

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Camila Henriques Nunes

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ COM ÊNFASE NA QUALIFICAÇÃO
DOS TRABALHADORES

Rio de Janeiro

2016

Camila Henriques Nunes

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ COM ÊNFASE NA QUALIFICAÇÃO
DOS TRABALHADORES

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho
Santos

Co-orientador: Prof. Dr. Daniel Groisman

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

N972a Nunes, Camila Henriques
Análise da implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Campos dos Goytacazes - RJ com ênfase na qualificação dos trabalhadores / Camila Henriques Nunes. - Rio de Janeiro, 2016.
100 f.

Orientador: Marco Antonio Carvalho Santos
Co-orientador: Daniel Groisman

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Política de Saúde. 2. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 3. Idosos. 4. Qualificação Profissional. I. Santos, Marco Antonio Carvalho. II. Groisman, Daniel. III. Título.

CDD 362.1068

Camila Henriques Nunes

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES COM ÊNFASE NA QUALIFICAÇÃO DOS
TRABALHADORES - RJ

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 16/12/2016

BANCA EXAMINADORA

Dr Marco Antonio Carvalho Santos (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr. Daniel Groisman (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr. Júlio César França Lima (EPSJV / FIOCRUZ)

Dr^a Dalia Elena Romero Montilla (ICICT/ FIOCRUZ)

*Dedico este trabalho
ao meu pai Wilson “in memoriam” pelo exemplo de
determinação e bondade que me deixou, e por me
fazer acreditar que tudo é possível.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda vida e conhecimento.

A minha mãe Marly Machado por acreditar em mim incondicionalmente.

A Almira Rocha, minha segunda mãe pelas palavras de carinho e incentivo.

Aos meus irmãos por compreenderem os momentos em que estive ausente.

Aos meus orientadores Marco Antônio Carvalho Santos e Daniel Groisman pela dedicação a este trabalho e por tornarem suaves os momentos de tensão.

Aos funcionários da Casa Amarela pela acolhida.

A toda equipe da EPSJV em especial a Michele e Patrícia.

Ao Instituto Federal Fluminense pelo incentivo e por tonar possível a materialização desta pesquisa.

“Com o passar dos anos, as árvores tornam-se mais fortes e os rios, mais largos. De igual modo, com a idade, os seres humanos adquirem uma profundidade e amplitude incomensurável de experiência e sabedoria. É por isso que os idosos deveriam ser não só respeitados e reverenciados, mas também utilizados como o rico recurso que constituem para a sociedade.”

(Kofi Annan)

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem demandando a união de ações do Estado. A legislação brasileira avançou significativamente a partir da Constituição Federal de 1988 no que se refere à proteção social ao idoso, com destaque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) publicada em 2006. Observa-se que a questão da qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde é regulamentada na PNSPI e em vários dispositivos legais. A presente pesquisa objetiva analisar o processo de implantação da PNSPI no Município de Campos dos Goytacazes- RJ com ênfase na qualificação dos trabalhadores de nível médio e técnico em saúde. Caracteriza a trajetória da qualificação profissional discutindo a proposta gramsciana de uma formação que articula trabalho manual e intelectual, o conhecimento como fundamento das práticas, orientando a reflexão sobre a trajetória formativa dos trabalhadores e identifica demandas para a formação e educação permanente no âmbito da gerontologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas, questionários e grupo focal. Os dados obtidos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Qualificação Profissional. Idosos.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon that is demanding the partnership of actions of the Government. Brazilian law has advanced significantly from the 1988 Federal Constitution with regard to social protection for the elderly, especially the National Health Policy for the Elderly (PNSPI) published in 2006. One can observe that the issue of qualification of workers the Unified Health System is regulated in PNSPI and various legal provisions. This research aims to analyze the PNSPI implementation process in the municipality of Campos dos Goytacazes - RJ with emphasis on the training of mid-level workers and health technicians. It features the history of the professional qualification discussing Gramsci's proposal for a training which combines manual and intellectual work, knowledge as the basis of practice, guiding reflection on the formative trajectory of workers and identifies requirements for training and continuing education within gerontology. This is a qualitative research with data collection through semi-structured interviews, questionnaires and focus groups. The data were analyzed through the use of content analysis technique proposed by Bardin.

Keywords: National Health Policy for the Elderly. Professional Qualification. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Faixa etária dos trabalhadores de nível técnico e médio	61
Figura 2 - Tempo de exercício no atual posto de trabalho.....	62
Figura 3 - Idosos em situação de pobreza em Campos dos Goytacazes	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais dispositivos legais referentes ao idoso no Estado do Rio de Janeiro ...	37
Quadro 2 - Categorias resultantes da análise de conteúdo	60

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BM – Banco Mundial
CBO – Classificação Brasileira de Ocupação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CFB - Constituição Federal Brasileira
CI – Cuidador de Idoso
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMDI – Conselho Municipal de Direito do Idoso
CRASI – Centro de Referência de Assistência à Saúde do Idoso
EI – Estatuto do Idoso
EPI – Equipamento de Proteção individual
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIC - Formação Inicial Continuada
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IES - Instituição de Ensino Superior
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idoso
LBA - Legião Brasileira de Assistência
MEC – Ministério da Educação e Cultura
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PEI - Política Estadual do Idoso
PMI - Política Municipal do Idoso
PMI – Política Municipal do Idoso
PNAD – Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNFCI – Política Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos

PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa
PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde
PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PRONATEC -Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
RHS – Recursos Humanos em Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SEMTEC - Secretaria de Educação Média e Tecnológica
SGTTES - Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SISAP – Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas
SUS – Sistema Único de Saúde
TE - Técnico de Enfermagem
UFF – Universidade Federal Fluminense
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
UNITI – Universidade para a terceira idade
US – Unidade de Significação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO BRASILEIRO: marcos históricos e legais da implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso	16
I.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	19
I.2 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	22
I.3 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	26
I.4 ESTATUTO DO IDOSO	29
I.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	33
I.6 POLÍTICA ESTADUAL DO IDOSO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	35
I.7 POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ	38
2 TRAJETÓRIA E QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADORES DE IDOSOS	40
2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	44
2.2 QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES NA PNSPI	46
2.3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	48
2.4 A FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS.....	50
3 A PNSPI EM CAMPOS DOS GOYTACAZES E A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES	56
3.1 A PRECARIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	60
3.2 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	66
3.3 ESCOLHA PROFISSIONAL E SATISFAÇÃO PESSOAL.....	70
3.4 PRINCIPAIS DESAFIOS DA PNSPI NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES.....	75
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – GESTOR	98
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES	99
APÊNDICE C - ROTEIRO – GRUPO FOCAL	100

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e no Brasil vem ocorrendo de forma acelerada, ocasionando mudanças epidemiológicas significativas. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) as taxas de mortalidade e fecundidade no Brasil estão declinando, mudando de forma significativa a pirâmide populacional, o que faz da população idosa o segmento que mais cresce em todo país.

Segundo projeção do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), até 2022 o mundo deverá ter 1 bilhão de pessoas com mais de 60 anos. O levantamento também destaca que a proporção de idosos em relação à população mundial está crescendo mais do que qualquer outra faixa etária, principalmente nos países em desenvolvimento. (Simões, 2012).

O envelhecimento não é uma realidade vivida igualmente por todos os indivíduos, suas particularizações e configurações são definidas segundo as condições materiais de inserção dos sujeitos no movimento da produção e reprodução social (ABREU E LOPES, 2008). Tratado como questão pública, o envelhecimento retira esse tema do domínio individual e privado sem negá-lo, colocando-o num âmbito muito mais abrangente: na esfera da grande política e das políticas sociais, o que nos remete ao interesse e necessidade de pesquisar a forma pelo qual o Estado se organiza e se articula para que seja de fato eficiente na garantia aos direitos dos idosos (MINAYO e COIMBRA, 2002).

Pode-se afirmar que o processo de envelhecimento populacional brasileiro é caracterizado pela heterogeneidade e enormes desigualdades sociais. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), no ano de 2008, 73% da população idosa era usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), 51% tinha domicílio cadastrado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 53% utilizava posto ou centro de saúde como primeiro local de atendimento.

A renda média domiciliar per capita no Brasil no mesmo período era de R\$ 767,02, valor este que pode ser considerado insuficiente frente às demandas de um idoso com alguma necessidade especial de acompanhamento. O processo de envelhecimento não é vivenciado de forma homogênea pela população brasileira devido a diferença de classes e conseqüentemente o acesso aos serviços de saúde.

A saúde da pessoa na velhice também sofre influência do acesso aos serviços de saúde desta pessoa no decorrer de sua vida, ligando diretamente a Política de Saúde do Idoso a outras políticas públicas e programas de saúde aos quais o idoso teve acesso, o que torna necessária a avaliação do SUS e do processo de formação/qualificação que os trabalhadores estão recebendo no âmbito da Saúde do Idoso, pois não há como analisar o sistema sem levar em consideração os trabalhadores que nele estão inseridos.

O Município de Campos dos Goytacazes situa-se ao norte do Estado do Rio de Janeiro, com uma extensão territorial de 4.026,696 km² e uma população de 463.731, onde deste total cerca de 10% com idade igual ou superior a 60 anos, segundo dados do IBGE em 2010. Os dados apresentados apontam para uma real necessidade de implantação e efetividade de políticas públicas voltadas para o processo de envelhecimento, fazendo com que o aumento da longevidade seja vivido com qualidade de vida e autonomia.

Campos dos Goytacazes possui 90% de domicílios com água tratada e 100% dos domicílios urbanos com coleta de lixo segundo dados da administração municipal. Considerando os determinantes e condicionantes de saúde, os números são positivos no município no que se refere a um serviço eficiente de saneamento básico, porém deixa a desejar em relação a cobertura da Atenção Básica.

No âmbito da saúde, o envelhecimento populacional é um fenômeno que gera novas demandas para os serviços e aumentos substanciais nos custos de programas, exigindo o conhecimento de problemas e o desenvolvimento de ações visando à sua resolução, fazendo necessário o processo contínuo de avaliação e revisão de dispositivos legais com vistas a sanar possíveis impasses.

A partir da Constituição Federal de 1988, deflagrou-se uma atualização dos dispositivos legais voltados para a proteção social, o que culminou no estabelecimento de políticas voltadas especificamente para segmentos mais vulneráveis da população, como por exemplo os idosos. Assim, são instituídos, a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e as Políticas de Saúde do Idoso de 1999 e 2006. Em 2006, foi aprovado também o Pacto pela Saúde e pela Vida (portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006) o qual elencou a Saúde do Idoso como uma das prioridades para o SUS.

É importante destacar que segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) são consideradas idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Tal conceituação está de acordo com o que propõe a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja definição correlaciona a idade cronológica com o contexto sócio econômico nacional, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e a partir de 65 anos em países desenvolvidos (OMS, 2002b).

Além da PNSPI no âmbito Federal, Campos dos Goytacazes conta ainda com uma Política Municipal para o Idoso, regulamentada pela Lei nº 8.111 de 8 de outubro de 2009 e que subsidia também a garantia de direitos desse grupo etário.

Para Lima (2000), embora o envelhecimento esteja associado a uma prevalência aumentada de doenças crônicas, incapacidade e morte, estudos epidemiológicos indicam que o uso dos serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos saudáveis são importantes

determinantes do envelhecimento com saúde. Sendo assim, um bom acesso aos serviços primários de saúde no decorrer da vida pode refletir em uma velhice com menor carga de doenças.

A área de Saúde do Idoso é um campo no qual para que as políticas públicas se tornem eficazes e possam ser efetivamente aplicadas, se faz necessária uma articulação com os demais setores governamentais. Essa afirmação vem de encontro ao próprio conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza que esta é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Sendo assim, para garantir a Saúde do Idoso, torna-se necessária uma real articulação intersetorial entre os setores governamentais e a sociedade como um todo.

Meu interesse pela área de saúde da pessoa idosa se deu pela minha formação inicial como Bacharel em Enfermagem e pela minha atuação profissional em cursos de saúde do Instituto Federal Fluminense no Município de Campos dos Goytacazes, onde também sou enfermeira de um programa de extensão envolvendo 120 idosos do referido município. Após diálogos, rodas de conversa e interação com este grupo, surgiu a necessidade de avançar em pesquisas relacionadas a este público no município em que estão inseridos.

No que se refere à estrutura sanitária voltada ao idoso, a administração direta dos serviços em Campos dos Goytacazes é ligada a Superintendência de Direito dos Idosos, órgão vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Humano que tem como principais atribuições e competências: formular e executar a Política Municipal do Idoso (PMI), a descentralização e intersetorialidade, a atenção ao idoso em situação de risco, assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, dentre outros. Na referida Superintendência existe o Departamento de Recursos Humanos, o Departamento Financeiro e o Departamento Jurídico, além da gestão do Centro-Dia, que funciona com ações articuladas com a Secretaria de Saúde do Município.

O Município possui sete Centros de Convivência onde são cadastrados 13 mil idosos. É classificado como Centro de Convivência o espaço privilegiado de encontros e interações mediadas por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, considerada em toda a sua multidimensionalidade. (SILVA, 2004). A proposta do Centro de Convivência inclui atendimento com várias especialidades médicas, além de atendimento odontológico e eventos de socialização.

O Centro-Dia tem como proposta atuar com idosos na modalidade de atendimento externo (consultas ambulatoriais especializadas) e na modalidade interna de atendimento, onde os idosos passam o período diurno no local e recebem atendimento especializado.

A qualificação dos trabalhadores para atendimento às necessidades da população idosa apresenta-se como uma das diretrizes na legislação pertinente a este grupo etário: Estatuto do Idoso, Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa etc. Embora presente em tais dispositivos legais, o tema qualificação ainda é pouco investigado, uma vez que tais ações

frequentemente possuem pouca visibilidade, mesmo se relacionando diretamente à qualidade dos serviços prestados.

A situação da terceira idade e do acelerado envelhecimento populacional, no Brasil e no mundo, inclui-se entre os temas de grande necessidade de aprofundamento de estudos, principalmente pelas mudanças que provoca e pelas potencialidades que encerra, potencialidades estas que impactam diretamente a família, o orçamento público para a saúde e o próprio idoso em seu processo de envelhecimento.

A partir da aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso em 2006, aliada aos princípios da descentralização e intersetorialidade, torna-se necessária a avaliação contínua das gestões municipais no que tange à implementação de tal política para manutenção de direitos e melhoria da qualidade de vida para a população idosa.

O presente estudo teve como objetivo principal analisar o processo de implantação da PNSPI no Município de Campos dos Goytacazes – RJ com ênfase na qualificação dos trabalhadores de nível médio e técnico em saúde. Especificamente, buscamos caracterizar a trajetória de qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico envolvidos na PNSPI no município estudado e identificar demandas para a formação e educação permanente, além da identificação de obstáculos para a plena efetivação dessa política em Campos dos Goytacazes.

A presente pesquisa possui abordagem qualitativa e teve como primeira etapa a revisão bibliográfica pertinente ao tema estudado, bem como a pesquisa da legislação referente ao tema Saúde da População Idosa no âmbito nacional, estadual e municipal com posterior realização de coleta de dados secundários em banco de dados do IBGE, DATASUS, Ministério da Saúde, ICICT (Fiocruz) e Ministério da Educação.

Como estratégias para coleta de dados foram aplicados questionários e realizados dois grupos focais com 23 trabalhadores de nível técnico e médio envolvidos na PNSPI e realizadas entrevistas com dois gestores no âmbito da Superintendência do Direito do Idoso. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo, abordamos a questão da legislação brasileira referente ao idoso desde a Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 até a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006. No segundo capítulo, tratamos da questão da qualificação e trajetória profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico em saúde, com foco sobre os técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos. No terceiro capítulo, são apresentados e discutidos os dados da pesquisa realizada no Município de Campos dos Goytacazes.

CAPÍTULO 1. POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO IDOSO BRASILEIRO: marcos históricos e legais da implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso

Nesse capítulo, que é de revisão bibliográfica, pretendo destacar alguns aspectos conceituais acerca do conceito de política pública. Serão evidenciados os conceitos de política de Estado e política de governo. A partir daí, serão discutidas as políticas voltadas ao idoso brasileiro a partir da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988.

Segundo Prates e Prates (2005), as políticas públicas se referem a um conjunto de estratégias que dizem respeito ao âmbito da reprodução, redistribuição e consumo social e que objetivam a produção de bens e serviços comuns.

Para Souza (2003) a política pública pode ser resumida como o campo do conhecimento que busca, simultaneamente, "colocar o governo em ação e\ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo do curso dessas ações (variável dependente)" (SOUZA, 2003, p. 25). Já para Areias e Borges (2011) as políticas públicas são importantes instrumentos do Estado na busca por legitimidade.

Para o planejamento das políticas públicas, o delineamento de grupos populacionais é consideravelmente importante. Dessa forma é possível identificar beneficiários para enfocar recursos e reconhecer direitos.

As políticas sociais se referem às ações de sustentação social implantadas pelo Estado, para fins de redistribuição dos benefícios sociais com o intuito de amenizar as discrepâncias sociais. Os idosos encontram-se como um dos grupos etários alvo destas políticas, políticas estas que surgiram nos movimentos populares do século XIX voltadas aos conflitos capital-trabalho (OLIVEIRA, 2007). Entende-se que a saúde é uma política pública, que também se encontra no âmbito da política social uma vez que é uma responsabilidade do Estado.

Segundo Sposati et. al (1995) as políticas sociais governamentais são entendidas como um movimento multidirecional resultante do confronto de interesses contraditórios e o Estado brasileiro, embora um Estado burguês, que retrata em última instância, as predileções dos segmentos hegemônicos, expressa esses interesses de classe de forma paradoxal.

O principal objetivo das políticas sociais é a redução das desigualdades sociais. Estas constituem-se como um mecanismo que o Estado adota para intervir no controle das contradições da relação capital-trabalho. A intervenção do Estado tem como função assegurar condições mínimas de vida e de trabalho aos menos favorecidos. Por outro lado, para a população, o assistencial se constitui num espaço político de luta. Deste modo, as políticas sociais do Brasil são fenômenos políticos, manifestação do confronto de interesses de classes, onde os indivíduos motivados pelas desigualdades lutam pela conquista de seus direitos (SPOSATI et al., 1985).

Na tríade da seguridade social, composta pela previdência, assistência social e saúde, localizam-se as principais políticas para atender às necessidades dos idosos frente ao heterogêneo processo de envelhecimento. Estas áreas constituem-se também, entre os principais alvos dos projetos neoliberais cuja implantação vem sendo defendida frequentemente pelos Organismos Internacionais, tais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

De acordo com Laurell (2002), as políticas neoliberais ressuscitaram um Estado assistencialista, onde cada indivíduo "compra" os serviços ofertados pelo mercado, cabendo ao Estado a tarefa de assistir apenas os "incapazes", o que vem provocando no continente latino-americano um verdadeiro retrocesso ao século XIX.

Em consonância com esta situação Rizzoto (2000) complementa que estes processos foram em grande parte orquestrados de fora, a partir da influência de Organismos Internacionais, como por exemplo, o Banco Mundial (BM), e que visam, dentre outros objetivos, o desenvolvimento do mercado para a saúde.

Para Souza (2003), acerca das diversas definições e modelos sobre a política pública, pode-se resumir os seguintes elementos principais:

A política pública distingue entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; a política pública não envolve vários níveis de governo e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; a política pública é abrangente e não se limita a leis e regras; a política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; a política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; a política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, ela implica também em implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2003, p. 8).

Pelo exposto, Souza (2003) caracteriza a política pública como um todo, abarcando participantes formais e informais e destacando que esta é uma política de longo prazo destacando que a mesma também necessita de avaliação em seu processo de implementação.

Segundo Inwood (2007), o Estado em seu sentido político envolve diferentes significados: um povo, um território ocupado por este povo e uma organização política, dotada de uma autoridade central. Em Gramsci temos a ampliação do conceito de Estado, entendido como composto por duas esferas principais: a sociedade política e a sociedade civil. Através da sociedade política, também denominada Estado no sentido estrito, a classe dominante detém o monopólio legal da repressão e violência, através da justiça e da força militar. Já a sociedade civil é composta pelas organizações incumbidas da elaboração e disseminação das ideologias, como igrejas, escolas etc. (COUTINHO, 2007, p. 127-128).

Destaca-se que para Gramsci, o Estado em sentido ampliado envolve tanto o convencimento

quanto a coerção. O consenso, produzido pelo convencimento, é um resultado buscado pela ação no âmbito da sociedade civil.

No que se refere à participação social no âmbito das políticas públicas de saúde, destaca-se a existência dos Conselhos de Saúde e do Idoso, órgãos que contam com a participação de representantes do governo e sociedade civil na formulação, fiscalização e implementação das ações. Tal participação foi estabelecida na CFB de 1988:

A promulgação da Constituição Federal de 1988 garantiu à sociedade o direito de participar e intervir na gestão da saúde. Posteriormente e regulamentado através da sanção das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, instituíram-se os conselhos de saúde nas três esferas de governo. (BUSANA, HEIDEMANN e WENDHAUSEN, 2015,p. 443)

Para análise de políticas públicas é muito importante o estudo do contexto que permeia as situações, sejam elas históricas, econômicas, políticas ou de interesses. A metodologia de análise de políticas públicas tornou-se objeto de diversos estudos, havendo acordo no pensamento que a formulação e a implementação de políticas relacionam-se à ação governamental, que tem como finalidade alcançar um grupo específico ou a população como um todo e, por propósito, causar determinado impacto, seja ele a curto, médio ou longo prazo. (VIANA,1996; PEREZ,1999; LABRA, 1999).

Para Ferreira (2003) a análise de políticas públicas busca discutir “o que o governo faz, como faz, por que o faz e para quem faz”, ou seja, busca compreender a capacidade do sistema político de conceber decisões que solucionem os diversos problemas colocados na sociedade. Na análise e avaliação de políticas implementadas pelo governo, Hofling (2001) destaca que os fatores de diversas natureza e determinação são importantes e principalmente quando se focalizam as políticas sociais, os fatores para aferição do êxito ou fracasso são complexos e variados.

Para melhor compreensão, o Estado pode ser entendido como um conjunto de instituições permanentes - como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente - que possibilitam a ação do governo; e governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade abrangendo políticos, técnicos, sociedade civil e outros. (HOFLING, 2001, p. 31). Sendo assim, as políticas públicas também podem ser consideradas Políticas de Estado e Políticas de governo, sendo que o que as diferencia é a forma como elas serão institucionalizadas.

As políticas de governo são aquelas decididas pelo executivo num processo mais rápido de formulação e implementação tendo como objetivo responder às demandas a curto prazo. Já as Políticas de Estado, por sua vez, passam por diversas instâncias de discussão e envolvem as burocracias de mais de uma agência do Estado, sendo necessário um estudo mais aprofundado.

As políticas públicas aqui são compreendidas como responsabilidade do Estado, porém não podem ser reduzidas a políticas estatais. Ao se falar em políticas públicas para idosos, faz-se necessário analisar a dinâmica da saúde pública no país, bem como as políticas públicas adotadas no passado.

Segundo Haddad (2000) no período anterior à CFB de 1988 a velhice era atendida por benefícios resultantes da contribuição prestada em tempo produtivo. Segundo Bravo (1996) as demandas decorrentes deste período interferiram diretamente na formulação das políticas sociais brasileiras.

Ao analisar a implementação de uma política, deve-se compreender que esta fase se refere à execução, ou seja, à prática do que é exposto em lei. Nas próximas linhas deste trabalho será analisado o que temos de dispositivos legais referentes ao idoso brasileiro desde a CFB de 1988 até o ano de 2006 quando é lançada a PNSPI.

1.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e a legislação brasileira relacionada ao idoso sofre influência do contexto Internacional, que é caracterizado pela realização de Fóruns e Assembleias Mundiais para discussão e elaboração de propostas em relação ao processo de envelhecimento haja vista o fenômeno global que este expressa.

Em relação ao contexto internacional, ao fazer um recorte histórico, destaca-se a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde realizada no ano de 1978 e que culminou na publicação de um documento que trouxe significativas contribuições na conceituação de cuidados primários e na necessidade de intervenção nos problemas de saúde da população mundial. (MAIA, 2010).

