

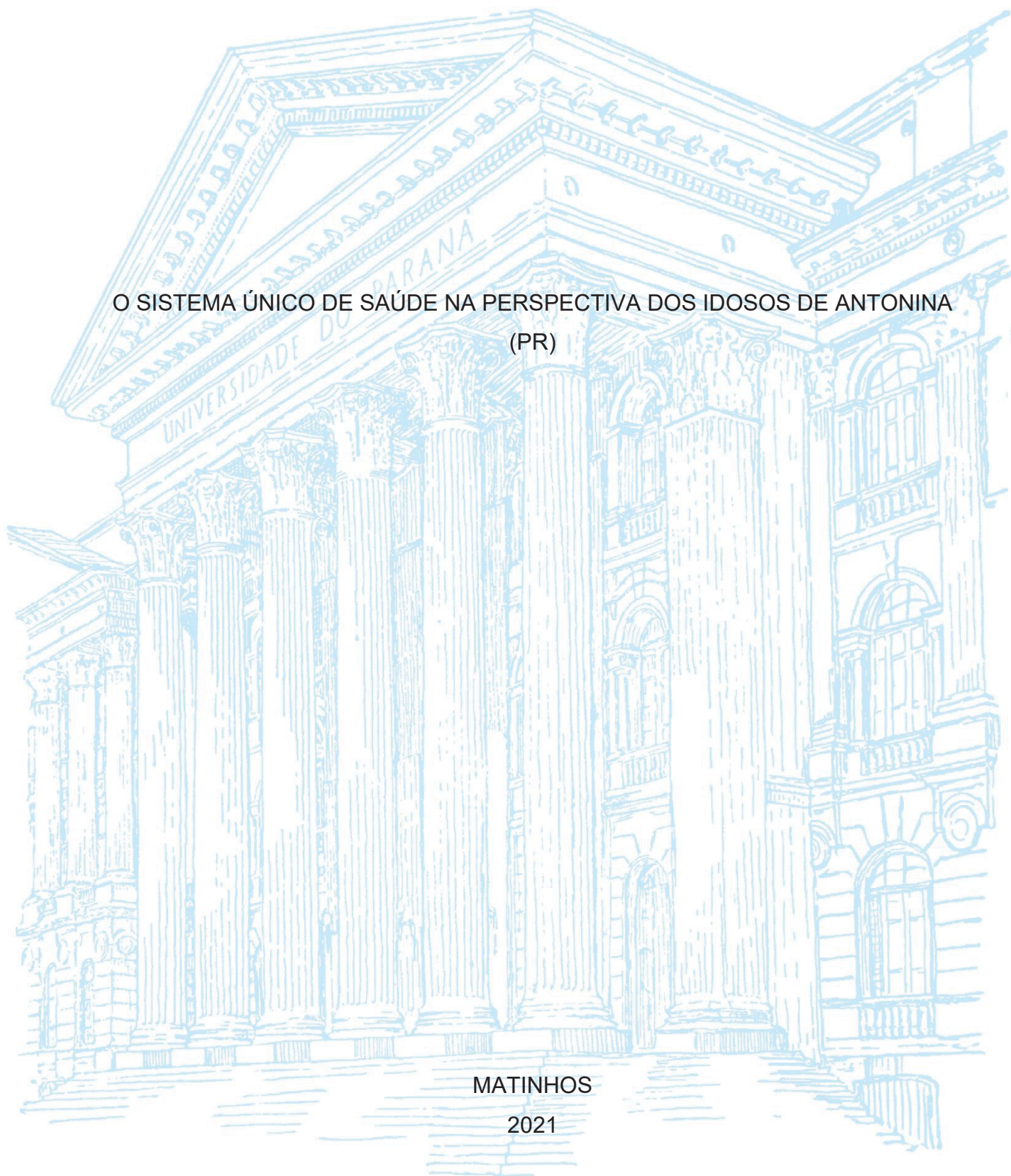
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NATHALIA FERNANDES DE OLIVEIRA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS DE ANTONINA
(PR)

MATINHOS

2021



NATHALIA FERNANDES DE OLIVEIRA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS DE ANTONINA
(PR)

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável Setor do Litoral, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski

MATINHOS

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral

O48s Oliveira, Nathalia Fernandes de
O Sistema Único de Saúde na perspectiva dos idosos
de Antonina (PR)/ Nathalia Fernandes de Oliveira;
orientadora Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski –
2021.
115 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade
Federal do Paraná - Setor Litoral,



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR LITORAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESENVOLVIMENTO
TERRITORIAL SUSTENTÁVEL - 40001016081P3

