de maio de 1988, a Vila de São João de Laranja da Terra foi elevada a categoria de cidade e transformada em sede do novo município, pela lei estadual nº 4.068, desmembrando-o de Afonso Cláudio. Em 1º de janeiro de 1989, o município foi instalado (INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES, 2009), resultando na transformação da Vila de Joatuba em um dos distritos que compunha o município recém-criado.

Atualmente, o Distrito de Joatuba conta com serviços importantes, tendo um cartório, um posto dos Correios, um ambulatório Médico dentro da Unidade de Saúde da Família; um posto de gasolina; quatro comércios de produtos e alimentos, Igrejas Luterana, Católica, Adventista e Evangélica, uma escola, e telefones fixos nas residências. A população se dedica à agricultura, que tem como um de seus principais produtos o tomate (LARANJA DA TERRA, 2005).

4.2 OS SUJEITOS DE PESQUISA

Para a realização da pesquisa empírica, como já anunciado na introdução deste trabalho, utilizou-se como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa, através da aplicação de um questionário com questões abertas (APÊNDICE II) junto a quinze idosos pomeranos, escolhidos aleatoriamente (quatro homens e onze mulheres) no mês de novembro de 2011, além de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE III), realizadas no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, com uma gestora e com sete profissionais de saúde (uma enfermeira, uma médica generalista, um médico especialista em geriatria, uma auxiliar de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde e uma fisioterapeuta), que atuam na Estratégia Saúde da Família e acompanham as comunidades pomeranas no município de Laranja da Terra. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, integralmente transcritas.

O acesso aos sujeitos de pesquisa: profissionais de saúde da ESF e idosos de Joatuba foi facilitado, tendo em vista que já fiz parte da comunidade e os conhecia. Primeiramente foi adquirida uma carta de anuência, assinada pela Secretária Municipal de Saúde do município; após, foram agendadas as entrevistas, nas Unidades de Saúde. As entrevistas foram realizadas em ambientes fechados, dentro das Unidades de Saúde, buscando garantir a privacidade dos profissionais. Com relação aos idosos pomeranos, a aplicação do questionário foi realizado em suas residências, já que alguns tinham dificuldades para se locomover. Buscou-se ajuda de uma pessoa conhecida da comunidade, para fazer a interlocução dos diálogos em pomerano, quando necessário.

Os critérios utilizados para inclusão dos sujeitos de pesquisa foram, no caso, dos idosos: pessoas com mais de 60 anos, que fossem pomeranos; que residissem no Distrito de Joatuba, nas comunidades onde eu tenho maior acesso que são as de Serraria, Pão de Ló e Alto Joatuba, em Laranja da Terra; que tivessem hipertensão arterial; que fossem acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família; e que aceitassem participar da pesquisa. Os idosos entrevistados foram categorizados conforme quadro (1) a seguir:

DENOMINAÇÃO	SEXO	IDADE
IDOSA 1	F	70 anos
IDOSA 2	F	61 anos
IDOSA 3	F	72 anos
IDOSO 4	M	70 anos
IDOSA 5	F	80 anos
IDOSA 6	F	76 anos
IDOSA 7	F	73 anos
IDOSA 8	F	77 anos
IDOSA 9	F	73 anos
IDOSA 10	F	63 anos
IDOSA 11	F	81 anos
IDOSO 12	M	85 anos
IDOSO 13	M	87 anos
IDOSA 14	F	85 anos
IDOSO 15	M	66 anos

Quadro 1 - Classificação dos idosos entrevistados
Fonte: Pesquisa empírica.

Com relação aos profissionais de saúde, foram escolhidos os que gerissem o serviço de atenção a idosos pomeranos hipertensos ou que atendessem, diretamente, idosos pomeranos hipertensos de Joatuba; e que aceitassem participar da pesquisa. Por conseguinte, não participaram da pesquisa aqueles que não prestam atendimento direto aos idosos, que foram eles: uma dentista, um auxiliar de consultório dentário, uma nutricionista e uma assistente social.

Os profissionais de saúde e os idosos foram identificados por números, com o intuito de preservar a identidade dos mesmos, conforme exigência ética. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (vide modelo em APÊNDICE I).

Para o levantamento de dados sobre as condições de saúde dos idosos pomeranos, lancei mão da pesquisa documental, que consistiu em relatório do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e em dados do programa Hiperdia (Hipertensão e Diabetes).

4.3 FATORES DE ADOECIMENTO ENTRE A POPULAÇÃO POMERANA DE LARANJA DA TERRA

Como já foi abordado neste estudo, o envelhecimento constitui um processo em que ocorrem acúmulo e interação entre fatores bio-psico-sócio-culturais ao longo da existência e estes, por sua vez, são decisivos na relação saúde-doença, ou seja, podem contribuir tanto para a qualidade de vida quanto para o adoecimento de pessoas idosas. De acordo com Garcia et al (2005), idosos, muitas vezes, têm doenças coexistentes, alcançando, em média, seis condições crônicas aos 75 anos de idade. Segundo os autores, as mais recorrentes são: acidentes vasculares, hipertensão, diabetes, afecções respiratórias, cardiopatias diversas, artroses, entre outras. “Este quadro de cronicidade revela-se como incapacitante e causador de dependência e de fragilidades [...]” (GARCIA et al, 2005, p. 2).

No processo de realização da pesquisa de campo, foi possível perceber, por meio das entrevistas realizadas, que o processo de adoecimento da população de Laranja da Terra está relacionado, em especial, às doenças do coração. Segundo o entrevistado 2, a “[...] hipertensão, dislipidemia¹⁰ e verminoses são básicas, porém podemos melhorar, começando [ainda] pelo saneamento básico”. Na tabela a seguir (TABELA 4) é possível identificar, a partir dos dados sobre morbidades hospitalares da população de Laranja da Terra, que as maiores causas de mortes estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, seguidas daquelas relacionadas ao aparelho respiratório. Verminose, um dos problemas de saúde indicados pelo entrevistado aparece como a quinta causa de morte entre os laranjenses.

¹⁰ A dislipidemia é definida como distúrbio que altera os níveis séricos dos lipídeos (gorduras). Significa que altos níveis de gorduras estão circulando no seu sangue. Essas gorduras incluem colesterol e triglicérides. Assim como a hipertensão, também é um dos fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA, 2011).

Tabela 4 - Óbitos por causas ocorridos em Laranja da Terra de 2005-2010

Doenças	Anos						Total de óbitos por tipo de doença
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias	2					2	4
Óbitos por doenças - endócrinas, nutricionais e metabólicas			1		1	3	5
Óbitos por doenças - sangue órgãos hematológicos, transtornos imunitários						1	1
Óbitos - neoplasias – tumores	1		2	1			4
Óbitos - doenças - sistema nervoso	2						2
Óbitos - doenças - aparelho circulatório	3	2	4	4	2	2	17
Óbitos - doenças - aparelho respiratório	3	2	1	1	3	1	11
Óbitos - doenças - aparelho digestivo	1		4	1			6
Óbitos - doenças - aparelho geniturinário	1						1
Óbitos por gravidez parto e puerpério	1						1
Óbitos por lesões envenenamentos e causas externas	1			1			2
Total de óbitos por ano	15	4	12	8	6	9	54

Fonte: Datasus (2005 - 2010).

Em comparação, no Brasil, de todas as mortes ocorridas em 2007, 58% foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis priorizadas no Plano de Ação 2008-2013 da OMS (doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer). Verifica-se que a avaliação da mortalidade bruta por doenças crônicas indicam um aumento de 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes, (BRASIL, 2010). Nesse período, a redução foi de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias crônicas (28% doença pulmonar obstrutiva crônica e 34% asma); para o diabetes verificou-se aumento de 2% e para outras doenças crônicas, diminuição de 2% (SCHMIDT et al, 2011).

Porém, quando se discutiu especificamente o adoecimento de idosos pomeranos no município de Laranja da Terra, foi possível identificar que, além da verminose, as doenças mais recorrentes entre eles são a hipertensão, o AVC, a pneumonia, o diabetes, a depressão e a erisipela-vascular (ENTREVISTADA 3).

O entrevistado 2 relata não observar especificidades do processo de adoecimento de pomeranos em relação a outros grupos de sujeitos: *“Não tenho visto diferenças entre a saúde de idosos pomeranos e não pomeranos, pois nossos problemas são derivados do meio e da cultura”. Na área da saúde não... não há diferenciação*” (ENTREVISTADO 2).

Sobre as diferenciações no processo saúde-doença entre as diferentes raças/etnias de Laranja da Terra, a Entrevistada 8 destaca que não visualiza tais diferenças e ressalta que *“o pomerano é mais fechado, tem mais resistência do que de outra etnia”*. Informa ainda que a *“alimentação influencia muito o adoecimento de idosos pomeranos* (ENTREVISTADA 8). Na sua visão, o surgimento do câncer de pele ocorre por causa da falta de prevenção, do não uso de protetor solar e do chapéu.

A despeito do entrevistado 2 e da entrevistada 8 afirmarem que não há especificidades no processo de adoecimento do pomerano em relação a outros grupos populacionais do município, os dois reconhecem que há elementos culturais presentes no mesmo, quando dizem: *“[...] , pois nossos problemas são derivados do meio e da cultura” ou “o pomerano é mais fechado, tem mais resistência...”*.

Os profissionais de saúde deixam transparecer nas entrelinhas de suas falas que o elemento cultural é um aspecto relevante quando se trata da saúde de idosos pomeranos. Não é possível desconsiderar que a cultura interfere no processo saúde-doença das comunidades pomeranas ou de qualquer outro grupo seja ele tradicional ou moderno. No caso pomerano, não somente no que se refere ao seu comportamento alimentar ou à forma como organiza o seu processo de trabalho, mas como organiza as suas práticas em saúde e o seu nível de aceitabilidade do tratamento proposto, questão que será abordada mais à frente.

Geertz (2002) é um autor que tem a cultura como elemento estruturante, pois para ele, a cultura constitui um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Nessa mesma linha, Becker et al (2009) escrevem que *“a capacidade de perceber o mundo simbolicamente e reagir a esse mundo percebido liga os eventos externos à experiência interna subjetiva e*

também influencia a experiência interna, inclusive os processos corporais” (BECKER et al, 2009, p. 324).

4.3.1 A falta de saneamento básico

Entre as doenças citadas pelos sujeitos de pesquisa, algumas revelam aspectos relacionados ao modo de vida (hábitos alimentares, forma de realização das atividades laborais, ausência de atividade física, uso de agrotóxico nas lavouras, etc.) e outra, às precárias condições de infraestrutura existentes, particularmente, na área rural do município. No que se refere às condições de saneamento do município destacam-se os dados abaixo relacionados (QUADRO 2):

TIPO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ANO	
	1991	2000
Rede Geral	26,6%	31,9%
Poço ou nascente (na propriedade)	34,7%	58,2%
Outra forma	38,7%	9,9%

Quadro 2 - Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água
Fonte: IBGE/Censos Demográficos (1991/2001).

No quadro 2, portanto, verificou-se que, no ano 2000, 58,2% dos moradores de Laranja da Terra ainda utilizavam água proveniente de poços artesianos e nascentes. Entre os anos de 1991 e 2000 foi possível observar o maior acesso da população à água, no entanto, esse acesso não foi acompanhado pelas tecnologias de tratamento de água, já que a maioria da população continuou a utilizar poços e nascentes. O item “outra forma”, no quadro acima, refere-se às famílias que se utilizam das águas do rio e córregos para o seu abastecimento.

Foi possível perceber que houve, em 10 anos, um pequeno crescimento, 5,3% do número de famílias que se utiliza da água encanada e tratada. Essa é uma questão importante a ser considerada quando se analisam as condições de saúde da população de Laranja da Terra e a ocorrência de verminoses.

Dados registrados em 2006, por meio do Inventário da Oferta Turística do Município de Laranja da Terra, divulgados pelo SEBRAE (SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS, 2006) revelam a distribuição dos domicílios que dispõem de água encanada por distritos, (TABELA 5):

Tabela 5 - Abastecimento de água por número de domicílios atendidos no município de Laranja da Terra

DISTRITO	NÚMERO DE DOMICÍLIOS ATENDIDOS – ABASTECIMENTO DE ÁGUA
Distrito de Laranja da Terra	1.721
Distrito de Sobreiro	972
Distrito de São Luiz de Miranda	579
Comunidade de Santa Luzia	450
Vila de Laranja da Terra	814
Total	4.536

Fonte: SEBRAE (2006).

Segundo os dados do SEBRAE, a maior parte do Distrito de Joatuba não recebe abastecimento de água da Cesan, empresa responsável pelo saneamento básico (água e esgoto) no município, à exceção da Comunidade de Santa Luzia citada na tabela. Todavia, foi possível perceber, em visita ao município, durante a realização da pesquisa de campo, que estão sendo realizadas obras para estender o abastecimento de água a outros domicílios da região. Em Joatuba, por exemplo, além das obras para o abastecimento de água e esgoto, também estão em curso o calçamento das ruas e o Projeto Caminhos do Campo, com o intuito de facilitar o escoamento dos produtos agrícolas do município à cidade.

Em Laranja da Terra, a falta de água tratada se articula a um outro problema: a escassez do sistema de esgotamento sanitário. No que se refere à proporção de moradores e aos tipos de instalações sanitárias do município, destacam-se os dados a seguir (QUADRO 3):

TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA	ANOS	
	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	5,3%	18,5%
Fossa séptica	0,3%	0,1%
Fossa rudimentar	69,9%	63,8%
Vala	2,8%	4,8%
Rio, lago ou mar	-	1,7%
Outro escoadouro	0,3%	1,9%
Não sabe o tipo de escoadouro	-	-
Não tem instalação sanitária	21,4%	9,2%

Quadro 3 - Proporção de moradores por tipo de instalação sanitária
Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Verifica-se portanto, no quadro 3, que a fossa rudimentar era utilizada, em 1991, por 69,9% da população do município e que, em 2000, esse percentual se reduziu para 63,8%. No que diz respeito à rede de esgoto, apesar de um pequeno aumento no número de famílias que tiveram acesso a ela entre os anos de 1991 e 2000, é possível observar que a grande maioria da população permanece sem esgoto tratado, ou seja, 81,5% da população.

Sobre o tipo de coleta de esgoto, realizadas pela Cesan, verifica-se abaixo a relação dos Distritos e o número de domicílios atendidos (TABELA 6):

Tabela 6 - Rede de esgoto por número de domicílios atendidos no município de Laranja da Terra

DISTRITO	NÚMERO DE DOMICÍLIOS ATENDIDOS PELA REDE DE ESGOTO
Distrito da Sede Laranja da Terra	1.656
Distrito de Sobreiro	1.600
Distrito de São Luiz de Miranda	579
Comunidade de Santa Luzia	450
Vila de Laranja da Terra	814
Comunidade de Cinco Pontões	620
Total	5.719

Fonte: SEBRAE (2006).

No Distrito de Joatuba, em 2006, apenas a Comunidade de Cinco Pontões era contemplada com rede de esgoto da CESAN. O fato de Joatuba não dispor de saneamento básico (água e esgoto tratados) podem ser verificados níveis de contaminação, da população, por verminoses e outras doenças decorrentes da falta da rede de água e esgoto. Apesar de não se terem dados sistematizados sobre o assunto, foi possível perceber, nas entrevistas com os profissionais de saúde, que a

contaminação por verminose tem sido, no universo das demandas apresentadas, uma das mais recorrentes, em especial, quanto se tratam de moradores da comunidade de Joatuba.

Mesmo aqueles que dispõem de fossas sépticas, que são compartimentos escavados no chão e que servem como depósito para o esgoto gerado numa residência, a sua construção deve obedecer algumas regras para evitar a contaminação de lençóis d'água. Portanto, elas devem ser construídas a, pelo menos, 30 metros de distância de qualquer fonte de captação de água, tais como poços e bicas. Essa medida tem por objetivo evitar a contaminação da água no subsolo. No caso de Laranja da Terra, se alguns moradores seguem as orientações para a construção de suas fossas, há aqueles que, devido à desinformação, não estão atentos para o problema, por isso, é comum observar fossas próximas às casas e a criação de porcos e de outros animais em seus quintais próximos aos rios. Tudo isso, além de propiciar a contaminação dos alimentos (hortaliças, frutas) consumidos por eles, contribui para a contaminação da água que serve a outras regiões do Município.

Outro problema que corrobora o agravamento das condições de saúde no município diz respeito ao descarte do lixo domiciliar. Abaixo, verifica-se a proporção de moradores e o tipo de coleta de lixo realizado no município (QUADRO 4):

COLETA DE LIXO	ANOS	
	1991	2000
Coletado	6,7%	28,4%
Queimado (na propriedade)	25,7%	54,9%
Enterrado (na propriedade)	1,0%	1,5%
Jogado	60,9%	11,9%
Outro destino	5,7%	3,3%

Quadro 4 - Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo
Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Observa-se, no quadro 4, que, em 1991, mais de 60% dos moradores do município jogavam o lixo no meio ambiente sem o cuidado necessário, o que diminuiu progressivamente no ano de 2000, atingindo um percentual de 11,9%. O descarte aleatório do lixo sem maiores preocupações com os problemas ambientais advindos

dele, na maioria, das vezes, está relacionado à ausência do Poder Local na coleta e à falta de informação da população local sobre os seus impactos.