Após cinco anos da divulgação da Declaração de Alma-Ata, no ano de 1983 foi realizada a I Assembleia Mundial pelo Envelhecimento em Viena, com o lançamento do Plano Internacional de Ação pelo Envelhecimento de Viena (CAMARANO, PASINATO, 2004), que destacava a necessidade de instituir uma compreensão mundial para o envelhecimento da população, amparando-se numa justificativa baseada na proteção da dignidade e promoção da equidade, justiça social e solidariedade.

No ano de 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde a qual originou a Carta de Otawa, que consiste em uma carta de intenções que reforça a necessidade de atuação do setor saúde com outras áreas para elaboração de políticas públicas, destacando que a promoção da saúde vai além dos cuidados primários, esta compreende além do setor saúde. (MAIA, 2010).

Desde a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), o direito à saúde foi sendo difundido internacionalmente, porém só chegou ao Brasil de forma oficial muitas décadas depois com a aprovação da CFB em 1988. Segundo Ramos (2002), em todo o mundo apenas as Constituições de doze países trazem textos relativos à proteção às pessoas idosas, são eles: Brasil, China, Cuba, Espanha, Guiné-Bissau, Itália, México, Peru, Portugal, Suíça, Uruguai e Venezuela. É importante salientar que embora presente nas Constituições dos países acima, tais referências, ainda que sejam fundamentais do ponto de vista da promoção de direitos não são, entretanto, garantia de ações práticas e efetivação plena.

Para Camarano e Pasinato (2004), no Brasil o contexto internacional teve influência para a inclusão da proteção ao idoso na CFB de 1988, a qual traz em seu texto referências sobre a velhice, tal como o artigo 230, que trata especificamente do tema. Pode-se afirmar que esta Constituição representa o marco legal para a atual proteção social aos idosos, porém enfatiza uma grande responsabilização à família e poucos subsídios a estas.

Elias (2004) destaca que pela primeira vez nas cartas constitucionais brasileiras é exposta uma seção específica para a saúde, destacando - a como direito do cidadão e dever do Estado. Este fato trouxe significativa mudança em relação à noção de seguro social vigente desde 1920, constituindo tal ato um ponto de apoio para o processo de desmercantilização da saúde.

É importante salientar que existiram outras Constituições antes da CFB de 1988, porém o marco no setor saúde encontra-se na promulgação desta. Após a revolução de 1930, em plena Era Vargas, o governo instala um novo tempo para a classe trabalhadora, embasado em um discurso ideológico dominante que para combate à pobreza e exclusão social promulgou a CFB de 1934. Para Antunes (2012) a CFB de 1934 estabeleceu direções para a execução das ações estatais como por exemplo, amparo aos desfavorecidos, à maternidade e infância, destinação de 1% dos tributos para a área social etc., nada próximo ao marco da saúde existente na CFB de 1988.

No ano de 1942 foi instituída a Legião Brasileira de Assistência (LBA) por Getúlio Vargas, que subsequente ao atendimento aos familiares de pracinhas que foram à II guerra Mundial retornou sua atuação para assistir crianças, pessoas com deficiência, idosos, dar apoio judiciário e desenvolver ações comunitárias e de geração de renda (FALEIROS, 2000)

Já na década de 1980, com a reabertura democrática após o período de ditadura militar (1964-1980), os movimentos sociais estabelecem uma luta articulada para a redemocratização do país, promovendo a Assembleia Nacional Constituinte, culminando em 1988 com a promulgação da CFB. (ANTUNES, 2012).

Segundo Faleiros (2007), no processo de transição democrática, a CFB de 1988 trouxe um novo pacto societário, ao prever condições especiais de proteção dos grupos sociais mais vulneráveis como as crianças e os idosos. O autor ainda afirma que somente a partir desta

Constituição o Brasil estaria passando por uma "transição jurídica" em relação aos direitos da pessoa idosa. (FALEIROS, 2007, p.58).

O art. 3 da CFB traz como objetivo geral “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL,1988). A afirmativa de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza trazida no art. 5, complementa a ideia central do art. 3.

O capítulo VII da CFB (da família, da criança, do adolescente e do idoso), trata com maiores detalhes da proteção aos segmentos etários mais vulneráveis, atribuindo à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar os idosos, assistindo-lhes de preferência em seus lares e assegurando-lhes participação na comunidade, integridade física, dignidade e bem-estar além do direito à vida.

Outras medidas são evidenciadas na CFB: gratuidade nos transportes coletivos urbanos para pessoas a partir de 65 anos, benefício da prestação continuada (posteriormente regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social) , no valor de um salário mínimo ao idoso que não disponha de recursos próprios ou da família para sua sobrevivência, além de direitos sociais de todos os brasileiros, posteriormente regulamentadas no Estatuto do Idoso, como o direito a educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, assistência aos desamparados.

Contido no capítulo VII, o art. 230 da CFB, destaca que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas e em seu parágrafo 1º estabelece que os programas de amparo aos idosos deverão ser executados preferencialmente em seus lares, desafiando a família, a sociedade e o próprio Estado no que tange à efetivação desse direito exposto em lei. É importante compreender que a CFB foi apenas o marco inicial, a partir desta outros dispositivos legais foram aprovados e com diferentes perspectivas em relação ao idoso.

Para Rulli Netto (2003), a CFB de 1988 é o primeiro passo para a conquista da verdadeira cidadania. Para análise da inclusão do idoso no âmbito da proteção social ou como alvo de políticas públicas específicas, faz-se necessário compreender o significado de cidadania. Esta pode ser considerada complexa e histórica e inclui dimensões e desdobramentos traduzidos por direitos civis, políticos e sociais (CARVALHO, 2007). Para Dagnino (2004) a nova cidadania teve sua formulação originada nos movimentos sociais com as demandas de acesso aos equipamentos urbanos.

Em consonância com Carvalho (2007) e Dagnino (2004) no que tange à questão dos idosos, para Braga (2005) a CFB de 1988 suscitou um debate, que contou com a participação de aposentados engajados na luta por suas reivindicações, inaugurando dessa forma, uma incontestável atitude de organização e reivindicação de direitos, dando-lhes visibilidade social e favorecendo a construção da cidadania.

Groisman (2014), Antunes (2012) e Cielo e Vaz (2009) concordam que o reconhecimento dos direitos do idoso no país possui uma longa trajetória, sendo a CFB de 1988 apenas o marco

inicial para a definição da Política Nacional do Idoso (PNI), que definiu os direitos deste grupo etário e as linhas de ação setorial, ou seja, foi através da CFB que foram surgindo as leis que deram origem às garantias e direitos aos idosos

Desde a inclusão do capítulo de saúde na CFB de 1988, as diretrizes das políticas públicas incluem descentralização, universalidade, integralidade, equidade e controle social, o que delineou as diretrizes gerais do sistema de saúde. (PINHEIRO E SARTI, 2012). Esses princípios são declarados na Lei que regulamenta o nosso sistema de saúde.

1.2 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

Para compreender a Lei Orgânica de Saúde é necessário conhecer brevemente o processo de construção do SUS e a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Esta teve início no final da década de 1970 e início dos anos 1980, com o aumento do êxodo rural e o agravamento dos problemas sociais principalmente nos grandes centros urbanos, o que desencadeou vários movimentos sociais reivindicatórios.

Durante este período algumas organizações de profissionais que lutavam por um sistema de saúde mais justo e igualitário surgiram, com destaque para o Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação de Médicos Sanitaristas e a Associação Paulista de Saúde Pública.

No âmbito nacional o marco na constituição do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com grande participação popular. Com todo esse cenário a CFB de 1988 explicita pela primeira vez a saúde e afirma esta como direito de todos e dever do Estado e com isso no mesmo ano é criado o SUS, que divide opinião de pesquisadores e da sociedade como um todo acerca da efetividade de seus princípios

Pode-se admitir que o SUS foi fruto da pressão popular do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, servindo de política estatal de saúde, porém o aprimoramento das condições de saúde não se resumia tão somente à criação desse sistema. Sobre o processo de implantação do SUS e as disputas estabelecidas, PAIM (2006) descreve existir:

O SUS formal, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; O SUS democrático, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas pelos organismos internacionais. (PAIM, 2006, p. 36).

Para Campos, Viana e Soares (2015) a aprovação do SUS, pela CFB de 1988 foi o ápice da Reforma Sanitária e este sistema foi tomado de "assalto" nos seus princípios fundamentais de igualdade e universalidade, pelas políticas neoliberais assumidas pelo Estado brasileiro. As políticas neoliberais no campo da saúde visam a expansão da comercialização de um direito já regulamentado de todo cidadão brasileiro, tratando a saúde como mercadoria.

Paim (2013) sinaliza para o fato de que os postos governamentais importantes são ocupados por gestores que concretamente tracejam políticas de favorecimento aos interesses do capital, mas que se conservam politicamente em função de prestígio social. O ideário do SUS baseava-se na concepção social democrata de direito universal, porém este ideário foi minado pelo neoliberalismo (CALIPO; SOARES, 2013).

Entendido como construção política e histórica, vinculado ao projeto de desenvolvimento do capitalismo, o SUS é transpassado por essas contradições em sua trajetória de consolidação como política pública e em semelhança ao Welfare State, não constitui um meio para o questionamento da ordem social capitalista, como pensado por setores da RSB (ESCOREL, 1998).

A partir da criação do SUS por meio da Lei nº 8080 de 1990 e também com a aprovação da Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, os direitos dos idosos são reafirmados novamente em dispositivo legal. A Lei do SUS, como também é conhecida, afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado e estabelece princípios de descentralização, universalidade, integralidade da atenção, equidade e controle social, além do princípio da territorialidade como mecanismo de atenção às especificidades regionais.

Em relação aos princípios do SUS vários autores concordam que a universalidade enquanto princípio foi prejudicada devido ao processo neoliberal contemporâneo. Para Mézáros (2003) o sistema do capital é incompatível com a universalidade no mundo social.

Para Campos, Viana e Soares (2015) a trajetória de instrumentalização do SUS universal e igualitário constituem desafios e devido ao fato de expressar contradições, invariavelmente entram em conflitos. Além disto, os caminhos de luta vêm sendo trilhados em diferentes situações, como por exemplo no cotidiano de processos de trabalho e pela população mobilizada que denuncia as mazelas do sistema.

A saúde é compreendida em nossa sociedade capitalista como um setor da economia responsável pela produção de bens e serviços. Deve-se considerar que é muito complexo garantir o acesso universal à saúde e organizar um sistema devido inclusive às necessidades da população, quando grandes interesses econômicos invadem o setor (PAIM, 2009).

No que tange à descentralização, destaca-se que esta por não confrontar o ideário do capital ou ideário neoliberal, pôde ser efetivada (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Para Paim

(2009) muitos foram os entraves encontrados nos primeiros anos da implantação do SUS, onde foi dada muita ênfase à descentralização e poucas iniciativas de organização dos serviços. Nesta perspectiva, o SUS ainda possui muitos desafios a serem superados e para tal superação torna-se necessário o processo de avaliação das políticas e programas existentes.

Destaca-se que foi exatamente em um momento de grave crise econômica no final da década de 1980 e primeira metade dos anos 1990, representando um momento adverso para a implantação de um sistema universal de saúde que nasceu o SUS.

Torna-se válido o significado de “crise” em Gramsci que afirma que a crise significa que o velho não pode mais se reproduzir e o novo ainda não pode emergir (DEL ROIO, 1998). Dessa forma a crise pode ser entendida como um momento de estagnação. Embora com a mesma essência, a sociedade capitalista vive em constante transformação, fato que se torna mais evidente em momentos de crise acentuada. Para Pinheiro e Sarti (2012).

Os princípios e as diretrizes do SUS determinam uma estrutura de assistência pautada em redes de políticas públicas que, paralela ao modelo de financiamento adotado, remete a falhas de mercado. Isso impõe barreiras à gestão do sistema público de saúde e à efetivação dos objetivos do SUS. (PINHEIRO; SARTI, p. 2982).

Eles continuam afirmando que o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil configura significativas barreiras, como as características da estrutura federativa brasileira, desigualdades regionais expressivas e ausência de infraestrutura fiscal e administrativa que inclinam-se a dificuldade na implementação da descentralização de forma efetiva.

Para Paim (2009) o SUS trouxe avanços significativos, como o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de sua determinação social; vigilância e promoção da saúde; acolhimento; redução de danos etc. Assim, a saúde deixou de ser entendida apenas como a ausência de doenças e várias discussões ingressaram em pauta, principalmente acerca das mazelas em que viviam grande parte da população brasileira antes da implantação do SUS. Portanto, a partir de sua implantação o SUS trouxe à tona a questão dos condicionantes e determinantes da saúde, o que mudou o enfoque da abordagem sanitária.

Ao analisar a lei do SUS no que se refere à regulamentação da questão da qualificação destaca-se que em seu art. 13 prevê que dentre outras atividades, a formação de recursos humanos se dará a partir da articulação de políticas e programas.

Outro artigo de destaque no que se refere à capacitação e /ou formação de recursos humanos é o art. 14 que prevê a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. A função dessas Comissões será a formação e

educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL 1990).

Pode-se afirmar que um dos aspectos que atinge o desenvolvimento da política é a formação do quadro de profissionais, pois as disputas internas entre funcionários, ausência de cargos definidos ou até mesmo incapacidade na execução da técnica podem implicar no sucateamento das ações. (MARCELINO, 2002).

No que tange à formação e qualificação de recursos humanos no âmbito da saúde do Idoso, percebe-se que o SUS ainda têm muito a evoluir, uma vez que o número de trabalhadores qualificados para trabalhar com este grupo etários ainda é pequeno ou insuficiente comparado ao quantitativo populacional cada vez mais crescente e ao acentuado aumento da expectativa de vida. Para Elias (2004):

O SUS, desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental populoso e marcado por enorme desigualdade social, caso raro único entre as nações. No entanto, as possibilidades para a saúde no futuro mais imediato encontram-se inexoravelmente atreladas ao êxito do Estado na formação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social, de longe a maior mazela brasileira. Isso envolve a reformulação do padrão histórico de compromissos do Estado brasileiro com os interesses do capital, no momento atual implicando a discussão política mais ampla para o encaminhamento das formulações possíveis na área econômica em detrimento do tratamento essencialmente tecnicista vigente nas esferas governamentais. (ELIAS, 2004, p. 46).

O autor também destaca que o SUS pode oferecer uma significativa contribuição para a América Latina e países emergentes, sendo capaz também de sustentar a esperança de uma sociedade justa, equânime e emancipadora.

O SUS é considerado a principal política pública para o setor saúde e projeto supremo do movimento social brasileiro. Na atualidade tem o desafio principal de efetivar-se como Política de Estado. Além disso esse sistema é considerado a mais ambiciosa e abrangente pública de saúde já formulada no país. (ELIAS, 2004).

Pode-se afirmar que o SUS é um processo em construção, que embora na grande maioria das vezes precário, possibilitou a democratização do acesso aos serviços de saúde. Cabe salientar que esta construção é algo compartilhado entre esferas governamentais, setores do governo, além da própria sociedade como um todo.

Segundo Maia (2010) a legislação brasileira é inegavelmente avançada em relação à população idosa, porém não se tem esta mesma certeza em relação a sua execução e prática,

evidenciando a dicotomia da base legal versus a concretização dos direitos da pessoa idosa nas práticas da política pública de saúde. A promulgação da CFB de 1988 e a criação do SUS com seus princípios de descentralização e universalidade ainda foram insuficientes frente às demandas dos idosos e com isso, começam a surgir outros dispositivos legais específicos a este grupo etário.

O momento atual de crise política e econômica no Brasil nos leva a buscar respostas para as falhas em programas e políticas afim de reorganizá-las, pois somente desta forma é possível progredir para um acesso aos serviços de forma mais satisfatória e com planejamento e avaliação das ações.

1.3 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi regulamentada pela Lei nº8.842 de 1994 tendo como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação social. As responsabilidades são compartilhadas pelo Estado, Ministério Público, família e sociedade civil.

A referida política reforça a responsabilidade da família, sociedade e Estado explicitada anteriormente na CFB de 1988 e assim como em nossa Carta Magna não oferece subsídios às famílias para a efetivação de tal responsabilidade. Para Sousa (2004) a Lei 8.842 de 1994:

Veio consolidar os direitos dos idosos já assegurados na CFB, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a violação desses direitos e promover a proteção integral do idoso em situação de risco social, retratando as novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa, sob o pressuposto da manutenção da Política Nacional do Idoso, como norma orientadora da atuação governamental da área. (SOUSA, 2004, p.24).

A PNI baseia em cinco princípios: (1) 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; (2) o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e deve ser objeto de conhecimento e informação para todos; (3) o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; (4) o idoso é o destinatário e o principal agente das mudanças sociais propostas pela Política; e (5) diferenças econômicas, sociais e regionais, bem como contradições entre os meio rural e urbano, serão levadas em conta na execução das transformações que a Política propõe. (BRASIL, 1994).

Para Cielo e Vaz (2009) ainda existe um abismo entre a lei e a real situação dos idosos no Brasil e para que esse fato seja modificado torna-se fundamental as discussões e reivindicações em

todos os espaços possíveis.

A existência dos velhos e aposentados propiciou o surgimento da PNI, que se tornou um marco, fruto de um processo histórico de luta, tanto para reconhecimento de direitos, como de dignidade e cidadania. (SCHONS; PALMA, 2000).

A política em questão, traz normativas jurídicas acerca do direito da pessoa idosa e estabelece princípios e mecanismos de coordenação entre a União, os Estados e os Municípios na execução de programas e projetos que têm como alvo os idosos. Na área da justiça a política estabelece ações como promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

Kurz (2009) enfatiza que a PNI é constituída por seis capítulos e vinte e dois artigos, dos quais oito foram vetados e 8 referem-se à criação do Conselho Nacional do Idoso. A autora também destaca que os conselhos de direitos, seja ele nacional, estadual ou municipal:

São espaços onde a sociedade e o governo deve discutir, formular e decidir políticas públicas, não são portanto, executores de políticas, mas formuladores, promotores de políticas, defensores de direitos, definindo as diretrizes das políticas na perspectiva da garantia dos direitos humanos, sociais e políticos. (KURZ, 2009, p.69).

Ainda segundo a autora através da participação dos idosos nos conselhos, o sentimento de pertencimento é desenvolvido, uma vez que ocorre o exercício da cidadania. Complementando o pensamento da autora, segundo Faleiros e Rebouças (2006) é substancial que se rompa o pacto de silêncio e que se passe a falar sobre a velhice na família e na sociedade.

Os conselhos de direitos estabelecem um processo sócio-político de fundamental importância. Sua efetividade é visível enquanto instância que representa a real dimensão que se atribui ao espaço público com competência de interferir nos rumos da política. "É um movimento novo no âmbito da organização social, investido de grande potencial de mudanças na imagem da velhice". (ROCHA, GOMES, LIMA FILHO, p.1035).

Em relação aos conselhos e mais especificamente o Conselho do Idoso, Pereira (2005) complementa afirmando que para que o papel dos conselheiros se efetive, os membros do conselho devem ter conhecimento acerca dos idosos de seu município sendo menos defensores das instituições que representam e mais voltados a defesa dos direitos dos idosos. E torna-se fundamental o engajamento e união do idoso em prol de suas causas.

O art. 18 da PNI proíbe a permanência, em instituições asilares de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Destaca a lei atenção à conceituação de assistência asilar e não asilar. Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Já a modalidade de assistência não-asilar compreende: centro de convivência; centro de cuidados diurno: hospital-dia e centro-dia; casa-lar; oficina abrigada de trabalho e atendimento domiciliar. (art. 4º - inciso I a IV).

Para viabilizar as ações da PNI, foi elaborado o Plano de Ação Conjunta, tratando ações preventivas, curativas e promocionais em relação à qualidade de vida do idoso, através de ações integradas e com recursos financeiros das três esferas de governo.

O plano direciona ações articuladas com o objetivo de implementar a PNI, sendo baseado em algumas diretrizes como por exemplo: viabilizar e promover a participação e integração do idoso, priorizar o atendimento ao idoso no seio familiar, descentralizar as ações político-administrativas, capacitar recursos humanos, entre outros. Observa-se aqui a responsabilização dada à família no suporte ao idoso com agravos de saúde e a inexistência de ações voltadas à família dos idosos.

Segundo Rodrigues et al (2007) a garantia dos direitos sociais dos idosos vem sendo implantada de forma lenta e gradativa no Brasil. Em consonância ao exposto pelos autores, no que se refere a garantia dos direitos sociais pode-se destacar que muitos cidadãos desconhecem e por isso não fazem valer o exposto em lei, tratando determinações legais como “favores políticos”, principalmente em municípios de pequeno e médio porte. Outra situação que ocorre com frequência é a falta de recursos públicos para efetivação de tais direitos.

Ferreira (2009) chama a atenção para as condições de vida dos idosos que a PNI considera "marcadas por grande exclusão decorrente da ausência de apoio familiar, da pobreza material e da insuficiência de programas e serviços sociais, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento." (FERREIRA, 2009, p. 9).

Uma das principais preocupações em relação à plena implantação da PNI se dá no que se refere ao orçamento, uma vez que não aparece explícito, em seu texto, como se dará o financiamento das propostas ali previstas. Os aspectos de financiamento não ficaram definidos na PNI, ficando sob responsabilidade de cada Ministério o planejamento orçamentário próprio, sem a obrigatoriedade de articulação com os demais.

Dessa forma, as ações setoriais experimentaram dificuldades para serem implementadas. Além disso, as de caráter intersetorial relativas a PNI ficaram desagregadas, o que dificultou a efetivação da intersetorialidade. (FERREIRA, 2009). Vale ressaltar que são de responsabilidade do Ministério da Saúde todas as ações relacionadas à Saúde do Idoso, porém as mesmas podem ser efetivadas em ações conjuntas por meio do princípio da intersetorialidade.

No que se refere à qualificação dos trabalhadores, objeto de pesquisa enfatizado neste

trabalho, Antunes (2012) destaca que foi a partir da Lei n ° 8.842 de 1994 que as instituições de curso superior adaptaram e estabeleceram o curso de geriatria com o objetivo de atender a determinação da lei que prevê a existência de cursos de Geriatria e Gerontologia Social nas Faculdades de Medicina no Brasil. Destaca-se que antes desta Lei, os profissionais que queriam se especializar no estudo do envelhecimento precisavam estudar fora do país.

Para Ferreira (2009) a partir da regulamentação da PNI em julho de 1996, Estados e Municípios brasileiros começaram a tê-la como eixo norteador na adoção de políticas públicas para o idoso. Portanto, a PNI tornou-se o mais importante instrumento de defesa dos seus direitos, na medida em que, para responder suas necessidades, deputa responsabilidades a vários setores, visando criar condições para promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Para fazer cumprir a PNI, Estados e Municípios criaram políticas próprias (estaduais e municipais) como mecanismo de fortalecimento da Política Nacional. No Estado do Rio de Janeiro e no Município de Campos dos Goytacazes o processo não foi diferente e ambos criaram dispositivos próprios e regulamentaram a Política Estadual do Idoso e a Política Municipal do Idoso, respectivamente.

1.4 ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso (EI) foi estabelecido pela lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, meses depois da Declaração de Madri, documento este que consiste em um relatório que obrigou os governos a agir para fazer face ao desafio do envelhecimento da população e apresentou aos responsáveis pela formulação de políticas de todo o mundo um conjunto de 117 recomendações concretas, que abrangem três esferas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; e assegurar um ambiente propício e favorável. Tal declaração aliada ao estabelecimento do EI reafirma a influência internacional na efetivação da garantia do direito dos idosos no Brasil.

O referido estatuto serviu de instrumento de fortalecimento da PNI já existente. Segundo Groisman (2014) o texto do EI remete a uma visão mais tradicional sobre o envelhecimento, enfatizando a necessidade da proteção ao idoso frente à diminuição da capacidade laboral, fragilização da saúde, isolamento social entre outros e prevendo uma forte participação da família.

Neri (2005) afirma que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice correspondente ao padrão de conhecimentos e atitudes dos envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos). Nesse sentido o envelhecimento foi exposto como uma fase caracterizada por perdas (físicas, sociais e intelectuais), rejeitando os dados científicos

recentes que sinalizam esta fase como um período da vida onde também ocorrem ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Por outro lado, para Maia (2010) a publicação do EI causou uma repercussão positiva na sociedade brasileira, prova disto é a instituição do dia 1º de outubro, data em que foi aprovado o EI, como Dia do Idoso. Para esta autora o EI reconhece o idoso como sujeito de direitos e cidadania, sendo esta individualmente da família, sociedade e Estado.