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **NATHALIA FERNANDES DE OLIVEIRA** intitulada: **O Sistema Único de Saúde na perspectiva dos idosos de Antonina (PR)**, sob orientação da Profa. Dra. MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 16 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

17/06/2021 08:20:50.0

MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

17/06/2021 15:12:00.0

CLÓVIS WANZINACK

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

17/06/2021 09:11:25.0

INGRID SCHWYZER

Avaliador Externo (PROFESSORA PESQUISADORA)

RUA JAGUARIAÍVA, 512 - MATINHOS - Paraná - Brasil
CEP 83260-000 - Tel: (41) 3511-8371 - E-mail: ppgdts@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 96927

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 96927

Dedico esse trabalho a todos os idosos que nos deixaram durante a
pandemia.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é algo necessário diariamente, e que possui um gostinho de final. Mas devo lembrar o caminho percorrido até chegar a essa etapa, para tanto me permito agradecer com um pequeno relato dessa caminhada.

A pessoa a qual eu mais devo agradecer é a minha Orientadora Marisete T. Hoffman-Horochovski que aceitou uma mudança gigantesca no rumo dessa dissertação. Eu não me imaginava passando no processo de seleção, e muito menos entrando no último ano de Direito. Mas eu só consegui por ter muito apoio, esse apoio surgiu de tantas formas e jeitos os quais mudaram várias vezes a minha vida.

Mudar o tema da minha pesquisa foi antes de tudo um momento de introspecção, onde eu entendi aonde morava a Nathalia pesquisadora. Foi também um tributo ao meu Avô, Seu Felisberto, diabético, hipertenso, em tratamento crônico renal e que transformou minha vida ao amputar a perna e fazer diálise em domicílio. Ele iniciou seu tratamento em São Paulo, logo que meu avô passou mal meu tio o levou para morar com ele. E o seu maior desejo era voltar a Antonina para viver seus últimos dias. Foi nesse momento em que eu fui morar em Antonina, junto com a minha mãe para que a gente pudesse cuidar dele e da minha Avó.

Meu vô teve todo seu tratamento, que durou sete anos, sendo custeado pelo SUS, seu quarto foi transformado em uma sala de diálise peritoneal e a vida de toda a nossa família passou a ser cuidar da saúde dele. Ele teve toda a autonomia possível durante seus últimos anos, foi ativo dentro da sociedade, participou de campanha política, e me ensinou a amar Antonina.

Eu cresci com a impressão de que o SUS era perfeito e que todo mundo era atendido como o meu Avô e isso durou até entrar na faculdade de Nutrição, onde fui fazer estágio em uma UBS. Nesse momento eu pude ver o quanto meu vô teve sorte, por ter a família cuidando, por ter filhos médicos, por ter acesso ao SUS. A realidade que me deparei eram idosos sozinhos, sem atendimento e longe da família. Esse momento foi uma transição gigantesca para a minha formação como ser humano, e devo agradecer a Professora Simone Pinto, que me escolheu para o primeiro estágio.

Foi a soma da minha vivência com meu Avô e a sua vontade de viver em Antonina somadas com a minha experiência nos atendimentos do público do SUS que me levaram a mudar o tema após sentar em conversar durante horas com Eduardo Nascimento. Ele teve uma função primordial para que percebesse que o tema da

pesquisa deveria sintetizar o meu sentimento, afinal ficaria dois anos lendo e vivendo a pesquisa e deveria ter amor no processo. Fica aqui os meus agradecimentos por todos os momentos de conversa e café.

Nesse processo de terminar a faculdade e começar a pesquisa, muitas vezes eu não fui a melhor amiga do mundo, mas ganhei de presente do PPGDTS dois seres iluminados que acompanharam desde a entrevista para o resto da vida Elton e Nana. Eles fizeram o processo ser leve e incrivelmente alegre. Eles são meus parceiros de algo que eu jamais imaginei fazer, um canal no YouTube, o Saúde Sustentável.

Obrigada a Juliane Brenner Vieira e Keyla Vieira que não largaram a minha mão nesse tempo todo. Assim como o Caetano A. Langaro que acreditou mais em mim que eu mesma e a Carolina Bolincenha que acompanhou todos os detalhes de cada etapa.

Infelizmente eu não consegui ser uma boa amiga para o Pazo e o Covid-19 não permitiu que a gente se despedisse, foi em 2020 que perdi o amigo, o médico e o companheiro de madrugadas lendo os artigos comigo e jogando 21 para me alegrar. Você faz muita falta guri, eu e Rodolfo jamais vamos esquecer você.