Também a queima do lixo aumentou como estratégia de descarte, passando de 25,7%, em 1991, para 54,9%, no ano 2000.

4.3.2 O uso de agrotóxicos

Seguindo o curso da pesquisa, foi possível levantar dados sobre outra doença registrada entre idosos pomeranos, no caso a erisipela-vascular, que, no ver da entrevistada 1, ocorre “[...] *devido ao uso de agrotóxicos*”. O entrevistado 2 relata que *“são diversas [as] causas relacionadas à internação [de idosos], devido às condições de vida e de como eles tratam da própria saúde. Temos muitos casos de erisipela, eles só buscam o tratamento quando já temos uma grande extensão”*.

Segundo Edmundo Vasconcelos de Carvalho e Maria do Socorro Braga de Carvalho (2001), a erisipela é uma infecção descrita com um processo séptico, provocado, principalmente, por bactérias como *estreptococos* e, secundariamente, por *estafilococos*.

A autora Merisa Garrido (2002, p. 2) cita a erisipela como “infecciosa caracterizada pelo comprometimento da pele, apresentando eritema circinado de rápida disseminação por via linfática, a partir dos capilares, atingindo também os linfonodos”.

Ela é uma patologia com incidência estimada de 10 a 100 casos por 100.000 habitantes/ano no mundo, inclusive algumas publicações demonstram aumento progressivo de sua incidência nas últimas décadas. Ela acomete os adultos entre os 40 e 60 anos e as mulheres são as mais atingidas, devido a fatores de queda da

imunidade, ao tratamento de câncer de mama que inclui a mastectomia e retirada total dos linfonodos¹¹ (CAETANO; AMORIM, 2005).

Os principais fatores de risco para o surgimento da erisipela em membros inferiores são: o linfedema crônico e a existência de uma solução de continuidade na pele (lesões na pele de etiologia fúngica, úlcera crônica ou lesão traumática). São diversos os agentes causadores da doença, entre eles estão agentes químicos decorrentes, na maioria das vezes, do uso de agrotóxico na atividade agrícola (ver QUADRO 5).

AGENTES CAUSADORES		DESCRIÇÃO DOS AGENTES	
Agentes físicos	Traumas	Iatrogênicos	
		Não iatrogênicos	Cortes, contusões, abrasões
	Queimaduras	Pelo frio ou calor	
	Irradiações	Raios Roentgen, cobaltoterapia, iaserterapia	
Agentes Químicos	Drogas	Drogas Imunossupressoras, quimioterápicas, injeção abusiva de drogas por toxicômano	
	Venenos presentes em substâncias aplicadas na agricultura	Parathlon	
	Outros	Silício, alumínio, ferro	
Agentes Biológicos	Bactérias	Gram-positivas, gram-negativas	
	Vírus	Da orofaringe	
	Fungos	Sporotricum sckenkii, Candida albicans	
	Outros	Carcinomatose (metástases cutâneas de infecção aguda), Lúpus, Artrite reumatoide	

Quadro 5 - Agentes Causadores de Erisipela.

Fonte: Garrido (2002, p. 2).

Em investigação junto à principal loja que comercializa fertilizantes e agrotóxicos em Laranja da Terra, o técnico agrícola que trabalha na mesma informou que os pomeranos adquirem os produtos para usá-los em suas lavouras. Os mais adquiridos, segundo informações do técnico, foram o herbicida (Roundup®),

¹¹ O tratamento normal para o câncer da mama é a remoção parcial ou total do peito com a extirpação parcial ou total dos gânglios axilares. O risco de desenvolver linfedema (acúmulo do fluido linfático no tecido intersticial, causando inchaço, mais frequente em braços e pernas, quando os vasos linfáticos estão prejudicados), após a cirurgia do câncer da mama depende do número de gânglios removidos, da quantidade de radiação recebida e na capacidade que as funcionalidades restantes ainda tiverem, para compensar a perda.

fungicidas (Derosal ®), inseticidas, acaricidas, espalhante adesivo¹² utilizados nas lavouras de tomate, quiabo, pepino, pimentão, jiló e café. Tais produtos se destinam à comercialização e ao consumo. E, segundo informações das fabricantes multinacionais – Syngenta®, Basf®, Nufarm®, Bayer® – todos estes produtos apresentam malefícios à saúde dos trabalhadores rurais (ver bulas de seus produtos).

Segundo o diretor da Anvisa, José Agenor Álvares da Silva, o Brasil usa 19% dos agrotóxicos produzidos, representado 1/5 da totalidade de agrotóxicos consumidos no mundo. Em 2011, segundo Guilherme Franco Netto, o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, registrou 8 mil casos de intoxicação por agrotóxico (BRASIL, 2012).

Em se tratando de agrotóxicos, destaca-se o Roundup que contém, além do glifosato, outras substâncias, chamadas “surfactantes”, que servem para facilitar a aplicação e a absorção do produto pela planta. De acordo com Kaczewer (2002), estudos toxicológicos recentes, realizados por instituições científicas independentes, indicam que herbicidas à base de glifosato podem ser altamente tóxicos para animais e seres humanos. Eles revelaram efeitos adversos em todas as categorias de testes toxicológicos em laboratório na maioria das doses ensaiadas (toxicidade subaguda, toxicidade crônica, danos genéticos, transtornos reprodutivos e cancerígenos).

A presença de diferentes substâncias tóxicas em um único produto exige que estas sejam consideradas no seu conjunto, ou seja, na interação de umas com as outras para se ter uma noção mais correta dos impactos gerados no ambiente e na saúde humana (BARCELLOS, 2008; CENTRO DE PESQUISA PARA O DESENVOLVIMENTO DO EXTREMO SUL DA BAHIA, 1992; CARRERE, 2004). Na maioria das vezes, o herbicida aplicado, em períodos de chuva, é levado para os mananciais próximos, contaminando a água e peixes. Simone Ferreira (2002) escreve que a Organização Mundial de Saúde está alterando a classificação toxicológica do Roundup de “pouco tóxico” para “altamente tóxico”.

¹² Elemento químico que deve ser misturado ao agrotóxico, permitindo assim a maior aderência dos mesmos às folhas.

Uma forma de amenizar o impacto do seu uso, para Peres e Rosemberg (1999), é a adoção de equipamentos apropriados. Tais equipamentos objetivam impedir o contato direto da pele com o veneno e também a sua aspiração. No entanto, são equipamentos de uso individual que precisam ser comprados ou alugados. Também os agricultores, muitas vezes, dispensam o uso do equipamento pelo fato de ser desconfortável.

O uso de agrotóxico pela agricultura acontece a partir no século XX. Lembra Lucchese (2005) que os agrotóxicos surgem no contexto da Segunda Guerra Mundial e “[...] serviram de arma química nas guerras da Coréia e do Vietnã, como o conhecido ‘agente laranja’, desfolhante que dizimou milhares de soldados e civis, além de ter contaminado rios e mares e seres vivos presentes nos ambientes em que foi jogado” (LUCCHESI, 2005, p. 3). Mas foi na década de 1950 que o uso do agrotóxico se generalizou, em especial, nos chamados países de economia periférica, considerados atrasados na forma de desenvolver a sua agricultura. Por isso, os Estados Unidos foram os grandes incentivadores do uso de agrotóxicos por esses países. Acoplado a isso ocorrem muitos avanços tecnológicos, conformando a chamada modernização da agricultura. Esses eventos foram denominados de Revolução Verde. Tal revolução alterou de forma radical a forma de produção agrícola no Brasil e em várias partes do mundo, levando a um processo de naturalização do uso de substâncias químicas por camponeses, tais como aquelas conhecidas como “defensivos agrícolas” e fertilizantes. Poucos estudos indicavam, à época, as implicações do uso dessas substâncias para a saúde, entre eles está o trabalho de Carson.

Já em 1962, foi dado o primeiro alerta: Rachel Carson publicou, nos EUA, o livro Primavera Silenciosa (*Silent Spring*), que foi a primeira obra a detalhar os efeitos adversos da utilização dos pesticidas e inseticidas químicos sintéticos, iniciando o debate acerca das implicações da atividade humana sobre o ambiente e o custo ambiental dessa contaminação para a sociedade humana. A autora advertia para o fato de que a utilização de produtos químicos, para controlar pragas e doenças, estava interferindo com as defesas naturais do próprio ambiente (MARTINS, 2011, p. 327).

Como resultado, houve o aumento da produtividade e a agricultura foi se transformando em uma importante atividade econômica, alavancada através da exportação brasileira. Mas com a utilização de incrementos na produção agrícola surgiram consequências principalmente para a saúde dos trabalhadores rurais e dos

ecossistemas. Notou-se o crescimento descontrolado de insetos, fungos e roedores, o desequilíbrio da fauna e da flora, a destruição dos ecossistemas para ampliação das áreas de agropecuárias.

O Brasil passou a utilizar os agrotóxicos de forma indiscriminada o que tem contribuído para a contaminação ambiental e para o aumento das intoxicações, principalmente entre os trabalhadores que manipulam os produtos. Alguns estudos verificaram que o seu uso em regiões de agricultura familiar evidenciavam a contaminação do ambiente de moradia, principalmente a poeira domiciliar, solo, ar e alimentos. Pode-se entender, ainda, segundo Jacobson et al (2009, p. 2.240), como causa “à forma de armazenamento dos agrotóxicos, que no meio rural se dá na sua maioria no local de moradia, e ao uso de roupas contaminadas no campo, que são usadas dentro de casa”.

Verifica-se, por meio dos dados epidemiológicos da Secretaria Estadual de Saúde que, em 2009, no Espírito Santo, foram registrados 702 casos de intoxicação por agrotóxicos de uso Agrícola e 197 casos de intoxicação por agrotóxicos de uso doméstico (PORTAL DO GOVERNO DO ESPÍRITO SANTO, 2009).

Segundo os dados levantados através das entrevistas no trabalho de Jacobson et al (2009), o uso de agrotóxicos pelos pomeranos da região de Santa Maria de Jetibá, cidade próxima à Laranja da Terra, teve início na década de 1980, com a implantação de energia elétrica e a construção de sistemas de irrigação. Até este período, a maior parte do povoado não conhecia o uso de agrotóxicos. O processo produtivo sofreu importante transformação; a agricultura antes voltada para a produção de café, milho, arroz, cana-de-açúcar, feijão e agricultura de subsistência, foi substituída pela olericultura (hortas), com a possibilidade de aumento de rentabilidade na produção agrícola. Dessa forma, o uso intensivo de substâncias químicas se iniciou com a implantação da olericultura e, em momento posterior, para o controle das pragas.

Na pesquisa realizada por Jacobson et al (2009) em Santa Maria de Jetibá, considerado o município mais Pomerano do Brasil com 34.176 habitantes, entre eles 80% de descendentes Pomeranos, verificou-se, quanto ao uso de agrotóxicos, que a

maior parte dos entrevistados (60%) utilizavam agrotóxicos na produção agrícola. O objetivo principal do uso de agrotóxicos naquela região era para o controle de pragas e para o aumento da produção

Um outro problema que está relacionado ao uso de agrotóxico são as doenças de pele e o câncer. Não se encontrou na literatura pesquisada nenhuma informação acerca de outros tipos de cânceres em Laranja da Terra para além do de pele, no entanto, sabe-se que um dos malefícios causados pelos venenos são variados tipos de câncer, entre eles destaca-se a leucemia, conforme dados divulgados pela equipe de pesquisadores do Núcleo Trabalho, Saúde e Meio Ambiente para a Sustentabilidade (Tramas), da Universidade Federal do Ceará, em 2008. Segundo os seus estudos, os agricultores apresentam índice de leucemia, um tipo de câncer, seis vezes maior que o esperado, em comparação com trabalhadores de atividades não agrícolas (MONTEIRO, 2010).

No que se refere ao câncer de pele, lembra Rocha (apud FEHLBERG; MENANDRO, 2011) que, no caso pomerano, o câncer de pele está mais relacionado à falta de proteção do sol do que ao uso de agrotóxico:

[...] alta incidência de câncer de pele entre os descendentes de pomeranos presentes na região, fortemente associada à exposição excessiva da pele com escassa pigmentação ao sol, ainda que também concorra para o problema o contato frequente com agrotóxicos (ROCHA apud FEHLBERG; MENANDRO, 2011, p. 82).

Atualmente, em Laranja da Terra, tem sido verificados pela equipe do Projeto Dermatológico, iniciativa da Universidade Federal do Espírito Santo em parceria com o município, casos de câncer de pele, geralmente entre mulheres pomeranas na faixa etária de 40 a 50 anos. São agricultoras que se expõem longos períodos ao sol enquanto realizam as suas atividades laborais sem qualquer tipo de proteção.

Segundo Roberto Pagung (2007), este é um problema de saúde que preocupa as lideranças pomeranas há algum tempo. Lembra ele que já no início da década de 1980, o Sr. Arlindo Lagass, que coordenava o Albergue Martin Lutero da Igreja Evangélica da Confissão Luterana de Vitória, localizado em Vitória, levava os pomeranos do interior do Estado para serem atendidos pelo ambulatório do Hospital

Universitário Cassiano Antônio Moraes. A maioria dos que eram levados já apresentava câncer de pele com grandes lesões. Recorda ainda que:

O professor Cley [dermatologista] percebeu que o número de pacientes era cada vez maior. Entretanto, aquele grupo que havia decidido procurar tratamento era uma minoria. Ele imaginou que o número de pessoas com a doença poderia ser bem maior nas suas cidades de origem e julgou que seria necessário se aproximar dessas pessoas e aos poucos iniciar um trabalho de prevenção nessas localidades. Porque, se elas chegavam a apresentar tumores com até 10 cm, é porque a doença já persistia há muitos anos. Para um tumor de pele atingir esse tamanho são necessários 10 a 15 anos. A intenção do doutor Cley era identificar essas lesões mais no início ou antes mesmo que elas aparecessem, dando ênfase ao trabalho de orientação e prevenção. No início, a parceria era entre a Ufes (Pró-Reitoria de Extensão) e o Albergue da Igreja Luterana. Logo em seguida, o doutor Cley trouxe a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa). Mais recentemente, as prefeituras dos 11 municípios [onde residem população pomerana] que recebem o projeto passaram a apoiar o trabalho. (PAGUNG, 2007, p. 1).

As localidades abordadas pelo Projeto Dermatológico são: Marechal Floriano, Domingos Martins, Santa Maria de Jetibá, Baixo Guandu, Palmeira de Santa Joana (Itaguaçu), Serra Pelada (Afonso Cláudio), Alto de Jetiboca (Itarana), Vila Valério, Lajinha de Pancas (Pancas), Vila Pavão, Garrafão (Santa Maria de Jetibá) e Criciúma (Laranja da Terra).

Eles [os profissionais de saúde] atuam nas paróquias das igrejas, nos postos de saúde, nas escolas ou nos centros comunitários. Com organização e criatividade transformam esses locais em verdadeiros hospitais de campanha. Nesses “hospitais” improvisados chegam a atender em média 500 pessoas num único fim de semana. A rotina é relativamente simples: uma longa fila se forma na porta e o trabalho é iniciado. As pessoas são identificadas, examinadas e os casos que exigem intervenção cirúrgica são resolvidos na hora (PAGUNG, 2007, p. 1).

De acordo com a Dergham et al (2004), o câncer de pele é caracterizado pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem o tecido cutâneo, “é o mais comum nas populações de pele branca, superando até a soma de todos os demais” (DERGHAM et al, 2004, p. 555). A taxa exata de incidência não é muito conhecida, devido ao simples fato de que muitos casos não chegam a ser diagnosticados ou não são reportados pelos médicos. Pode ser considerado como o mais frequente de todos os tipos de câncer que acometem os seres humanos.

Souza et al (2009) destacam ainda que os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele podem ser tanto genéticos quanto ambientais. A causa ambiental mais significativa é a excessiva exposição ao sol, particularmente nos primeiros anos

de vida. Pessoas com determinadas características físicas, em especial de pele e olhos claros, apresentam maior risco de desenvolver câncer de pele. Estas são as características físicas da população pomerana. Verifica-se, na pesquisa do autor, que, no Brasil, a maior parte dos casos de melanoma ocorre nas regiões Sul e Sudeste do país, cuja população é predominantemente branca e, portanto, mais suscetível à influência dos altos níveis de raios solares UV. É importante destacar que na população negra as primeiras lesões passam despercebidas devido à pele negra e o diagnóstico, conseqüentemente, é feito em estádios mais avançados da doença.