Nos capítulos iniciais do EI é destacado o direito à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, além da questão alimentar. No parágrafo único do art. 3º são expostas as garantias de prioridade:

- Atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- Preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- Priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;
- Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;
- Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;
- Garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. (BRASIL, 2003).

No que se refere a prioridade do atendimento do idoso por sua própria família, é importante salientar as controvérsias existentes nesta situação, uma vez que a família é uma instituição idealizada e local de disputa entre gêneros e gerações. Destaca-se ainda que denúncias de violência física contra idosos são mais frequentes quando diferentes gerações convivem no mesmo domicílio (DEBERT,1999).

O art. 4º afirma que nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. De acordo com o art. 7º será através dos Conselhos Nacionais, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, que serão zelados os direitos dos idosos.

O capítulo IV é dedicado a questão da saúde, onde define em seu art. 15 que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

A atenção integral à saúde inclui o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses aos idosos. Neste trabalho, a questão do conjunto articulado e contínuo das ações e serviços é caracterizado pela intersetorialidade que será discutida mais adiante.

Segundo Uvo e Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país. A partir dele os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas. Para Rulli Neto (2003) o EI segue as diretrizes da PNI e criou mecanismos de garantia de cumprimento de seus dispositivos com a previsão de fiscalização e sanção, sendo este fato um avanço em relação à política anterior.

Segundo Braga (2005) o EI é um instrumento que propicia autoestima e fortalecimento a uma classe de brasileiros que precisa apropriar-se de uma identidade social. A autora afirma que "o idoso brasileiro precisa aparecer!". Ou seja, necessita se inserir na sociedade e, assim, passar a ser respeitado como indivíduo, cidadão e partícipe da estrutura politicamente ativa. (BRAGA, 2005, p.186).

Em seu art. 18 o EI destaca como responsabilidade das instituições de saúde promover o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda com idosos. Já no art. 19 são mencionados os seguintes órgãos para comunicação de maus-tratos com idosos: Autoridade Policial, Ministério Público e Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso.

Pelo art. 21 do EI no que tange à profissionalização e ao trabalho, o documento traz o direito à atividade profissional por parte do idoso, bem como a proibição da discriminação por idade em empregos, além da determinação de que o primeiro critério de desempate em concurso público seja a idade, dando sempre preferência ao de idade mais elevada.

A Previdência Social e Assistência Social também são evidenciadas nos capítulos seguintes do EI, destacando alguns direitos estabelecidos como educação (art.37) e transporte (art.39), sempre em consonância e reafirmando o exposto na nossa Carta Magna.

Para Kurz (2009) o EI passou a regularizar direitos para o cidadão que envelhece em todas as esferas de governo, destacando ainda que no referido documento, dois princípios merecem destaque: o princípio da proteção integral e o princípio da absoluta prioridade ao idoso. Ainda segundo a autora:

Com a aprovação do EI foi destacado o papel da família, reforçando e enfatizando a obrigação da família, da sociedade e do Poder Público em assegurar o direito à saúde, alimentação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar. (KURZ, 2009, p. 43).

É notória a responsabilidade atribuída à família nas legislações protecionistas ao idoso e nesse sentido, Rulli Neto (2003) reforça a necessidade de política de proteção à família e, assim para a formação destas frente ao amparo ao idoso em suas dimensões humana, social e econômica. Complementando este pensamento, Sousa (2004) afirma que o ser humano é um ser social e a sua história é a história de sua família, o que faz da responsabilização dada à família um fator positivo ao EI.

Para melhor efetividade das ações, Camarano e Pasinato (2004) destacam que a solidariedade não pode ser perdida de vista em nenhuma de suas modalidades – intergeracional, familiar e social. Em contraposição a este pensamento, Beauvoir (1990) afirmava não ser possível pensar em uma sociedade justa para os velhos numa sociedade marcada por injustiças sociais.

A formulação de políticas públicas com delimitação etária pode excluir indivíduos que realmente necessitam ou incluir indivíduos que não necessitam. Segundo Camarano e Medeiros (1999) a grande vantagem do critério etário para a definição de público-alvo para as políticas públicas consiste na facilidade de sua constatação, porém é necessário trabalhar também com a questão da diferença de classes e gêneros tendo em vista a heterogeneidade do processo de envelhecimento.

É importante destacar que embora represente um importante marco legal no que diz respeito aos direitos dos idosos, para e efetivação do exposto em lei alguns desafios precisam ser superados, tais como: escassez nos serviços de saúde no SUS, número insuficiente de serviços de cuidados domiciliares aos idosos, falta de recursos humanos especializados em saúde da pessoa idosa, implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso, dentre outros.

Para Camarano (2013) alguns pontos devem ser reavaliados no EI: o estabelecimento de fontes financiadoras para cada proposta, medidas que ajudem a família a cuidar do idoso dependente em domicílio ou hospital, inclusão de atenção aos idosos acometidos por doenças terminais entre outras. Percebe-se que é fundamental a avaliação destes pontos, principalmente no que se refere a questão do financiamento, pois não há como executar qualquer política sem um planejamento prévio. No que tange aos itens “cuidar ao idoso dependente” ou em “estágio terminal”, estes também só podem se efetivar frente a um satisfatório planejamento financeiro das

ações.

Após a criação do EI e com todas as dificuldades explicitadas anteriormente, os gestores do SUS perceberam a necessidade de pactuar metas e objetivos referentes à assistência da população idosa e com isso, em 2006, surge o Pacto pela Saúde, que é apresentado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (Portaria GM nº399 de 2006).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2007), o Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos entre os três gestores do SUS em relação a assegurar recursos em busca de resultados sanitários almejando, dentre outras a implementação da Saúde do Idoso e a implantação de uma política nacional de promoção à saúde, priorizando um hábito saudável por parte da população brasileira com ênfase em: realização de atividade física e alimentação saudável, consolidação da atenção básica em saúde e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma visão de atenção básica em saúde.

As diretrizes do Pacto pela Vida em relação à saúde do idoso estão relacionadas à um envelhecimento saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, implementação de serviços de atenção domiciliar tendo como uma estratégia a caderneta de saúde da pessoa idosa contendo informações sobre a pessoa idosa para um acompanhamento por parte dos profissionais da saúde. (Brasil, 2006). Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002.

Pode-se afirmar que através do Pacto pela Vida ficaram definidas as responsabilidades dos gestores para efetivação das ações e melhoria da qualidade de vida dos idosos por meio da assistência qualificada à saúde e meios que favoreçam a qualidade de vida. Porém este também não foi suficiente frente às demandas originadas a partir do avanço do processo de envelhecimento e a partir daí é lançada uma nova política referente à pessoa idosa.

1.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528 de 2006 revisa e atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde), a qual assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia,

integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

A PNSPI tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, por meio da aplicação de medidas coletivas e individuais de saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). A referida política define as responsabilidades dos gestores Federais, Estaduais e Municipais e surge como instrumento legal a todo cidadão brasileiro acima de 60 anos.

Dentre os principais objetivos da PNSPI estão: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006).

Para Groisman (2013), foi a partir da Política de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) que o conceito de independência referente ao idoso começa a ser difundido e valorizado. A partir daí as palavras autonomia e independência começam a circular pelos dispositivos legais, porém é importante pensar tanto nos idosos independentes para que possam ter sua autonomia desenvolvida e estimulada quanto nos idosos dependentes, que a partir de uma visão política pautada apenas na qualidade de vida passaram a ser tratados com menos evidência.

Em outras palavras é necessário ter um certo equilíbrio e não focar apenas na velhice como estágio de perdas nem tampouco como um período que não inspira maiores cuidados e atenção.

A política faz um retrato histórico de conquistas na sua introdução, quanto ao direito universal e integral à saúde conquistado pela sociedade brasileira na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS.

A partir da aprovação da PNSPI em 2006, aliada aos princípios da descentralização e intersetorialidade, torna-se necessária a avaliação contínua das gestões municipais no que tange à implementação de tal política para manutenção de direitos e melhoria da qualidade de vida para a população idosa.

É importante destacar a importância dos dispositivos legais, porém atentar ainda mais para os mecanismos de avaliação destas legislações, uma vez que é necessário verificar quão eficazes no atendimento das demandas vindas dos idosos as políticas são.

Para Antunes (2012) a PNSPI simboliza a validação dos anseios de uma sociedade, tanto pelas atribuições do Estado, como pelo lado do segmento beneficiário, que ao receber benefícios previstos na PNSPI, deve ter sua qualidade de vida alterada por um conjunto de ações multidisciplinares (saúde, educação e lazer, esporte, cultura e assistência social). Estas ações correspondem ao princípio da intersetorialidade.

Para Gordilho (et al., 2000) a PNSPI tem por objetivo colaborar com um envelhecimento saudável, no qual as capacidades humanas, físicas e psíquicas propiciem a autonomia e qualidade de vida ao idoso. Saldanha e Caldas (2004) complementam afirmando que a PNSPI rompe com o paradigma ainda hegemônico de considerar saúde como ausência de doença, quando estabelece como marco a promoção à saúde e o desenvolvimento da capacidade funcional dos idosos.

Complementando o exposto, a OMS também preconiza que as políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo do curso de vida do cidadão idoso com ênfase sobre as questões de gênero e desigualdades sociais (VERAS et al, 2008).

Para Cruvinel (2009) a proposta da PNSPI de focar no atendimento domiciliar, não pode ter como única finalidade minimizar os custos ou descolar responsabilidades devido aos problemas enfrentados pelos idosos durante a hospitalização. O apoio ao idoso com perda funcional no seio familiar requer orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em Saúde do Idoso.

Muitas são as dificuldades apresentadas tanto na implementação quanto na sustentação da PNSPI, dentre as principais podemos destacar: falta de qualificação dos profissionais envolvidos, precariedade e ineficiência dos serviços de saúde, falta de articulações intersetoriais ou articulações realizadas de forma insatisfatória etc.

Para Cruvinel (2009) o nosso sistema de atenção deficitário não oferece condições para que essas necessidades sejam atendidas da forma mais adequada e aliado a esta situação existe uma exacerbada ausência de profissionais com formação específica.

1.6 POLÍTICA ESTADUAL DO IDOSO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro conta com uma população de aproximadamente 16 milhões de habitantes, distribuídos em 92 municípios. De acordo com o censo demográfico de 2010, na cidade do Rio de Janeiro 14,9% da população é de indivíduos acima de 60 anos, o que deu a capital o título de segunda capital mais idosa do país. (IBGE, 2010).

As primeiras legislações estaduais iniciaram-se nos anos 1980, em um momento em que já se tinha noção da mudança no perfil populacional. No ano de 1985 foi aprovada a Lei Estadual nº 945, dispondo sobre a criação do Serviço de Geriatria nos hospitais e ambulatórios mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde e Higiene.

Além disso no ano de 1989 é aprovada a Constituição Estadual de 1989 reforçando os preceitos estabelecidos na CFB de 1988 e demonstrando a atenção prioritária à criança, adolescente e idoso por parte do governo estadual.

No decorrer dos anos muitos dispositivos legais foram surgindo no Estado do Rio de Janeiro com destaque para a Lei nº 6559 de 2013 que institui a Política Estadual do Idoso. O referido documento é um auxiliar na execução da PNI, porém não garantiu a eficácia do sistema. O quadro abaixo lista alguns dos principais dispositivos legais e o ano de sua aprovação.

Quadro 1 – Principais dispositivos legais referente ao idoso no Estado do Rio de Janeiro

ANO	LEI Nº	LEGISLAÇÃO
1983	682	Institui o Dia Estadual da Pessoa Idosa.
1993	2200	Cria a delegacia especial de atendimento às pessoas de terceira idade.
1996	2536	Dispõe sobre o conselho estadual de defesa dos direitos da pessoa idosa e dá outras providências.
1996	2515	Aprova declaração dos direitos do idoso no estado do rio de janeiro.
2001	3748	Autoriza o poder executivo a instituir concessão de subvenção a pessoas ou famílias de baixa renda que sejam responsáveis por idosos carentes de cuidados especiais.
2001	3686	Isenta os aposentados, pensionistas e portadores de deficiência física, proprietários ou locatários de imóveis, do pagamento da taxa de incêndio.
2002	3759	Autoriza o poder executivo a conceder incentivos fiscais às empresas privadas na admissão de pessoas com idade superior a 50 anos.
2002	3875	Regula o funcionamento das instituições asilares de caráter social no estado e dá outras providências
2004	4458	Autoriza o poder executivo a instituir programa de produção de fraldas geriátricas.
2006	4783	Institui o cartão de saúde do idoso no âmbito do estado do rio de janeiro.
2008	5262	Considera de utilidade pública a associação estadual da criança e do adolescente e do idoso do estado do rio de janeiro
2009	5422	Dispõe sobre a obrigatoriedade de afixação de cartazes, com os números dos telefones úteis de atendimento à criança, ao adolescente e ao idoso, em todas as repartições públicas estaduais.
2009	5442	Institui o programa de participação dos idosos em atividades educativas e laboriosas denominado terceira juventude.
2009	5569	Cria no âmbito do estado do rio de janeiro o programa “SOS idosos desaparecidos”.
2011	5881	Institui o dia estadual de conscientização da violência contra o idoso.
2012	6310	Altera a lei nº 5.645, de 06 de dezembro de 2010, para instituir no calendário oficial do estado do rio de janeiro, a semana estadual da saúde do idoso, na forma que menciona.
2012	6285	Dispõe sobre o ensino de conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso na rede estadual de ensino.
2013	6559	Institui a política estadual do idoso e dá outras providências.
2013	6486	Dispõe sobre a atenção especial do estado ao idoso com 60 (sessenta) anos ou mais, em situação de vulnerabilidade ou risco social, objetivando proporcionar-lhe acolhimento, abrigo diurno, cuidados, proteção e convivência adequados a suas necessidades, mediante a celebração de convênios com municípios fluminenses.
2013	6463	Dispõe sobre a criação do programa “hospital para idosos na zona oeste do município do rio de janeiro” no âmbito do estado do rio de janeiro.
2014	6870	Autoriza o poder executivo a instituir a política estadual de incentivo ao turismo para o idoso.
2014	6773	Dispõe sobre a inserção de textos referentes aos direitos da criança, do adolescente e do idoso em impressos emitidos pelos órgãos públicos no estado do rio de janeiro.
2014	6820	Dispõe sobre inclusão dos “direitos dos idosos” no currículo escolar das escolas do estado do rio de janeiro, na forma que menciona.
2015	6993	Institui o programa de envelhecimento ativo – PEA, no âmbito do estado do rio de janeiro e dá outras providências.
2016	7204	Dispõe sobre a criação do programa “hospital para idosos na baixada fluminense do estado do rio de janeiro”.

Fonte: Elaboração própria com base em consulta ao site da Alerj em 10 junho de 2016.

Pelo exposto acima observa-se que as primeiras legislações referentes ao idoso no Estado do Rio de Janeiro iniciam-se nos anos 1980 ou seja, mesmo antes da aprovação do CFB de 1988 o referido Estado já aprovava legislações específicas para este grupo etário uma vez que já se conhecia a mudança do perfil populacional no Brasil e no mundo .Um fato que merece destaque encontra-se no ano da aprovação da Política Estadual do Idoso (2013) que só foi regulamentada 9 anos após a instituição da PNI (1994) o que pode ser considerado como um atraso considerável na atenção dispensada a esta população.

Segundo Ferreira (2009) foi a partir dos anos 1990 que a questão do envelhecimento e as péssimas condições de vida dos idosos ganharam visibilidade e esta questão é evidenciada no quadro acima que demonstra os dispositivos de destaque a partir dos anos 1990.

I.7 POLÍTICA MUNICIPAL DO IDOSO DO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ

Apesar da legislação específica sobre o desenvolvimento de políticas para a população idosa existir desde a década de 1990 no país, a Política Municipal de Campos foi regulamentada somente em 2009 pela Lei nº 8.111 de 08 de outubro de 2009.

Esta tem por objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre algumas diretrizes da referida política estão: participação do idoso na formulação, implementação e avaliação das políticas, prioridade em atendimentos, capacitação e reciclagem de recursos humanos em Saúde do Idoso, implementação de Sistemas de Informações que permita a divulgação da Política, dentre outras.

Em seu art, 5º a Lei institui o Comitê Gestor da Política Municipal do Idoso para colaborar nas ações voltadas ao atendimento ao idoso em consonância com a PNI e prevê ações intersetoriais destacando as competências dos seguintes setores do governo: Secretaria de Família e Assistência Social, Saúde, Educação, Justiça, Obras e Urbanismo, Trabalho e Renda, Fundação Municipal do Esporte e Coordenadoria de Desenvolvimento Humano.

Vale destacar que o Município também possui o Conselho Municipal do Direito do Idoso (CMDI) atuante. Este foi regulamentado pela Lei nº 8.112 de 08 de outubro de 2009. Com o Conselho os idosos têm espaço para discutir seus anseios e necessidades dentro da Política.

No Município de Campos dos Goytacazes a situação não é diferente da realidade nacional. De acordo com o poder público municipal, no que tange à assistência aos idosos o município serve de exemplo para as cidades brasileiras. Porém para algumas pessoas ligadas aos serviços de saúde e a gerontologia, o município não se apresenta como tal referência uma vez que apresenta também

certas deficiências no atendimento e acompanhamento dos idosos, além de uma Atenção Básica insuficiente, com aproximadamente 12% de cobertura.

CAPÍTULO 2. TRAJETÓRIA E QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADORES DE IDOSOS

Neste capítulo serão apresentados e discutidos aspectos da formação dos trabalhadores nas legislações específicas, além da questão da qualificação dos mesmos no âmbito do SUS. Após a discussão mais geral serão discutidas mais especificamente a formação dos técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos.

O crescimento da população idosa é uma realidade conhecida e torna-se evidente a necessidade de formar e qualificar profissionais para atender as demandas da crescente população de idosos, tendo em vista todos os aspectos do processo de envelhecimento humano.

Segundo Veiga e Menezes (2008) o interesse pelo estudo da velhice nas suas relações sociais, nas suas experiências de vida, nas suas possibilidades e cidadania surge na década de 1970, no âmbito da atual sociedade brasileira. Para Pavarini et al (2005) há uma tendência de termos muitos idosos morando sozinhos ou com famílias cada vez mais nucleares, o que torna emergente o papel do profissional cuidador de idosos.

As discussões sobre a educação profissional concentram-se nos últimos anos, na crítica ou defesa da reforma implementada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, momento este em que foi reestabelecida a cisão entre a formação profissional e a educação geral. Destaca também que as justificativas de uma reforma implementada se distanciaram de qualquer relação entre uma educação de caráter propedêutico para as classes dominantes e um ensino fragmentado para a classe trabalhadora. (OLIVEIRA, 2002).

O autor também enfatiza que segundo os defensores da reforma, embora tivéssemos escolas de boa qualidade, como a rede federal, as mesmas não cumpriam seu papel de inserção de egressos no mercado de trabalho e que talvez a maior contradição observada na reforma seja a desarticulação entre a educação geral e profissional, uma vez que a educação básica seria um elemento indispensável na formação de competências e habilidades que mantivessem os trabalhadores capazes de disputarem um emprego.

Aliado a isso ocorre um crescente processo de privatização da educação profissional, o que estaria em consonância com os postulados do Banco Mundial, que defende que a qualificação profissional pode redundar em ganhos para os trabalhadores e patronato.

Gramsci (1979) afirmava que a fase que corresponde ao ensino médio precisava ser entendida como uma fase decisiva para criação dos valores humanistas, a autonomia moral e a autodisciplina intelectual, que seriam a base para uma especialização, seja ela de caráter científico ou prático-produtivo. (GRAMSCI, 1979, p.124).

A esta formação de valores humanistas ou formação humanista, o autor chamou de "escola

unitária", cuja função deveria ser a inserção de jovens na atividade social depois de tê-los levado a elevação da maturidade e capacidade de criação intelectual/prática e também de sua autonomia (GRAMSCI, 1979, p. 121).

A crise terá uma solução que racionalmente, deveria seguir esta linha: escola única inicial de cultural geral, humanista, formativa, que equilibre equanimente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (técnica, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual. (GRAMSCI, 1995, p. 118).

Gramsci defende uma formação profissional que articule trabalho manual e intelectual e o conhecimento como fundamento das práticas, fazendo uma crítica à dualidade da escola. Esta concepção de escola unitária encontra-se presente nas discussões de educadores brasileiros no sentido de apontar uma superação na dualidade de nosso sistema de ensino.

Segundo Neves (1997), atualmente a defesa de uma escola como esta, caracteriza o resgate da dimensão política da educação, compreendendo uma dimensão cidadã, o direito a uma qualificação para o trabalho que converse com a natureza técnico-política do trabalho do mundo contemporâneo.

Torna-se válido destacar que embora Gramsci estivesse analisando a realidade italiana, muitas de suas análises se aplicam à realidade educacional brasileira de forma que seu pensamento crítico nos faz refletir acerca da escola tradicional, que segundo o autor se preocupa em responder apenas à cultura industrial.

Destacam-se na Educação Profissional Brasileira processos de formação aligeiradas e em massa, com fins de suprir as demandas do mercado. Muitos desses processos ocorrem de forma tradicional e mecanicista de forma que não contemplam a formação de “dirigentes”, mas apenas de trabalhadores técnicos, com formação para o pensamento crítico muitas das vezes deficitária.

Pensar a escola brasileira de ponto de vista dos trabalhadores em seu conjunto é pensá-la como escola unitária, uma escola de natureza científico-tecnológica para todos em todos os níveis e ramos do ensino[...]. (NEVES, 1997, p. 22).

Gramsci considera a escola como uma das organizações da sociedade civil responsáveis pela divulgação da ideologia e lhe confere bastante atenção, uma vez que salienta a importância de um órgão difusor da ideologia. A escola é capaz de contribuir para a transformação social a partir da mudança da concepção de mundo e reforma intelectual da classe trabalhadora.

A partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDBN nº9.394 de 20 de dezembro de 1996, a educação brasileira inicia uma nova fase. A educação profissional

(tratada no cap.III, art. 39 a 42) se configura de forma mais clara legalmente e inclui o ensino médio na educação básica atribuindo-lhe a função formativa, compreendendo o prosseguimento dos estudos e a preparação básica para o trabalho e para a cidadania. Sendo assim, a preparação geral para o trabalho estaria associada à formação geral do educando.

A educação profissional assume a função de habilitação para as profissões de nível técnico e ocorre articulada às diferentes formas de educação, ao trabalho, ciência e tecnologia. Dessa forma, segundo Pereira e Passos (2011) a preparação para o trabalho e habilitação profissional passam, consoante a LBDN/1996, a serem concebidas e tratadas como distintas, ainda que articuladas, ocupando lugar diferenciado na organização da educação nacional.

No ano seguinte é instituído o Decreto nº 2.208/1997, que estabelece em seu art. 5º que “A educação profissional de nível técnico terá organização curricular própria e independente do ensino médio, podendo ser oferecida de forma concomitante ou sequencial a este” (BRASIL,1997). Ainda segundo o art.8º do mesmo decreto, a educação profissional de nível técnico teria os currículos estruturados em disciplinas e módulos, com capacidade de certificação modular para melhor inserção/reinserção dos trabalhadores.

Muitas foram as críticas a este projeto para a educação profissional, alguns estudiosos afirmavam que tal arranjo da educação profissionalizante como complementar à educação básica refletia o “ideário pedagógico do capital ou do mercado”, em oposição aos princípios da politecnia (FRIGOTTO; CIAVATA; RAMOS,2005).

Para Saviani (2003), a noção de politecnia deriva basicamente da problemática do trabalho como princípio educativo geral e se encaminha na direção da superação entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral.

No ano de 2003 o Ministério da Educação /SEMTEC organizou o Seminário Nacional de Educação Profissional “Concepções, experiências, problemas e propostas” tendo como base de discussão o documento intitulado “Políticas Públicas para a Educação Profissional e Tecnológica”. O resultado dessas discussões culminou na publicação do documento “Proposta em discussão: Políticas públicas para a Educação Profissional e Tecnológica” lançado pelo MEC no ano seguinte.