As perdas e sustos nesse processo foram inúmeras, foram sonhos, amigos, pacientes e conhecidos que partiram. O primeiro ano do mestrado foi um ano de encerramento, o qual devo agradecer aos Professores Bruno Gasparini e Carlos Martins e as Professoras Luciana Reusing e Marcia Nizio.

Eu devo muito a todos os funcionários da Prefeitura de Antonina, eles me ampararam na loucura que era estar trabalhando e estudando. Meu muito obrigada a Gilda, Isolete, Cassiana, Andy, Noeli, Jussara, Rosana e todos os funcionários do Posto Central. Devo muito ao Romulo, ao Cesar, ao Ray, a Mine e a Andiely, que me ajudaram com os dados que precisei ao longo da pesquisa.

O segundo ano foi um ano de mudanças, mudei de posto e fui acolhida na UBS Ponta da Pita, onde ganhei uma família maravilhosa e que me apoia diariamente. Meu muito obrigado ao Natanael Baptista, o enfermeiro, que possibilitou que essa pesquisa criasse vida. A Tânia e toda a sua família, ao Leonardo, a Linda, a Zayne, a Eronilda e todos os funcionários desse posto.

Agradeço imensamente a confiança dos 15 idosos que participaram da pesquisa, assim como as horas de conversar sobre a saúde de Antonina que tive com Dago na vigilância epidemiológica. Assim como a todos os pacientes e amigos desses

10 anos de jornada como nutricionista, os quais me fizeram ver o que realmente importa da vida.

Eu, tenho muito a agradecer a minha família, a biológica por me colocar no mundo, mãe e vó, meus exemplos de força e de determinação. Sem dúvida nenhuma são pessoas que mais amo. A família de coração que apostou sempre na minha educação, aqui entra meu “pai” Ronaldo de Oliveira Vítório. Aqui entram também meus parceiros de *live* e de casa, Zeca e Amy, os cachorros mais participativos da web e meus “filhos”.

E por fim, a quem pagou a inscrição do processo seletivo do mestrado e foi meu maior incentivador, sempre me obrigando a ser melhor e conquistar mais. Ele tem o dom de me fazer competitiva, nem sempre entendeu quando não podia deixar de fazer alguma coisa para poder estudar, mas fez o possível para me ajudar desde as correções de gramática, a digitação de entrevistas e a formulação de gráficos. Cada página tem muito do seu carinho com o meu trabalho, o que me faz muito feliz afinal ele é a família que eu escolhi desde o Sol beijou a Lua, muito obrigada Hélió José Lucas Jr.

*Você sabe de onde eu venho?
Venho da terra ideal
Onde presa a alma tenho
Óh, minha terra natal
Imponente e linda é ela
Minha Antonina gentil
É um pedaço da aquarela
Das belezas do Brasil!*

Terra Ideal
Letra e Música: Admaro Santos

RESUMO

Com o crescente aumento do envelhecimento populacional surgem questões específicas para a utilização dos mecanismos em saúde ofertados pelo no Sistema Único de Saúde – SUS, **os** quais podem impactar no acesso à saúde e a forma com que o idoso visualiza o seu envelhecimento. O objetivo principal deste trabalho é perceber como idosos residentes em Antonina, litoral do Paraná, vivenciam o processo de envelhecimento e quais suas percepções sobre a saúde pública, destacando o acesso, a frequência e a qualidade do atendimento a qual tem acesso. Para tanto, a metodologia escolhida para esta pesquisa é a qualitativa e os dados coletados foram averiguados por meio da técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2010). Foram realizadas 15 entrevistas com pessoas com 60 anos ou mais, em formato presencial e virtual, ao longo de seis semanas do ano de 2020, além de registros no caderno de campo e dados complementares recolhidos das atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dos Relatórios Quadrimestrais do ano de 2019, sendo que todos foram avaliados pela mesma metodologia. Após a realização das três etapas iniciais da análise de Bardin foram elencadas quatro categorias: a saúde, o serviço, o serviço ao idoso e a satisfação. Foram catalogadas 120 citações correlacionadas ao conceito saúde, 12 serviços mencionados diretamente pelos participantes, três citações de serviços voltados aos idosos e descrições referentes ao grau de satisfação em todas as entrevistas. Entre os principais resultados foi possível verificar que nenhum dos entrevistados se identificou como idoso ou velho e que a maioria considera que envelhecer em Antonina é algo benéfico a eles. Foi possível igualmente visualizar a distribuição das UBS e como os idosos escolhem onde procurar o atendimento em saúde, bem como quais serviços conseguem ou não ter acesso. Ao final da pesquisa percebemos que alterações são importantes para a melhoria do atendimento ao idoso, com algumas ações sendo necessárias para a aproximação do usuário ao serviço ofertado, como por exemplo, atendimento odontológico nas UBS, distribuição uniforme de medicamentos em todas as farmácias entre outros.