4.4 A HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE IDOSOS POMERANOS DE JOATUBA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), como já foi lembrado tanto na introdução quanto no item 2 deste estudo, é uma patologia de múltiplas causas e fatores, que foram surgindo com a evolução da humanidade (FLACK et al, 1992; PORTO et al, 1999). Ela é considerada um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente entre os idosos, acometendo uma quantidade bastante expressiva de pessoas acima de 60 anos. É um fator determinante de morbimortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais dos idosos. Ela não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento (BRASIL, 2006).

No caso dos idosos pomeranos hipertensos, um dos problemas identificados é a ocorrência do acidente vascular cerebral (AVC). O AVC pode ser causado por várias doenças, mas também existem fatores de risco e os mais comuns para os tipos isquêmicos são pressão alta, diabetes, doenças cardíacas e taxas de colesterol e

triglicérides altas. Pode acometer pessoas fumantes. No caso do AVC hemorrágico, os fatores que o ocasionam são a hipertensão, distúrbios de coagulação e, eventualmente, a presença de aneurisma cerebral (dilatação das paredes de artérias ou veias), que é congênito (a pessoa nasce com ele).

Em se tratando dos idosos pomeranos, segundo os profissionais de saúde, a ocorrência do AVC está intimamente relacionada à hipertensão arterial. De acordo com a entrevistada 1, o cartório do município registrou seis óbitos em decorrência de AVC em 2011, porém não se pôde verificar quantos eram descendentes de pomeranos. Anterior a isso, em 2010, registraram-se dois óbitos por doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2010). E até janeiro de 2012, foram notificados junto ao SIAB dois casos de acidente vascular cerebral (BRASIL, 2012). A entrevistada 1 reafirma a relevância do AVC como causa *mortis* de pomeranos: “as causas [comuns] de falecimento são CA, AVC”.

Entre as consequências da ocorrência do acidente vascular cerebral estão as complicações e distúrbios respiratórios, a broncopneumonia, a pneumonia lobar, a embolia pulmonar e o acúmulo de secreção traqueobrônquica. Eles são os eventos mais frequentes e podem levar à insuficiência respiratória (RADANOVIC, 2000). A pneumonia decorrente do AVC também foi apontada pelos sujeitos de pesquisa como uma doença que afeta idosos pomeranos.

A pneumonia representa, no Brasil, a quarta causa de hospitalização e uma das causas de morte entre idosos. Nos Estados Unidos, enquanto taxas de hospitalização têm decaído como um todo, hospitalizações por infecções do trato respiratório inferior têm aumentado progressivamente desde 1980 (RADANOVIC, 2000).

Os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) falam da emergência da adoção de programas que atuem no campo da prevenção em saúde no município, em especial no que se refere às causas da hipertensão arterial. Os dados registrados revelam que o número de hipertensos atendidos até dezembro de 2011 pelas quatro unidades básicas de saúde do município foi de 1.100 pessoas, dessas, 918 são usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Segundo a

Entrevistada 1, “os últimos dados gerados pelo Sistema de Atenção Básica foi de 918 pacientes hipertensos cadastrados” em todo o município. Do total de hipertensos cadastrados pelo SIAB, 314 são idosos, subdivididos em 189 do sexo feminino e 125 do sexo masculino (ver TABELA 7). É possível concluir que 65,7% dos hipertensos estão em faixas etárias inferiores a 60 anos, e mais, que 182 hipertensos não são acompanhados pela ESF (BRASIL, 2011).

Tabela 7 - Número de Pacientes Hipertensos por Sexo e Faixa Etária (60 ou mais anos) atendidos no município de Laranja da Terra - Janeiro de 2012

SEXO	FAIXA ETÁRIA					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 e +	Subtotal
M	32	25	22	28	18	125
F	39	50	33	38	29	189
Total						314

Fonte: Brasil/Ministério da Saúde/Datasus (2012).

Uma questão levantada pela entrevistada 1 foi o “*aumento nos custos*” em decorrência das demandas apresentados pelos pacientes com AVC. Recuperando Carvalho, Mulinari e Lafite (1995), a grande prevalência de HAS e de suas comorbidades multiplicam o risco de problemas cardiovasculares, colaborando para incrementar as taxas de morbimortalidade e os custos socioeconômicos. A falta de prevenção em saúde tem levado a um aumento de investimentos públicos no tratamento das doenças e de suas sequelas. E, por mais que seja tarefa do município cuidar do nível básico da saúde, ou seja, atuar no campo da prevenção, o processo de adoecimento da população brasileira tem exigido ações imediatas do município, em especial daqueles distantes das regiões metropolitanas, gerando impactos orçamentários. Como já foi apontado neste estudo, o processo de municipalização da saúde não foi acompanhado pela distribuição do bolo orçamentário da União e dos Estados, sobrecarregando a receita municipal.

A seguir, serão apresentadas a falas dos sujeitos de pesquisa: idosos pomeranos hipertensos e profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Nelas, estarão contidas suas visões sobre causas, sintomas, adesão ao tratamento, e estratégias adotadas de prevenção e tratamento da doença.

4.4.1 Os sintomas da hipertensão arterial sob o olhar dos idosos pomeranos

Os entrevistados relatam o desconforto que sentem com os sintomas da hipertensão arterial.

Eu sei, muitas vezes anos atrás, eu ficava tonta quando eu sentava ou deitava, fui atendida em Itarana. Passei mal depois de uma festa, a comida que eu comi fez mal, deu congestão, fui parar no hospital, tomei medicamentos e voltei pra casa e me encaminharam para o Dr. Nilson fazer eletro de coração, e deu tudo bem. Não sei explicar, sei que dá dor de cabeça, e que a pressão sobe (IDOSA 2).

Não sei, me sinto fadigado (IDOSO 13).

Dor de cabeça, dor na nuca (IDOSA 6).

Não sei falar, eu sinto um calor, fico assustada, fico avermelhada, e outras coisas eu não sinto. (responde em pomerano) (IDOSA 8).

Sentia tonturas, mas agora não sinto mais nada. (IDOSA 14).

Sinto problemas no coração (IDOSO 15).

Na pesquisa realizada por Péres; Magna; Viana (2003) verificou-se que, sobre a presença de sintomas da doença hipertensiva, a maior parte das pessoas abordadas relatou que apresenta de um a quatro sintomas diferentes. Dentre as várias categorias relatadas no estudo citado, os sintomas mais frequentes foram dor de cabeça e dor na nuca (18%), coração acelerado e pontada no peito (13%), tontura (11%) e dor no corpo e nas veias (8%). Os sintomas apontados pelos idosos de Laranja da Terra não diferem daqueles identificados pela literatura. Os sintomas relatados pelos idosos pomeranos corroboram a literatura pesquisada, destacando-se entre eles a fadiga, a tontura e a dores de cabeça:

4.4.2 As causas da hipertensão sob a análise dos idosos pomeranos e dos profissionais de saúde

Buscando identificar o nível de conhecimentos sobre a hipertensão arterial, foi perguntado aos idosos sobre as causas da hipertensão arterial, obtendo-se as seguintes respostas:

A explicação dos médicos é que quem come muita banha e gordura. O sangue engrossa. Se aborrece com alguma coisa, sobe a pressão (IDOSA 1).

Comida salgada e negócio de gordura. Negócio de sal (IDOSA 5).

Nervosismo. Não sei, eu me preocupo muito, fico muito nervosa, preocupada com a filha separada e aquilo me subiu à cabeça (IDOSA 9).

A profissional da Estratégia Saúde da Família (ENTREVISTADA 5) também apontou a alimentação, como uma das possíveis causas da HAS entre idosos pomeranos: *“Alimentação [com] muita gordura e muito sal”* corroborando a fala dos idosos. Enquanto a entrevistada 6 acredita que a alimentação não pode ser identificada como causa da hipertensão em idosos pomeranos: *“Acho que a alimentação não interfere, pois tanto os negros, quanto os pomeranos têm a hipertensão. O excesso de sal contribui. Observo que tem diminuído bastante o uso de carne de porco, o que é bom”*.

Quando à Idosa 1, ela utiliza a expressão “o sangue engrossa” referindo-se àquelas pessoas que têm uma tendência maior de solidificar o sangue. De acordo com Miyamoto, “Esse fator pode ser genético ou desencadeado por doenças - como o câncer - e pelo uso de remédios - como anticoncepcionais” (MIYAMOTTO apud GENARO, 2008, p. 1). A alimentação também é fator determinante para estimular a qualidade do sangue. O sangue com hipercoagulabilidade é mais espesso e mais viscoso do que o normal devido a uma alteração dos fatores de coagulação, tornando mais difícil a circulação sanguínea (VELOSO, 2011). Se por um lado, segundo a literatura, ele exerce um papel importante quando ocorre uma hemorragia, sendo fundamental para “estancar” o sangue rapidamente; por outro, pode, em caso de disfuncionalidade,

[...] provocar um espessamento do sangue que vai diminuindo o calibre dos vasos sanguíneos, sobretudo dos vasos capilares, e que dificulta ou impede o transporte de nutrientes para as células e tecidos podendo, por sua vez, originar carências nutricionais ou mesmo uma baixa de oxigênio a nível celular, elemento fundamental nos processos metabólicos. Essa obstrução parcial ou por vezes total dos vasos sanguíneos poderá também conduzir, como se depreende, a enfarte do miocárdio ou a trombose, conforme a zona afetada. Nunca é de mais lembrar que a razão principal de nos alimentarmos é fornecermos ao organismo (células e tecidos) todos os nutrientes essenciais a uma boa saúde e, se o não fizermos ou, se por qualquer motivo, aquilo que comemos não “chega ao destino”, poderemos sofrer sérias consequências sanitárias (VELOSO, 2011, p. 1).

Uma das estratégias para prevenir os problemas decorrentes do “sangue grosso” e a adoção de uma boa alimentação buscando melhorar a dinâmica circulatória. A dieta é o passo mais básico para ter um sangue fluido e um bom sistema circulatório.

A gordura e o sal também citados pelos entrevistados são indicados pela literatura e pelos diagnósticos médicos como os vilões da saúde cardíaca. O sal favorece a hipertensão, retenção de líquidos (que faz o corpo inchar), problemas renais, digestivos e cardiovasculares. O sal é rico em sódio, por isso, estimula o organismo a reter líquidos e aumentar de volume, podendo elevar a pressão sanguínea e causar hipertensão, responsável por infarto e acidente vascular cerebral, entre outros. O consumo excessivo de sal também pode afetar os rins (MUNHOZ, 2010).

Além disto, a gordura de origem animal, citada pelos entrevistados como causa da hipertensão, é encontrada, principalmente, em carnes vermelhas, leite e seus derivados. Para um bom equilíbrio nutricional, o organismo humano necessita desse tipo de substância, mas em quantidades pequenas. Quando consumida em alta quantidade, em especial quando saturada, pode formar placas de gordura nas paredes das artérias, levando ao seu entupimento. O processo de fritura leva a gordura à saturação, em especial, quando é reutilizada, prática comum entre famílias pomeranas. No caso da gordura trans presente em alimentos industrializados e também consumidos pelos camponeses, Munhoz (2010, p.1) recomenda que sejam evitadas.

Não há benefício algum para a saúde humana derivado do consumo dessa substância. Esse tipo de gordura é responsável pela diminuição do colesterol benéfico ao organismo (HDL) e pelo aumento do colesterol ruim (LDL), elevando o risco de obesidade e complicações cardíacas.

Também as idosas 1 e 9 apontam como causa “aborrecimento” e “preocupação”. A literatura reconhece que o estresse emocional pode ser desencadeador de aumentos pressóricos. Sobre isso, escreve Lipp (2007, p. 90):

Estudos brasileiros sobre reatividade cardiovascular, conduzidos por Lipp com 58 pacientes com hipertensão estágio 1 [...] e com 80 adultos, mostram que o hipertenso exibe aumentos de pressão significativos quando submetido a sessões experimentais de estresse emocional. Neste último estudo, foi verificada uma maior magnitude dos aumentos pressóricos quando o hipertenso era levado a expressar os sentimentos de modo direto, levando à conclusão de que situações socialmente desafiadoras e

estressantes representam um estressor cujos efeitos podem variar dependendo do nível de controle que os respondentes exercem sobre suas emoções.

Liff (2007) observou que variáveis psicológicas e estresse emocional devem ser considerados, porque interferem na reatividade cardiovascular.

4.4.3 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial

No caso dos Idosos, se há os que resistem às orientações dos profissionais de saúde, há aquela parcela que busca segui-las, alterando os seus hábitos alimentares e estilos de vida, inclusive quando se trata de parar de fumar.

Cada pessoa tem que ter a consciência dele, o que pode e o que não pode. Antes eu fumava, e larguei porque sei que faz mal. Sobre alimentação eu não penso nada, o que faz mal eu deixo de comer. Frituras, comida muito salgada, eu evito. Carne de porco eu gosto e como de vez em quando (IDOSO 4).

Não como carne de porco, porque falam que faz mal por causa da osteoporose, comida pouco salgada e minha pressão sempre tá normal (IDOSA 5).

.Péres, Magna, Viana (2003) relatam que ao realizar uma pesquisa sobre a adoção de hábitos saudáveis por pacientes com hipertensão constataram que 40% deles alteraram hábitos alimentares e de vida. Dentro da categoria hábitos alimentares, as mudanças mais citadas foram evitar o sal (43%) e a gordura (26%). Já a categoria mudança nos hábitos de vida envolveu respostas sobre fazer caminhada e ginástica (80%) e evitar o fumo (20%).

Quando perguntados sobre a adoção de uma nova postura alimentar para o controle da hipertensão arterial, os idosos responderam da seguinte forma:

Só como pastel quando vou receber no banco. Evito comer muito sal. Produtos gordurosos, doces, evitar chocolates. A gente vê comer, mas não pode comer. Gosto sempre de comer coisas mais naturais, verduras, feijão arroz, carne de boi, evito carne de porco. Só quando sarar a perna (IDOSA 1).

Evitar o sal, fazer caminhada, mas já não dá mais pra fazer caminhada por causa da perna. Não posso comer de tudo mais, não posso comer doce,

verduras, como feijão arroz, algumas qualidades de carne. Como carne de porco frito, ensopados às vezes (IDOSA 3).

Tem que ser sem sal, não comer muita gordura. Comer alimentos sem sal, menos gorduras, como frituras feitas em óleo vegetal, só o feijão faço na banha de porco (IDOSA 10).

Eu como bem. Sei que não pode comer muito sal, uso banha de porco, mas não em excesso (IDOSA 11).

A idosa 1 relata não se alimentar de carne suína devido à um pós-operatório de ressecção de varizes. E a idosa 3, por causa da obesidade, sofre com o desgaste ósseo do quadril, não tendo mais condições de realizar grandes atividades físicas.

Segundo Pinto, Saraiva e Gomes (2011) o sobrepeso favorece o aparecimento de lesões e desgaste ósseo e muscular, além disso, a sobrecarga na coluna e nos membros inferiores, a longo prazo, pode causar degenerações (artroses) de articulações da coluna, quadril, joelhos e tornozelos, além da doença varicosa superficial e profunda (varizes), assim como úlceras de repetição e erisipela.

A verdura é um componente alimentar bastante ressaltado pelos entrevistados, sendo colocado como um grande aliado para o tratamento e controle da hipertensão arterial:

Comer de tudo quanto é verdura Eu não tenho muita vontade de comer. Gostaria de comer miojo, mas não deixam (IDOSA 6).

Mais verduras e menos sal, pouca carne de porco, como pouco, ainda frito os alimentos com metade óleo e metade banha. Feijão é mais gostoso com banha de porco. Menos sal, mais verduras. Descobri que tenho diabetes e tomo muitos remédios (IDOSA 7).

O médico me orientou que posso comer de tudo, só evitar a banha e leite de vaca, comprar desnatado. Comer mais verduras, mais frutas, a única coisa que eu não posso comer é tomate e alface. Às vezes, eu frito os alimentos com banha outras vezes com óleo vegetal (IDOSA 9).

Sei que tem que ser comida com menos sal, menos gordura. Cozinho chuchu, faço chá, salada de pepino, alface, jiló cru (IDOSA 15).

É possível observar, por meio do questionário aplicado junto aos idosos, que, em se tratando da alimentação, que alguns se esforçam para aderir ao tratamento, eles entendem quais são os fatores de risco para a hipertensão arterial, porém, parte deles, como pode ser verificado logo abaixo, não abre mão da dieta que, desde a infância, fez parte dos seus hábitos alimentares, no caso a carne suína, a gordura

extraída a partir dela para realização das frituras, revelando a resistência de parcela destes idosos de adesão ao tratamento.

Só como o normal, não como sal, mas como muita fritura na gordura e banha animal. Não sei, pra mim tanto faz ou tanto fez, o que me trouxeram eu como (IDOSO 13).