No Seminário em questão ficaram evidenciadas duas concepções de educação profissional: uma embasada no Decreto nº 2.208/1997 e na separação da educação profissional da educação básica, e outra pautada nos princípios da educação tecnológica/politecnia.

É importante destacar que a relação educação básica/educação profissional no Brasil não é algo da contemporaneidade e está marcada historicamente pela dualidade. Os primeiros indícios do que hoje chamamos de educação profissional surgem a partir de 1809, com a criação do Colégio das Fábricas, pelo Príncipe Regente, futuro D. João VI (BRASIL, 1999).

Durante o ano de 2003 até julho de 2004, os debates referentes à educação profissional

ganharam destaque, com ênfase na discussão sobre a politecnicidade. Sendo assim, em 2004, é aprovado o Decreto nº 5.154/2004, representando uma nova chance para a integração entre o ensino médio e a educação profissional.

O Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004, revogou o Decreto nº 2.208/97 e restabeleceu a possibilidade de integração curricular dos ensinos médio e técnico. Por este novo Decreto, a educação profissional poderá ser desenvolvida nas formas integrada, concomitante e subsequente.

No ano de 2014 é aprovado o Decreto nº 8.268 de 18 de junho de 2014, que altera o Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004 e regulamenta o parágrafo 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. De acordo com o mais novo Decreto de 2014, o Decreto nº 5.154/04 passa a vigorar com alterações no tocante a qualificação profissional, inclusive formação inicial e continuada de trabalhadores, organizadas em trajetórias de formação ou itinerários formativos, permitindo a proposição de cursos experimentais com carga horária diferenciada.

Além do explicitado, o novo Decreto também enfatiza que a educação profissional observará as seguintes premissas: “articulação de esforços das áreas da educação, do trabalho e emprego, e da ciência e tecnologia; a centralidade do trabalho como princípio educativo e a indissociabilidade entre teoria e prática.” (BRASIL, 2014).

No âmbito da educação profissional de nível técnico e médio em saúde existem vários cursos listados no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do MEC. Porém o foco desse estudo é a formação/qualificação dos técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos, uma vez que é crescente a demanda de cuidados tendo em vista o expansivo envelhecimento populacional.

No que tange à formação de trabalhadores em Saúde do Idoso, muitos autores concordam que esta é deficitária e necessita cada vez mais de aprofundamento de estudos. O tema qualificação de trabalhadores deve ser compreendido como fator fundamental para execução das políticas de saúde, por isso é um campo considerado estratégico para o aperfeiçoamento do SUS, focalizando desde a formação inicial até o processo de educação permanente.

Muitos são os desafios referentes à formação / qualificação de trabalhadores no âmbito do SUS. Em relação aos entraves existentes. Haddad et. al (2010) afirmam que os sistemas nacionais de saúde encontram desafios tanto no que se refere à questão quantitativa e de distribuição de profissionais, quanto aos aspectos referentes à formação dos mesmos, sendo estas questões objeto de debates e intervenções governamentais e ainda destacam uma desarticulação acumulada na implantação de políticas sociais envolvendo os setores educação e saúde. (HADDAD et al 2010).

Como em outros segmentos governamentais, a formação dos trabalhadores compôs parte da agenda de fóruns e reuniões financiadas por organismos internacionais, o que culminou na entrada de capital estrangeiro em processos de formação no âmbito do SUS. Como consequência houveram processos de formação em massa e de forma aligeirada, o que é extremamente perigoso diante da

qualidade de formação que profissionais da área da saúde demandam para uma boa execução de seus serviços.

2.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em fevereiro de 2004, foi divulgada a Portaria nº 198 do Ministério da Saúde que regulamentava a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta surgiu como estratégia de gestão e importante ferramenta na construção/reconstrução das práticas educativas. Embora esta publicação tenha ocorrido no ano de 2004, desde 1988 a questão da formação na saúde é regulamentada como atribuição do SUS pelo art. 200 da Constituição Federal e desde então o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações e políticas no decorrer dos anos para cumprir tal responsabilidade.

A Educação Permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela se dá no espaço laboral, de forma a contemplar a análise crítica de normas, protocolos, práticas e problemas enfrentados na realidade de trabalho considerando os conhecimentos e experiências prévias, sendo pautada na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire, baseada na problematização e valorização dos conhecimentos adquiridos no decorrer da vida.

Para Almeida e Ferraz (2008) a Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

No ano de 2007 a Portaria nº 1996/07 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação dessa política, de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Ficou então estabelecida a Política de Recursos Humanos para o SUS como eixo estruturante e também definido que a condução regional da política nacional da EPS se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento do Pacto pela Saúde que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) enquanto política pública propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2007).

A referida política trabalha com atividades que buscam a reflexão crítica da prática diária nos serviços de saúde, sendo um processo educativo possibilitador de mudanças nos processos e relações de trabalho, além de identificar necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde fortalecendo o controle social.

A EPS possui uma lógica de formação e desenvolvimento descentralizado, ascendente e

transdisciplinar, gerando mudanças nos processos e até mesmo nas pessoas. É importante compreender que a educação em saúde produz o trabalhador em saúde, tornando o trabalhador o protagonista de seu processo de formação, retirando do mesmo o rótulo de “recursos humanos” apenas.

Para Davini (2009) as transformações nos enfoque educativos tem origem nas concepções de Educação Permanente desenvolvidas em experiências concretas ou formulações teóricas e difundidas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) desde o início da década de 1970.

Tais informações e experiências difundidas facilitaram o protagonismo do adulto como sujeito de educação e a conseqüente expansão dos ambientes de aprendizagem para além do ambiente escolar tradicional, implantando o processo de aprendizagem ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais.

Ainda de acordo com a autora o enfoque da Educação Permanente representa importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores, que anteriormente eram pautadas apenas na visão tradicional da Educação Continuada, que representava uma continuidade do modelo escolar, ou seja, o aprendizado se dava exclusivamente em ambiente didático e baseado na transmissão de conhecimentos. Sendo assim a Educação Permanente, ao contrário da Educação Continuada, visa o aprendizado em ambientes de trabalho, a modificação das estratégias educativas, os trabalhadores como atores, a equipe como estrutura de interação e a ampliação dos espaços educativos em ambientes e ações comunitárias. (DAVINI, 2009).

É importante salientar a necessidade de um satisfatório processo de formação dos trabalhadores de nível médio e técnico para o fortalecimento e aumento da qualidade dos serviços no setor saúde, haja vista o papel destes profissionais no que se refere à execução dos cuidados.

Segundo Pedroso (2005), nos serviços de saúde, a área de recursos humanos ainda é fortemente marcada pelos procedimentos de administração de pessoal, e as respostas às demandas de desenvolvimento são pontuais, centradas nas capacitações técnico-científicas, desarticuladas e fragmentadas, frequentemente desvinculadas das necessidades de saúde. Sendo assim, urge a necessidade de incorporação dos verdadeiros princípios norteadores da EPS nas instituições de saúde, a fim de trazer resultados concretos na formação dos trabalhadores.

Para Mancia, Cabral e Koerich (2004) a demanda e pressões por respostas imediatistas, induzem a replicação de padrões consolidados de educação no trabalho em que deixamos de explicitar o conceito que se está empregando na implantação de programas ou sistemas de Educação Permanente e Continuada, utilizando-os como se fossem sinônimos.

2.2 QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES NA PNSPI

Nos anos 1950, começa a ser difundido a noção de Recursos Humanos em Saúde (RHS) com ênfase na formação médica estimulada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Apenas nos anos 1970, o mesmo organismo internacional começa a pensar a questão da capacitação de pessoal de nível médio e elementar criando o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Com isso a OPAS buscava iniciar as propostas no âmbito da educação contínua para as equipes de saúde.

O conceito de qualificação no Brasil começa a ganhar destaque a partir dos anos 1970, sendo objeto de estudo primeiramente no campo da Sociologia do Trabalho e em seguida, por volta dos anos 1990, no campo educacional. Este segundo campo de estudo da qualificação trouxe à tona outras discussões, voltadas ao tipo de formação necessário ao trabalhador, sendo **VALORIZADO** o saber tácito pela produção flexível e fazendo a “passagem do conceito de qualificação para o de competência”. (TARTUCE, 2002, p. 30).

A noção de competência sugere um indivíduo racional e autônomo, pautado em maximização do tempo de formação e trabalho, tencionando a construção da identidade coletiva uma vez que ocorre em consonância com um processo de individualização na construção de identidades profissionais. (VIEIRA et. al, 2013).

De acordo com a economia neoclássica, a qualificação pode ser relacionada ao capital humano, como um conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos individualmente pelos trabalhadores para posicioná-los no mercado de trabalho, porém autores do campo da sociologia do trabalho e educação abordam a qualificação a partir de diversas variáveis: situações de trabalho, contexto sociocultural, formas de contratação, inserção, reconhecimento social etc.

Na atualidade o debate sobre a qualificação da força de trabalho percorre diferentes áreas do conhecimento, não ficando apenas no campo da sociologia ou educação, o que permite a renovação em termos teóricos e metodológicos. (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

A partir da década de 1980 o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) da OPAS começa a dinamizar as práticas e viabilizar a transformação das práticas educativas e no ano de 1986 é realizada a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que definiu agenda específica sobre o tema, além de identificar reivindicações vindas dos trabalhadores. Destaca-se que esta Conferência é um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A partir da criação do SUS, a questão da qualificação dos trabalhadores tornou-se uma política pública, o que contribuiu para a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2002 pelo Ministério da Saúde, explicitando o papel do gestor federal

referente às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país.

Pelo exposto é evidente a necessidade de formar e qualificar profissionais para atender as demandas da crescente população de idosos, considerando todos os aspectos do processo de envelhecimento humano.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria nº 2.528 (BRASIL, 2006), revisa e atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1.999, a qual estabeleceu direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

A formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa se apresenta como uma diretriz da referida Política. Além disso a PNSPI também prevê o provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa e o apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas na área de geriatria e gerontologia. No que tange às ações intersetoriais, no âmbito da Educação, encontram-se as seguintes:

Inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias; b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política; c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política”. (BRASIL, 2006, p. 20).

No que se refere à inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo de envelhecimento, estudos apontam para a não efetividade no setor educação. Xavier e Koifman (2011) em seu estudo sobre a inclusão desta diretriz nos cursos de saúde da UFF, identificaram que dentre os 11 cursos na área de saúde da Instituição, apenas dois apresentavam as disciplinas relacionadas ao envelhecimento na modalidade obrigatória, enquanto que para os demais são ofertados de forma optativa e muitas vezes não constitui a escolha dos alunos.

Problemas como este ocorrem na grande maioria das instituições de ensino e é urgente a

reversão deste quadro, pois apenas com o estudo e desenvolvimento de pesquisas, a área de Saúde do Idoso poderá evoluir.

É importante destacar que para o desenvolvimento e capacitação dos trabalhadores em Saúde do Idoso a PNSPI atua em conjunto com o Ministério da Educação, as Instituições de Ensino Superior (IES) e com auxílio dos Centro Colaboradores de Geriatria e Gerontologia. Porém a formação dos trabalhadores nesta área enfrenta várias dificuldades.

Torna-se importante aqui uma discussão acerca do próprio conceito de qualificação e trabalho, enfatizando que este é entendido como atividade na qual a qualificação pode ser colocada em prática. Dessa forma o êxito no trabalho pode ser decorrente do satisfatório ou insatisfatório processo de qualificação, não há como separá-los.

A visão relativista da qualificação é considerada por Tartuce (2002) que a compreende como a partir da relação capital/ trabalho e de fatores socioculturais que corroboram no julgamento e classificação dada aos indivíduos pela sociedade, sendo dessa forma entendida como uma conceituação histórico-concreta. Em consonância com Tartuce, Castro (1994) afirma que essa visão compreende a qualificação como uma construção social.

A formação do profissional de saúde que atua na atenção ao idoso deve considerar o processo de envelhecimento em suas dimensões conceituais, sociais, éticas, biológicas e políticas a fim de criar propostas para os atuais desafios no Brasil e no mundo. A qualificação dos trabalhadores em saúde do idoso no âmbito do SUS ainda ocorre de forma incipiente ou não-formal, por intermédio de eventos de curta duração ou extensão universitária.

No trabalho em saúde as relações interpessoais entre os profissionais e usuários são um fator fundamental ao sucesso no trabalho. Estas relações devem permear campos distintos do saber e considerar também os anseios dos usuários. Observa-se que este enfoque só é possível a partir de um satisfatório processo de qualificação dos trabalhadores.

No que tange à qualificação dos trabalhadores em Saúde do Idoso, objeto de estudo desta pesquisa, destaca-se que mesmo com toda uma determinação curricular enfatizada na PNSPI, não há uma efetividade das ações neste sentido e também não existe ao menos a relação das competências a serem desenvolvidas nesta área.

2.3 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O curso técnico em enfermagem (TE) é regulamentado no Brasil desde 1966 com a criação do primeiro curso na Escola de Enfermagem Anna Nery localizada no Rio de Janeiro. Embora esta primeira turma tenha sido criada nesta época, apenas em 1986 ocorreu a regulamentação da profissão através da Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87, o que gerou

uma lacuna de duas décadas entre a formação e legalização da atuação deste profissional.

Para Kobayashi e Leite (2004) essa lacuna pode ter sido um dos motivos que fez o TE ser subaproveitado no mercado de trabalho, seja atuando como auxiliar de enfermagem, seja desenvolvendo atividades administrativas nas instituições de saúde como atendente de enfermagem. O trabalho de enfermagem é realizado por diferentes categorias de trabalhadores, abrangendo aquelas reconhecidas na legislação profissional. Cada categoria profissional (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) corresponde a um processo de formação próprio, que pressupõe um conjunto distinto de atividades. Neste trabalho o foco será dado ao profissional de nível técnico.

O referido profissional possui possibilidades de atuação em hospitais, unidades de pronto atendimento, unidades básicas de saúde, clínicas, homecare, centros de diagnóstico por imagem e análises clínicas, consultórios, ambulatórios, atendimento pré-hospitalar, instituições de longa permanência e organizações militares. Segundo o art. 12 da Lei 7.498 de 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem)

O técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente: participar da programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei; participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar; participar da equipe de saúde. (BRASIL, 1986, p. 3).

A enfermagem é uma profissão comprometida com o ser humano e seu processo de prevenção, recuperação e reabilitação de agravos e no que tange ao processo de envelhecimento mundial é uma profissão que deve ser alvo de processos de qualificações e formação adequada.

Na formação técnica em enfermagem a carga horária mínima exigida é de 1800 horas, sendo deste total 600 horas em atividades de estágio supervisionado. Atualmente um dos grandes entraves na formação deste profissional para a assistência ao idoso, refere-se à inexistência de disciplinas específica à Saúde do Idoso ou quando estas são inclusas na grade curricular, ao tratamento que o docente dispensa a mesma.

Nessa perspectiva a OPAS orienta que não sejam ministrados conteúdos referentes à Saúde do Idoso de forma integrada a outras disciplinas a fim de não reduzi-los ao longo do curso. (SOARES et al, 2008). Esta orientação é de grande valia, pois a diluição destes conteúdos em outras disciplinas caracteriza a falta de prioridade no tratamento dado ao envelhecimento pela academia.

A enfermagem, assim como outras profissões têm buscado, em maior ou menor grau,

contextualizar-se no campo interdisciplinar da gerontologia, passando por desafios e dilemas oriundos dessa representação no atual contexto brasileiro, porém este movimento está ainda muito aquém do desejável.

A enfermagem na atenção à saúde do idoso configura-se como uma área de conhecimento fundamental ao conjunto dos programas de saúde para este grupo e requer qualificações específicas para atender as demandas. Estas qualificações estão previstas no âmbito do SUS mas na grande maioria das vezes são inexistentes ou insuficientes.

Para Faustino et al (2003) a enfermagem é uma profissão aderida a certezas, a normas, a regras e que tem dificuldade em conviver com o novo, demonstrando ritmos de mudanças diferentes dos que ocorrem no mundo. Em relação às dificuldades com o novo, destaca-se que para encarar situações novas é necessário um eficiente processo de qualificações e treinamentos e portanto, para que a enfermagem exerça sua função é imprescindível que o SUS esteja cumprindo suas atribuições no tocante à Educação Permanente.

Em um contexto de mudanças socioeconômicas que vem trazendo uma nova ordem social, a Enfermagem, enquanto profissão inserida no campo social e de saúde, necessita reorganizar-se a fim de acompanhar as aligeiradas transformações oriundas das alterações políticas, sociais e econômicas. (FAUSTINO et al 2003).

É de suma importância a compreensão acerca da identidade profissional do trabalhador de nível técnico em enfermagem e a identificação do perfil e perspectivas em relação à profissão por parte deste, pois com o passar dos anos as perspectivas profissionais e sociais vão sofrendo mudanças. Essa diferença é notória nas perspectivas de formação, inserção no mercado de trabalho e até mesmo social.

2.4 A FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS

A projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de que em 2050 a população de idosos será de 63 milhões de pessoas. Em 1980 eram 10 idosos para cada 100 jovens, e em 2050 serão 172 idosos para cada 100 jovens, porque a esperança de vida ao nascer saiu de 43,3 anos, na década de 1950, para 72,5 anos em 2007.

Pelo crescente número de idosos no mundo é notório que o mercado de trabalho para os chamados cuidadores de idosos já tem bastante demanda e a tendência é aumentar cada vez mais.

O debate acerca da questão da formação de cuidadores de idosos é algo necessário em nossa sociedade dada a mudança demográfica do Brasil e do mundo e antes de entrar nesse assunto é importante compreender o próprio conceito de cuidado para enfatizar a essência desta profissão.

Sobre o cuidado Brêtas (2003) afirma que este não é apenas um ato, é uma atitude sendo

muito mais que um momento, podendo ser caracterizado como uma ocupação, preocupação e responsabilização com o outro. Desta forma pode-se afirmar que o cuidado está constituído na natureza humana, ou seja, é ontológico. Para Heidegger (1995) o cuidado molda, a partir do mundo e contra a sua dissolução nesse mundo, as diferentes e particulares formas de existência.

O objetivo de qualquer programa na área sanitária é o de profissionalizar a capacidade humana de cuidar através da aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para contemplar os papéis profissionais particulares a cada área. As distintas profissões no âmbito da saúde não diferem quanto aos que cuidam mas na forma como o fazem. (ROACH, 1993)

A situação do cuidador de idoso teve seu espaço de discussão em voga a partir do momento que o cuidado passou a ser considerado como questão pública, ou seja, quando este passou a ser responsabilidade também do Estado. Para atender as demandas vindas deste grupo etário, mais do que implantar políticas públicas voltadas ao idoso, tornou-se necessário formar e qualificar profissionais nesta área.

No ano de 2005 foi aprovado o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e no artigo 4.6.1.2 da Resolução da Diretoria Colegiada 283 foi enfatizada a questão dos recursos humanos para cuidados ao idoso. Neste artigo estão contidas informações acerca do número de cuidadores que uma ILPI deverá possuir por graus de dependência do idoso, mas não trata a questão da qualificação exigida. Destaca-se que as ILPI vêm empregando cuidadores com ou sem qualificação, uma vez que não há regulamentação neste sentido. (BORN, 2006).

No ano de 2008 foi lançado o Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI). Este programa, a partir da metodologia da Política de Educação Permanente no SUS permitia contemplar as especificidades regionais/locais, mas formatando os cursos com base em um referencial curricular comum, com carga horária total de 160 horas, sendo que obrigatoriamente 40 horas de atividade prática. De acordo com o documento oficial “O Perfil de Competências Profissionais para o Cuidador”, este profissional pode ser classificado como um agente que

Realiza atividades de assistência social e de saúde, prevenção e monitoramento das situações que oferecem risco à saúde da pessoa idosa, por meio de ações realizadas em domicílios ou junto às coletividades, estendendo o acesso da pessoa idosa às ações e serviços de informação, de saúde, de proteção social e de promoção da cidadania. (BRASIL, 2007, p. 782).

Na época do lançamento oficial do PNFCI, a formação de Cuidadores foi listada como meta do governo Lula, que previa qualificar 66.000 cuidadores de idosos em quatro anos através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Esta etapa do PNFCI coincidiu com uma série de mudanças políticas o que trouxe implicações diretas ao futuro

do recém-lançado programa. O ano de 2009 foi o período de maior expansão do programa, com uma maior concentração de turmas na região sul.

O PNFCI contribuiu para o aumento da visibilidade das necessidades de cuidados especializados a pessoa idosa, porém com apenas um ano de lançamento, foi interrompido, evidenciando como o Estado não está se preparando para lidar com a questão do envelhecimento e a necessidade de formação de recursos humanos nesta área tornando cada vez mais evidente a falta de trabalhadores qualificados e conseqüentemente o aumento das dificuldades das famílias em se responsabilizar por idosos dependentes. (GROISMAN, 2013).

Atualmente, no âmbito da educação profissional técnica de nível médio, temos o curso técnico em cuidados de idosos, que consta no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação (MEC) e desde 2001 os cuidadores de idosos têm a sua ocupação inscrita na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). No eixo tecnológico Ambiente e Saúde do referido catálogo encontra-se descrito este curso técnico com 1200 horas. Segundo esta publicação este profissional:

Cuida de idosos nos aspectos físicos, mental, cultural e social. Trabalha com idosos independentes ou dependentes, acamados ou não, em domicílios, clínicas, hospitais geriátricos ou instituições de longa permanência. Acompanha o idoso em atividades de rotina e auxilia nos cuidados de higiene. Estimula atividades de lazer e ocupacionais. Contribui para a autonomia do idoso e para a melhoria de sua qualidade de vida. (BRASIL, 2012, p 19).

Como a profissão ainda não foi regulamentada, não há escolaridade mínima instituída. Assim, os cursos de Formação Inicial Continuada e, portanto, de menor duração ainda predominam em relação ao curso técnico.

Os principais temas a serem abordados na formação deste técnico são: gerontologia, elementos da geriatria, atividades lúdicas para a terceira idade, alimentação saudável e primeiros socorros. No Brasil o número de instituições que oferecem este curso ainda é muito insuficiente, haja vista o grande crescimento dessa população, o que requer cada vez mais cuidados especializados, seja curativos ou de prevenção.

No ano de 2015 através do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), também foram oferecidos cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC) em cuidador de idosos. O curso possuía uma carga horária de 160 horas e tinha como pré-requisito o ensino médio completo. Este tipo de curso é procurado pelos profissionais que desejam passar por um curso rápido e focado nas atividades práticas. Porém o número de formandos também é insuficiente frente às demandas oriundas do processo de envelhecimento e aliada a isto o referido

programa passa por um momento de incertezas em relação ao oferecimento de novos cursos.

Destaca-se que a iniciativa privada também é responsável por diversos cursos de FIC em cuidador de idosos. Fazendo um recorte histórico, no ano de 1999, com o lançamento da Política de Saúde do Idoso, uma portaria interministerial dos Ministério da Saúde e Previdência e Assistência Social instituiu o “Programa Nacional de Cuidadores de Idosos” (BRASIL, 1999). Esta foi uma iniciativa pioneira e que focalizou a descentralização da formação, porém devido a inúmeras resistências existentes por parte da gestão, o programa acabou sendo descontinuado algum tempo depois de ser lançado.

Para Groisman (2013), o programa em questão deixou uma importante contribuição para a área, não apenas por inaugurar uma política voltada para a formação em cuidados aos idosos, mas por ter contribuído para a inclusão de um perfil de competências para o “cuidador de idosos”, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), correspondente ao código 5162-10 do CBO, sendo até hoje o fundamento legal para o exercício remunerado da atividade.

A CBO consiste em um catálogo no qual estão descritas as ocupações do mercado de trabalho. No Brasil, há cerca de três mil ocupações distribuídas em 600 famílias ocupacionais, que consistem em um conjunto de ocupações similares. Dessa forma foi descrita a família ocupacional de cuidadores, que compreende cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos com o código 5162, ficando o código 5162-10 determinado para o cuidador de idosos o qual se aplica também a outras denominações dessa categoria: acompanhante de idosos; cuidador de pessoas idosas e dependentes; cuidador de idosos domiciliares ou institucionais. (BORN, 2006).

Em outubro de 2008 ocorreu o lançamento do Programa Nacional de Formação de Cuidadores de Idosos (PNFCI) do Ministério da Saúde, uma política voltada para a qualificação dos trabalhadores para o cuidado com este público, porém este foi um projeto que não teve continuidade (GROISMAN, 2013).