Palavras-chave: Saúde. Envelhecimento. Sistema Único de Saúde - SUS. Acesso à Saúde. Idoso.

ABSTRACT

The growing increase in population aging, specific questions arise regarding the use of health mechanisms offered by the Sistema Único de Saúde - SUS, which can impact access to health and the way in which the elderly visualize their aging. The main objective of this work is to understand how elderly residents in Antonina, coast of Paraná, experience the aging process and what their perceptions about public health are, highlighting access, frequency and quality of care. Therefore, the methodology chosen for this research is qualitative and the data collected were investigated using the content analysis technique from the perspective of Bardin (2010). Fifteen interviews were carried out with people aged 60 or over, in person and online, over six weeks of the year 2020, in addition to records in the field notebook and complementary data collected from the minutes of the Conselho Municipal de Saúde (CMS) and of the Quarterly Reports for the year 2019, all of which were evaluated using the same methodology. After the completion of the three initial stages of Bardin's analysis, four categories were listed: health, service, service to the elderly and satisfaction. 120 citations related to the health concept were cataloged, 12 services mentioned directly by the participants, three citations of services aimed at the elderly and descriptions referring to the degree of satisfaction in all interviews. Among the main results, it was possible to verify that none of the interviewees identified themselves as elderly or old and that the majority considered that aging in Antonina is beneficial to them. It was also possible to visualize the distribution of UBS and how the elderly choose where to seek health care, as well as which services they can and cannot access. At the end of the research we see that changes are important to improve the care of the elderly, with some actions being necessary to bring the user closer to the service offered, such as dental care in the UBS, uniform distribution of medicines in all pharmacies, among others.

Keywords: Health. Aging. Sistema Único de Saúde - SUS. Access to Health. Aged.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – QUADRO SINÓTICO DE AÇÕES DO SUS NO ESTADO DO PARANÁ.	44
FIGURA 2 – ETAPAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	53
FIGURA 3 – ELEMENTOS COMPLEMENTARES À ENTREVISTA.	55
FIGURA 4 – FORMULAÇÃO DAS CATEGORIAS	57
FIGURA 5 – MECANISMOS DE SAÚDE UTILIZADOS	60
FIGURA 6 – UTILIZAÇÃO DAS UBS	63
FIGURA 7 – SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS X SERVIÇOS RELATADOS	66
FIGURA 8 – RECORTE DO JORNAL	71
FIGURA 9 – RUÍNAS DO POSTO DE PUERICULTURA CONDESSA MARIANGELA MATARAZZO (FOTO DE 2006)	72
FIGURA 10 – DIVISÃO DE UBS	79
FIGURA 11 – DIVISÃO DE UBS POR ZONA URBANA E RURAL	80

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – ÍNDICE DE LONGEVIDADE, RENDA, EDUCAÇÃO E MUNICIPAL DE ANTONINA.....	19
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXAS ETÁRIAS DO ATENDIMENTO BÁSICO EM SAÚDE.....	81
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXAS ETÁRIAS DO ATENDIMENTO POPULACIONAL NA ODONTOLOGIA NO ANO DE 2019.....	84

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DEMONSTRATIVO DA TAXA DE ENVELHECIMENTO E ÍNDICE DE IDOSOS	18
TABELA 2 – EIXOS VERIFICADOS ENTRE OS DOCUMENTOS EXPLORADOS..	56
TABELA 3 – CATEGORIAS ENCONTRADAS SEPARADAS POR ENTREVISTADOS	58
TABELA 4 – QUADRO DE PARTICIPANTES.....	61
TABELA 5 – QUADRO DEMONSTRATIVO DE RESIDÊNCIA X UBS DE REFERÊNCIA	62
TABELA 6 – SÍNTESE DE SERVIÇOS OFERTADOS NO MUNICÍPIO	77
TABELA 7 – QUADRO DE PROFISSIONAIS UBS ANTONINA-PR DIVIDIDOS POR UNIDADE DE SAÚDE.....	83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 O ENVELHECER E A SAÚDE.....	24
2.1 O ENVELHECIMENTO	28
2.2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	33
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	37
2.4 O SUS E O DIREITO À SAÚDE.....	45
3 METODOLOGIA E DESENHO AMOSTRAL	49
3.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	56
3.2 A PESQUISA DE CAMPO EM TEMPOS DE PANDEMIA E OS “NÃO” IDOSOS DE ANTONINA.....	59
4 O SUS E OS IDOSOS DE ANTONINA.....	69
4.1 ANTES DO SUS: A CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MUNICIPAL E A BATALHA PELA VIDA	69
4.2 ANTONINA E A ESTRUTURA DE SAÚDE OFERTADA.....	73
4.3 O OLHAR DOS ENTREVISTADOS	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	109
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA IDOSOS.....	111
APÊNDICE 3 – SERVIÇOS OFERTADOS DISTRIBUIDOS POR LOCAL EM 2019 – 1.....	112
APÊNDICE 4 – SERVIÇOS OFERTADOS DISTRIBUIDOS POR LOCAL EM 2019 – II	113
APÊNDICE 5 – TABELA DE COMORBIDADES E SERVIÇOS RELATADOS PELOS ENTREVISTADOS.....	114