A idosa 2 ressalta abaixo o seu bom comportamento alimentar, todavia não abre mão da carne suína e da fritura:

Eu nem sei falar, o que faz a pressão subir, se é o nervosismo. A médica já falou que o nervosismo prejudica a pressão. Alimentação, eu uma vez já fiz exame de triglicerídio e tava alterado, me orientaram pra fazer caminhada, para baixar [taxas] dos exames. E já me mandaram parar de comer carne de pouco, daí eu vi na televisão que para tirar a gordura da carne de porco eu retiro com água fervente, porque eu gosto de comer. Mas não tomo refrigerante, não como pastel, coisas fritas. Quando quero comer ovo, eu cozinho, retiro a parte amarela e só como a parte branca. Só frito os alimentos com óleo. Não compro linguiça. (IDOSA 2).

Com relação ao uso de bebidas alcoólicas, apenas um dos 15 idosos entrevistados relatou o uso e o faz com frequência: “toda tarde bebo um copinho da cachacinha”, percebe-se que o sentimento do mesmo é de que “se não fez mal até hoje não tem problema” (IDOSO 4). Atualmente, em Laranja da Terra, o que pode ser percebido é o consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e adultos entre 18 e 50 anos, constituindo-se em um grande problema de saúde pública. Observa-se que as bebidas mais consumidas são a cerveja e as destiladas, em particular, a cachaça, que é de fácil acesso, por ser produzida na região.

A adesão ao tratamento é indicada no Caderno de Envelhecimento publicado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2006), referindo que a principal causa de Hipertensão Arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida, portanto antes de aumentar ou modificar a dosagem de um anti-hipertensivo, o profissional de saúde deve monitorar a adesão da pessoa ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso).

Foi possível observar, por meio das falas de alguns idosos a não aderência ao tratamento por parte deles e de seus familiares. A hipertensão arterial exige tratamento contínuo e controle durante toda a vida e a baixa adesão ao seu tratamento representa um importante problema de saúde pública. Ainda é pequeno o

número de hipertensos identificados e tratados adequadamente e, segundo Firmo, Lima-Costa e Uchoa, (2004), aproximadamente um quarto dos indivíduos hipertensos continua sem diagnóstico. Entre os diagnosticados, muitos desconhecem ser hipertensos e a maioria não busca tratamento. O desconhecimento do diagnóstico pode estar relacionado a vários fatores, entre eles, a não compreensão da informação, à negação da condição de hipertenso, ou à dificuldade de alterar comportamentos.

Outro aspecto relevante observado por Firmo, Lima-Costa e Uchoa, (2004) quando se trata da não adesão ao tratamento está relacionado à relação médico-paciente. Os autores apontam que estas situações podem estar refletindo dificuldades de comunicação entre médico e paciente ou simplesmente a incapacidade do hipertenso considerar-se doente. “É importante ressaltar que o não reconhecimento do diagnóstico pode ter grande repercussão na adesão aos programas e tratamentos relativos à hipertensão. Quem não é doente não precisa de se tratar” (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHOA, 2004, p. 1037).

Na hipertensão arterial, a adesão ao tratamento é aspecto primordial para o controle adequado da pressão arterial e consequente redução da morbimortalidade. Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, segundo Gusmão e Mion Jr (2006, p. 23), “esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, aos fatores socioeconômicos [...]”, à cultura alimentar, ao estilo e qualidade de vida, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença. Lembram os autores que: a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão a tratamentos crônicos como a resposta positiva do paciente às orientações médicas abalizada pela mudança no estilo de vida, pela ingestão disciplinada de medicamentos e pelo seguimento da dieta. Já Miller et al (apud GUSMÃO; MION JR, 2006, p. 23) conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

Para Gusmão e Mion Jr, vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados:

[...] ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a qualidade de vida (custo, saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO E MION JR, 2006, p 23).

Buscando analisar um dos componentes que revelam a adesão ao tratamento, investigou-se a disciplina dos idosos pomeranos quanto ao uso da medicação prescrita. Quando questionados sobre o uso dos medicamentos nos horários certos e a opinião sobre este assunto, verificam-se as seguintes respostas:

Tomo certinho, de manhã após o café. De 8 em 8 horas. Sempre mando olhar e a pressão tá sempre normal 12 por 8. Na ultima consulta foi tudo bem (IDOSA 1).

Os comprimidos de pressão de manhã cedo, tomo café e o remédio de pressão (IDOSA 2).

Tomo, às 07:00 horas, um comprimido. Tomo pra diabetes, remédio pra dor, por causa do meu problema na perna. To esperando pra operar (IDOSA 3).

Tomo certo, de manhã cedo, terminando o café eu tomo. [Besilato de anlodipino. Enalapril + hidroclorotiazida, nimodipino] às 14:00 horas (IDOSA 5).

Sim, 06 da manhã e 18 horas (IDOSA 6).

Sim, de manhã cedo, depois do café, às 06:00 horas. Fico boa quando tomo no horário certo. Atenolol e Ara 2, hidroclorotiazida, clonazepam, pressat (IDOSA 8).

Se há resistência de parte dos idosos de adesão a uma dieta alimentar para o controle da hipertensão arterial, não se registra isso na mesma intensidade quando se trata do uso da medicação prescrita. Fica evidenciado nas respostas da maior parte dos idosos que ela busca controlar os horários para a utilização dos medicamentos, o que é de extrema importância para o controle da Hipertensão Arterial.

Tomo, de manhã cedo um comprimido. E a tarde uma cachacinha (IDOSO 4).

Sim, de manhã cedo, depois do café (IDOSA 7).

Tomo, de manhã cedo, depois do café. Outro depois do almoço. E a noite, para dormir (IDOSA 9).

Todos os dias, às 07:30 horas. Tem que ser tomado no horário (IDOSA 10).

Todos os dias de manhã, depois do café, o AAS, tomo depois do almoço. Me sinto bem (IDOSO 12).

Sim, tomo às 07:00 horas da manhã, anlodipina, atenolol, enalapril, clortalidona. É muito importante, não posso ficar sem os remédios (IDOSO 15).

Todavia, é preocupante quando um dos entrevistados assume que faz o uso da medicação articulado ao uso de bebida alcoólica.

O autor Wannmacher (2007) cita relatos de casos de interações entre álcool e antiinflamatórios não-esteróides, anti-hipertensivos, metotrexato em altas doses, lítio e depressores do sistema nervoso central. Tais interações, muitas vezes despercebidas ou negligenciadas, têm maior importância em crianças, gestantes e idosos, por peculiaridades farmacocinéticas e sensibilidades diferenciadas nestes indivíduos, bem como pela polifarmácia, quase uma constante na terapêutica medicamentosa contemporânea.

A idosa 14 relata que a sua medicação é monitorada por um membro da família, revelando a importância do envolvimento familiar no tratamento: *“Sim, a nora sempre dá os remédios”* (IDOSA 14).

A idosa 11 fala sobre o seu esquecimento e o não registro dos horários de ingestão da medicação. Tais acontecimentos podem comprometer a eficácia do tratamento, podendo levar ao agravamento da doença: *“Não, eu esqueço, às vezes eu tomo de manhã, e às vezes a tarde. Não sei por que tem que tomar no horário certo”* (IDOSA 11).

Já a idosa 13 assume que não faz uso de medicação para hipertensão, apenas ingere vitaminas: *“Não tomo nenhum remédio, só tomo vitaminas por conta própria”* (IDOSO 13).

De acordo com os autores Gusmão e Mion Jr (2006), para o não uso da medicação, os pacientes argumentaram os efeitos indesejáveis dos anti-hipertensivos, barreiras financeiras, falta de motivação do paciente em tratar uma doença assintomática, tratamento para toda vida, influência na qualidade de vida, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, dentre outros fatores.

Gusmão e Mion Jr. (2006), com o objetivo de identificar as causas da não adesão de pacientes ao tratamento, realizaram pesquisas que os permitiram detectar o que denominaram de uma complexa rede de questões tais como: aspectos relacionados ao medo e à imagem negativa referida pelos pacientes dos medicamentos anti-hipertensivos; a falta de esclarecimento básico sobre a doença e a insatisfação devido às poucas explicações dadas pelo médico, revelando a ausência de interação entre médico e paciente.

Buscando ressaltar a importância do médico no tratamento, os autores Gusmão e Mion Jr (2006) usam como exemplo uma investigação realizada no Japão. A metodologia consistiu em dividir um grupo de hipertensos em seis subgrupos, acompanhados, cada um deles, por um médico diferente. Todos os grupos tiveram a mesma orientação quanto ao tratamento, todavia, foi observada a existência de diferenças significativas entre os grupos, “[...] com grande variação no nível pressórico e, portanto, no controle da pressão arterial” (GUSMÃO E MION JR, 2006, p. 25). Escrevem ainda:

Os resultados sugerem que, de fato, a atitude do médico frente à terapia anti-hipertensiva desempenha papel primordial no controle adequado da pressão arterial. A relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, pode facilitar a adesão ao tratamento e consequentemente aumentar o controle (GUSMÃO E MION JR, 2006, p. 25).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) aponta a necessidade da equipe de saúde acompanhar o idoso de forma mais frequente devido à necessidade de verificar a resposta ao tratamento e à presença de efeitos colaterais. A qualidade de vida da pessoa idosa deve ser avaliada antes e durante o tratamento. É importante considerar, ainda, a participação em grupos de autoajuda para conhecer a natureza

do problema e seu monitoramento e implementar intervenções educativas que favorecem a adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

Se a disciplina para o uso da medicação constitui fator importante para o enfrentamento da hipertensão, o seu pressuposto, que é o acesso à medicação necessária, nem sempre é possível no caso dos idosos pomeranos. Este é um problema trazido pela redução de investimentos na saúde que revela-se na dificuldade do paciente em ter acesso à medicação gratuita. Para muitos, a não gratuidade da medicação compromete o tratamento e controle da doença já que não dispõem dos recursos para a sua compra. Apesar de as profissionais da Estratégia Saúde da Família (entrevistadas 3 e 4) afirmarem que *“os idosos pomeranos têm acesso à medicação necessária ao seu tratamento, principalmente para a hipertensão arterial”*. Todavia, quando os idosos foram questionados sobre o assunto, responderam:

Não, ganho no posto de saúde, pego na farmácia [básica] do município (IDOSA 3).

Não. Ele é doado pelo governo, de 2 em 2 meses eu consigo (IDOSO 4).

Eu comprava tudo, mas agora to ganhando da farmácia popular (IDOSA 11).

É possível observar que parcela dos idosos tem acesso à medicação gratuita, todavia, a maioria, conforme os depoimentos logo abaixo, faz a aquisição da medicação em farmácias privadas da região. No caso dos aposentados pomeranos que, em sua maioria, ganham um salário mínimo do Sistema Previdenciário ou recebem o Benefício de Prestação Continuada, a medicação gratuita é condição *sine qua non* para o seu tratamento. Sobre a compra da medicação, relatam os idosos:

Compro, porque no município só entrega o medicamento para o próprio paciente, e não dá pra ficar de carona na moto do meu marido, e ele vai em outro município e paga [na farmácia particular] para ter o medicamento (IDOSA 2).

Compro todos. Gasto muito (IDOSA 5).

Não, compro (IDOSO 13).

Meu filho sempre compra os medicamentos (IDOSA 14).

Já ganhei, mas como [o medicamento] foi trocado pelo médico tenho que comprar tudo. É um gasto, mais de R\$ 500,00 reais em medicamentos (IDOSA 6).

Compro e pego no posto, mas acho muito fraco [o que é dado no posto]. E compro mais medicamentos para nervos, que são muito caros (IDOSA 7).

Sempre ganhei o diurético, mas o restante eu tenho que comprar todos. Os remédios são muito caros (IDOSA 8).

Compro todos, não ganho nenhum no posto de saúde. Gasto muito, os remédios são muito caros (IDOSA 9).

Alguns idosos relatam fazer uso de medicação manipulada, que também não é financiada pelo SUS.

O remédio manipulado eu compro, e o remédio de coração eu compro também. No posto, eu só ganho o AAS. Antigamente eu comprava remédio caro, mas este que eu compro é mais barato (IDOSO 12).

Eu ganhava no posto, mas não adiantava, daí o médico mandou comprar manipulado. Não tem dificuldade (IDOSA 10).

Eu compro o manipulado e o amiodarona ganho no posto (IDOSO 15).

Percebe-se na fala dos idosos que, quando buscam médicos e clínicas particulares, geralmente as prescrições são de medicamentos manipulados, que o Ministério da Saúde não fornece, portanto, a aquisição fica por conta do usuário. Porém, quando a prescrição é compatível com os medicamentos essenciais, estes devem ser fornecidos pela Unidade de Saúde da Família.

No Quadro 6, a seguir, estão descritos os fármacos disponíveis na rede básica do SUS e a respectiva posologia. A primeira classe de medicamentos referem-se aos diuréticos: Tiazídicos e de alça, representado pelo hidroclorotiazida e a furosemida, respectivamente, a dose diária recomendada é de 12,5 a 50 mg. Os diuréticos atuam nos sistemas circulatório e renal, com efeito de eliminação do acúmulo de líquido do sangue pela urina. Outro fármaco muito utilizado no controle da hipertensão arterial é o propranolol, do grupo de antagonistas adrenérgicos e beta bloqueadores, atuam diretamente no Sistema Nervoso Central diminuindo os batimentos cardíacos e, conseqüentemente, a pressão arterial, dose recomendada de 80 à 320 mg por dia.

A classe de medicamentos mais utilizada para o tratamento da HAS é representada pelo Captopril, que é um antagonista do SRA – inibidores da coenzima angiotensina, responsável por excitar as fibras cardíacas e causar a taquicardia. A dose diária recomendada para captopril e enalapril é de 80 à 320 12,5 e 1505 à 40 mg, respectivamente. Todos os anti-hipertensivos citados no quadro podem gerar alguma reação adversa, muitas das quais os pacientes se queixam e podem até abandonar o tratamento por tais questões.

Grupos e representantes	Dose diária (mg)	Intervalo de dose (h)	Riscos de emprego mais importantes
<u>Diuréticos</u> Tiazídicos <i>Hidroclorotiazida</i>	12,5 - 50	24	Hipocalcemia, hiperuricemia
De alça <i>Furosemida</i>	20 - 320	12 - 24	Hipovolemia, hipocalcemia
<u>Antagonistas adrenérgicos</u> Bloqueadores beta <i>Propranolol</i>	80 - 320	6 - 12	Em predispostos: broncoespasmo, doença arterial periférica, bradiarritmias
<u>Antagonistas do SRA</u> Inibidores da ECA <i>Captopril</i> <i>Enalapril</i>	80 - 320 12,5 - 150 5 - 40	6 - 12 12 - 24	Tosse, hipercalemia

Quadro 6 - Fármacos anti-hipertensivos disponíveis na rede básica do SUS.

Fonte: Brasil, 2006, p. 59.

Fármacos anti-hipertensivos adicionais previstos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) são fornecidos pelo Ministério da saúde através das farmácias cidadãs, medicamentos diferentes destes, não são fornecidos e ficam à cargo do próprio paciente.

4.5 AS ESTRATÉGIAS TRADICIONAIS DA COMUNIDADE POMERANA PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: O USO DE ERVAS MEDICINAIS

A entrevistada 4 cita outras formas utilizadas pelos pomeranos. Segundo ela, “os tratamentos alternativos usados pelos idosos com hipertensão arterial está

relacionado ao uso de chás". O uso de ervas medicinais para a produção de chás com fins à prevenção e ao tratamento da hipertensão é uma prática comum entre os pomeranos.

E a entrevistada 3 relata que os chás mais utilizados são: *"carambola, chuchu. Já ouvimos falar de pé de insulina. Teve uma paciente acreditou na cura através do uso desse chá"*.

A entrevistada 5 informa que os idosos utilizam principalmente chás *"de folha de carambola, cana-caiana, alpiste. Acreditam que ajudam. Para diabetes usam berinjala cozida. Usam chá de urucum para colesterol e diabetes"*.

Em entrevista com o idoso 15 evidencia-se em seu diálogo o uso do chá de chuchu frequentemente.

Verifica-se no artigo de Thum et al (2011) que, ao analisar a inserção das plantas medicinais no campo do cuidado, observou que existem vários fatores que contribuem para o maior consumo de herbáceas, um exemplo é o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência a saúde, além da tendência para a utilização de produtos de origem natural. Porém, é importante destacar que ao utilizar uma planta medicinal, é necessário que o paciente saiba identificá-la corretamente, conhecer sua composição química e contraindicações, além do emprego de uma dosagem adequada, evitando assim possíveis reações adversas e/ou intoxicações.