É importante destacar que mesmo adotando propostas das agências internacionais, como o “envelhecimento ativo” da OMS, no Brasil, o grupo de idosos cujas funcionalidades não se adequem à proposta ficam num atendimento deficitário nessa perspectiva, ou seja, esta não contempla idosos que demandam cuidados complexos, o que também gera uma sobrecarga no número de internações de idosos.

Segundo Puga (2005), os dois pilares que tradicionalmente sustentam a assistência à dependência na velhice são a família e o recurso à rede de atenção primária na saúde, sendo que ambos possuem limitações. Ainda segundo a autora, é muito importante o compartilhamento de responsabilidades referentes ao idoso entre a família e o Estado.

Sommerhalder (2001) destaca uma diferença entre os cuidadores que assumem assim duas denominações – cuidador formal ou cuidador informal. Os cuidadores formais caracterizam-se pela

prestação de serviços com carácter profissional em instituições direcionadas para o cuidado e os cuidadores informais referem-se aos familiares, amigos e pessoas que cuidam de idosos em carácter domiciliar.

As atribuições e limites de atuação dos cuidadores formais e informais ainda é algo que gera muitas inquietações nesses profissionais, principalmente nos cuidadores informais que por muitas vezes são erroneamente identificados como empregados domésticos.

Sobre o cuidador Sena et al (2006) traz a definição que é aquele que assume a responsabilidade de dar suporte ou incentivar a realização das atividades da vida diária, tendo em vista a ascensão da qualidade de vida do idoso cuidado.

Ainda sobre o profissional cuidador Amendola et al (2007) enfatiza que a estes são designadas tarefas não acompanhadas de supervisão o que pode impactar diretamente na qualidade de vida deste profissional. Para Born (2006) ainda são poucas as ações, especialmente do poder público no apoio efetivo aos cuidadores e ainda destaca que, algumas medidas importantes foram tomadas em nível nacional, mas sofreram interrupções. Pode-se destacar como exemplo dessas medidas o lançamento de manuais para os profissionais cuidadores e cuidadores informais, além do próprio PNFCI.

Observa-se que a falta de trabalhadores na área de Saúde do Idoso pode estar relacionada à falta de investimento e articulações intersetoriais e que este é um fator que trará consequências trágicas no futuro caso não seja revisto. Uma dessas consequências é o aumento de idosos em asilos ou casas de repouso uma vez que a família não tem conhecimento na área de cuidados com idosos ou acesso à profissionais desta área, que se apresentam em número restrito.

De acordo com Karasik (2012) mesmo com o envelhecimento populacional crescente o que culmina em um aumento da oportunidade de empregos nesta área, observa-se que ocupações voltadas ao cuidado no envelhecimento são raramente a primeira escolha dos estudantes quando se trata de escolhas de carreira. O autor destaca estratégias de ensino a este estudante, que devem ocorrer de forma a estimulá-lo e desenvolver seu potencial em relação à atuação com idosos.

O cuidado gerontológico precisa ser trabalhado enquanto práxis, no sentido de desenvolver a autonomia do idoso concebendo-o como o gerador do cuidado. Assim, o cuidador principal do idoso deve ser o próprio. Porém, existirão situações em que ele não será capaz de exercer o autocuidado, necessitando da ajuda de outra pessoa, neste caso do cuidador profissional. (BRÊTAS, 2003).

Para Hammerschmidt, Zagonel e Lenardt (2007) um dos caminhos para o progresso do cuidado gerontológico, com êxito, pode ser por meio do cuidado cultural, definido

Como valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente

conhecidas, que auxiliam, apoiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências (HAMMERSCHIMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007, p. 4-5).

No desenvolvimento do cuidado gerontológico ocorre a necessidade de interação com o ser idoso em seu contexto social e histórico, buscando analisar e compreender o modo de viver do indivíduo, envolvendo o idoso num contexto que inclui a família, demais interações sociais, acesso à cultura e outras condições em busca da promoção da saúde.

Muitas são as dificuldades encontradas na situação laborativa do cuidador e a ascensão dessa carreira frente a expansão da demanda coloca-se na atualidade como um dos fatores essenciais na melhoria da assistência aos idosos por parte dos profissionais cuidadores.

CAPÍTULO 3. A PNSPI EM CAMPOS DOS GOYTACAZES E A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES

A presente pesquisa foi realizada no âmbito da Superintendência do Direito do Idoso no Município de Campos dos Goytacazes - RJ, mais especificamente em dois locais voltados à prestação de serviços de saúde a esta população: Centro de Convivência do Idoso (situado na região central) e Centro-Dia. No cenário desta pesquisa a referida Superintendência apresenta-se como o órgão vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Humano. Como destacado anteriormente, esta tem como principais atribuições e competências: formular e executar a Política Municipal do Idoso (PMI), a descentralização e intersetorialidade, a atenção ao idoso em situação de risco, assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, dentre outros.

Participaram do estudo 23 trabalhadores de nível técnico e médio em saúde que atuam diretamente no atendimento ao idoso e dois gestores (gestão atual e anterior) vinculados à Superintendência do Direito do Idoso.

Foi adotada nesta etapa da pesquisa, visando a organização e interpretação dos dados, a técnica de análise de conteúdo a partir dos preceitos delineados por Bardin (2009). De acordo com a autora esta técnica pode ser definida como " um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (BARDIN, 2009, p.9).

Segundo Freitas, Cunha e Moscarola (1997) a análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais.

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e possui duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

A escolha da análise de dados sustentada pela análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009) foi no sentido de analisar o processo de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Município de Campos dos Goytacazes – RJ com ênfase na qualificação dos trabalhadores de nível médio e técnico, caracterizando a trajetória de qualificação profissional e identificando demandas para a formação e educação permanente.

Para levantar as informações necessárias ao estudo foram realizadas duas entrevistas, dois encontros de grupos focais e aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas para os trabalhadores. As perguntas fechadas foram apresentadas através de medidas de estatística simples,

ou seja, porcentagem e as perguntas abertas pela técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) divide-se em três fases sendo que a primeira fase subdivide-se em quatro etapas. A primeira fase é denominada pré-análise e corresponde à fase de organização do material coletado afim de torná-lo viável à pesquisa. Esta fase subdivide-se nas seguintes etapas:

- a) *Leitura Flutuante*: corresponde ao momento de conhecimento do texto e ao estabelecimento de contato com os documentos coletados. Segundo Minayo (2014) a leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo.
- b) *Escolha dos documentos*: consiste na indicação do material que será analisado.
- c) *Formulação de hipóteses e objetivos*: momento de delineamento das informações.
- d) *Referenciação dos índices e elaboração de indicadores*: etapa realizada através do recorte de textos nos documentos analisados. (BARDIN, 2009).

A segunda fase consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro. As unidades de registro, também denominadas unidades de significação, correspondem ao segmento de conteúdo a analisar sendo considerado a unidade base a fim de realizar a categorização e a contagem frequencial. Esta etapa é caracterizada como a fase de descrição analítica correspondente ao corpus submetido ao estudo aprofundado, sendo orientado por hipóteses e referenciais teóricos. Portanto, nesta etapa ocorre a codificação, classificação e a categorização do corpus da pesquisa. (BARDIN, 2009).

A terceira e última fase refere-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ocorre aqui a condensação e o devido destaque das informações para análise, sendo considerado o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. (BARDIN, 2009).

O Centro - Dia em Campos dos Goytacazes, um dos cenários desta pesquisa, é fruto da luta de um grupo coordenado por uma assistente social que tinha como um de seus objetivos diminuir o número de situações de abandono em Campos dos Goytacazes. A Instituição tem por finalidade atender as pessoas idosas portadoras de algum grau de dependência física, promovendo a permanência dos idosos junto aos seus familiares. Assim, os familiares destes idosos podem continuar sua rotina de vida e de trabalho deixando-os no Centro - Dia, onde os idosos receberão assistência e atendimento adequados às suas necessidades.

O local dispõe de uma rede de serviços profissionais para recuperar a saúde do usuário e diminuir o seu nível de dependência, tais como: médicos, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educação física, assistentes jurídicos, arteterapeutas e terapia ocupacional.

O funcionamento do local ocorre de segunda a sexta-feira e é uma experiência que vêm sendo desenvolvida em algumas cidades do Brasil. A partir da lógica sustentada pela busca da autonomia do idoso com algum nível de dependência, o projeto é pensado como uma possibilidade de manutenção dos vínculos familiares e não institucionalização dos idosos.

Atualmente o Centro – Dia em Campos dos Goytacazes atua em duas frentes de trabalho: a primeira refere-se a atuação junto aos idosos internos, que no início do dia são buscados em seus lares por um carro da prefeitura e a segunda refere-se a parte ambulatorial.

A partir de sua inauguração o Centro - Dia passou a assistir 20 idosos dos quais dois vieram a óbito. Desde a inauguração até a presente data não houve desligamento ou entrada de novos idosos o que é um entrave para a efetivação da PNSPI uma vez que o local apresenta características asilares, que não é a proposta para o local.

A assistente social, profissional também responsável pela admissão e acompanhamento de idosos em programas, não faz parte do quadro de funcionários desde a sua implantação.

No que tange à modalidade de internação, o local conta com 18 idosos que chegam em carro da prefeitura às 8 horas, fazem todas as refeições e são assistidos por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos e retornam aos seu lares após o jantar, por volta das 18 horas. O critério de inclusão desses idosos ao programa foi feito de acordo com as seguintes condições: possuir renda inferior a três salários mínimos e não ser portador de Alzheimer, uma vez que não há cuidador qualificado para tal agravo.

A coordenadora relata que ocorre a procura por parte da família e em seguida ocorre a visita da equipe multiprofissional na casa do idoso. Na parte ambulatorial são realizados cerca de 1800 atendimentos por mês em diversas especialidades: geriatria, ginecologia, endocrinologia, urologia, cardiologia, nutricionista entre outros.

Algumas atividades interessantes são desenvolvidas no local, como por exemplo:

- 1) Grupo Nova Vida – grupo religioso de caráter ecumênico que se reúne às quintas-feiras em momentos de oração, músicas e interação com os idosos.
- 2) Grupo Anti-queda – idealizado por dois fisioterapeutas, o grupo se reúne com aproximadamente 40 idosos, incluindo os internos às segundas-feiras pela manhã, para realização de exercícios de fortalecimento da musculatura e orientações para prevenção de quedas. De acordo com os profissionais, esta atividade diminuiu em 70 % o relato de quedas nos idosos participantes.
- 3) Grupo Dança Sênior – este grupo contempla 35 idosos e é dirigido pela terapeuta ocupacional do Centro – Dia, promovendo além da socialização, o desenvolvimento da movimentação e equilíbrio.

Segundo Lemos (2007) na cidade de Campos dos Goytacazes, assim como aconteceu no Rio de Janeiro, verificou-se um processo de diferenciação entre os velhos desamparados, as

crianças abandonadas e os mendicantes “profissionais”. O autor destaca que no município, a primeira instância privada de caráter filantrópico voltada especificamente para a velhice surge no ano de 1904, fruto da ideia de doutores, jornalistas e homens de negócios da aristocracia açucareira.

No que se refere a serviços de saúde, a municipalidade conta com dois hospitais de grande porte: Hospital Geral de Guarus e Hospital Ferreira Machado; 3 hospitais de pequeno porte nos distritos de Santo Eduardo, Goitacazes e Travessão; e seis da rede privada, totalizando 11 unidades hospitalares. Em Campos dos Goytacazes existe também o Hospital Manoel Cartucho, que recebe muitos doentes idosos com doenças crônicas e em estágios terminais de vida.

Além da rede hospitalar explicitada, o Município conta com um conjunto de instituições que prestam algum tipo de assistência aos idosos a saber: os lares “Associação Monsenhor Severino” e “Associação Nossa Senhora do Carmo”, Universidade da Terceira Idade da Universidade Federal Fluminense, diversos grupos de convivência e o Clube da Terceira Idade. Os lares funcionam dando suporte à velhice desamparada e dependem de recursos do Estado e de doações.

A Universidade da Terceira Idade (UNITI) é um programa de educação continuada voltada para o público idoso, permitindo a seus participantes uma constante reflexão sobre as novas práticas e representações do envelhecimento, assim como os direitos e deveres do seu papel de cidadão.

O Asilo Nossa Senhora do Carmo é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos muito importante para os idosos no município. Este se mantém das contribuições da sociedade como um todo, das pensões previdenciárias de seus idosos residentes e de recursos públicos. Atualmente abriga 80 idosos e recebe mensalmente do governo federal o valor de R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais) e do governo municipal R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatro centos reais).

No que se refere ao protagonismo dos idosos, em consonância com a legislação federal, no ano de 1993 o Município instituiu através da Lei nº 5.543 o Conselho Municipal de Direito do Idoso (CMDI). Esta foi alterada pela Lei nº 8.112 de 08 de outubro de 2009. No conselho os idosos discutem seus anseios e dificuldades no acesso aos direitos.

As reuniões do Conselho ocorrem mensalmente no auditório da Secretaria de Governo onde se reúnem os presidentes de grupos e entidades ligadas à terceira idade. Dentre as principais pautas estão: transporte municipal e assistência médica.

A presente pesquisa envolveu dois gestores ligados à Superintendência do Direito do Idoso, nove cuidadores de idosos que atuam no Centro-Dia e 14 técnicos de enfermagem distribuídos no Centro-Dia e Centro de Convivência do Idoso situado na região central de Campos dos Goytacazes.

Após realização de leitura flutuante de todo material coletado, surgiram as unidades de significação e posteriormente as categorias de análise dispostas no quadro abaixo. As Unidades de Significação (US) A à I são referentes à análise dos dados coletados dos trabalhadores através de questionário semi-estruturado e grupo focal e as demais (J e K) são oriundas da análise das

entrevistas realizadas com os gestores envolvidos na PNSPI. Para fins de organização na discussão das categorias de análise, os trabalhadores técnicos de enfermagem serão tratados aqui como TE e os que atuam como cuidadores de idosos serão tratados como CI.

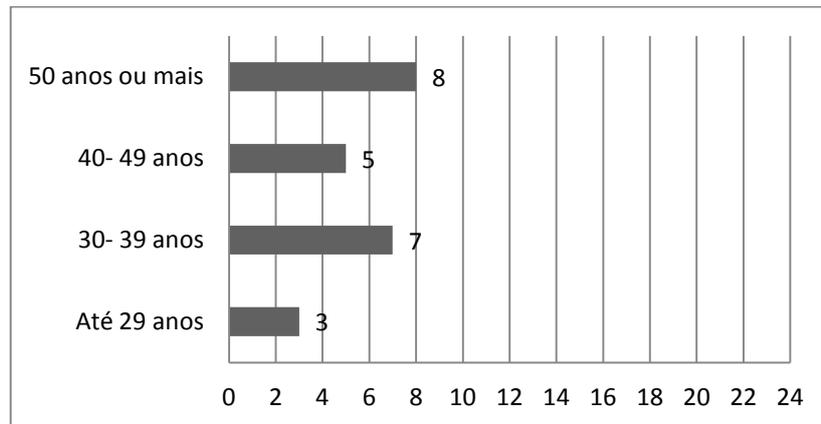
Quadro 2 – Categorias resultantes da análise de conteúdo

Cód.	Unidade de Significação	Categorias
A	Falta de valorização e capacitações como complicadores da satisfação laboral	A precarização do processo de trabalho dos cuidadores de idosos e técnicos de enfermagem
B	A infraestrutura e a insatisfação dos trabalhadores	
C	Insatisfação salarial	
D	Processo de formação profissional	O processo de formação dos trabalhadores
E	Deficiência de capacitações acerca da relação e manejo com a família do idoso	
F	Importância da atualização profissional	
G	Influência social na escolha da profissão	Escolha profissional e satisfação pessoal
H	A paixão pelo “cuidar” como reflexo da personalidade	
I	A satisfação no trabalho com idosos	
J	A intersetorialidade como desafio para a implementação da PNSPI	Principais desafios da PNSPI no Município de Campos dos Goytacazes
K	Violência contra o idoso	

3.1 A PRECARIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS CUIDADORES DE IDOSOS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Antes de entrar na discussão acerca da precarização do trabalho, serão apresentados alguns dados referentes ao perfil dos trabalhadores de nível médio e técnico envolvidos nesta pesquisa. O primeiro dado apresentado refere-se à faixa etária destes trabalhadores:

Figura 1 – Faixa etária dos trabalhadores de nível técnico e médio



Pode-se constatar que 13 trabalhadores possuem idade igual ou superior a 40 anos, sendo que destes, oito possuem 50 anos ou mais. Identificou-se que os profissionais técnicos de enfermagem são mais novos se comparados aos cuidadores de idosos. A faixa etária mínima apresentada entre os cuidadores de idosos foi entre 40 - 49 anos o que nos remete ao fato de que há pessoas mais maduras cuidando dos idosos.

Este dado relaciona-se diretamente à baixa escolaridade destes profissionais, que em sua grande maioria encontrou nessa profissão um meio de já na fase adulta, ingressar no mercado de trabalho através de cursos rápidos. Em relação ao gênero 20 são do sexo feminino e apenas três do sexo masculino.

Este expressivo contingente feminino também foi encontrado em pesquisa de Lopes e Leal (2005) onde dados de 1990 à 2003 mostraram a estabilidade em relação ao gênero, com predominância feminina nas diferentes categorias de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar). O ato de cuidar é de certa forma uma ação identitária feminina que ocorre não apenas no espaço de trabalho, mas no decorrer da vida das mulheres. (LOPES; LEAL, 2005).

A Enfermagem é uma profissão predominantemente feminina no Brasil e sustentou por muito tempo programas de saúde pública além de garantir o funcionamento dos serviços de saúde (APERIENSE; BARREIRA, 2008).

Para Matos, Toassi e Oliveira (2013) o processo de profissionalização da mulheres, que teve início no final do século XIX aconteceu mais especificamente relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, vinculado ao cuidar e ao servir, que são ações entendidas como dom ou vocação feminina.

A questão do gênero não tem sido um aspecto priorizado nas análises da relação entre trabalho, ocupação e sofrimento psíquico, sendo sempre oportuno abordar as especificidades

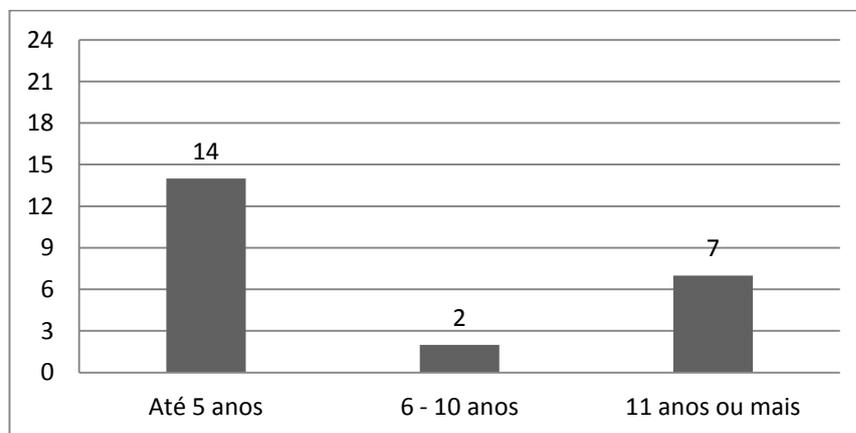
inerentes ao processo de feminização na área da saúde. Discutir essa questão implica igualmente refletir sobre a saúde e a qualidade de vida dos profissionais nos seus contextos de trabalho e formação. (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

A cultura, marcada pela histórica dominância patriarcal da sociedade brasileira estimula para que o cuidado seja ensinado às mulheres desde cedo. Estas aprendem os cuidados de manutenção da vida e acabam em consequência exercendo esta ação de forma espontânea e informal, ou até mesmo de forma profissional, como é o caso das profissões voltadas ao cuidado.

No cenário contemporâneo o cuidado encontra-se mercantilizado em uma esfera internacional, expressão esta da divisão sociosexual do trabalho e de suas novas configurações. O recorte de gênero nos viabiliza assinalar as opressões que estão “naturalizadas” no que diz respeito à viabilização do cuidado não só como mercadoria, mas como atividade inerente à “essência feminina” (PASSOS, 2016, p. 298)

Um outro aspecto pesquisado refere-se ao tempo de exercício na profissão. Este pode ser analisado no gráfico abaixo:

Figura 2 - Tempo de exercício no atual posto de trabalho



De acordo com o gráfico contido na Figura 2, 61% dos profissionais (14 trabalhadores) possuem até cinco anos no posto de trabalho e 39% (nove trabalhadores) possuem a partir de seis anos no cargo. No que se refere ao vínculo empregatício foi evidenciada a dicotomia entre os vínculos formais e informais de trabalho. Os profissionais técnicos de enfermagem são estatutários, admitidos através de concurso público, com exceção apenas de uma técnica que é contratada.

Os cuidadores de idosos também apresentam uma especificidade em relação ao vínculo trabalhista. Dos nove cuidadores pesquisados, seis possuem acima de seis anos no posto de

trabalho. O tempo considerável no posto de trabalho não caracteriza, entretanto, uma vinculação efetiva no emprego, já que todos os Cuidadores lotados no Centro-Dia do Município trabalham por meio de Recibo de Profissional Autônomo (RPA), o que gera um descontentamento entre os profissionais, devido à instabilidade laboral e conseqüentemente financeira. A prática do RPA é comum na cidade de Campos dos Goytacazes, o que caracteriza a precarização dos vínculos e negação aos direitos trabalhistas.

O RPA é um documento emitido pela fonte pagadora, neste caso, pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes a uma pessoa física que não esteja regida pelo sistema de Consolidação de leis Trabalhistas (CLT). Este regime de prestação de serviço é muito característico em processos de precarização do trabalho.

A década de 1990 foi marcada por um crescente índice de desemprego, terceirizações aceleradas e metamorfoses do trabalho informal, o que refletiu na perda da qualidade do emprego, uma vez que ocorre a desregulamentação dos vínculos profissionais.

As alternativas que se apresentam são variadas e propiciam uma legitimação do processo de desregulamentação em curso, estas incluem contratação de profissionais autônomos, passando pelas formas de cooperativas e chegando até mesmo ao extremo através de contratos verbais. Estes fatores propiciam problemas como remunerações diversificadas, jornadas múltiplas de trabalho e direitos diferenciados. (PIERANTONI e PORTO, 2006)

O crescimento do trabalho informal é uma realidade no Brasil e América Latina de acordo com dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esta modalidade empregatícia apresenta-se como um recurso aos trabalhadores diante do crescente número de desempregados. (SILVA; SORIA, 2006).

A principal diferença entre o setor formal e informal de trabalho segundo Fuentes (1997) é que no setor formal existe o trabalho assalariado enquanto no informal o trabalho é autônomo. Para Cacciamali (2000) a conceituação do setor informal ocorre de maneira equivocada ao ser relacionado ao mercado de trabalho, uma vez que deveria constituir-se como categoria de análise de uma estrutura produtiva.

O setor informal é associado à capacidade de adaptação de mercado aos choques exógenos como a influência do cenário econômico internacional, fazendo com que as taxas de desemprego se mantenham com pequenas variações. (CAMARGO, 1996).

Por representarem quase uma totalidade (exceto um) de profissionais técnicos de enfermagem admitidos via concurso público, estes profissionais relatam ter o sentimento de pertencimento e um maior estímulo no trabalho. Além disso, é notório o conflito existente entre os trabalhadores concursados e os trabalhadores sem vínculo formal, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados aos idosos:

É muito ruim viver sempre com medo de não ter o emprego no dia seguinte...tenho filhos e netos que dependem de mim. (CI 4)

Eu trabalhava como técnica de enfermagem aqui e com a chegada dos concursados acabei virando Cuidadora para não perder o emprego. Recebo muito menos e trabalho mais. Queria mesmo era ser concursada [...] (CI 3)

Trabalho aqui há quase dez anos e não tenho certeza do que será no dia seguinte. É muito ruim ficar dependendo de política [...] o certo mesmo é estudar e tentar um concurso, mas não tenho tempo [...] ou trabalho ou estudo. (CI 2)

É importante destacar que com a institucionalização do SUS a questão dos trabalhadores da saúde ganhou visibilidade e um crescimento considerável na década de 1990.