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população de idosos (pessoas com 60 anos e mais) aumentou consideravelmente no Brasil, seguindo uma tendência mundial de envelhecimento populacional. O que permite que esse fenômeno seja um palco frutífero para estudos acadêmicos.

Envelhecer não é um problema. Entretanto, a população brasileira está envelhecendo com maiores limitações funcionais e acentuados problemas de saúde. Ao acelerado processo de envelhecimento populacional incorpora-se o aumento de morbidades, incapacidades funcionais, diminuição da independência e da autonomia, bem como o aumento no número de internações de pessoas idosas longevas (idade ≥ 80 anos), segmento etário que mais cresce dentre a população idosa, em unidades de terapia intensiva no âmbito do SUS. (MENEZES; LOPES, 2014).

Esse aumento da longevidade implica em inúmeros desafios para o poder público e para a sociedade. Nesse contexto surgiu o desenho desta pesquisa, que parte de um encontro entre as experiências vividas e o proposto dentro do universo das disciplinas do curso de Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável – PPGDTS, do Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná. Pensar um objeto de pesquisa é se permitir viver um universo de experiências e experimentações as quais nem sempre serão apenas doces.

E é de uma questão experienciada, observada diariamente, que nasce este projeto de pesquisa, cuja principal questão gira em torno do envelhecimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, do município de Antonina, Litoral do Paraná. Interessa averiguar como idosos de Antonina, usuários do SUS, vivenciam a velhice e como se relacionam com a rede de saúde pública, especialmente a atenção básica que é responsabilidade do município. Sendo assim, é estabelecido referente ao problema de pesquisa: como os idosos de Antonina vivenciam a velhice e quais suas percepções sobre o Sistema Único de Saúde, especialmente no que tange à atenção primária?

A escolha de um território faz-se primordial, tendo em vista que é necessário estabelecer recortes e limites para a pesquisa e a opção por uma determinada região permite que se estabeleça critérios para a seleção dos participantes. Afinal, de acordo com Haesbaert, “não há como definir o indivíduo, o grupo, a comunidade, a sociedade sem ao mesmo inseri-los num determinado contexto geográfico, ‘territorial’”. (2004, p.

20). A opção por Antonina, deu-se por várias razões que procuramos destacar aqui, a começar pela questão demográfica.

Os estudos de Lima-Costa et. al (2011) descrevem o crescimento populacional no Brasil, comparando a população de idosos e de jovens, destacando que:

O Brasil está envelhecendo rapidamente. Na última década, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos cresceu 2,5 vezes mais (36%) do que a mais jovem (14%). Entretanto, o conhecimento das tendências no longo prazo das condições de saúde dos idosos no país ainda é restrito a informações sobre a mortalidade (LIMA-COSTA et al., 2011, p. 3690).

No Brasil, no começo dos anos 1980 o percentual de pessoas com mais de 60 anos era de 6,4% da população, em 2014 era de 13,75%. (IBGE, 2015). Estima-se que em 2050 o percentual de idosos será aproximadamente de 30% da população total. (OMS, 2012). Um aumento extremamente significativo dessa determinada população.

No Paraná, é possível visualizar um retrato desse célere processo de envelhecimento populacional. Em 2010 os idosos representavam 11,2% da população paranaense total, com um contingente de 1.170.955 indivíduos, sendo que para cada grupo de 100 crianças com idades entre 0 e 15 anos, havia 49 idosos. Acredita-se que em 2018 a população idosa do estado tenha atingido o percentual de 14,5%, e que este número chegará próximo a 20% em 2040 (IPARDES, 2020).

O litoral do Paraná apresenta um grande número de idosos dentre a sua população, onde apenas as cidades de Paranaguá e de Guaratuba se encontram abaixo dos valores encontrados para o estado quando observamos o Índice de Idosos e a Taxa de Envelhecimento. Esses dados podem ser observados na Tabela 1, onde é percebido que tais indicadores e os seus valores específicos para cada cidade.