A partir disso, o autor evidencia a necessidade de valorizar a saúde no meio rural, considerando as diferentes condições de vida, trabalho e saúde da população, incluindo a capacidade e vontade da própria pessoa de realizar o autocuidado. Para tal, busca-se aliar estas ações às políticas nacionais que amparam esse enfoque na saúde e o trabalho executado pelos profissionais de saúde (THUM et al, 2011).

Ceolin et al (2011), ao buscar compreender como ocorre o processo de transmissão de conhecimento sobre as plantas medicinais entre as gerações familiares, destacam que o profissional de saúde deve compreender o significado desta ação e

o contexto cultural no qual ele ocorre. Na prática cotidiana familiar, os modelos de cuidado formal, biomédico e o informal interagem de acordo com as necessidades de saúde do paciente. São utilizadas diferentes práticas como o chá, aplicação de compressas de argila, pastas de ervas, banhos, entre outras técnicas.

A fitoterapia simboliza um dos aspectos importantes da cultura de um povo, sendo utilizada e difundida pelas populações ao longo de várias gerações. Por conta deste aspecto é importante, além de conhecer fatores que interferiram no processo saúde doença da população, conhecer como está prática vêm sendo realizada, para que o uso de plantas no combate ou prevenção de doenças se constitua em estratégia importante para a melhoria da saúde e de vida da população (OLIVEIRA; ARAUJO, 2007, p. 99).

Os autores Oliveira e Araújo (2007) citam que um estudo etnobotânico e de pesquisa de opinião que objetivou a ampliação do conhecimento sobre a utilização de plantas medicinais de uma comunidade do município de Cascavel/PR e subsidiou a implantação dos fitoterápicos na rede pública de saúde do referido município, onde foi encontrado que nenhuma das pessoas entrevistadas revelou que utiliza plantas medicinais por meio de orientação médica. Quase a totalidade informou que utiliza chás através da indicação de amigos e parentes.

Outra estratégia para o enfrentamento da hipertensão arterial pelos pomeranos identificada foi a busca pelos serviços de saúde oferecidos pelo município ou por serviços conveniados e particulares. Com relação aos serviços públicos, a entrevistada 3 argumenta que:

Os recursos utilizados como meio de prevenção e controle da hipertensão arterial entre os idosos pomeranos [no município] são os atendimentos no Programa Hiperdia, fazendo a educação em saúde. Consultas de 2 em 2 meses em todas as áreas, que são oito microáreas (ENTREVISTADA 3).

A entrevistada 5 relata que não há resistência no acompanhamento de saúde por parte dos idosos pomeranos aos tratamentos propostos, somente no caso da vacina de gripe, muitos demonstram o receio de ficarem doentes com a vacina.

Orienta que o papel da família na prevenção e tratamento de doenças em idosos pomeranos é deficiente, pois *“às vezes, nas famílias, há influências negativas ao tratamento, preferem tomar chás ao invés do remédio”* (ENTREVISTADA 5). Aqui é possível observar que, para a entrevistada 5, o uso de chás se apresenta como um

adversário ao tratamento prescrito. Explicita, na sua fala, a descrença da possível articulação entre práticas tradicionais de saúde e aquelas propostas pela ESF.

4.6 AÇÕES DA ESF JUNTO AOS IDOSOS POMERANOS HIPERTENSOS

As entrevistadas 6 e 7 relatam que o município tem respondido aos desafios na prevenção e no acompanhamento da Hipertensão em idosos *“com palestras, prevenção, visitas, orientação e entrega de remédios. O município tem se mostrado muito preocupado, tem assistido bem aos pacientes”*.

No que se refere às dificuldades do município em relação à assistência na Saúde, a entrevistada 8 diz que *“não atendem a todas as necessidades. Faltam muitas coisas, assistência, alguns especialistas, oftalmologistas, endocrinologista. Para meu trabalho como fisioterapeuta, faltam todos os materiais, o que temos aqui, são todos meus”*.

Aqui a entrevistada 8 expõe as precárias condições que os profissionais dispõem para a realização do atendimento aos usuários e a escassez de recursos humanos. Muitas vezes, as precárias condições de trabalho são desmotivadoras das ações em saúde e são consequências do processo de desmonte do serviço público no Brasil. O sistema de saúde brasileiro foi bruscamente afetado, nas últimas décadas, pelas medidas neoliberais, sofrendo impactos na sua estrutura. Por isso, há autores como Paim (2008) que falam de diferentes representações do SUS: o formal e o real, resultando no que ele denomina de SUS para pobres. Este seria resultado do processo de institucionalização do SUS, da imposição de medidas propostas pelos organismos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial. Escreve ele:

O ‘SUS real’, moldado pelas políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, pelo clientelismo, patrimonialismo e partidarização na saúde. O ‘SUS formal’, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias pactuadas, também conhecido como ‘aquele que está no papel’. E há o ‘SUS democrático’ que integra, organicamente, o projeto da RSB [Reforma Sanitária Brasileira] na sua dimensão institucional: universal, igualitário, humanizado e de qualidade. Essas representações em torno do

SUS traduzem interesses cristalizados na 'indústria da saúde', em governos e corporações profissionais, de um lado, e ideais de mudança social, de outro (PAIM, 2008, p. 111).

Dessa forma, o SUS idealizado pelo Movimento de Reforma Sanitária e instituído na Constituição Federal de 1988 sofre um processo de esvaziamento pelo próprio Estado, afetado por limitações e conflitos. Dentre as limitações está o seu financiamento: poucos investimentos para cumprir a gigante tarefa posta pelas demandas que a população brasileira apresenta no campo da saúde. A escassez de recurso afeta diretamente as ações em saúde no nível municipal.

Se por uma lado há dificuldades na realização das ações em saúde da ESF junto aos pomeranos; por outro, os profissionais de saúde também reclamam da resistência que enfrentam junto aos idosos. De acordo com as informações fornecidas por alguns dos entrevistados, há idosos que recusam o atendimento pela equipe da Estratégia Saúde da Família e um dos motivos seria o fato de que *“muitos procuram médicos particulares. Alguns buscam o atendimento no programa Hiperdia. [Outros] talvez não entendem o objetivo do programa [Hiperdia] e se recusam a participar”* (ENTREVISTADA 3). Segundo a entrevistada 4, *“a família tem o papel fundamental para a recuperação da saúde do idoso”*.

Paradoxalmente, afirma a entrevistada 3, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) atinge 100% dos idosos pomeranos. Disse ela:

Acho que está bem, todos os idosos fazem acompanhamento, só que alguns não respeitam as orientações e consomem bebidas alcoólicas. Em geral, a expectativa de vida tem melhorado. Muitos problemas de saúde que não tinham resolução, atualmente tem (ENTREVISTADA 3).

A Entrevistada 5 avalia a estrutura existente no município como positiva, pois atende as necessidades, porém faltam muitas coisas, *“tínhamos que montar programas para os jovens relacionados a drogas e alcoolismo, com campanhas de prevenção. Palestras educativas”*.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2001), o tratamento da hipertensão arterial inclui estratégias de educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, a utilização de medicamentos. O paciente deve ser continuamente

estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida para a manutenção do peso adequado, a prática regular de atividade física, a suspensão do hábito de fumar, o baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas. A mudança nos hábitos de vida pode ser obtida se houver uma estimulação constante em todas as consultas, ao longo do acompanhamento do paciente no Programa Hiperdia.

As ações da ESF para prevenção e tratamento da HAS, segundo a entrevistada 1, se aliam aos seguintes programas: *“O Projeto dermatológico realizado em parceria com a UFES, devido ao câncer de pele; e as outras políticas que são as específicas do Ministério da Saúde: ESF, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde mental”* (ENTREVISTADA 1). O município desenvolve ações para a prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre a população de forma geral e entre os idosos pomeranos. Muitas delas estão previstas pelo Programa Saúde do idoso implantado no município desde 2004.

Reforçando as informações fornecidas pela entrevistada 1, de acordo com a entrevista 3, as políticas públicas de saúde desenvolvidas no município são: *“Saúde do idoso, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde da criança/adolescente”*. A entrevistada, ao citar os serviços mencionou os programas específicos dentro da Estratégia Saúde da Família.

As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Nos casos de equipe ampliada – que está condicionada ao quantitativo populacional¹³ conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2009).

Sobre as políticas de saúde desenvolvidas pelo município, o Entrevistado 2 informa que: *“Estou envolvido na Política de Saúde do Idoso, temos um ambulatório de*

¹³ Com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, a previsão é ter, nos municípios com até 6.900 mil habitantes, uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada equipe de saúde da família (ESF). Nos demais municípios, a Portaria prevê uma ESB para cada duas equipes de saúde da família.

saúde do trabalhador, diferente da medicina do trabalho, não voltado para trabalho com agrotóxicos” (ENTREVISTADO 2).

Sobre a avaliação da estrutura existente no município, verifica-se com o entrevistado 2 que: *“A estrutura é de atenção básica mesmo, porém, vejo que dá conta, para o município resolve muita coisa”*. Relata ainda que *“o município tem respondido bem [aos problemas de saúde da população], aumentando o número de equipes para quatro, integradas por nutricionistas, psicólogo, fisioterapeuta e Cras”*.

A Entrevistada 3 avalia a estrutura existente no município de forma positiva bem como a situação de saúde da população com idade acima de 60 anos: *“A estrutura dá conta, devido ao local ser pequeno, porém raramente alguma pessoa fica sem atendimento, o acesso é fácil”*.

A Unidade de Saúde de Joatuba fica localizada dentro do Distrito, próxima das comunidades Pomeranas, a 15 km da Sede do município de Laranja da Terra. É constituída de um consultório médico, odontológico, fisioterapia, sala de vacina, enfermaria com três leitos, farmácia e recepção. O Posto fica aberto de segunda à sexta-feira, de 07:00 às 16:00 horas. A população tem acesso às consultas médicas com clínico geral e ginecologista, além de consultas com odontologista.

Sobre a frequência nas palestras oferecidas pelo Posto de saúde, verificam-se as seguintes respostas entre os idosos entrevistados:

Eu frequento as palestras de 2 em 2 meses. Não, tá bom demais (IDOSO 4).

Vou todas as vezes que tem. Fico mais alegre quando estou com as outras mulheres (IDOSA 5).

Sim, de 3 a 4 vezes por ano, na Igreja. Eu acho que tá tudo bom (IDOSA 9).

Já há outros idosos que reclamam a ausência de palestras, revelando-se desinformados sobre possíveis encontros promovidos pela UBS para se discutir hipertensão arterial:

.

Já fui umas três vezes, mas já tem tempo, foi com a enfermeira. É difícil ter, e nem me avisam mais, acho que nem tem mais palestras, tinha na época de um outro médico que foi embora (IDOSA 3).

Vou, mas não tem mais palestras há muito tempo (IDOSA 6).

O posto de saúde não faz. Eu não entendo muito as informações, então pra mim não é bom (IDOSA 8).

Não, já fui uma vez, mas agora não tem mais. Não sei o que poderia ser mudado (IDOSA 10).

A rotina, segundo informações dos profissionais de saúde, é uma reunião de 2 em 2 meses. Todavia, possível observar através das entrevistas de que a Unidade de Saúde não realiza palestras, os encontros realizados, são apenas atendimentos de rotina, onde é aferida a pressão arterial de cada idoso, a prescrição médica é renovada e são entregues os medicamentos prescritos. Mesmo assim, há aqueles que sequer vão às reuniões bimensais. Alguns idosos relatam:

Não. Nunca fui, não (IDOSA 2).

Muito pouco. Acho que não, da minha parte não (IDOSA 7).

Não. Nada (IDOSO 11).

Não vou mais, Há 2 anos não vou mais (IDOSO 13).

Não. Há muito tempo que não vou. Sei lá (IDOSA 14).

Verificam-se nas falas dos idosos entrevistados, que os mesmos quase nunca foram atendidos pela equipe multidisciplinar da Unidade de Saúde do município. Alguns até sugerem que as palestras sejam realizadas mais próximas das suas residências, para que possam comparecer.

Neste contexto o Ministério da Saúde cita que a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2007).

Reforça-se, que sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes

comunitários de saúde. Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se a promoção à saúde, ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que entre as funções primordiais do enfermeiro, na ESF, verifica-se o desenvolvimento de atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade. Desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos. E, ainda, estabelecer junto com a equipe estratégias que possam favorecer a adesão de grupos de hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2001).

Sobre a opinião dos idosos com relação às visitas dos profissionais de saúde, foram relatadas as seguintes situações:

Acho muito importante, quando a gente tá precisando de alguma coisa (IDOSA 1).

A agente de saúde só vem aqui quando tem alguma coisa pra falar, quando tem que marcar uma consulta e acho importante quando ela vem falar (IDOSA 2).

É, porque eles perguntam tudo e avisam quando é para buscar os remédios (IDOSA 3).

É importante, a agente de saúde sempre vem (IDOSO 4).

Observa-se que os idosos entrevistados valorizam a participação da Agente Comunitária de Saúde nos atendimentos domiciliares, pois é um momento de troca de informações e é de suma importância dentro do contexto saúde da família.

Somente a agente de saúde vem, e eu gosto quando ela vem. Há 3 anos atrás eu operei e o médico e a enfermeira vieram me visitar, ver o curativo (IDOSA 5).

A agente de saúde vem uma vez, pra marcar consulta e para entregar o medicamento (IDOSA 6).

Acho que pouco adianta, a agente de saúde avisa quando vai ser a reunião na igreja para entregar o medicamento (IDOSA 7).

A agente de saúde. É bom, porque ela sempre avisa quando a gente tem que ir no posto para receber o medicamento (IDOSA 8).

Vem só agente de saúde, ela fala tudo, marca consultas, mede pressão e pesa (IDOSA 9).

Destacam-se nas respostas dos entrevistados de que somente a agente de saúde faz a visita domiciliar e além de trocar informações, marca as consultas médicas e entrega os medicamentos, aos quais os idosos necessitam.

Só a agente de saúde que vem, e só vem pra assinar o nome, não fala nada (IDOSA 10).

A agente de saúde vem sempre, todo mês, só pra perguntar como estou. Se precisar ela marca consultas (IDOSA 11).

Vem a agente de saúde. Acho importante, ela me avisa quando tenho que ir no posto, mede pressão, mede glicose (IDOSO 12).

A agente de saúde sempre vem, pergunta como estou, eu acho muito importante, pergunta tudo direitinho e registra tudo que eu respondo (IDOSO 13).

Só vem a agente de saúde, mas ela nunca me perguntou nada, pergunta pra minha nora (IDOSA 14).

Só a agente de saúde que vem. Acho importante (IDOSO 15).

Conclui-se com as respostas dos idosos de que as visitas domiciliares somente são realizadas pela agente comunitária de saúde, por conseguinte a equipe não realiza a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde de visita domiciliar e acompanhamento integral às famílias.

Em contrapartida, a entrevistada 1 cita que há parceria entre o Espírito Santo e a União para o tratamento da HAS da população de Laranja da Terra-ES, através dos Programas “*Estratégia Saúde da Família, Saúde do Idoso, com o programa de hipertensão e diabetes*”. Relata ainda que:

Pelo protocolo do Ministério da Saúde, teríamos que realizar apenas três estratégias [ações de prevenção] acompanhamento e avaliação. Aumentamos o quantitativo de ACS, estamos tentando ampliar a unidade hospitalar para HPP [hospital de pequeno Porte], ampliamos as unidades de saúde da família. Pela cultura pomerana, temos trabalhado com dermatologistas, Consorcio de Saúde [e fazemos] o acolhimento com humanização. Acredito que crescemos bastante. O usuário vem ao médico, a partir das anotações do ACS. Fornecemos um trabalho humanizado (ENTREVISTADA 1).

Segundo Morosini e Corbo (2007), as estratégias de ação no âmbito do sistema local de saúde (município ou distrito sanitário) podem ser três tipos que se diferenciam conforme ou podem ser alcançados no enfrentamento dos problemas:

- Estratégia de manutenção: Quando o problema já está sendo enfrentado de uma forma considerada efetiva, tratando-se apenas de manter as ações que já se vem desenvolvendo.
- Estratégia de mudança: Quando o problema não vem sendo enfrentado com a abrangência ou intensidade que seriam necessárias, tratando-se portanto de ampliar o raio de ação, intensificar o trabalho, enfim, introduzir mudanças na forma e no conteúdo das ações que vem sendo desenvolvidas.
- Estratégia de transformação: Quando o problema ou não é enfrentado ou, é enfrentado de forma inadequada. A inadequação da resposta social e sanitária a um determinado problema pode derivar da insuficiência de conhecimentos que possibilite o seu controle, ou pode derivar da inexistência de vontade política ou de capacidade gerencial, técnica e operativa para seu enfrentamento e solução. Problemas que se enquadram nesta categoria geralmente são problemas de determinantes que ultrapassam o raio de ação de serviços de saúde, exigindo ações de caráter intersetorial, plurinstitucional e até de mudança sociocultural mais ampla nas condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais afetados pelos problemas (MOROSINI; CORBO, 2007).