Segundo Girardi e Carvalho (2002) a importância do emprego e massa salarial gerada no setor saúde representou neste período cerca de 10% do equivalente na economia em geral, ou seja, por ser um setor intensivo de mão-de-obra, houve um crescimento significativo de trabalho formal no âmbito da saúde. Para Dedecca (2001) o papel da política de atendimento à saúde interfere positivamente no desempenho do mercado de trabalho nacional.

Algumas questões foram relatadas pelos trabalhadores no sentido da insatisfação relacionada ao trabalho. A primeira que surgiu foi a insatisfação relacionada à carga horária:

[...]acho que a questão de carga horária é um dos principais complicadores, temos muito trabalho.... A equipe é pequena e a carga horária acaba ficando muito grande. (TE 3)

Passo muito tempo aqui, chego às oito e vou embora às cinco da tarde. No início era bom, mas com o passar do tempo vai cansando. (CI 7)

A carga horária cumprida pelos profissionais é de 30 horas semanais para os técnicos de enfermagem e 40 horas semanais para os cuidadores de idosos, porém estes relatam que devido a questões financeiras e por terem um piso salarial relativamente baixo na profissão acabam tendo que ter outros vínculos.

O aumento do tempo de dedicação ao vem levando à diminuição do tempo de convivência familiar. Esta é uma realidade que ocasiona a insatisfação destes trabalhadores.

Em pesquisa realizada por Sarti (1997) esta redução do tempo de convívio com a família é um fator de angústia tanto de homens quanto mulheres. O referido autor afirma que a centralidade do trabalho na contemporaneidade diminui consideravelmente a disponibilidade familiar, sendo um fator de angústia para o profissional.

O profissional cuidador de idosos se submete a jornadas de trabalho intensas e baixas remunerações devido ao despreparo, falta de recursos técnicos e de suporte na vida pessoal. Aliado a isto podem surgir situações de desgaste físico, estresse, ansiedade, decréscimo nas participações sociais entre outros. A insatisfação do cuidador referente à sua profissão interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados aos idosos. O profissional com a saúde debilitada tende a demonstrar distância e indiferença ao idoso, levando este a uma sensação de abandono. (NERI; CARVALHO, 2002).

Pelo exposto é possível compreender que por mais gratificante que seja, esta profissão também pode apresentar-se como desgastante uma vez que além de lidar com a fragilidade da vida em seu processo de envelhecimento, pode estar exposta à precarização em seu processo de trabalho.

A falta de material para o trabalho também se apresenta como fator desencadeante da insatisfação dos profissionais da enfermagem e contribui para a precarização dos serviços prestados por esta categoria. Tal dado pode ser encontrado nas seguintes falas:

O problema maior é a falta de material, que não é apenas aqui, o problema de falta de material é global em Campos. (TE 2)

Você não tem como trabalhar sem ter condição de trabalho, faltam coisas básicas como luvas. (TE 5)

A falta de estrutura no trabalho é um fator desencadeante de insatisfação e precarização do mesmo. A partir do momento que ocorre falta de materiais básicos, materiais esses utilizados na proteção individual dos trabalhadores, começa a ocorrer a insatisfação, a falta de estímulos e em maior proporção o estresse laborativo que impactará diretamente na qualidade dos serviços prestados, além da própria qualidade de vida do trabalhador.

É através do trabalho diário que o homem torna-se ser social, sendo exatamente este aspecto o que o distingue de todas as formas não humanas. A trajetória da realização do ser social é objetivada pela produção e reprodução da sua existência e efetivada pelo trabalho. (ANTUNES, 2003).

A insatisfação no ambiente de trabalho pode levar a formas de sofrimentos psíquicos e este sofrimento vai se intensificando a partir do momento que os trabalhadores vão perdendo gradualmente a esperança de melhorias. (DEJOURS, 2001).

No campo da Enfermagem, Gonzales e Beck (2002) afirmam que pensar esta profissão significa também pensar nos seus trabalhadores e este pensar inclui a realização de uma análise de suas condições de trabalho.

Outro objeto de análise importante aqui refere-se à questão salarial. Esta apresenta-se

também como objeto de insatisfação de 94% dos trabalhadores pesquisados. Além do salário propriamente dito surgiram insatisfações relacionadas aos benefícios que deixaram de ser concedidos pela administração municipal.

Alguns benefícios foram cortados [...] a prefeitura cortou nosso plano de saúde e isso era muito importante para nós[...] (TE 4)

O salário é muito baixo e para sobreviver preciso ser cuidador de idoso à noite em casa de família. (CI 9)

O salário base de um cuidador de idosos na Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes é de um salário mínimo (R\$ 880,00) e do técnico de enfermagem R\$2.200,47 (o que, em valores de 2016, era equivalente a 2,5 salários mínimos). De fato, estes valores baixos fazem com que os profissionais desempenhem suas funções em outros locais de trabalho paralelamente.

Os trabalhadores técnicos e cuidadores dividem o mesmo espaço de trabalho, porém as diferenças trabalhistas e conseqüentemente sociais são notórias entre as categorias. Os TE possuem carga horária semanal menor e remuneração significativamente maior, além da estabilidade do vínculo. Já os CI se encontram em posição de grande fragilidade.

É importante destacar que dentre os nove cuidadores de idosos pesquisados, três possuem formação técnica em enfermagem e dois atuavam anteriormente no mesmo local como TE, porém, com a chegada dos profissionais TE concursados, eles foram realocados no mesmo local como CI ou seja, continuam trabalhando no mesmo local com o salário inferior, carga horária maior e mesma instabilidade no vínculo empregatício.

Tal situação gera um significativo desconforto nestes profissionais que possuem a mesma qualificação, mas ocupam postos de trabalho diferenciados. O desgaste psicológico é notório e o conflito entre as categorias profissionais pôde ser evidenciado em uma discussão no grupo focal, onde houve um debate entre uma CI com formação técnica em enfermagem e uma outra profissional cuidadora sem a formação técnica acerca dos limites de atuação entre as categorias profissionais.

Percebe-se que dentre os TE as situações de precarização levantadas referem-se à carga horária, falta de materiais para o trabalho incluindo Equipamento de Proteção Individual (EPI) e o corte de benefícios anteriormente concedidos. Já para os CI a principal inquietação elencada foi a questão da fragilidade do vínculo empregatício. Em comum, as duas categorias profissionais enfatizam a insatisfação salarial e a falta de capacitações como fatores de precarização no trabalho e complicadores da efetivação da PNSPI em Campos dos Goytacazes.

3.2 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES

Após destacar alguns fatores que contribuem na precarização do trabalho dos profissionais envolvidos no atendimento ao idoso em Campos dos Goytacazes (insatisfação salarial, carga horária alta, falta de materiais e falta de vínculo formal), serão analisados aqui aspectos da formação destes profissionais.

Primeiramente serão discutidos os aspectos referentes à formação profissional, ou seja como foi abordado o tratamento ao tema Saúde do Idoso na formação dos trabalhadores e posteriormente como ocorrem os processos de qualificação e atualização no âmbito da atuação profissional.

Em relação à formação profissional, algumas dificuldades foram levantadas pelos TE tais como: pouco tempo de estágios, disciplina referente à Saúde do Idoso diluída na disciplina de Clínica Médica (o que faz com que os conteúdos sejam trabalhados de forma aligeirada) e principalmente a deficiência nos conteúdos referentes aos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento ao idoso e família. Tal dificuldade pode ser analisada pela fala dos seguintes participantes ao serem questionados sobre como foi trabalhado o tema Saúde do Idoso na formação profissional:

Faltou trabalhar a questão da relação com o idoso, como tratar o idoso, não no sentido de medicação, mas de relação [...](TE 2)

[...] Lidamos com idoso fácil de lidar, mas também pegamos idoso muito complicado, agressivo, *reclamação*. Essa parte comportamental poderia ser mais trabalhada porque o cuidado a gente aprende em outras disciplinas. (TE 4)

Também acho que faltou essa questão do tratamento ao idoso [...] se deixar eles batem na gente e agridem verbalmente. Lembro-me de um estágio em que o idoso cuspiu em mim e tive que conter [...] ele era acamado. Essa questão da relação ficou muito defasada na formação. Durante os estágios isso não foi trabalhado, o foco era apenas o procedimento. (TE 5)

De acordo com os TE a questão da relação com o idoso e com a família precisa ser melhor trabalhada nos espaços de formação profissional, uma vez que esta se apresenta ainda insatisfatória neste processo, levando os profissionais a terem contato com esta realidade apenas na prática laboral. Estas intervenções segundo eles, poderiam ser melhor exploradas em práticas de estágios e vivências durante a formação.

Percebe-se nesta pesquisa uma inexistência da aplicação dos princípios de uma escola unitária ou humanista. Os processos de formação ocorrem de forma a não contemplar o conhecimento manual e intelectual e o embasamento da prática pelo conhecimento. Ao contrário

desta concepção gramsciana, a formação aqui ocorre de forma aligeirada e procedimental.

O processo de formação deve ser algo contínuo não apenas na vida dos profissionais de saúde, mas de todos os demais. O avanço da tecnologia e disseminação de informações aumenta a necessidade de estudos e atualizações periódicas. Não basta apenas a certificação, para se alcançar o êxito na profissão torna-se necessário incorporar novas práticas e informações. Acredita-se que além do interesse próprio do profissional, deve-se haver uma conscientização das unidades empregadoras no que se refere à qualificação de seus trabalhadores.

O surgimento do Cuidador profissional é um fenômeno recente no Brasil. Sua função encontra-se consolidada pelo Ministério do Trabalho e Emprego através de seu reconhecimento e inserção na CBO. Mesmo com o aumento expressivo desta categoria profissional, as ações no campo da profissionalização ainda são em números pequenos e não há critérios bem definidos ou pré-requisitos definidos para a regulamentação no processo de formação dos profissionais cuidadores. (DUARTE; MELO; AZEVEDO, 2008).

Dentre os CI pesquisados, os cursos que fizeram como pré-requisito para o ingresso no cargo divergem em carga horária e conteúdos ministrados. Foram identificados cursos de 40, 60 e 120 horas, de forma que para ingresso no cargo não há uma especificação de pré-requisito ou carga horária mínima.

A questão da formação e capacitação dos cuidadores foi objeto de discussão e impasses no decorrer da realização do grupo focal com a categoria. No que tange à formação profissional percebe-se na fala destes trabalhadores uma insatisfação em relação ao aligeiramento dos cursos:

Fiz o curso em uma faculdade de Campos, porém foi muito rápido, acho que faltou abordar muitas coisas como a questão da pressão arterial, sondas e curativos. (CI 1)

A cuidadora acima relata que tem ciência que estes procedimentos acima não são de competência de sua categoria profissional, porém salienta que é necessário ao menos ter uma noção para poder prestar o cuidado efetivo ao idoso mais debilitado. No que se refere à questão da formação profissional outra fala complementa a primeira e ambas apresentam conteúdos correlatos:

Na minha formação faltaram algumas coisas que acredito que são importantes como trocar curativos, verificar pressão arterial e o conhecimento básico de algumas medicações. Eu por exemplo, trabalho com aparelho de pressão digital, mas queria aprender com o outro. Em relação às medicações, não tive aula nenhuma sobre esse assunto, mas hoje trabalho há três anos e meio na casa de um idoso e já pesquisei para que serve cada medicação. (CI 3)

Os cuidadores demonstraram além da insatisfação em relação ao tempo de duração dos cursos que realizaram, a insatisfação em relação aos conteúdos ministrados. Assim como identificado no grupo focal realizado com o TE, pode-se identificar nos CI uma deficiência nos assuntos relacionados aos aspectos psicológicos a serem considerados no cuidado ao idoso e no relacionamento com a sua família. Tal deficiência se apresentou na fala de cinco cuidadores com destaque para o relato abaixo:

O maior problema do cuidador para mim é a família e não o idoso. Além de trabalhar aqui, eu trabalho na casa de uma idosa de 92 anos há três anos. Hoje eu já ganhei a confiança, mas essa questão deveria ser mais trabalhada nos cursos de cuidador de idosos. Uma vez ouvi uma psicóloga falar que a palavra-chave do cuidador de idosos dentro de uma casa é jogo de cintura. Eu concordo e penso que nos cursos isso deveria ser melhor explorado. (CI 5)

O termo “jogo de cintura” apresenta-se na fala como um sinônimo de manejo. A questão do manejo nas relações família – idoso – cuidador apresentou-se como um conteúdo deficitário no processo de formação profissional dos Cuidadores de Idosos.

Existem aspectos positivos e negativos relacionados à velhice e infelizmente são raros os cursos que abordam os aspectos positivos o que leva a perpetuação de mitos relacionados a este grupo etário. A formação dos trabalhadores nesta área ainda ocorre de maneira não-formal, através de eventos de curta duração. (DIOGO, 2004).

Para Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) o trabalho do cuidador encontra-se na mesma situação, possuindo pouca visibilidade, desvalorização do trabalho assumido como uma atribuição naturalmente feminina e a rejeição social da profissão. A invisibilidade do cuidador compromete a interpretação do cuidar, desvalorizando-o de forma automática.

A partir do momento que o cuidado passou a ser evidenciado nas mesas de discussão este passou para o âmbito público, uma vez que enquanto este era assegurado em sua maioria pelas famílias, não era tão debatido. (BRÊTAS, 2006). As mudanças em nossa sociedade, sejam elas sociais ou políticas culminam no surgimento de novas demandas e o cuidado com idosos entra neste rol de novas demandas. Portanto, torna-se urgente às respostas frente a esta nova realidade.

Outro aspecto importante a ser analisado aqui diz respeito às capacitações que deveriam ser ministradas no decorrer do exercício profissional. A qualificação dos trabalhadores no âmbito do SUS encontra-se sustentada legalmente por vários dispositivos tais como: Lei Orgânica da Saúde, Política de Educação Permanente e em todas as Políticas voltadas ao idoso. Tais dispositivos enfatizam a questão da qualificação dos trabalhadores como um dos mecanismos de efetivação na

Política do Idoso no país.

Infelizmente na realidade tal redação não se constitui uma prática. Ao serem questionados acerca das qualificações recebidas na admissão e no decorrer do exercício profissional, todos os participantes relataram não receber capacitações. Dois desses trabalhadores destacaram a importância da "atualização" no âmbito profissional:

Não recebi qualquer capacitação e entendo que todas as áreas necessitam disso. Aqui por não ter procedimentos invasivos acaba sendo mais fácil, mas se tivesse seria mais complicado. Penso que poderia ter um treinamento sobre como lidar com os idosos, para quando você chegar saber o que irá fazer. (TE 3)

Acho que em qualquer setor uma reciclagem é sempre bem-vinda. Você vai se aperfeiçoando com o passar do tempo, mas aqui não tivemos nada nesse sentido. (TE 10)

É sempre importante uma reciclagem pois a gente morre e nunca aprende tudo. (CI 6)

É muito importante porque tudo muda o tempo todo. Por exemplo, um curativo que usamos hoje, não é o mesmo do utilizado há cinco anos atrás. Precisamos nos atualizar sempre. Antigamente ocorriam capacitações aqui duas vezes por mês. Faz muito tempo que não temos. (CI 3)

Mais uma vez é identificado que a formação dos trabalhadores envolvidos nesta pesquisa não contempla a associação do conhecimento manual e intelectual, ao contrário apenas a prática é evidenciada, deixando de ser trabalhado o intelectual e o pensamento crítico, indo na contramão do que propõe o conceito de escola humanista ou escola unitária na abordagem gramsciana.

Pelo exposto, pode-se afirmar que no Município de Campos dos Goytacazes - RJ há um deficitário processo de formação profissional dos trabalhadores, com cursos aligeirados e com deficiência de conteúdos referentes ao manejo com a família. Aliado a isto ocorre a inexistência de qualificações no âmbito do exercício profissional. Tal ausência de ações de qualificações contribuem para a falta de efetividade na implantação da PNSPI no Município.

3.3 ESCOLHA PROFISSIONAL E SATISFAÇÃO PESSOAL

A influência de familiares e amigos na escolha profissional apareceu nos relatos de 75% dos trabalhadores. Além da influência na escolha da profissão, os trabalhadores também relataram esta influência na constituição identitária profissional. Destaca-se que três destes profissionais vivenciaram a realidade do cuidado no próprio domicílio pois algum familiar apresentava algum problema de saúde, o que culminou na escolha da profissão. Este é um fato comum na escolha da

profissão relacionada à saúde e ao cuidado.

É importante salientar que a satisfação com o trabalho e a percepção acerca das dificuldades ou pontos positivos não ocorre isoladamente. Estas relacionam-se com a história de cada indivíduo. Na fala de duas técnicas de enfermagem que atuam no mesmo espaço, com a mesma carga horária e mesmo salário pode-se identificar que a concepção acerca do trabalho ocorre de forma individual:

Não estou satisfeita com minha situação de trabalho atual, não estou bem remunerada. (TE 4)

Todas as dificuldades sempre me motivaram a querer tentar melhorar minha situação de trabalho e financeira. Sei que hoje estou melhor que antes, tanto em função, quanto pessoal e financeira. (TE 5)

A dicotomia dos discursos pode indicar que os fatores como personalidade, identidade profissional e até mesmo a trajetória profissional são determinantes para a satisfação ou insatisfação pessoal.

As concepções de identidade que fundamentam o presente estudo estão apoiadas nos escritos do sociólogo francês Claude Dubar, que trabalha com a ideia de socialização inspirada tanto em Piaget, quanto em Durkheim. Destaca-se que, para Dubar (2005), a identidade nunca é dada, ela sempre é construída e deverá ser (re) construída em uma incerteza maior ou menor e mais ou menos duradoura.

Dubar (2001) propõe a denominação “formas de identidade”, destacando o duplo sentido do termo identidade como definição pessoal de si e como definição de si pelos outros. A identidade deve ser vinculada ao processo de socialização uma vez que é constituída das características pessoais e sociais oriundas da trajetória de vida, sendo desta forma um reservatório das experiências vividas.

Para compreender a questão da identidade profissional é necessário conhecer como se dá o processo de constituição identitária. Pode-se afirmar que a identidade de um indivíduo está associada a constituição de características sociais e pessoais adquiridas ou construídas no decorrer da vida, fazendo da identidade um reservatório de experiências.

Para Dubar (2005) a identidade passa pelos processos de construção e reconstrução de acordo com a socialização estabelecida no decorrer da trajetória humana: interações familiares, escolares, laborativas etc. Destaca-se também que devido ao forte apelo social trazido pelo trabalho em serviços, este pode aproximar o mundo do trabalho a própria existência do trabalhador. Sob esta perspectiva este trabalho considera investigar esse sentimento de pertencimento e satisfação do trabalhador técnico de nível médio: cuidadores de idosos e técnicos em enfermagem envolvidos no cuidado ao idoso. Sobre a construção da identidade Stutz (1998) enfatiza que

Além do desempenho de papéis, a construção da identidade passa pela relação homem - organização social, ou seja, pelo processo dialético entre as realidades objetiva e subjetiva, em que o ser e o estar sendo relacionam-se ao processo de busca constante de informações e conhecimentos, de troca de experiências e auto-reflexão, criando, desta forma, possibilidades de superação das condições de trabalho. (STUTZ, 1998, p 48).

É importante destacar que as experiências diárias e individuais influenciam o trabalho e que esta é uma via de mão dupla, ou seja, acontecimentos simples ou significativos na vida cotidiana do indivíduo pode inferir diretamente em sua percepção e prática laborativa.

A influência da profissão escolhida é detectada no desenvolvimento da identidade profissional do indivíduo. O ambiente de trabalho e as atividades laborativas desenvolvidas interfere de forma a reforçar, acentuar ou minimizar traços da personalidade do indivíduo, sendo capaz de provocar mudanças profundas a partir das experiências.

Sobre a identidade profissional Gonçalves (1992) salienta alguns tópicos importantes para essa construção. Para o autor, nesse processo estão envolvidas as representações acerca do capital, do saber-fazer, do saber-ser, das condições do exercício profissional e o contexto a qual está inserida.

O dia-a-dia de trabalho acarreta ansiedades e estresses, porém pode ser considerado também como objeto de realização, uma vez que complementa a formação e identificação do sujeito. Em consonância com a afirmativa Stutz (1998) afirma que

A identidade como processo implica formação e transformação. A consciência que um indivíduo tem de si mesmo resulta de relações complexas, marcadas pela percepção interior do eu e pela percepção do outro, numa dimensão pessoal e social. (STUTZ, 1998, p. 50).

Para Vieira (2007) não existe profissão estável, o que há são processos de estruturação e desestruturação profissionais, em que os ritmos históricos, as formas culturais e as configurações políticas são muito variáveis. Não existe profissão objetiva, apenas relações dinâmicas entre as instituições formadoras, de trabalho, de gestão, e trajetórias individuais no seio das quais se constroem (ou destroem) as identidades profissionais, sociais e pessoais

A temática “identidades profissionais” está centralizada em uma sociologia cujo objetivo é analisar as dinâmicas de reconhecimento social das atividades laborativas, uma vez que o trabalho remunerado e reconhecido constitui um aspecto vital da atualidade.

Essa questão encontra-se em debates acerca do futuro do trabalho, que perpassa as organizações e o Estado, mas atinge todos os indivíduos confrontados pelos constrangimentos e

pelas escolhas diárias, cada vez mais difíceis, aleatórias e incertas (DUBAR; TRIPIER, 1998).

Em relação à identidade profissional Dubar (2006) as define como maneiras socialmente reconhecidas de os indivíduos se identificarem uns com os outros no campo do trabalho e emprego e que é um percurso que vai se efetivando através de uma dupla transação: biográfica e relacional. A vertente biográfica refere-se à identidade para si e a relacional corresponde a identidade para o outro. Para o autor, ambas são articuladas e processadas por meio de mecanismos de pertencimento.

É necessário considerar a influência exercida pelo mundo do trabalho os estudantes trabalhadores, pois estas em conjunto com as questões socioculturais, gradativamente vão atuando na construção da identidade profissional. (STUTZ, 1998). Complementando este pensamento Ferreira (1993) afirma que "a identidade profissional, parte decisiva do ego, preocupa os jovens, pois lhe confere sensação de ter algo a realizar, de ter objetivo na vida " (FERREIRA, 1993, p. 71).

O cenário de transformações do processo de produção parece influenciar a conformação das trajetórias ocupacionais, ou seja, de acordo com as características e peculiaridades do trabalho a qual os trabalhadores estão submetidos não sendo traçadas as trajetórias profissionais.

A noção de trajetória remete-se à dinâmica entre as estratégias individuais e ao marco histórico social em que se situam os indivíduos. As heranças e as posições de classe fazem parte desse contexto, que imprime sua marca nas trajetórias continuamente reconstruídas pelo sujeito. A compreensão do mundo social só pode emergir na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada.

Outra questão trabalhada por Dubar (2001) refere-se à noção de profissionalidade, construída a partir de três processos articulados: a formação inicial e contínua das competências, sua codificação nos sistemas de emprego e seu reconhecimento. Bourdieu (1989) define a profissão como sendo "sobretudo, uma construção social, produto de todo um trabalho social de construção de um grupo e de uma representação dos grupos que se insinuou docemente no mundo social (BOURDIEU, 1989, p.40)

Estudos empíricos realizados pelos estudiosos da sociologia do trabalho constata forte heterogeneidade nos discursos entre trabalhadores que compartilham uma situação de trabalho comum e, inclusive, entre os que integram a mesma categoria profissional (PAIVA, 2000).

Para Frigotto (2006) é através do trabalho que os seres humanos, conscientemente, criam e recriam sua existência, respondendo à produção dos elementos necessários à vida em diversas dimensões: cultural, social, afetiva etc., Portanto, para compreender a identidade profissional do indivíduo, um dos fatores que devem ser analisados é exatamente seu sentimento de pertencimento em relação a sua profissão e instituição de trabalho.

Em relação à trajetória profissional dos cuidadores de idosos, dois trabalhavam como técnicos de enfermagem no mesmo local, um trabalhava no mercado offshore em regime de

embarque, dois trabalhavam com faxinas e os demais no comércio. Embora com estas ocupações, paralelamente quatro destes profissionais já atuavam informalmente no âmbito do cuidado, seja com crianças ou idosos.