TABELA 1 – DEMONSTRATIVO DA TAXA DE ENVELHECIMENTO E ÍNDICE DE IDOSOS

LOCALIDADE	ÍNDICE DE IDOSOS (%)	TAXA DE ENVELHECIMENTO (%)
Estado do Paraná	7,55	32,98
Antonina	9,94	38,72
Guaraqueçaba	8	28,46
Guaratuba	7,33	28,46
Matinhos	7,81	31,62
Morretes	8,77	34,81
Paranaguá	5,89	22,2
Pontal do Paraná	8,21	34,37

FONTE: IBGE (2010) TABULADA PELA AUTORA

A cidade de Antonina possui uma população idosa crescente e que precisa de atendimento compatível com as necessidades próprias do envelhecer. Em 2010 havia 14,06% de idosos e em 2018 o número proporcional atingiu 16,97%. Quando se compara os números de idosos no Paraná e os correlaciona com Antonina, percebe-se que no município o percentual de idosos sempre acabou sendo relativamente maior. (IPARDES, 2020). Percentual que corrobora a importância deste estudo que procura verificar como os idosos se relacionam com a saúde pública do município.

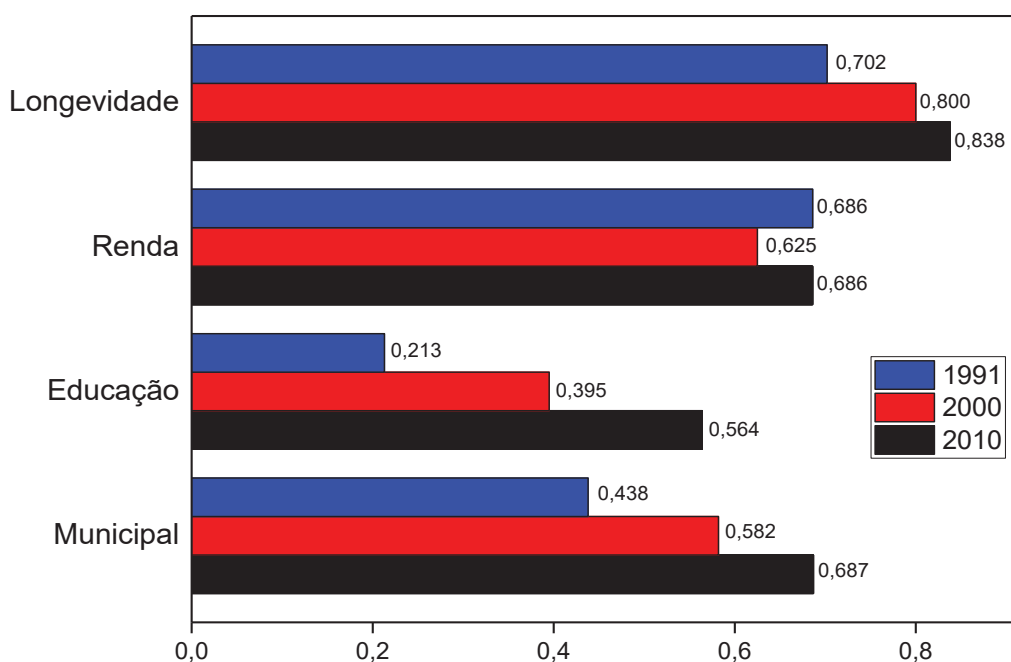
Uma das sete cidades do litoral paranaense, Antonina está situada a 90 quilômetros da Capital do Estado, com uma área total de 876,551 km², e com uma população estimada de 19.645 habitantes no ano de 2018. (IPARDES, 2020). Possui um histórico ligado ao crescimento do Paraná devido a sua capacidade portuária, que rendeu inúmeras benesses a sua população. Seu grau de urbanização é de 85,03% e sua densidade demográfica é de 21,69 hab/km². Já seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,687, o qual considera-se médio, de acordo a metodologia estabelecida pelo Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil de 2010. (IPARDES, 2020).

O IDH pretende ser uma medida geral, a qual objetiva sintetizar o desenvolvimento humano. Entretanto ela não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e tão pouco retrata o sentimento individual frente a sua condição. Estar em um local onde o IDH é alto acaba por não ser, necessariamente, uma representação fidedigna de "felicidade" da sua população, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver". Aspectos como a democracia, participação, equidade, sustentabilidade são outros dos muitos aspectos do desenvolvimento humano que não são contemplados no IDH e acabam por ser necessários para mensurar a satisfação de uma população. (SEN,1999).