Morosini e Corbo (2007) destacam, ainda, que várias estratégias têm sido implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, com o objetivo de atender o princípio constitucional da integralidade. Exemplos é a Estratégia Saúde da Família, no nível primário, e a recente criação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), voltado para o nível terciário – nos grandes centros urbanos.

A entrevistada 8 relata que os idosos conseguem atendimento especializado, como Geriatra, cardiologista, psiquiatra, neurologista, ortopedista, em Laranja da Terra quando necessitam, porém indica também que “*faltam oftalmologista,*

endocrinologista. Quando há atendimento em Laranja da Terra é rápido, porém quando encaminhados para Vitória demora mais um pouco”.

A entrevistada 4 cita sobre o atendimento especializado em Laranja da Terra, *“as consultas com Geriatra, cardiologista, psiquiatra, neurologista, ortopedista, são agendadas a partir da necessidades dos idosos”*. E ainda, *“os hipertensos têm contato regular e periódico com a equipe do PSF, e só serão encaminhados ao cardiologista, se necessário”* (ENTREVISTADA 4).

O Consorcio de Saúde, citado pela entrevistada 1, funciona de forma a absorver as demandas que não são totalmente resolvidas na atenção básica, demandando o nível secundário do atendimento, de forma que os médicos especialistas, como neurologista, endocrinologistas, nefrologistas, cardiologistas são mantidos pelo governo do estado através dos Centros de Referência, porém a demanda de pacientes é muito maior do que o número de consultas fornecidas por mês, portanto o município entra com a parcela de contribuição através do consórcio de saúde, que contrata profissionais especialistas para atender à demanda reprimida e mais urgente.

Quando perguntada sobre as condições do município e a disponibilidade de recursos para atender a população idosa hipertensa, a entrevistada 1 relata que:

Fazemos campanha durante o ano todo, temos estratégias de trabalho junto ao ACS para acompanhar o paciente. Outras questões que tinham anteriormente, era o uso de indiscriminado de AAS. Realizamos campanhas constantes e acompanhamento do ACS. Acompanhamento misto, saúde mental. A nutricionista está inserida no processo, onde são agendadas consultas para este profissional.

Buscando identificar se as ações da ESF do município de Laranja da Terra para a prevenção e tratamento da HAS em idosos pomeranos estão em conformidade com as determinações do Ministério da Saúde, observou-se que a Política Nacional de Saúde estabelece a *“Regulação, controle dos recursos e utilização apropriada dos mesmos”*. A Entrevistada 1 frisa que:

A avaliação da entrevistada 4 sobre a Estratégia Saúde da Família no município: *“é positiva, o serviço é bom, porém por ser interior, não é um emprego a longo prazo”*.

Cita que muitos médicos recém-formados buscam em regiões rurais a experiência de que precisam para voltar à cidade e se especializar ou fazer residência, o que provoca uma grande rotatividade desses profissionais nos serviços de saúde do município. Em virtude disso, a população é a que mais sofre, pois fica, às vezes, sem atendimento médico por um tempo.

4.6.1 A comunicação entre ESF e idosos pomeranos de Joatuba

Neste quesito, buscou-se a verificação do grau de entendimento dos idosos às orientações dadas pela equipe de saúde, pois muitos idosos não conseguem se comunicar bem usando a língua portuguesa, portanto sobre o entendimento da língua Portuguesa obtiveram as seguintes respostas:

Entendo bem (IDOSA 1).

Entendo, mas não sei escrever, não tenho dificuldade (IDOSA 3).

Mais ou menos. Entendo bem o que os profissionais me falam (IDOSO 4).

Entendo. Eu levo sempre a nora pra poder ajudar a entender as orientações (IDOSA 5).

Entendo, mas sempre levo alguém para as consultas médicas (IDOSA 6).

Entende, não tem problema, mas o marido vai junto para ajudar a guardar tudo, porque são muitos remédios para tomar (IDOSA 7).

Sim. Não prejudica (IDOSO 12).

A maior parte dos idosos entrevistados relata que entende a língua portuguesa. Porém, quando se tratam de orientações médicas, por segurança, prefere levar sempre um acompanhante para ajudar a esclarecer e registrar as informações passadas pelo profissional de saúde:

Mais ou menos, mas eu entendo o que os profissionais, mas quando fico nervosa eu tenho dificuldade de falar (IDOSA 2).

Não entendo bem, sempre levo minha filha junto para ajudar a guardar as informações do médico (IDOSA 8).

Não, quando vou no médico levo alguém junto (IDOSA 9).

Mais ou menos, mas eu sempre vou acompanhada no médico para ajudar a guardar as informações (IDOSA 10).

Falo bem, sempre vai alguém junto, pra poder entender o que o médico fala (IDOSO 13).

Mais ou menos. Pra ir no médico sempre tem que ir com alguém junto (IDOSA 14).

Alguns idosos relatam a sua dificuldade em falar a língua portuguesa, por isso também a necessidade de um interlocutor entre a equipe médica e o paciente.

Entende tudo, só não falo direito. Sempre vou acompanhada no médico (IDOSA 11).

Entendo sim, mas tenho dificuldade para falar, mas sempre levo alguém junto pra ir ao médico (IDOSO 15).

Além do aspecto cultural que interfere no processo de interação entre o pomerano hipertenso e a equipe da ESF, é importante considerar que trata-se de uma população idosa. O acompanhante para os idosos é um direito adquirido pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), pois com o passar da idade, podem ocorrer déficits cognitivos que impossibilitam o diálogo coerente e o discernimento de informações.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, que trata sobre o Envelhecimento (BRASIL, 2006) o tipo de linguagem que o profissional estabelece com o paciente é definido a partir da observação da habilidade cognitiva de cada indivíduo e com os idosos deve-se verificar o seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações, não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que tem um pensamento mais lento.

Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação não-verbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida. Os profissionais de saúde devem estar atentos à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento. A comunicação, verbal e não-verbal é citada no protocolo do Ministério da Saúde como um importante recurso para a formação de vínculos,

avaliação e para o planejamento assistencial no tratamento dos idosos (BRASIL, 2006).

O caderno do Ministério da Saúde que trata sobre o Envelhecimento e saúde da pessoa idosa cita outro ponto a ser considerado, pelos profissionais da saúde, que é a perda da capacidade de escrever, de falar, de ler ou de entender, que são consequências de alterações neurológicas na saúde do indivíduo idoso. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, autoestima e qualidade de vida. Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à sua capacidade intelectual. Portanto, o protocolo orienta que os profissionais de saúde devem falar mais pausadamente, não mudar de assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto falam ou orientam o idoso [...] (BRASIL, 2006).

Os protocolos do Ministério da Saúde citam que para os idosos com baixo nível cognitivo, as informações dadas deverão ser confirmadas com o acompanhante, esta situação pode ser utilizada no caso dos idosos pomeranos, tendo em vista a dificuldade de compreender a língua portuguesa. Porém, se deficiências funcionais forem relatadas ou observadas, o tempo e o motivo do aparecimento podem ajudar na determinação da causa e na avaliação de sua potencial reversibilidade. Déficits agudos ou subagudos são sintomas frequentes de doenças, e tratá-las auxilia no restabelecimento da função (BRASIL, 2006).

4.6.2 As ações de saúde da ESF avaliadas pelos idosos pomeranos

Sobre a opinião dos entrevistados com relação à contribuição do Município no atendimento dos idosos pomeranos da comunidade e na busca de melhorias das condições de saúde, verificaram-se as seguintes respostas:

Acho que poderia ter mais acompanhamento para os idosos. Faltam médicos. A enfermeira trabalha muito sozinha. O posto fecha muito cedo (IDOSA 1).

Acho que tem que melhorar as coisas dos remédios, para que melhore a condição de dar os medicamentos. Se o município pudesse melhorar dando os remédios ia ajudar muita a gente. E médico, porque quando a gente precisa não tem médico no posto de saúde. É difícil agendar a consulta. Todo mundo acha que tinha que ter médico todo o dia. A gente consegue marcar mais no município de Itarana. Do prefeito eu não tenho como reclamar, isso vem do estado, a falta de medicamentos (IDOSA 2).

Acho que sim, os médicos são muitos novos e não têm experiência, não atende todos os dias (IDOSA 6).

Arrumar um médico bom. Eu acho que as visitas médicas deveriam ser todo mês. O médico no posto quase nunca está presente. Tenho que ir no médico particular (IDOSA 10).

Não tá muito bom não, eles não olham muito pela saúde, só no bolso deles. Melhorar um pouco, trazer médicos bons pro posto, que visitem as pessoas em casa (IDOSO 13).

Entre as críticas mais recorrentes dos idosos estão a alta rotatividade do médico, a sua ausência e a demora no agendamento de consultas. Os idosos têm percebido que os médicos que realizam o atendimento no Posto de Saúde são recém-formados e que permanecem pouco tempo no município.

Arrumar um lugar para fazer as reuniões, achar um outro local para os idosos. Agora o município tem feito muito, porque antes... Acho que agora tá tudo bom do jeito que tá (IDOSA 3).

Não, podia ser, mas eles não interessam pra isso. Podiam fazer muita coisa, melhorar o jeito de fazer, mas como estamos abaixo deles, eles que mandam (IDOSO 4).

Ajuda, eu acho que muitas coisas eles pagam que não precisaria pagar. Eles pagam e não tem mais gente pra trabalhar. O negócio de aposentar viúvas muito novas também não precisava (IDOSA 5).

Acho que sim, o município podia melhorar os preços dos remédios, ou dar todos os remédios, principalmente os mais caros (IDOSA 7).

Acho que o município podia ajudar os preços dos remédios, e os médicos mais experientes (IDOSA 8).

Para mim, acho que podiam acrescentar, porque tem pouca qualidade de remédio, eles já fazem mais, porque antigamente era mais difícil, hoje eles dão os remédios dentro de casa. Eles encaminham para fora no município quando precisa (IDOSO 12).

É importante ressaltar também a dificuldade de aquisição de alguns medicamentos que não estão contemplados no Programa da Farmácia Básica, gerando mais gastos para os idosos.

O que era pra eles fazer eles não fazem. Podiam fazer um salão para os idosos, mas não fizeram. Nós não temos nada para os idosos, para gente dançar (IDOSA 9).

Não posso reclamar de nada, se eles vem em casa ou não, porque quando preciso de alguma coisa eu vou no médico em Vitória (IDOSA 11).

Pra mim está bom, já foi muito ruim (IDOSA 14).

Acho que deve melhorar a saúde (IDOSO 15).

Outros idosos solicitam uma área para o lazer comunitário para a realização de encontros e danças. Há, também, aqueles que procuram médicos particulares quando necessitam de atendimento. E além de todos os pontos relatados, o idoso 15 sugere que o município promova a melhoria da saúde como um todo.

O Caderno do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) orienta que o planejamento do cuidado deve ser desenvolvido a partir da avaliação da saúde do idoso e; deve buscar resolver os problemas identificados, tendo por base os recursos potenciais e existentes do indivíduo e da comunidade onde está inserido, deve promover a integração de diferentes áreas e serviços e incluir listagem de problemas, que serão ordenados por prioridades, conforme identificado na avaliação. Deve-se verificar no momento de negociação com o usuário se as prioridades da equipe são compatíveis com as prioridades do usuário.

Portanto, a equipe da Atenção Básica deve estar comprometida e envolvida com as ações. O agente comunitário tem papel primordial neste momento, por intermédio da interlocução entre as necessidades dos idosos, os médicos e os enfermeiros, de forma que, por meio dos registros e das solicitações dos indivíduos, as demandas sejam atendidas. Se o agente comunitário cumpre um papel importante de mediador entre a família e a ESF, esta não deve suprimir as visitas àqueles que demandam pelo atendimento domiciliar. Dessa forma, a presença dos integrantes da Estratégia da Saúde da Família na comunidade, periodicamente, pode ser fator importante tanto de aproximação quanto de estabelecimento de laços de confiança por parte dos usuários dos serviços de saúde. Ao que parece, a fragilização dos laços entre a ESF e os idosos pomeranos está, no que eles indicam, na não presença dos profissionais de saúde na comunidade onde vivem.

A identificação de uma pessoa idosa que necessite de Assistência Domiciliar na Atenção Básica parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e de dependência para a realização das atividades de vida diárias, conforme descritas nos critérios de inclusão. Esses usuários podem ser identificados por meio de visitas do agente comunitário de saúde e por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital, entre outros (BRASIL, 2006).

A visita domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários da comunidade adscrita. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada. Por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica – da Estratégia Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive; a relação profissional de saúde, isto é, entre a pessoa idosa e o profissional de saúde; os familiares, a história clínica e seus aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais; e o exame físico (BRASIL, 2006).

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

O processo de envelhecimento da população mundial, ao mesmo tempo em que permite a longevidade às pessoas, também abre a possibilidade do aparecimento de doenças. Neste trabalho, partiu-se do pressuposto de que a hipertensão arterial é uma das mais importantes causas de morbimortalidade da população dos países em desenvolvimento. No Brasil, ela tem exigido ações de prevenção e tratamento. No que se refere às políticas de saúde para a atenção à saúde do idoso e à hipertensão arterial, muitas iniciativas foram tomadas, buscando responder às demandas desse segmento populacional por políticas que promovam à sua saúde, destacam-se aqui a PNI, a PNSI, a Estratégia Saúde da Família, o Estatuto do Idoso, o Pacto em Defesa da Vida.

O envelhecimento da população é uma questão complexa, relacionado aos avanços, principalmente na área da saúde, bem como às mudanças de valores e comportamentos que foram modificando preceitos anteriores. A situação problema são as demandas do envelhecimento que tendem a crescer continuamente, pois está apenas no início, e a realidade da saúde, da condição social e da estabilidade financeira é muito difícil de ser revertida.

Quando se escolheu pesquisar a realidade de idosos pomeranos de Laranja da Terra, já se havia observado como a hipertensão arterial constituía um fator relevante de adoecimento dessa parcela populacional. Foi possível verificar por meio das entrevistas com os profissionais da saúde e com os idosos, que o município de Laranja da Terra registra, além da hipertensão, uma série de outros problemas relacionados à saúde, como verminoses, diabetes, câncer de pele, depressão e hipertensão arterial.

Muitos idosos são atendidos nos Postos de Saúde e outros buscam médicos particulares. A situação é complexa quando se trata da aquisição e do uso dos medicamentos, pois o município distribui apenas os que estão previstos em lei. Dessa forma, os idosos que utilizam medicamentos manipulados ou fora da lista essencial não recebem ajuda para adquiri-los.

Alguns idosos queixaram-se do acesso à Unidade de Saúde do Distrito de Joatuba, que termina o expediente mais cedo e que muitas vezes, não há médico para realizar o atendimento. Os médicos são novos e não se fixam na comunidade por muito tempo. No entanto, a enfermeira (entrevistada 3) que é residente da comunidade, tem muitas atribuições. No período de férias da equipe de Saúde da Família de outra Unidade de Saúde do município, a enfermeira e a médica (entrevistadas 3 e 4) tiveram que substituir os profissionais daquela unidade, o que reduziu ainda mais o tempo de atendimento do Posto de Saúde de Joatuba.

Tendo em vista todas as situações pontuadas neste trabalho, estudar o processo de envelhecimento torna-se uma tarefa cada vez mais complexa e também requer uma elucidação das condições, das necessidades, das exigências, dos interesses e das possibilidades de cada classe social, gênero e etnia de idosos.

É notável que o trabalho na saúde pública é algo que deve ser melhorado, principalmente quando se refere ao atendimento ao idoso. Os profissionais devem voltar sua atenção para essa realidade e qualificar a atuação, pois existe a certeza de que a prevenção de agravos e a qualidade dos serviços nessa área é o que irá reduzir os índices de morbimortalidade da população.

Assim sendo, neste estudo, foram discutidos o envelhecimento, a Hipertensão Arterial e o trabalho envolvendo profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Dentre as questões pontuadas e analisadas neste trabalho destacam-se problemas vivenciados pelos profissionais no atendimento domiciliar ao idoso e sua família e que necessitam de uma reflexão ética mais ampliada. As situações destacadas nas entrevistas compreendem as dificuldades em estabelecer os limites da relação profissional/usuário, em virtude de a Estratégia de Saúde da Família caracterizar-se pelo vínculo e responsabilização da equipe para com as famílias de sua área. Observaram-se críticas à atuação da ESF, que, na visão de parte dos idosos pomeranos, encontra-se ausente das comunidades que assistem.

Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades em verificar os limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias e usuários. Com relação à

cultura pomerana, devem discutir o estilo de vida e de alimentação dos idosos e de suas famílias, sem interferir na tomada de decisão sobre as mudanças. Entretanto, devem esclarecer as consequências da ação escolhida pelo usuário e as razões pelas quais indicam outra alternativa. Para tanto, mostra-se necessário à realização de atividades no campo da prevenção da hipertensão arterial, buscando comprometer a população de Laranja da Terra de forma geral, e os pomeranos de forma particular, para o desenvolvimento de ações cotidianas que visem à redução do índice de hipertensos no município.

Na hipertensão arterial, a adesão ao tratamento é um aspecto de suma importância para o controle adequado da pressão arterial, tendo como meta a redução da morbimortalidade. Embora muitos pesquisadores relacionem a adesão ao tratamento com a adesão à medicação, à cultura alimentar, ao estilo e qualidade de vida, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença.

Tendo em vista que o idoso pomerano nem sempre compreende as orientações dos profissionais de saúde e depende de um interlocutor para seguir o tratamento, verificam-se dificuldades em manter a privacidade do paciente durante o atendimento.

Os profissionais enfrentam, ainda, dificuldades para delimitar as responsabilidades de cada membro da equipe no cuidado ao idoso, uma vez que, nesse contexto, verificam-se diferentes experiências e instruções, e as diferenças devem ser sempre, respeitadas. Para defrontar essa realidade, os profissionais de saúde devem definir suas atribuições, mutuamente, considerando sua capacitação técnica e legal, imbuídos de disponibilidade para o diálogo, sem perder o foco central da atenção à saúde do idoso, que é o atendimento de suas necessidades e de sua família.

A comunicação, verbal e não-verbal é citada no protocolo do Ministério da Saúde como um importante recurso para a formação de vínculos, avaliação e para o planejamento assistencial no tratamento dos idosos, portanto a equipe de saúde deve estar atenta à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento com os idosos.

O fator cultural é um aspecto relevante quando se trata da saúde de idosos pomeranos. Não se pode desconsiderar que a cultura interfere no processo saúde-doença das comunidades pomeranas ou de qualquer outro grupo, seja ele tradicional ou moderno. No caso dos pomeranos, não somente no que se refere ao seu comportamento alimentar ou à forma como organiza o seu processo de trabalho, mas como manifesta as suas práticas em saúde e o nível de aceitabilidade do tratamento proposto pela equipe.

A realidade aponta para a urgência de uma aliança entre os profissionais de saúde e idosos hipertensos, buscando impedir que estes continuem liderando o ranking de óbitos por doenças do aparelho circulatório.

É importante que a Estratégia Saúde da Família em Laranja da Terra sofra algumas reestruturações e melhorias. A equipe de saúde demonstra não estar inteiramente preparada para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. Os discursos deverão ser voltados para uma educação relacionada às doenças e para a tentativa de mudanças do comportamento dos idosos hipertensos. Além disso, espera-se que o processo de trabalho dos profissionais da Equipe de Saúde da Família seja ampliado buscando maior aproximação à legislação vigente, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e do SUS.

6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Dislipidemia**. Boletim Saúde e Economia. Brasília, ed. 6, ano III, out. 2011.

AGYEPONG, I. A. Malaria ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control. **Social Sciences and Medicine**, n. 35, p. 131-7, 1992.

ALMEIDA, C. M. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.346-52, 2003.

ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008, 13 p.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In: PITTA, A. M. R. (Org.) **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncio**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, p. 217-35, 1995.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo**. Resumo Executivo, 2009, 21 p.

AMADO, T. C. F.; ARRUDA, I. K. G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 2004. Disponível em: <http://www.asman.org.br/arquivos/asman_artigos60.pdf> acesso em 9 de jun. 2012.

ANTUNES, D. **Resistência cultural**. Resplendor: Guia Resplendor Online, 12 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.guiaresplendor.com.br/noticias/resistencia-cultural>>. Acesso em: 04 jul. 2012.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, p. 455-63, mar./abr. 2007.

ARAÚJO, T. B. **As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios**. 2003. Disponível em: < http://www4.fct.unesp.br/grupos/gedra/textos/Texto1_politicas_publicas_no_br_TaniaBacelar.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

ARAÚJO, T. B. Por uma Política Nacional de Desenvolvimento Regional. **Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza**, v. 30, n. 2, p. 144-61, abr./jun. 1999.

ARAÚJO, T. B. **Ensaio sobre o Desenvolvimento Brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2000.

ARAÚJO, T. L. et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo: USP, v. 42, n. 1, mar., p. 120-6, 2008.

AVRITZER, L. **Democracy and the public space em Latin America**. Princeton/Oxford, Princeton University Press, 2002.

BARCELLOS, G. H. **Desterritorialização e R-Existência Tupiniquim: mulheres indígenas e o complexo agroindustrial da Aracruz Celulose**. Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008, 434 p.

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr., 323-6, 2009.

BENATTI, F. G.; MONTENEGRO, F. L. B. A intervenção odontológica colaborando na diminuição das afecções respiratórias dos idosos. **Portal do Envelhecimento**, n. 9, v. 2, p. 1-4, jun. 2008.

BESSEN, C. B.; NETTO, M. S.; DA ROSS, M. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F.; et al A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 57-68, jan./abr., 2007.

BILICH, J. **Vamos atentar para a sintaxe pomerana**. Disponível em: <http://www.seculodiario.com/arquivo/2003/agosto/16_17/entrevista/entrevista/16_08_01.asp> ago. 2003. Acesso em: 30 abr. 2012.

BONFIM, L. A.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-35, abr./jun, 1998.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Governo registra 8 mil casos de intoxicação por agrotóxicos em 2011**. Brasília, 09 maio 2012 Disponível em:

<<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SAUDE/416757-GOVERNO-REGISTRAR-8-MIL-CASOS-DE-INTOXICACAO-POR-AGROTOXICOS-EM-2011.html>>. Acesso em: 1 jun. 2012

_____. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM):** protocolo, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 96 p.

_____. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <<http://textocsp.bvs.br/metaiah/metaiah.php?lang=pt&topic=429&graphic=yes>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Departamento de Atenção Básica.** Saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em 01 abr. 2012.

_____. **Direito Sanitário e Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, série E. Legislação em saúde, 2003.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 192 p.

_____. **Estatuto do Idoso.** 1. ed., 2.^a reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 70 p.

_____. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico. Fundo Nacional de Saúde. 3. ed., rev. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica. n. 15, Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 53 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde:** Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Texto constitucional de 5 de outubro de 1988,** com alterações. Brasília: Senado Federal, 3. Revisão constitucional, p.119-130, 2002.

_____. **Decreto nº 4.074.** Regulamenta a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Casa Civil, Brasília, 2002.

_____. **Lei 8.088.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei 8.142.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Educação. **Censo Educacional 2009.** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 09 jul. 2012.

_____. **Portaria 2.528.** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 19 out. 2006.

_____. **Orçamento 2012:** Emendas aprovadas. Brasília: Ministério da Saúde Disponível em:<http://www.camara.gov.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2012/Emenda_popular/emendas_aprov/ES.pdf>. Acesso em mai. 2012.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 148 p.

_____. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 102 p.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242 p.

_____. **Política Nacional de Humanização:** Humaniza SUS documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2004, 32 p.

_____. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Lei n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. p. 20-4, 13 dez. 1999,

_____. **Portal da Saúde.** 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627>. Acesso em 5 fev. 2011.

_____. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso.** Guia Operacional e Portarias Relacionadas. Brasília, 2002, 104 p.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, 36 p.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 10 jun. 2011.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):** competência maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Sistema de Informação de Atenção Básica.** Datasus 2010. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabpES.def>>. Acesso em 05 maio 2012.

_____. **Sistema de Informação de Atenção Básica.** Datasus 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def>>. Acesso em 05 maio 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei 8.842:** Política Nacional do Idoso. Brasília, 4 jan. 1994.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurício Castro de. **A Saúde no Brasil:** Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

CAETANO, Mônica; AMORIM, Isabel. Erisipela. Serviço de Dermatovenereologia. Hospital Geral de Santo Antônio, S. A. **Acta Med Port**, n.18, p. 385-94, 2005.

CALDAS, C. P. **O idoso em processo demencial**: o impacto na família. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CAMARANO, A.A. Considerações finais. In: _____. (Org). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, p. 587-593, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia Camarano; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das Políticas Públicas**. 2006. Disponível em: <<http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas.pdf>>. Acesso em 02 jul. 2012.

CARRERE, Ricardo. **Hormigas, agrotóxicos y forestación**. Montevideo: Nordan-Comunidad, 2004.

CARVALHO, Edmundo Vasconcelos de; CARVALHO, Maria do Socorro Braga de. Diferença entre erisipela e linfangite: experiência pessoal difference. Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia "Angiologia e Cirurgia Vascular". CCS, João Pessoa-PB, **Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular**, n. 1, v. 10, p. 64-7, 2001.

CARVALHO, Gilson. **A Emenda Constitucional nº 29 e sua contextualização**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Brasília, 2009. 6 p. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/EC29_ESTADO_ARTE_gilson.pdf>. Acesso em 4 jul. 2012.

CARVALHO, J. G. R.; MULINARI, R. A.; LAFITTE, A. **Álcool, hipertensão arterial e sistema cardiovascular**. HiperAtivo, Curitiba, v.2, n.1, p. 26-33, 1995.

CENTRO DE PESQUISA PARA O DESENVOLVIMENTO DO EXTREMO SUL DA BAHIA. CEPEDES. **Eucalipto**: uma contradição. Impactos ambientais, sociais e econômicos do eucalipto e da celulose no extremo sul da Bahia, Centro de Defesa dos Direitos Humanos, Teixeira de Freitas: CEPEDES, 1992.

CEOLIN, T. et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Rev Esc Enferm**, USP, n. 45, v.1, p. 47-54, 2011.

CHAIMOWICZ, Flávio e Colabodores. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 172 p.

CHAN, Betty Lilian; SILVA, Fabiana Lopes; MARTINS, Gilberto De Andrade. **Tendência de Aumento da Expectativa de Vida e a Solvência das Entidades Abertas de Previdência Complementar**. 2006. Disponível em: < <http://www.congressosp.usp.fipecafi.org/artigos62006/508.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2012.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, p. 445-53, 1999.

CORDONI JÚNIOR L. **Serviços municipais de saúde no Paraná**: tendências e perspectivas. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1986.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, fev., p. 113-118, 2009.

DAL BOSCO, Simone Morelo. **A relação existente entre a ingestão de suco de uva e a variação dos níveis de colesterol e pressão arterial sistêmica em idosos**. Dissertação Mestrado em Gerontologia Biomédica. Ciências Biomédicas. PUCRS: Porto Alegre, 2006. 126 p.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In: BRASIL. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, série E. Legislação em saúde, p. 39-43, 2003.

DALMÁSIO, Dora. Banestes apoia Festival de Concertina. **Portal do Governo do Estado do Espírito Santo**. 31 ago. 2009. Disponível em: <<http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiald=99699452>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

DALVI, Maria Goretti. **O idoso em instituições de longa permanência no município de Vitória/ES**: Relações familiares e institucionalização. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em políticas públicas e desenvolvimento local da EMESCAM, Vitória, aprovada em 30 mar. 2011, 141 p.

DALY, M. P. Promoção da saúde e prevenção de doença. In: ADELMAN, A. M.; DALY, M. P. **Geriatría**: 20 problemas mais comuns. Rio de Janeiro: Revinter, p. 37-46, 2004.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento**: Metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DERGHAM, A. P. et al. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, n. 79, v. 5, p. 555-9, set./out. 2004.

FEHLBERG, Jamily; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. **Terra, família e trabalho entre descendentes de pomeranos no Espírito Santo**. Barbaroi: Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 81-100, jun. 2011.

FERREIRA, Simone Raquel Baptista. **Da fartura à escassez**: a agroindústria de celulose e o fim dos territórios comunais no extremo norte do Espírito Santo. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002, 217 p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. Yendis, São Caetano do Sul, p. 237-8; 290-7, 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **SUS e PSF para enfermagem**: praticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul - SP: Yendis, 2007.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; UCHOA, Elizabeth. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, ago. 2004.

FLACK, J. M.; WOOLLEY, A.; ESUNGE, P.; GRIMM, R. H. A Rational approach to hypertension treatment in the older patient. **Geriatric**. Minneapolis, v.47, n.11, p.24-38, nov. 1992.

FRANCISCETTI, E. A. Congresso de hipertensão reúne especialistas e apresenta nova alternativa para tratamento. **Atual**. Geriatria. Rio de Janeiro, v.2, n. 13, p. 20, out. 1997.

FREEMAN, Tzvi. Envelhecimento Sob a Perspectiva Judaica: uma abordagem judaica do envelhecimento e aposentadoria. **Chadab.org.On Line**. 07 dez. 2011. Disponível em: < http://www.pt.chabad.org/library/article_cdo/aid/600579/jewish/Envelhecimento.htm>. Acesso em: 01 jun. 2012.

FURTADO, Celso. **Em Busca do Novo Modelo**: reflexões sobre a crise contemporânea. São Paulo: Paz e Terra, 2002, 178 p.

GALVÃO JR, A. C.; PAGANINI, W. S. **Aspectos conceituais da regulação dos serviços de água e esgoto no Brasil**. Eng. Sanit. Ambient, v. 14, n. 1, Rio de Janeiro, jan./mar. 2009.

GARCIA, M. A. A.; ODONI, A. P. C.; SOUZA, C. S.; FRIGÉRIO, R. M.; MERLIN, S. S. **Idosos em cena**: falas do adoecer. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p. 537-52, set./dez 2005.

GARRIDO, Merisa. **Linfagites e Erisipelas**. in: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL, Versão preliminar 25 nov., p. 1-13, 2002.

GEERTZ, C. **O saber local**: novos ensaios de antropologia interpretativa. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOMES, Lucy. Fatores de risco e medidas profiláticas nas pneumonias adquiridas na comunidade. **J Pneumol**, n. 27, v. 2, mar./abr., p. 97-114, 2001.

GONCALVES, Emerson. **A reforma do estado e a politica de saude: repensando o estado**. 2005. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Reforma%20do%20Estado%20e%20Pol%EDtica%20de%20Sa%FAd e%20Repensando%20o%20Estado.pdf>. Acesso em: jun. 2011.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-5, 2006.

GREEN, E. C., 1992. Sexually trasmitted disease, ethnomedicine and health policy in Africa. **Social Sciences and Medicine**, n. 35, p.121-30, 1992.

HAMSI, LV; MESQUITA, AV. Programa de saúde do idoso da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Boletim Epidemiológico 2002**; v.2, p. 13-5, 2002.

HARCKBART, Edneia. **A invasão Pomerana**. Laranja da Terra, 2010. Disponível em: <<http://www.rotacapixaba.com/artigos/a-invasao-pomerana/>>. Acesso em: 25 maio 2011.

HIELSCHER, S.; SOMMERFIELD, J. Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural Malien Village. **Social Sciences and Medicine**, n. 21, p. 397-400, 1985.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado E Políticas (Públicas) Social. **Cadernos Cedes**, ano XXI, n. 55, nov. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. 53, 1993.

_____. **Assistência Médica Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 09 jul. 2012.

_____. **Censo 1990**. Rio de Janeiro, 1990.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 09 jul. 2012.

_____. **Dados populacionais 2002**. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE. 2002.

_____. **Dados populacionais 2010**. Síntese de indicadores. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 dez. 2010.

_____. **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Laranja da Terra (ES) - 2000**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?ano=2000&codigo=320316&corhomem=88C2E6&cormulher=F9C189&wmaxbarra=180>. Acesso em: 01 jul. 2012.

_____. **Estatística do Registro Civil de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=320316#>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

_____. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios**. Rio de Janeiro: Comunicação social, 25 jul. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 21 jul. 2012.

_____. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf>. Acesso em 05 mar. 2012.

_____. **Projeção da População do Brasil**: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Comunicação Social, Rio de Janeiro 27 nov. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 1 jul. 2012.

_____. **Taxa média geométrica de crescimento anual da população**. 2009 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/defaulttab.shtm>>. Acesso em 16 nov. 2010.

INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS ASSISTENCIA TÉCNICA E EXPANSÃO RURAL. **Programa de assistência técnica e extensão rural proater 2011 – 2013**: Laranja da Terra. Planejamento e programação de ações. Secretaria da agricultura, abastecimento, aquicultura e pesca. 2011, 28 p.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Perfil Municipal** – Sudoeste Serrana - Laranja da Terra. Microrregião Administrativa 4. Vitória, 2009, 60 p.

JACOBSON, L. S. V. et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, v.6, p. 2239-49, 2009.

KACZEWER, Jorge. **Toxologia del glifosato**: riesgos para la salud humana. Montevideo, 2002. Disponível em: <www.uruguay.indymedia.org/news/2004/24444.php>. Acesso em 04 jul. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. Atlas, 4. ed., 1992, 214 p.