No que se refere à trajetória profissional dos técnicos de enfermagem cinco vieram do setor de prestação de serviços e comércio e os demais (nove) da rede privada, onde também atuavam como técnicos de enfermagem.

Em relação à influência na escolha da profissão destacam-se como fatores determinantes a influência de amigos e familiares e o exercício do cuidado em questões familiares. Ao serem questionados acerca do modelo utilizado na constituição da identidade profissional surgem três respostas interessantes que justificam a afirmativa anterior:

As pessoas estão envelhecendo. Tenho idosa em casa e cuido com muito amor. Hoje estou jovem mas amanhã sei que posso precisar de alguém para cuidar de mim, por isso sou cuidadora com muito amor. (CI 5)

Minha amiga me indicou o curso de cuidadora. Orei a Deus e pedi um emprego e aconteceu. Só em uma casa trabalhei dez anos cuidando de um idoso. (CI 4)

Cuidei da minha vó por questões de saúde da minha mãe. (TE 1)

Além da influência social e contato prévio com idosos no âmbito familiar, a personalidade também se apresentou como fator determinante na construção da identidade profissional dos trabalhadores:

Para construção da minha profissão, não me espelhei em ninguém. Me espelhei na minha personalidade, pois sei que hoje estou jovem, mas amanhã estarei idosa e posso precisar de ajuda. Acredito na lei do retorno, por isso gosto de cuidar de idosos, está na minha personalidade. (CI 2)

A influência se deu pela minha personalidade. Sempre gostei de dar o melhor de mim pois amo o meu próximo. (TE3)

As escolhas fazem parte da essência humana desde o nascimento. Dentre tantas outras a serem realizadas está a escolha profissional. A escolha profissional é influenciada tanto pelo mundo em que a pessoa vive como pelo modo como ela o compreende. Existem fatores que estão envolvidos na escolha da futura profissão: subjetivos, emocionais e pessoais. Esta escolha é determinada pela relação entre o homem e o mundo. (GARCIA; SILVA, 2006).

Na escolha da profissão a personalidade se apresenta como um dos fatores que irão

influenciar na decisão. A personalidade pode ser entendida como o padrão de respostas mais comuns sobre como as pessoas agem, pensam e sentem (DIGMAN, 1990). A identidade ocupacional não é entendida como algo definido, mas como um processo submetido às mesmas condições no que se refere à leis e dificuldades da conquista da identidade pessoal. (BOHOSLAVSKY, 1998).

Para Ferreti (1976) o prestígio social não é definidor na escolha da carreira profissional. Nesta escolha são considerados fatores como aptidões, habilidades, disponibilidade econômica, necessidades pessoais, oportunidades de estudo entre outros fatores que influenciarão em menor ou maior grau o processo de escolha. Tal fato pode ser identificado nesta pesquisa, uma vez que a atuação do cuidador de idosos não apresenta qualquer prestígio social, pelo contrário, esta sofre com a falta de investimentos e esforços desde o processo de formação.

Embora existam as dificuldades a satisfação no trabalho com idosos foi identificada na unanimidade dos cuidadores de idosos. Tal satisfação se expressa na gratidão e humanização do processo do cuidado:

Amo trabalhar com idosos[...]embora tenha dificuldades de carga horária e questões financeiras... o contato com eles... o cuidado com eles compensa[...] (CI 6)

A satisfação no trabalho é um resultado emocional alcançado a partir da interação de profissionais, suas características pessoais, valores e expectativas com o ambiente e a organização do trabalho. O processo de trabalho abarca os impactos dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde e sentimento de bem-estar. (REBOUÇAS; LEGAY; ABELHA, 2007).

Destaca-se aqui que mesmo em um processo notório de vivência da precarização do trabalho e formação, os trabalhadores pesquisados relatam a satisfação no trabalho com idosos.

3.4 PRINCIPAIS DESAFIOS DA PNSPI NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Muitos são os desafios encontrados na implantação e efetividade da PNSPI no Município pesquisado. Tais desafios foram levantados pelas três categorias profissionais envolvidas nesta pesquisa: gestores, técnicos de enfermagem e cuidadores de idosos. Serão discutidos aqui, aspectos levantados pelo gestor antigo e atual que aqui serão classificados em G1 e G2.

Para os gestores entrevistados, as ações intersetoriais da Política de Saúde do Idoso são as mais importantes e desafiadoras e onde a efetividade da implantação encontra os principais impasses, uma vez que sua plena efetivação não depende exclusivamente da Secretaria de Direito

do Idoso, mas também dos demais órgãos da Prefeitura Municipal.

De acordo com Inojosa (2001), a intersetorialidade pode ser entendida como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. O princípio da intersetorialidade no âmbito do SUS precisa ser amplamente discutido e implementado para a eficácia do sistema, pois não há pleno funcionamento do setor saúde sem as articulações com outros segmentos do Poder Público e até mesmo com a sociedade como um todo.

A intersetorialidade nas Políticas Públicas em Saúde refere-se à articulação com diversos setores do Estado e sociedade e podemos destacar a importância desta articulação com segmentos da Educação, Previdência Social, Transporte entre outros para melhoria da oferta de serviços e até mesmo da promoção da saúde e qualidade de vida.

No decorrer dessa pesquisa foram identificadas algumas dessas ações no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Promoção Social, Empresa Municipal de Transportes de Campos etc. Diante da complexidade na implementação de uma política, percebe-se que ainda faltam várias ações intersetoriais para que esta seja eficaz. Destaca-se que estas existem em número muito restrito no Município dificultando a efetividade da PNSPI.

Para Junqueira (2000) a intersetorialidade incorre em mudanças na organização, nos sistemas e serviços de saúde, além de outros setores da sociedade, tornando necessária a revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nas áreas sujeitas às articulações intersetoriais.

Na percepção dos gestores os profissionais de forma geral não estão preparados para atuarem de forma articulada. Falta o “pensar em conjunto” para que de fato as políticas comecem efetivamente a surtir resultados positivos, sendo necessário antes de qualquer outra ação a capacitação dos profissionais envolvidos. Como em tantos outros processos, na aplicabilidade da intersetorialidade entre o setor saúde e os demais, a formação dos profissionais executores de tal ação é fundamental para a funcionalidade do sistema.

Tal fato nos remete à formação destes trabalhadores, ou mais especificamente a falta de uma formação que de fato articule o trabalho manual e intelectual, fazendo o trabalhador compreender a gênese do funcionamento necessário para a efetivação de uma ação intersetorial. Porém a intersetorialidade, não se restringe apenas a uma questão de qualificação, mas também de uma organização das políticas setoriais que favoreçam a intersetorialidade.

Outro aspecto importante a ser considerado e que se relaciona diretamente com a questão da intersetorialidade refere-se ao orçamento dos recursos destinados à política social direcionada aos idosos por parte do poder público municipal.

A partir da fala dos gestores pode-se considerar que se os órgãos atuassem em conjunto, o orçamento poderia ser melhor utilizado, porém falta planejamento das ações. A falta de

planejamento é uma realidade no município e destaca-se que esta poderia ser corrigida por meio de agendas governamentais no sentido de promover um planejamento articulado e contínuo.

O gestor aqui classificado como G1 enfatiza a importância do usuário na efetividade da PNSPI e possui um modelo de gestão mais centrado no modelo de promoção à saúde. Segundo ele " A promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa para a gestão, a ser desenvolvida com a centralidade no usuário..." (G1).

Nessa perspectiva, para esse gestor ocorre uma deficitária articulação intersetorial no âmbito da formação dos trabalhadores, uma vez que estes são essenciais no que se refere à promoção da saúde do idoso.

Há concordância na fala do segundo gestor (G2) sobre o exposto acima. Este afirma que deveriam ocorrer mais capacitações, porém como os processos de recrutamento e seleção ocorrem no âmbito da Secretaria de Saúde, a mesma deveria fornecer esse tipo de formação na admissão e de forma cíclica.

Ainda sobre a intersetorialidade como desafio na implementação da PNSPI, o segundo gestor (G2) relata:

Hoje temos 16 especialidades médicas e o atendimento está girando em torno de 6 mil atendimentos/mês. Temos clínico geral, geriatra, ortopedista, ginecologista, fisioterapeuta e mais alguns que não estou me recordando agora. Isso não atende à demanda do Município. Hoje se conseguíssemos mais médicos, um espaço maior, com certeza, a gente teria como prestar até um serviço melhor do que já é prestado no Clube da Terceira Idade (Centro). Temos no Município o Centro- Dia em Guarus, acho que lá faz um montante de 5 a 6 mil atendimentos/mês também. Então se juntarmos todos os locais de atendimento vamos girar em torno de quase 15 mil atendimentos por mês [...] Hoje a gente precisaria de mais médicos para estar atendendo os idosos (G2)

A visão curativista é entendida aqui como o modelo assistencial de saúde centrado na doença. Neste modelo o indivíduo é desprovido de autonomia e o foco é o atendimento médico. Tal concepção pode ser identificada na fala deste gestor.

Em sua fala o gestor refere-se aos sete Centros de Convivência e ao Centro-Dia quando menciona a totalidade dos atendimentos. Observa-se na fala desse gestor a necessidade de mais médicos para a plena efetivação da PNSPI. Segundo ele já existe um atendimento porém, não atende à demanda, sendo necessário mais médicos, mais atendimentos, mais atenção na área médico-assistencial. Percebe-se que G1 e G2 pontuam como principal desafio a intersetorialidade, porém com aspectos diferentes. O primeiro foca na questão da promoção e o segundo em um modelo curativista. Estes também enfatizam que a inexistência do processo de qualificação dos trabalhadores acentua a ineficiência das ações intersetoriais.

Outro desafio pontuado pelo G1 refere-se à "violência contra o idoso". Segundo esse gestor:

O Município enfrenta muitas dificuldades quanto ao respeito ao idoso, em especial o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, pois o Estatuto do Idoso que foi criado em 2003 não é respeitado pela sociedade campista. Exemplo: filas de banco, supermercados, casas lotéricas, vagas de estacionamentos e muitos outros. O mais grave é o crime financeiro que na sua maioria é feito por filhos ou netos. São idosos que têm a sua aposentadoria e esta fica toda nas mãos dos netos e/ou filhos que inclusive fazem empréstimos em nome do idoso. Em relação ao transporte urbano, apenas este ano fizemos mais de 120 notificações em relação ao desrespeito com o idoso. (G1)

Antes de entrar na discussão sobre a questão da violência contra o idoso, é fundamental compreender quão complexo é este termo. Infelizmente ao ser referir a este tema muitas pessoas e até mesmo profissionais de saúde se remetem à questão da agressão física apenas. As necessidades físicas decorrentes de quedas, acidentes de trânsito (atropelamentos, quedas por transporte inadequado), homicídios e outros relacionados aos agravos físicos acabam recebendo maior atenção.

Estima-se que cerca de 70 % das lesões e traumas sofridos pelos idosos não aparecem nas estatísticas e os registros atuais "constituem apenas a ponta do iceberg de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências familiares ou institucionais". (FLORÊNCIO; FERREIRA; SÁ, 2007, p.851).

É preciso ampliar este pensamento e trabalhar com um conceito mais amplo de violência, sabendo que esta pode se apresentar de diferentes formas tais como: abusos físicos, psicológicos, financeiros, sexuais, emocionais, negligências dentre outras. A partir da concepção que a violência pode ser apresentada de forma visível ou não, os profissionais de saúde devem estar mais atentos, para que esta possa ser identificada e notificada.

Os maus tratos contra idosos são classificados pelo Ministério da Saúde “como ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia, ou ainda, a ausência de ações que são devidas, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança” (BRASIL, 2001). De acordo com a OMS (2002a) a violência contra o idoso pode ser definida como

Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva por parte das pessoas que a cercam, sobretudo dos filhos, dos cônjuges, dos parentes, dos cuidadores, da comunidade e da sociedade em geral. (OMS, 2002a, p. 3).

Destaca-se que no Município estudado, o gestor enfatiza a questão da violência financeira contra o idoso. De todas as formas de abuso a mais frequente é aquela de cunho financeiro. São tentativas dos familiares de se apoderarem das fontes de renda do idoso, ou de seus bens e economias, ainda em vida.

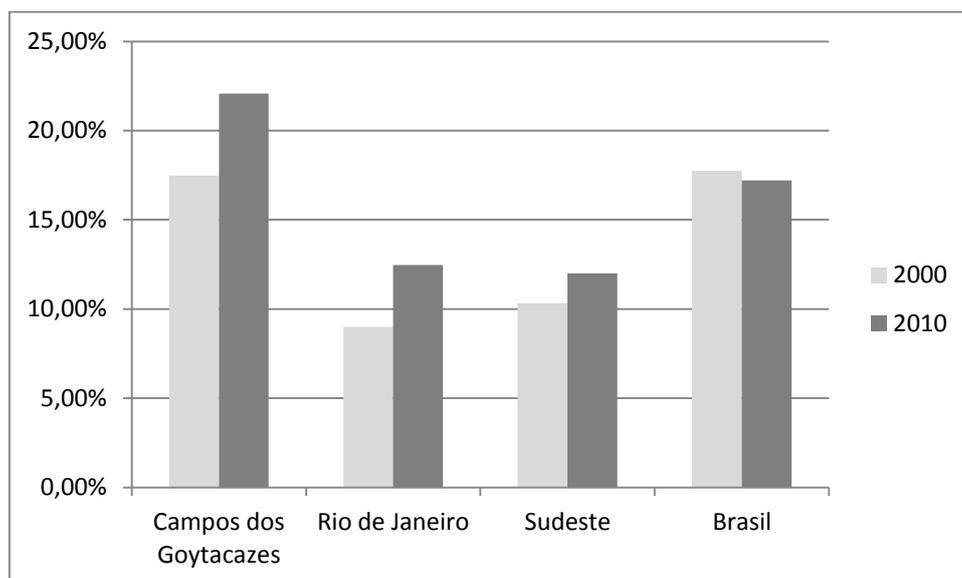
Os parentes mais próximos é que são os atores (filhos, cônjuges, genros e noras). Estes apossam-se da renda, da casa, dos outros bens, e não é raro acontecer de deixarem faltar subsídios para o próprio idoso. (FLORENCIO; FERREIRA; SÁ 2007).

A família é hoje a entidade que mais causa violência aos idosos, não apenas no aspecto financeiro, mas de diversas outras formas. Torna-se válido aqui enfatizar a diferença entre os conceitos de violência familiar e violência doméstica, que por muitas vezes pode se confundir.

A violência familiar refere-se ao ato de violência onde os atores (agressor e vítima) possuem laços de parentesco. Já a violência doméstica implica na proximidade da vítima com o agressor, sem que haja vínculo familiar. Este último pode ocorrer no espaço doméstico por pessoas que compartilhem este espaço ou visitantes. (FLORENCIO, FERREIRA e SÁ, 2007).

Durante muito tempo a violência contra o idoso foi concebida como um problema peculiar a cada família, não recebendo a devida atenção pelo olhar do profissional de saúde nem tampouco do Estado. O aumento da população idosa suscitou a necessidade de maior atenção a esta questão. Pode-se afirmar que o empobrecimento populacional é um dos fatores que colaboram no aumento do índice da violência contra o idoso. De acordo com dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas (SISAP), no Município de Campos houve um aumento do empobrecimento entre os idosos no período de 2000 a 2010, conforme gráfico abaixo:

Figura 3 – Idosos em situação de pobreza em Campos dos Goytacazes



Fonte: Baseado em dados do SISAP-idoso.

Através do gráfico pode-se identificar um aumento no índice de idosos em situação de pobreza no Município. De acordo com dados do SISAP-idoso a proporção de idosos nesta situação passou de 17,47 % no ano de 2000 para 22,07% no ano de 2010. Um fato importante é que exatamente nesse decênio ocorrem o lançamento de políticas voltadas ao idoso e ao enfrentamento da pobreza.

O Município pesquisado apresentou o maior índice de aumento (4,65%) se comparado ao Estado do Rio de Janeiro (3,47%), a região Sudeste (1,69%) ou ao Brasil (0,51%).

Para Fonseca e Gonçalves (2003) o convívio entre as gerações tem sido determinado pelo empobrecimento populacional e outros fatores que se referem à ausência de políticas públicas voltadas para a saúde e assistência, deixando a população idosa a mercê da violência social, física e psicológica. Acrescenta-se à pobreza a questão da reorganização familiar que tem alterado os papéis sociais tradicionais.

Um aspecto importante a ser considerado refere-se a conduta dos profissionais de saúde. Estes precisam ser qualificados no sentido de identificar possíveis abusos e realizar a devida notificação. Tais informações deveriam ser reforçadas na formação profissional.

Para Saliba et al (2007) os profissionais de saúde tendem a subestimar a questão da violência familiar, voltando suas atenções às lesões físicas e minimizando a importância do diagnóstico das injúrias. Ainda segundo este autor este fato pode estar relacionado à falta de qualificação profissional. A violência contra o idoso sequer foi citada pelos 23 trabalhadores deste estudo, sendo um entrave relatado apenas pelos gestores, o que pode estar relacionado à falta de qualificação dos trabalhadores nesta área.

Aliado a questão da qualificação profissional, Saliba et al (2007) pontua outros entraves para a notificação dos casos de violência contra o idoso no Brasil: escassez de procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados da notificação e quebra do sigilo profissional.

Como enfatizado anteriormente a violência contra a pessoa idosa pode ocorrer de várias formas e em diferentes situações. Devido a esta complexidade é impossível dimensionar toda a sua abrangência o que faz esta ser subdiagnosticada e subnotificada.

A lei nº 12.461 de 26 de julho de 2011 que reformula o artigo 19 do Estatuto do Idoso ressaltou a obrigatoriedade da notificação dos profissionais de saúde às autoridades sanitárias em casos de suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa idosa. De acordo com este dispositivo os casos devem ser comunicados aos seguintes órgãos: Autoridade Policial, Ministério Público, Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso. Aqui encontra-se o principal entrave para a efetivação de tal determinação: a falta de qualificação dos trabalhadores para a identificação

dos casos.

No Brasil, o tema começa a ganhar destaque nas últimas décadas devido ao aumento populacional, aumento da expectativa de vida e paralelamente aumento das situações de vulnerabilidade social ao idoso. As ações protagonizadas por grupos de idosos, associações de aposentados, movimentos políticos e sociais culminaram na publicação do Manual de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa no ano de 2013.

O referido documento é dividido em três partes onde na primeira é destacado o contexto sociodemográfico, cultural e de saúde; na segunda são discutidas as questões de violência e na terceira são sugeridas estratégias de ação. Dentre as estratégias estão:

- 1 – Investir numa sociedade para todas as idades.
- 2 – Segundo todas as convenções internacionais os governos devem priorizar os direitos da pessoa idosa.
- 3 – Contar com a pessoa idosa “nada sobre nós sem nós”
- 4 – Apoiar famílias que abrigam pessoas idosas em sua casa.
- 5 – Criar espaços sociais seguros e amigáveis fora da casa
- 6 – Formar profissionais de saúde, assistência e cuidadores profissionais. (BRASIL, 2013)

Infelizmente tal publicação não é de conhecimento dos atores envolvidos nesta pesquisa. O Brasil conta com um forte aparato legal no que tange ao enfrentamento à violência contra o idoso, porém a plena efetivação é insuficiente, sendo necessário um olhar mais atento aos mecanismos de efetivação dos direitos deste indivíduo, além de um amplo processo de conscientização da sociedade.

A partir da visão dos gestores, percebe-se que a dificuldade nas articulações intersetoriais e o enfrentamento à violência contra a pessoa idosa apresentam-se como fatores que impossibilitam a plena efetivação da PNSPI no Município.

Pode-se afirmar que para o enfrentamento à violência é necessária uma satisfatória articulação intersetorial, seja com autoridades policiais, setores do judiciário ou até mesmo com o setor Saúde no que se refere à qualificação dos trabalhadores na identificação das situações de risco e até mesmo nas notificações da violência que por muitas vezes é subnotificada e subdiagnosticada. Portanto, na visão dos gestores a palavra-chave é o aprimoramento das ações intersetoriais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil sofreu forte influência do cenário internacional para a elaboração de documentos e propostas relacionadas à velhice e neste cenário se destacaram a Conferência Internacional de Alma-Ata sobre Cuidados Primários em Saúde, a I Assembleia Mundial pelo Envelhecimento em Viena e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde a qual originou a Carta de Ottawa.

O avanço na legislação brasileira referente ao direito à saúde pela população idosa é evidente e teve seu marco na década de 1980 com a inserção de artigo exclusivo pertinente ao tema na CFB de 1988. Na mesma década é regulamentado o SUS e aprovada a Lei Orgânica da Saúde, que também se apresenta como importante dispositivo legal. A partir desta época começaram a ser lançadas políticas específicas à população idosa: Política Nacional do Idoso, Política de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Embora com diferentes dispositivos legais referentes ao assunto, a efetividade de tais direitos expostos ainda se constituem como um grande desafio no Brasil. É no mínimo conflitante compreender a dinâmica de lançamento de tais políticas e legislações dispondo sobre aspectos em comum e chegar à conclusão que na realidade muitos aspectos regulamentados não se efetivam, se caracterizando como algo apenas formal, burocrático e totalmente fora da realidade em muitos municípios brasileiros.

Um dos problemas que merece destaque é a ausência de especificação dos recursos a serem utilizados para efetivação das diretrizes da Política do Idoso, o que gera uma não implementação das diretrizes e a descontinuidade das ações. Diante deste fato a Política do Idoso no Brasil vem se apresentando como um conjunto de intenções que podem ou não se efetivar.

A Política Municipal do Idoso de Campos dos Goytacazes, formulada a partir da PNI e da PNSPI, também apresenta-se como um conjunto de intenções, sem plena efetividade. A existência de tal Política não é de conhecimento dos trabalhadores envolvidos na pesquisa, apenas dos gestores ou seja, não há como ser efetiva se não é de conhecimento da população e, mais especificamente, dos indivíduos a quem cabe a sua execução.

Em Campos dos Goytacazes aproximadamente 61% dos idosos do município possuíam renda nominal de até um salário mínimo no ano de 2010, 22% destes encontravam-se em situação de pobreza e 18% em situação de dependência de acordo com dados SISAP-idoso. Estes números são considerados alarmantes frente às políticas atuais que não contemplam satisfatoriamente as questões dos idosos dependentes, uma vez que priorizam as ações preventivas sem ainda oferecer alternativas concretas para apoio.

Não é possível discutir a Saúde do Idoso sem remeter-se ao acesso aos serviços de saúde que este grupo etário obteve no decorrer da vida. A saúde da pessoa na velhice é resultado direto deste

acesso, fato que liga diretamente a PNSPI a outras políticas e programas de saúde.

O Município de Campos dos Goytacazes conta com uma estrutura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ainda insatisfatória, contando com uma cobertura de aproximadamente 12% e apenas 38% de cobertura na Atenção Básica segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Os dados refletem uma ineficiência da atenção primária em saúde no município, o que sobrecarrega o nível secundário e terciário da atenção à saúde, gerando uma alta demanda de internações que poderiam ser evitadas com um funcionamento satisfatório da Atenção Básica.

Tal conjuntura nos remete aos problemas encontrados no curso de vida dos indivíduos deste município, que acabam não obtendo a integralidade do acesso aos serviços de saúde e cujas consequências poderão ser mais perceptíveis na terceira idade, o que reforça a necessidade de reflexão acerca da real situação e acesso aos serviços que esses idosos possuem no Município pesquisado, Município este que possui, entretanto, uma série de legislações municipais destinadas à proteção ao direito dos idosos. Pelo exposto urge a necessidade do fortalecimento da Atenção Básica para que haja resultados nas futuras gerações de idosos campistas.

Não basta apenas aumentar a expectativa de vida, pois “o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.” (VERAS, 2009). Ainda de acordo com o autor, são necessárias, então, ações que possibilitem aos idosos a participação social e a manutenção da capacidade funcional, isto é, da “capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”, porém para que seja alcançada a autonomia deste indivíduo, torna-se necessário um satisfatório processo de formação do profissional que irá atuar diretamente com o mesmo.

No que se refere à trajetória e qualificação dos trabalhadores de nível técnico e médio em saúde a pesquisa trabalhou com o conceito gramsciano de “escola unitária” ou “escola humanista” ou seja, uma formação caracterizada pela fusão entre o prático e o teórico, entre o manual e intelectual de forma a contemplar o estímulo ao pensamento crítico do indivíduo fazendo com que este assuma seu papel de cidadão na sociedade.