Nesse sentido, julgar o desenvolvimento local apenas pelo IDH Municipal pode ser insuficiente, muito embora ele dá condições de traçar um panorama geral do território investigado. Permitiu verificar, entre outros, que dentro do perfil da cidade de Antonina existe um setor maior de vulnerabilidade na área rural. Apresenta crescimento populacional negativo ligado diretamente com a desativação do Terminal Barão de Teffé em 2006, além de não se beneficiar com o comércio turístico tal qual as cidades vizinhas. (AZEVEDO, 2016).

Além disso, ao verificar o Índice de Desenvolvimento Humano de Antonina – medida utilizada para verificar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade nos quesitos de educação, saúde e renda –, podemos perceber que estes cresceram ao longo destes anos. Tal crescimento pode ser visto no Gráfico 1 abaixo:

GRÁFICO 1 – ÍNDICE DE LONGEVIDADE, RENDA, EDUCAÇÃO E MUNICIPAL DE ANTONINA



FONTE: ADAPTADA DE IBGE (2020)

Ao verificarmos que o município em questão possuiu alterações em seus índices ao longo dos anos entre 1991, 2000 e 2010, observamos que isso pode ser interpretado como um ponto positivo para o seu desenvolvimento. Entretanto, e não podemos deixar de mencionar, a palavra desenvolvimento em si já é um tanto controversa, ela teve seu conceito expedindo, sendo descrita na literatura como uma ação que vai além da expansão/armazenamento de recursos, devendo ser aplicada frente ao resultado das ações em uma determinada sociedade. Sendo um misto de produto e produção, com capacidade de agregar a outras instâncias da sociedade. (FURTADO, 1967 citado por CAVALCANTI, 2012, p. 37).

Assim, o observado em Antonina entra em acordo com o previsto por Odum (1988) que afirma que o crescimento de uma faixa populacional específica não impacta de forma benéfica ao desenvolvimento de uma sociedade sadia e sim compactua com o aparecimento de inúmeros problemas sociais, como doenças emergente e reemergentes. Dentre tais agravos, podemos destacar problemas de abastecimento de alimentos e de água, bem como problemas de saneamento.

É importante destacar que Odum se refere ao crescimento geral da população, o qual não é verificado em Antonina. Contudo o crescimento populacional do extrato acima de 60 anos é verificado ao longo dos anos nessa cidade.

Antonina foi selecionada por três razões fundamentais. A primeira é justamente esse aumento na população de idosos da cidade. Sendo que esse crescimento apresentado é numericamente superior ao encontrado no Paraná para o Índice de Idosos e a Taxa de Envelhecimento. No ano de 2010 Antonina demonstrou números maiores que o Estado pra o Índice de Idosos e a Taxa de Envelhecimento. (IPARDES, 2020).

A segunda diz respeito a saúde e aos idosos. Este município possui um desenho de sua atenção em saúde com aspectos peculiares, tais como: distribuição de postos de saúde, cooperação entre associações e município para a oferta de atendimentos. A terceira razão está relacionada a minha atuação profissional, posto que estou inserida dentro do contexto da saúde municipal. Sou nutricionista e estou alocada em três equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF, realizando atendimento nutricional que a todos os usuários do SUS, incluindo idosos.

A minha inserção como funcionária/pesquisadora na estrutura municipal de saúde permite a compreensão real dos acontecimentos, pois viver e trabalhar dentro da sociedade estudada possibilita que seja ampliado o saber referente aos seus hábitos e costumes. Esta inserção permite que ocorra uma aproximação com os participantes e deste modo permitindo que seja explorado seus relatos de vida e uma maior compreensão das respostas obtidas durante a interlocução. (SANTOS,2017). A criação da Equipe Saúde da Família – ESF foi pautada na tentativa de aproximar os usuários e as equipes, delimitando um território real para o cuidado em saúde. (BRASIL, 2012). Entretanto para Santos (2008) evidenciou-se um afastamento entre o preconizado pela ESF e as reais condições de vida da população analisada.

A população a ser observada possui uma ligação direta com a escolha do espaço da pesquisa, pois estes são mais que simples habitantes da cidade escolhida. Eles vivenciaram de forma direta as mudanças nos conceitos em atendimento em saúde e principalmente observaram tais alterações ao longo de sua vida. Desta maneira podem contribuir com muitas informações, tanto sobre as transformações em torno da saúde, quanto sobre a cidade que cresceu e se desenvolveu.

Desta feita torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que coloquem esta população em foco e que trace o limite das necessidades que eles possuem.