LARANJA DA TERRA. Secretaria Municipal de Educação. **Pesquisa Histórica de Laranja da Terra-ES**. Escola Estadual de Ensino Médio e Fundamental Joaquim Caetano de Paiva, 2005, 15 p.

LEITE, R.C.B.O. **O idoso dependente em domicílio**. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.

LIEBSCHER, P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. **Library Trends**, Spring, v. 46, n. 4, p. 668-80, 1998.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos**: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. 2011, 120 p.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, dez., p. 217-28, 2004.

LONDRES. **Declaração Mundial dos Direitos Humanos**. Aprovada em assembleia das Nações Unidas. Paris, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: < http://www.gente.org/doc_juridicos/decdirhumanos.htm>. Acesso em: 16 nov. 2009.

LORGA, A. et al. Diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de cardiologia. **Arq. Brasileiro de cardiologia**, v. 79, p. 1-45. 2002.

LOW-BEER, J. O Estado e as Políticas Públicas: uma revisão histórica (1950 a 1997). Brasília: UNB. **Espaço & Geografia**, v.5, n.2, p.65-100, 2002.

LUCCHESE, G. **Agrotóxicos**: construção da legislação. Brasília. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, set. 2005. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/tema19/2005_13187.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

LUCCHESE, P. **Políticas Públicas em Saúde**. 30 de julho de 2004. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em 15 nov. 2009.

LUPI, C. R. Visão Institucional. In: BARROS JUNIOR, J. C. e Org. **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. 1. Ed. São Paulo: Editora Edicon, 2009, 500 p.

MACIEL, C. L. C. **Emoção, doença e cultura**: o caso da hipertensão essencial. In: Romano BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira; p. 2-38, 1994.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Lat.-americana de Enfermagem**, mar./abr., p. 207-14, 2003.

MALACHIAS, M. V. B. A hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros. **Formadores de Opinião On Line**. 7 abr. 2010. Disponível em: <http://www.formadoresdeopinioao.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5033:a-hipertensao-arterial-afeta-mais-de-30-milhoes-de-brasileiros&catid=38:saude&Itemid=89ab>. Acesso em: 04 jul. 2012.

MARTINS, C. S. Primavera Silenciosa. Tradução, **Revista UniABC**, v.2, n.1, 2011. São Paulo: Gaia, 2010. 327 p.

MAZZUCCI, M. L. F.; HEIDEN, R. **Políticas patrimoniais e reinvenção do passado**: os pomeranos de São Lourenço do Sul, Brasil. Cadernos de antropologia, Universidade de Buenos Aires: Argentina, n. 30, p. 137-54, 2009.

MEDEIROS, R. Etnias do ES. Pomeranos. A saga de um povo oprimido na origem. **Século Diário On Line**. Vitória, s/d. Disponível em: <<http://www.seculodiario.com.br/etnias/pomeranos/index01.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MELO, I. A. F. **Perfil das Instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro, Dissertação defendida e aprovada em 13 de fev. 2009.

MELO, V.; BASTOS, S. **As conferências de saúde ao longo da história**. Assessoria de Imprensa da 13ª Conferência Nacional de Saúde, 1999. **Portal da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26506>. Acesso em 04 jul. 2012.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 221-36, 1993.

MENDES, M. R. S. S. B; GUSMÃO, J.L; FARO, A. C. M; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, n. 18, v.4, 422-6, 2005.

MIRANDA, R.D et al Hipertensão sistólica isolada e risco associado ao acidente vascular encefálico: implicações para o tratamento. **Revista Brasileira de**

Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Ribeiro Preto, v.16, n.1, p. 29-33, 2009.

MIYAMOTTO, M. Entrevista concedida. GENARO, Ana Letícia. Trombose: doença silenciosa que pode levar à morte. **Jornal A Gazeta do Povo On Line**. 9 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/saude/conteudo.phtml?id=833728>>. Acesso em 01 jul. 2012.

MONTEIRO, A. C. **Agrotóxicos**: Incidência de leucemia é maior entre agricultores da Chapada do Apodi. 21 ago. 2010. Disponível em: <<http://limoeirodonorte.blogspot.com.br/2010/08/agrotoxicos-incidencia-de-leucemiae.html>>. Acesso em 1 jun. 2012.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. A. (Org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista em Pauta**. Rio de Janeiro: UFRJ, n. 20, p. 126-39, 2007.

MUNHOZ, T. C. Os malefícios do sal, açúcar e gordura. Ribeirão Pires, Mauá, Rio Grande da Serra. **Folha**, Suplemento. Ed. 1475, p. 1, 08 dez. 2010.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JR, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v.1, p. 29-38, jan./fev., 2005.

NOGUEIRA, V. R.; MIOTO, C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. 2007. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2011.

NYAMWAYA, D. A Case study of interaction between indigenous and western medicine among the Pokot of Kenya. **Social Sciences and Medicine**, n. 25, p. 1277-87, 1987.

OLIVEIRA; C.J.; ARAÚJO, T.L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n.9, v.1, p. 93-105, jan./abr. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Mundial dos Direitos Humanos**. Aprovada em assembléia das Nações Unidas. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=57>. Acesso em: 16 nov. 2009.

PAGUNG, R. Em ação, os voluntários da guerra ao câncer de pele. Entrevista concedida a José Rabelo. **Século Diário On Line**. Vitória, 24 nov. 2007. Disponível em: <http://www.seculodiario.com.br/arquivo/2007/novembro/24_25/entrevista/entrevista/24_11_01.asp#>. Acesso em 01 jul. 2012.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 91-122, 2008.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-9, dez. 2006.

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas, **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 635-42, 2003.

PERES, F.; ROZEMBERG, B. **É veneno ou é remédio?** Os desafios da comunicação rural sobre agrotóxicos. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Ensp/Fiocruz, p.329-48, 1999.

PINTO, C. V.; SARAIVA, D. A.; GOMES, F. S. **A obesidade na adolescência**. Trabalho de curso, apresentado à Universidade Estadual de Goiás – UEG, Goiás, 2011.

PORTAL DO ENVELHECIMENTO. **Censo aponta**: crescimento da população idosa inspira cuidados. 16 dez. 2010. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/longevidade/censo-apontacrescimento-da-populacao-idosa-inspira-cuidados.html>>. Acesso em: 10 jun., 2011.

PORTAL DO GOVERNO DO ESPÍRITO SANTO. **Dados Epidemiológicos: Epidemiologia 2009**. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 15 maio 2012.

PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. **Humanização na velhice**: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. São Paulo: Loyola, 2004.

PORTO C. C. et al. Hipertensão arterial sistêmica: hábitos de vida e fatores correlatos. **J. Bras. Med.**, Goiânia, v.76, n.3, p.35-45, 1999.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório de Desenvolvimento Humano**. Brasil. Salvador, 2004.

PUPIN, V. M.; CARDOSO, C. L. **Agentes comunitários de saúde e os sentidos de “ser agente”**. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n2/08.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq. Neuropsiquiatria**, n.58 v.1, p. 99-106, 2000.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atención al anciano y la contribución de la enfermería. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007.

SANDRONI, P. **Novíssimo Dicionário de Economia**. "Forças produtivas" São Paulo, Best Seller, 1999.

SANTOS, A. M. S. P. **Descentralização e autonomia financeira municipal: a perspectiva das cidades médias**. Indic. Econ. FEE, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 101-26, nov. 2004.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2002.

SCHMIDT, M. I. et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, n. 377, p. 1-13, 2011.

SCHUTT, R. K. **Investigating the social world: the process and practice of research**. Pine Forge Press, 2. ed., 1999.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 523-35, 2002.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Inventário da Oferta Turística do Município de Laranja da Terra**. SEBRAE, Ministério do Turismo. Longituras assessoria e consultoria, 2006, 110 p.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 2, n. 1, jan./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em 02 jul. 2012.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-47, jun. 2003.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S.. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Rev. Texto & Contexto**. UFSC, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SOUSA, A. L. L. Hipertensão Arterial: Perfil da Morbidade Referida na Região Sudoeste da Grande São Paulo, 1989 - 1990. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 2, n. 1, out./dez. 2000. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 5 nov. 2005.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev bras. enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2012.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRETAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.15, n.6, p. 2835-43, 2010.

SOUZA, R. J. S. P. et al. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. **An Bras Dermatol**, n. 84, v. 3, p. 237-43, 2009.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. 105 p.

THUM, M. A; CEOLIN, T.; BORGES, A.M.; HECK, R. M. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 3, p. 576-82, set. 2011.

TRESSMANN, I. **Bilinguismo no Brasil**: O caso da Comunidade Pomerana de Laranja da Terra-ES. Associações de Estudos da Linguagem do Rio de Janeiro (ASSEL-Rio). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

TRESSMANN, I. **O uso da língua no cotidiano e o bilinguismo entre pomeranos**. V Congresso Internacional da Associação Brasileira de Linguística, Belo Horizonte, 2007.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, out/dez, 1994.

UNITED STATES OF AMERICA/CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, CIA World Factbook. 2009. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>>. Acesso em: 04 jul. 2012.

VALÉRIO, E. C. N. **Idoso hipertenso**: Conhecimento e assistência de enfermagem na estratégia saúde da família. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade Novo Milênio, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Vila Velha-ES, nov., 2005, 70 p.

VASCONCELOS, E. N. **Mulheres em Situação de Rua no Município de Vitória**. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização] – Programa de Pós-Graduação. Curso de Pós Graduação em Política Social, Gestão e Controle Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, Vitória, 2012, 100 p.

VELOSO, P. Sangue grosso ou sangue gordo? **Educare PT On Line**. 7 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.educare.pt/educare/Opinioao.Artigo.aspx?contentid=B1166745C7008DF9E0400A0AB8004F22&opsel=2&channelid=0>>. Acesso em 01 jul. 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. P. **Terceira idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002.

WANNMACHER, L. **Interações de medicamentos com álcool**: verdades e mitos. v. 4, n. 12. Brasília, novembro de 2007.

WEBER, M. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. 4 ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1985

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**O Idoso Pomerano Hipertenso e a Estratégia Saúde da Família: A Experiência de uma Comunidade Rural**”, cadastrado com o No **095/2011**, do pesquisador responsável “**Elry Cristine Nickel Valerio**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/09/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **27/09/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 29 de setembro de 2011


Dr. Elisardo Corral Vasquez
Coordenador Adjunto
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sou Enfermeira e mestranda do Curso de Políticas Públicas e desenvolvimento local da EMESCAM, tendo como requisito para a obtenção do título de Mestre devo desenvolver uma dissertação, com o objetivo de discutir as estratégias da Saúde da Família frente às especificidades na prevenção e tratamento da hipertensão arterial entre idosos pomeranos de Joatuba, Laranja da Terra, Espírito Santo.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a qual pretendo aumentar o campo de conhecimento acerca do papel do município na implementação de políticas públicas de saúde; bem como, sobre as ações de saúde que o município desenvolve junto à população idosa para a prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Também pretendo identificar as diferenças que envolvem as ações de saúde para o atendimento ao idoso pomerano hipertenso. Dessa forma, desejo que o resultado do meu trabalho contribua para maior compreensão das questões que envolvem a relação saúde pública municipal e idoso hipertenso, ampliando valores para a criação de novas metas no enfrentamento a esse agravo.

O(a) Senhor(a) não será identificado pelo nome **E TERÁ O DIREITO DE RETIRAR O TCLE A QUALQUER MOMENTO DA PESQUISA, SEM PREJUÍZO PARA SEU ATENDIMENTO.** Todas as informações ficarão sob a minha responsabilidade e serão utilizadas apenas para fins científicos. Solicito também autorização para Uso de Imagem, que serão impressas em páginas anexas a dissertação, em apresentação visual durante a defesa da tese e em meio impresso (pôster, banner) de apresentação do artigo. Comprometo-me e me responsabilizo com a divulgação dos resultados do projeto, preservando a sua identidade.

É bom lembrar que a sua participação é totalmente voluntária e que terá todo o direito ao esclarecimento de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, sempre que julgar necessário. Neste sentido, solicitamos autorização para coletar os dados necessários, a partir de uma entrevista individual, verificação de dados e registros de atendimentos no Posto de Saúde, conforme preconiza o método científico a ser utilizado garantindo assim a fidelidade de suas respostas.

Elry Cristine Nickel Valério. RG: 1.871.545. COREN: 167.698-ES.

Enfermeira e Mestranda

Contatos: (27) 92314363 e 33894606. elrycristine@yahoo.com.br. Endereço: Rua C, s/n, 3ª Etapa, Ed. Pequi, apt.201, Coqueiral de Itaparica, Vila Velha-ES. CEP: 29102-903.

Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam (CEP): telefone (27) 3334-3586.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Diante dos esclarecimentos acima, aceito participar da pesquisa, cujo objetivo é discutir as estratégias da Saúde da Família frente às especificidades na prevenção e tratamento da hipertensão arterial entre idosos pomeranos de Joatuba, Laranja da Terra.

Laranja da Terra, _____/_____/2011.

Nome e assinatura do(a) participante: _____ RG: _____

Nome e assinatura do Representante legal (quando necessário): _____

RG: _____

Nome e assinatura Testemunha: _____ RG: _____

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA OS IDOSOS POMERANOS

1. O que os (as) Senhores (as) sabem sobre pressão alta ou hipertensão?
2. Onde os (as) Senhores (as) fazem o acompanhamento da pressão alta?
3. Os (as) Senhores (as) tomam os remédios nos horários certos? O que acham sobre disso?
4. Os (as) Senhores (as) compram os remédios? Quais as dificuldades com relação a isto?
5. O que os (as) Senhores (as) pensam sobre a alimentação?
- 6 Os senhores seguem as orientações dadas pelo médico sobre a alimentação? Se sim, de que forma?
6. O que os (as) Senhores (as) acham que poderia ser melhorado na alimentação, para evitar os picos de pressão alta?
7. O que os (as) Senhores (as) pensam sobre a prática de exercícios físicos?
8. Entendem bem a língua Portuguesa? Isto prejudica a compreensão das orientações dadas pelos profissionais de saúde.
9. Frequentam palestras oferecidas no Posto de saúde? O que pode ser mudado?
10. As visitas dos profissionais de saúde são importantes para os (as) senhores (as)?
11. Os (as) Sr.(as) acham que o Município contribui com os idosos pomeranos da comunidade e busca formas de melhorar suas condições de saúde? O que pode ser acrescentado?
- 12 – O que acham da atuação da ESF em Joatuba? Gostam do atendimento que é oferecido a vocês pelos profissionais de saúde e pelo agente de saúde?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. QUESTÕES VOLTADAS ÀS POLITICAS DE SAÚDE

1. Quais questões de saúde são observadas no município de Laranja da Terra-ES?
2. Como o município tem respondido a elas?
3. Que políticas de saúde são desenvolvidas pelo município? Por favor, identifique todas elas.
4. Qual a avaliação da estrutura existente no município? Esta estrutura dá conta de atender as demandas que surgem?
5. Quais são problemas de saúde mais comuns enfrentados pela população de Laranja da Terra?
6. Como avaliam a situação de saúde da população com idade acima de 60 anos?
7. São observadas diferenciações no processo de saúde doença entre os idosos pomeranos e os idosos não pomeranos, residentes no município? se sim: quais causas que são atribuídas a essas diferenciações?
8. Quais os principais fatores/causas de adoecimentos de idosos pomeranos?
9. Conhecem alguma política específica no município voltada à população pomerana?
10. O município consegue atender integralmente as famílias pomeranas?
11. São percebidas algumas características ou questões de saúde que chamem a atenção dentro na comunidade de Joatuba?
12. Qual o número de idosos acompanhados pela equipe de saúde?
13. Existe alguma resistência no acompanhamento de saúde por parte dos idosos pomeranos aos tratamentos propostos? se sim: quais motivos são visualizados?
14. Qual o papel da família na prevenção e tratamento de doenças em idosos pomeranos?
15. São utilizados alguns tipos de tratamentos alternativos em hipertensão arterial?
16. Quais recursos são utilizados como meio de prevenção e controle da hipertensão arterial entre os idosos pomeranos?
17. Os idosos pomeranos têm acesso à medicação necessária ao seu tratamento? E para hipertensão arterial?
18. Eles conseguem atendimento especializado em Laranja da Terra quando necessitam, Geriatria, cardiologista, psiquiatra, neurologista, ortopedista? Se não, como conseguem acessar o atendimento?
19. Os hipertensos têm contato regular/periódico com o cardiologista? Qual o período entre um consulta e outra?
20. Você percebe a existência de elementos culturais específicos na prevenção e tratamento da hipertensão arterial entre idosos pomeranos?
21. Percebe se há algum aspecto cultural da comunidade pomerana que estimule o surgimento de doenças, em particular, da hipertensão arterial?
22. Como você avalia a Estratégia Saúde da Família no município? Desafios e possibilidades? (recursos humanos e materiais)
23. Como você avalia o papel da agente de saúde no acompanhamento a idosos pomeranos hipertensos?