Este tipo de formação não foi encontrado entre os trabalhadores envolvidos na pesquisa e a inexistência desse tipo de formação apresenta-se como um fator que interfere na efetividade de políticas como um todo uma vez que o enfoque é dado ao manual, no caso desta pesquisa que envolve trabalhadores técnicos da saúde, ao procedimento. É importante salientar que a formação e qualificação dos trabalhadores no âmbito do SUS apresenta-se como uma diretriz da PNSPI e no Município de Campos dos Goytacazes essa diretriz não é satisfatoriamente cumprida pela gestão municipal.

Na formação do profissional técnico de enfermagem existe toda uma regulamentação por parte do Conselho Federal de Enfermagem e pela Lei do exercício profissional. Quanto à formação do cuidador de idosos, não há uma regulamentação que especifique pontos importantes tais como: carga horária mínima, conteúdos mínimos trabalhados ou escolaridade mínima para ingresso no curso. Esta ausência de regulamentação contribui para a precarização do trabalho deste profissional e para a baixa procura pela formação.

Na implantação da PNSPI no Município de Campos dos Goytacazes muitos desafios foram encontrados, dentre eles destacam-se a insuficiência de articulações intersetoriais, o índice crescente da violência contra o idoso aliada à falta de preparo dos profissionais na identificação dos casos e a precarização no processo laborativo e de formação dos trabalhadores de nível médio e técnico envolvidos nesta pesquisa.

As ações intersetoriais foram caracterizadas pelos gestores como insuficientes no que tange ao número e qualidade das ações. Estes também enfatizaram que tal fato se deve também à falta de preparo e formação dos profissionais aliado à falta de planejamento do setor. Embora deficitárias, os gestores compreendem as ações intersetoriais como vitais na efetivação da PNSPI.

A violência contra o idoso que também se apresentou como um problema no Município, foi relatada pelos gestores e foi evidenciada a falta de preparo dos trabalhadores na identificação dos casos e conseqüentemente na assistência especializada a este idoso.

Apresentaram-se como objetos de precarização do trabalho os salários baixos, a fragilidade dos vínculos de trabalho dos cuidadores de idosos, a falta de estrutura no ambiente de trabalho e a inexistência de qualificações para os trabalhadores.

Destaca-se que a precarização leva à insatisfação no trabalho e esta, por sua vez, interfere na qualidade dos serviços prestados. Sendo assim, a precarização do trabalho impactará diretamente no atendimento ao idoso, dificultando desta forma a existência de um atendimento pleno.

A formação do profissional de saúde que atua na atenção ao idoso deve considerar o processo de envelhecimento em suas dimensões conceituais, sociais, éticas, biológicas e políticas a fim de criar propostas para os atuais desafios das questões da terceira idade, segmento da população que mais cresce no Brasil e no mundo. O processo crescente de envelhecimento e como o Estado se organiza para tal fenômeno é uma questão de saúde pública.

Em relação ao processo formativo destes trabalhadores, foi evidenciado o aligeiramento no processo de formação e/ou no tratamento dado ao tema Saúde do Idoso/gerontologia durante a formação profissional. A questão dos aspectos psicológicos e manejo com a família do idoso surgiram como temas deficitários na formação. Aliado a este fato, foi identificado a inexistência de qualificações no processo de trabalho dos envolvidos nesta pesquisa. Estas não aparecem em momento algum no cotidiano de trabalho, seja na admissão deste trabalhador ou até mesmo depois

de dez anos de serviços prestados.

O trabalhador é admitido e atua com os idosos apenas com o conhecimento adquirido na formação profissional, formação esta que ocorre de forma a priorizar a técnica em detrimento do intelectual. Foram identificados os seguintes temas como demanda de qualificação destes trabalhadores: violência contra o idoso (identificação e notificação de casos), aspectos psicológicos e manejo com a família do idoso além do próprio conhecimento das políticas de âmbito municipal e nacional.

É importante enfatizar que para a efetividade na implantação de qualquer política pública torna-se necessário antes de qualquer outra ação, qualificar os profissionais envolvidos, seja este envolvimento de forma direta ou indireta. Os desafios referentes à intersetorialidade e aumento da violência contra o idoso podem ser melhor trabalhados com um eficiente processo de qualificação dos trabalhadores envolvidos na PNSPI em Campos dos Goytacazes.

Torna-se essencial também a regularização dos vínculos trabalhistas dos profissionais cuidadores de idosos por parte da administração pública municipal. A existência de vínculos informais entre a categoria apresentou-se como um entrave a estes profissionais, que são de suma importância na execução das atividades no âmbito da Saúde do Idoso.

Atualmente mesmo com a aprovação de diversos dispositivos legais referentes ao idoso, a situação ainda é bem distante do exposto em lei, que por sua vez responsabiliza a família sem dar condições e subsídios para as mesmas, normatiza a favor de idosos independentes e deixa a desejar no que se refere a idosos com alto grau de dependência, além de não levar em consideração as especificidades familiares e sociais existentes.

Neste ano de 2016 mudanças no cenário político brasileiro aconteceram repentinamente e colocaram na pauta das discussões a garantia do acesso universal às políticas públicas de saúde no Brasil. Dessa forma, vive-se um momento de total instabilidade e fragilidade dos direitos. Este momento nos leva a refletir sobre o futuro dos idosos e das próximas gerações de idosos uma vez que a tendência à adoção de medidas de austeridade, com forte impacto no financiamento do conjunto das políticas sociais coloca em risco a sustentação de seguridade social, trazendo consequências para o SUS e para a garantia dos direitos do idoso brasileiro.

Como desdobramento desta pesquisa foram propostas a revisão do Projeto-político-pedagógico do curso técnico de enfermagem do Instituto Federal Fluminense de forma a revisar a disciplina de Saúde do Idoso e a implantação do curso técnico em cuidados com idosos no mesmo Instituto.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M.; LOPES, J.B. O plano básico de ação do serviço social no INPS-1972: racionalidade técnica modernizadora no serviço assistencial da política previdenciária. In: BRAGA, L.; CABRAL, M. S. (Org.). **O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 37-62.
- ALMEIDA, L.P. V. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. D. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.17, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>> Acesso em: 14 fev. 2016.
- ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 13-24, 2002-2003.
- ANTUNES, E. **Saúde do idoso: políticas de saúde e assistência social e as ações existentes na 25ª e 26ª Secretaria do Desenvolvimento Regional**. 2012. 86p. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado, Canoinhas, 2012.
- APERIENSE, S. P. G. G; BARREIRA, A. I. Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, set./2008.
- AREIAS, V. T. K; BORGES, F. C. N. As políticas públicas de lazer na medicação entre estado e sociedade: possibilidades e limitações. **Revista Brasileira Ciência e Esporte**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 573-588, jul./set. 2011.
- BARBOSA, R. H. S. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 9-26, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2009. 281p.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1990.
- BOHOSLAVSKY, R. **Orientação vocacional: a estratégia clínica**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BORN, T. A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. **Seminário Velhice Fragilizada**. São Paulo: SESCSP, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf>>. Acesso em: 11 abr. 2016.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.
- BRAGA, P. M. V. **Direitos do idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.
- BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo nacional de cursos técnicos**. Ed. 2012. Brasília. DF. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman >. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p.20-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério de Estado da Previdência e Assistência Social e da Saúde. Portaria Interministerial MS/MPAS nº. 5.153, de 7 abr. 1999. Cria o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p.13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta de Perfil de Competências Profissionais do Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 77.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6.966, de 2006**. Cria a profissão de cuidador. Brasília: Câmara dos Deputados: Projetos de Leis e Outras Proposições. 2006. Disponível em: < <http://www.camara.gov.br> > Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, seção 1, p. 18055.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 2.208 de 17 de abril de 1997**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1997.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto 8.268 de 18 de junho de 2014**. Altera o Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>>. Acesso em: 1 maio 2016.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**: é possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

BRÊTAS, A. C. P. Cuidadores de idosos e o sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 3, p.298-301, 2003.

BUSANA, J.A; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A.L.P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto & Contexto**, Santa Catarina, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015

CACCIAMALI, M. C. Proceso de Informalidad y Sector Informal: reexamen de una discusión. **Revista venezolana de economía y ciencias sociales**, Caracas, v. 6, n. 3. p. 95-110, 2000.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole; 2013. p. 3-48.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CAMARANO, A.A.; MEDEIROS, M. Introdução. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Ipea, dez, 1999.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso**: avanços com contradições. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

CAMARGO, J. M. (Org.) **Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1996. 244 p.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl.1, p. 82-91, 2015.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção de saúde**: sujeito e mudança. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CASTRO, N. G. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: MACHADO, L. R. et al. (Org.). **Trabalho e educação** - Coletânea CBE. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1994. p. 69-83.

CHINELLI, F; VIEIRA, M; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSIN, Márcia Valéria Guimarães Cardoso (Org.). **Trabalhadores Técnicos da Saúde**: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23-48.

CIELO, P.F.L.D.; VAZ, E.R.C. Legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG: Centro de Ensino Superior de Catalão, Goiás**, v. 2, n. 21, p. 33-46, 2009.

COUTINHO, Carlos Nelson **Gramsci. Um estudo sobre seu pensamento político**. 3a. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.p. 127-129.

CRUVINEL, T. A. C. **Promoção da Saúde e qualidade de vida nos idosos na Saúde da Família**. 2009. 32 f. Trabalho de Pós-Graduação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-UFMG, Uberaba, 2009.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. **Políticas de ciudadanía y sociedad vive en tiempos de globalización**. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). p. 39-58

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. São Paulo; UNICAMP; 2001. p. 175-216.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DEL ROIO, M. Gramsci contra o ocidente. In: AGGIO, A. et al (Org.). **Gramsci: a vitalidade de um pensamento**. São Paulo: Editora da UNESP, 1998. p. 103-120.

DIGMAN, J. M. Personality Structure: emergence of the five-factor model. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto- EUA, v. 41, p. 417-440, 1990.

DIOGO, M. J. D. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.280-282, 2004.

DUARTE, J. E.; MELO, R. V.; AZEVEDO, R. S. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E. N. de. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 371-379.

DUBAR, C. El trabajo y las identidades profesipnales y personales.Trayectorias Ocupacionales y Mercado de Trabajo. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Buenos Aires, ano 7, n. 13, p. 5-15, 2001.

DUBAR, C.; TRIPIER, P. **Sociologie des professions**. Paris: Editions Armand Colin, 1998.

DUBAR, J. C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DUBAR, J. C. **A crise das identidades: a interpretação de uma mutação**. Portugal: Edições Afrontamento, 2006.

- ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 41-46, 2004.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem da articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
- FALEIROS, V. P.; REBOUÇAS. M. Gestão social por sujeito/idade na velhice; a experiência do IDADI. In: FALEIROS, V. P.; LOUREIRO, A. M. **Desafios do envelhecimento vez, sentido e voz**. Brasília/DF: Universa, 2006. p.111-138.
- FALEIROS, V. P. A Questão da reforma da previdência social no Brasil. **Revista SER Social**, Brasília, n. 7, 2000.
- FALEIROS, V. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Revista Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 35-61, 2007.
- FAUSTINO, R. L. H. et al. Caminhos da formação de enfermagem: continuidade ou ruptura?. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 56, n. 4, p. 343, 2003.
- FERREIRA, B. W. Adolescentes diante do mundo atual: identidade profissional e ideológica. **Educação PURCS**, Rio Grande do Sul, v. 16, n. 25, p. 65-78, 1993.
- FERREIRA, M. L. C. **Intersectorialidade um desafio na implementação da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. 120p. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.
- FERREIRA, A. J. **A concepção de envelhecimento de idosos em oficinas de inclusão digital: análise de textos e imagens**. Porto Alegre: PUCRS, 2009. 148 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica), Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.
- FERRETTI C. J. **A escolha vocacional: fundamentos de orientação educacional**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1976.
- FILHO, W. J.; SITTA, M. do C. Interprofissionalidade. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 440-450.
- FLORENCIO, M. V. D. L.; FERREIRA, F. M. O.; SÁ, L. D. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 3, p. 847-857, 2007. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a23.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2016.
- FONSECA, M. M.; GONÇALVES, H. S. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 7, n. 2, p. 121-128, 2003.
- FREITAS, H. M. R.; CUNHA Jr, M. V. M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 97-109, 1997.
- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A Política de Educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvérsido. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 1087-1113, 2005.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 399-403.

FUENTES, M. R. Setor Informal e Reestruturação Produtiva: uma alternativa de emprego nos anos 90? In: CARLEIAL, L; VALLE, R. (Org.). **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997. p. 357- 374.

GARCIA, C. O.; SILVA, F. C. **Estudo sobre os tipos psicológicos e sua predominância entre estudantes de psicologia, ciências da computação e odontologia**. 2006. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). **Recursos humanos em saúde-política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-251.

GONÇALVES, J. A. M. A carreira das professoras do ensino primário. In: NÓVOA, A. (Org.). **Vidas de professores**. Porto: Porto Editora, 1992. p. 141-169.

GORDILHO A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

GRAMSCI, A. **Os Intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Texto & Contexto**, Santa Catarina, v. 11, n. 1, p. 169-186, 2002.

GROISMAN, D. Envelhecimento, direitos sociais e a busca pelo cidadão produtivo. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 6, n. 1, p. 64-79, jan./jun. 2014.

GROISMAN, D. Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, V. G. C. et al. (Org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 391-419.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2010, v. 44, n. 3, p. 383-393, maio 2010.

HADDAD, E. G. M. Idosos: do assistencialismo ao direito. *Revista Inscrita*, Brasília, n. 6, p. 25-30, jul. 2000.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by Leininger's theory of culture care diversity and universality. **Acta paulista Enfermagem**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 362-367, 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HOFLING, M. E. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno CEDES**, São Paulo, v. 21, n. 55, p.30-41. 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre população do Brasil**, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2008. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da expectativa de vida para 2050 -2010**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estatistica/populacao/projeção>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

INWOOD, M. Dicionário Hegel. Jorge Zahar Ed, 2007

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, R. C. P. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 117-30, nov./ dez, 2000.

KARASIK, R.J. Engaged teching for engaged learning: sharing your passion for gerontology and geriatrics. **Gerontol Geriatr Educ**, vol 33, p. 119, 2012.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 221-227, 2004.

KURZ, B. L. M. **Colcha de retalhos**: desafios e perspectivas na implantação da Política Nacional para o Idoso no município de Selbach/RS. 2009. 172 f. Dissertação de Mestrado em Serviço Social da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 1999. Disponível em: <<http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1GXBC2JG1-FD4TB0-7G/LABRA%20analise%20de%20politicass.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Asa C. Laurell (Org)**Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

LEMOS, C. E. S. **A solidão judicializada**: a criminalização do abandono de idosos na cidade de Campos dos Goytacazes/ Rio de Janeiro – 2003/2007. 2007. 266p Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional**: uma pedagogia específica para o idoso, uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTr, 2000.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 24, p.105-125, 2005.

MAFFIOLETTI, V. L. R.; LOYOLA, C. M. D.; NIGRI, F. (2006). Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1085-92, 2006.

MAIA, P. S. M. **Avaliação da política nacional de saúde da pessoa idosa na gestão municipal de Fortaleza - CE**. 2010. 141p. Dissertação de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas. Universidade Federal do Ceará, 2010.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S..Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista brasileira Enfermagem**, Brasília, 2004, v. 57, n. 5, p. 605-610.

MARCELLINO, N. C. (Org.). **Estudos do lazer: uma introdução**. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

MATOS, I. B. ; TOASSI R. F. C. ; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MENDES, D. G.; MIRANDA, M. S.; BORGES, D. C. M. M. M. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista de Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, jul./ago. 2010.

MÉSZÁROS, I. **O século XXI: socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 74p.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p.

NÉRI, A. L. "As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso". **A Terceira Idade**, São Paulo v. 16, n. 34, p.7-24, 2005.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O Bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-790.

NEVES, L. M. W. **Brasil ano 2000: uma nova divisão de trabalho na educação**. Rio de Janeiro: Papéis e Cópias, 1997.

OLIVEIRA, R. Algumas questões para pensar a educação de nível técnico e a qualificação profissional. In: ZIBAS, D. et al. (Org.). **O ensino médio e a reforma da educação básica**. Brasília: Plano, 2002. p. 259-278.

OLIVEIRA, Íris Maria. Política Social, Assistência Social e Cidadania: algumas aproximações acerca do seu significado na realidade brasileira. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/>>. Acesso em: 10 maio 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/Opas, 2002a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: Um Projeto de Saúde Pública**. In: Anais do 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento; Madri - Espanha, 2002b.

PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, maio/ago. 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 91-122.

PAIVA, V. Novos padrões econômicos e demanda de qualificação e competências. Reestructuración y Trabajo en la Poducción Agroalimentaria. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Buenos Aires, ano 6, n. 12, p.139-152, 2000.

PASSO, R.G. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serv.Soc.Soc**, São Paulo, n.126,p.281-301,mai/ago.2016

PAVARINI, S. C. I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão. **Texto contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 398-402, 2005.

PEDROSO, V. G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 29, n.1, p. 88-93, 2005.

PEREIRA, P. A. P. **Controle democrático com garantias de direitos**. Brasília: Subsecretaria dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005. 40p.

PEREIRA, S; PASSOS, G .As Políticas para a Educação profissional Técnica de nível médio: dois projetos em disputa. In: **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, Maranhão, 2011.

PEREZ, J. R. P. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org.). **Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1999.

PIERANTONI, C. R.; PORTO, S. M. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, 2006.

PINHEIRO FILHO, F. P ; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. A contribuição da pesquisa para o desenvolvimento de políticas sociais pelo poder local. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 1-18, dez. 2005. Disponível em:

< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1005/785> >. Acesso em: 20 mar. 2016.

PUGA, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo sanitario y lo público. **Revista Española de Salud Pública**, Espanha, v. 79, n. 3, p. 327-30, 2005.

RAMOS, P. R. B. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 244-250, 2007.

REVISTA DESAFIOS SOCIAIS. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Ano I, n. 2, Natal-RN: Editora da UFRN, Set. 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Campinas, Unicamp, 2000.

ROACH, S. S. **The human act of caring: a blueprint for the health professions**. Ottawa, Ontario: Canadian Hospital Association Press, 1993.

ROCHA, S. M.; GOMES, M. G. C.; LIMA FILHO, J. B. O protagonismo social da pessoa idosa: emancipação e subjetividade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Editora Guanabara Koogan, 2002. p.1030 -1036.

RODRIGUES, R. A et al. Política Nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021HYPERLINK> "http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021.%A0">. Acesso em: 16 fev. 2016.

RULLI NETO, A. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. São Paulo: Fiuza, 2003.

SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2007, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SARTI, C. A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças. In: BRETAS, A. C. P. **Trabalho, saúde e gênero: na era da globalização**. Goiânia: Ed. AB, 1997. p. 51-60.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecna, Trabalho, educação e saúde. **Trabalho Educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 131-152, 2003.

SCHONS, C. R.; PALMA, L. T. S. (Org.). **Conversando com Nara Costa Rodrigues sobre gerontologia social**. 2. ed. Passo Fundo: UPF, 2000.

SENA, R. R. D. et al. O Cotidiano do cuidador no domicílio: desafios do bem fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 11, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isiscript=iah/iah.xis&src=goo>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SILVA, L. B.; SORIA, S. Anatomia do governo Lula: o governo como condomínio de interesses. CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIA POLÍTICA, 3., 2006, Campinas. **Anais...**Campinas: de 4 a 6 de setembro de 2006.

SILVA, S. D. **A implantação de um centro de convivência para pessoas idosas: um manual para profissionais e comunidades**. Rio de Janeiro: UNATI; UERJ, 2004.

SIMÕES, A. Idosos serão 1 bilhão em 2022. A gazeta do povo. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1303131>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

SISTEMA de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso SISAP – Idoso **Proporção de idosos em situação de pobreza**. Disponível em: <<http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/consulta-por-municipio>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

SOARES SOUTELLO, A. I.; FERREIRA-SAE, M. C. S.; RIBEIRO, S. A. A importância do ensino da saúde do idoso na graduação de enfermagem: uma visão discente. **Ensaio e Ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2008.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 86 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SOUSA, A. M. V. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. São Paulo: Alínea, 2004.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p., jul./dez. 2003.

SPOSATI, A. O. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

SPOSATI, A. et al. **Assistência social na trajetória das políticas sociais**. São Paulo, Cortez, 1985.

STUTZ, L. B. **Técnico de enfermagem: o perfil traçado por profissionais da área, no município de Uberlândia, nos anos 90**. 1998. 168p Dissertação de Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Uberlândia, 1998.

TARTUCE, G. L. P. **O que há de novo no debate da “qualificação do trabalho: Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville**. 2002. 231p. Dissertação de mestrado em sociologia. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

UVO, R. T; ZANATA, M. L. A. L. " O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso". **A terceira Idade**, São Paulo, v. 16, n. 33, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D.F. **Tratado de saúde coletiva**: o sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec, 2007. 871p.

VEIGA, K. C. G.; MENEZES, T. M.O. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. **Revista escola enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 761-768, 2008.

VERAS, R. P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 497- 502, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 271-286, 2007.

VIEIRA, M. et al. Dinâmica da Formação Técnica e da Ocupação de Postos de Trabalho em Saúde, Brasil Anos 2000. In: MOROSINI, M. V. C. (Org.). **Qualificação profissional em saúde**: a conformação de grupos profissionais. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde, EPSJV, 2013.p.121 à 148.

XAVIER, A. S.; KOIFMAN, L. Educación superior en Brasil y la formación de los profesionales de salud con énfasis en el envejecimiento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 15, n. 39, p. 973-84, out./dez. 2011.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTOR

PERFIL DO ENTREVISTADO:

Nome:

Cargo exercido:

Formação Acadêmica:

Vínculo Institucional:

Tempo de exercício e forma de acesso à função:

PERCEPÇÕES SOBRE A PNSPI:

Como ocorreu a implantação de tal política no município:

Destacar se ocorrem ações intersetoriais e comentá-las:

Quais as principais dificuldades encontradas para a execução da PNSPI:

Como se dá o processo de recrutamento/seleção dos profissionais envolvidos na assistência ao idoso?

Como ocorre a formação e capacitação de recursos humanos no âmbito da saúde do idoso? Comente as experiências exitosas e/ou dificuldades.

Qual o volume e tipo de atendimento mensal realizado no âmbito da Saúde do Idoso?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA O TRABALHADOR QUE ATUA DIRETAMENTE COM IDOSOS

- **Sexo:** () Feminino () Masculino / **Função :** _____
- **Idade:**
 - () Até 29 anos
 - () 30 – 39 anos
 - () 40 – 49 anos
 - () 50 anos ou mais
- **Nível de Escolaridade:**
 - () Ensino Fundamental
 - () Ensino Médio Completo
 - () Ensino Médio Incompleto
 - () Ensino Técnico Profissionalizante
 - () Ensino Superior
- **Tipo de Vínculo Empregatício:**
 - () Contrato
 - () Sem vínculo formal
 - () Celetista
 - () Estatutário
- **Tempo de Exercício no cargo**
 - () Até 5 anos
 - () de 6 à 10 anos
 - () 11 anos ou mais
- Como chegou a este posto de trabalho? O que fazia antes?
- Qual foi o modelo utilizado na constituição de sua identidade profissional? Em quem você se espelhou? (descrever influências de familiares, profissionais etc)
- Acerca de sua trajetória ocupacional, relate sua situação de trabalho atual.
- Seu trabalho atual atende suas expectativas? (Salariais, pessoais, financeiras)
- Qual a carga horária semanal no emprego atual:
- Atualmente, faz algum tipo de curso ou formação profissionalizante:

APÊNDICE C - ROTEIRO – GRUPO FOCAL

- Os conteúdos referentes à Saúde do idoso foram dados em disciplina específica na sua formação? O que eles abordavam? Foram suficientes?
- Trabalhar com idosos foi uma opção? Encontrou dificuldades? De que tipo?
- Ao assumir o cargo atual recebeu capacitações como parte do processo de ingresso?
- No decorrer do exercício profissional recebeu algum tipo de curso de qualificação/ atualização profissional no âmbito da Saúde do Idoso/gerontologia?
- Quais as principais dificuldades encontradas no exercício da profissão?