Neste estudo específico, como já dito, optou-se por verificar como os idosos vivenciam a velhice e como se relacionam com a rede de saúde do município de Antonina.

Sendo assim, um ponto de extrema relevância é o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que surge como uma ferramenta para a garantia da saúde de todos os brasileiros, possuindo como um de seus princípios a equidade. Este conceito trata-se de uma adaptação que deverá ser realizada ao atendimento levando em consideração as necessidades reais do usuário. Não devendo existir distinções para a sua utilização. (MARQUES et al., 2011).

Sem dúvida o advento do SUS trata-se de um momento ímpar para o cuidado do idoso. Este momento vem ser complementado a partir da criação da Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994, que visa garantir o envelhecimento com dignidade, além de assegurar os direitos sociais desta população. Em seu escopo percebe-se condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (SANTOS, 2016). No entanto, a implementação e a efetivação desta política foram marcadas por dificuldades e entraves. E estas dificuldades fomentaram a promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003 (BRASIL, 2003). O movimento para a criação deste Estatuto demonstra o quanto o poder popular é relevante para a criação da pauta da agenda pública, pois a estruturação desta lei iniciada pelo senador Paulo Paim teve maior relevância ao ser fomentado pela mobilização social. (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2018).

Para a construção da pesquisa tornou-se necessário pontuar teoricamente os temas que serão mais debatidos nesta dissertação, especialmente: o processo do envelhecimento, o acesso a saúde, o SUS e as políticas públicas destinadas aos idosos. Essa parte de discussão teórica é apresentada no segundo capítulo.

No capítulo três é descrita a metodologia que permitiu a coleta e a análise de dados, bem como o desenvolvimento da pesquisa de campo em tempos de pandemia. A metodologia escolhida como instrumento de operacionalização desta pesquisa é a qualitativa, para que, desta forma, se consiga construir um resultado que não demonstre apenas dados pontuais e sim aborde as percepções dos idosos do município de Antonina sobre o SUS. Os dados coletados foram averiguados por meio da técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2010). Dar voz à população a qual é destinada um programa de saúde, permite que se perceba a sua real efetividade, bem como ajuda a criar um desenho claro de sua aplicabilidade e eficácia e dos possíveis problemas relacionados ao seu acesso.

No quarto capítulo é apresentada a percepção dos idosos de Antonina sobre a saúde e, especialmente, o Sistema Único de Saúde, além de ser abordado o envelhecer naquele território específico. De forma geral, a saúde ainda não está estruturada para atender à demanda crescente deste segmento etário, a exemplo do que acontece no Brasil. Entretanto percebe-se que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, que as suas taxas de internação são mais elevadas, quando comparadas a qualquer outro grupo etário e o tempo médio de ocupação de leitos é maior, conforme já discutido por Rabelo e Cardoso (2017). Desta feita, percebe-se que esta população se torna mais vulnerável e exposta a riscos.

A relevância desse trabalho vai ao encontro do crescente envelhecimento populacional – que tem seus reflexos detectados de forma mais acentuada em nossa sociedade (ONU, 2019) – e das demandas que promove, especialmente na saúde pública. Dito isso, torna-se evidente que o modo com que um idoso consegue acessar a saúde em um município acaba por ser um reflexo da estruturação de uma política bem mais ampla e assim é importante verificar como esta é aplicada dentro da realidade municipal.

2 O ENVELHECER E A SAÚDE

O envelhecer é uma consequência da vida, seja ela humana ou animal. Ocorre de maneira gradual, porém não homogêneo entre todos, podendo trazer consigo inúmeros entraves sociais e que tendem a ser minimizados de acordo com o que for ocorrendo.

O ser humano percebe o processo da velhice de acordo com a época e a sociedade na qual se encontra inserido. Ou seja, a velhice, embora seja vivenciada pelo indivíduo, consiste numa construção social que é percebida diferentemente, de acordo com o tempo e o espaço da sociedade.

Beauvoir (1970) esclarece sobre a vida humana em sociedade, demonstrando que a organização social, mesmo que mínima é necessária para a evolução do homem. Ela descreve que:

Não existe coletividade humana alguma que não possua, por mais rude que seja, uma certa cultura: as atividades exercidas pelo homem como o auxílio de instrumentos por ele fabricados constituem um trabalho a partir do qual se estabelece pelo menos um embrião de organização social. (BEAUVOIR, 1970 p.42).

Esta forma de organização humana é dotada de características específicas e, desde as eras mais remotas, a proteção dos membros envolvidos em um grupo é um aspecto necessário para a garantia de manutenção da espécie e para o crescimento numérico da sua população. Nesse momento surge a saúde como uma necessidade para a garantia da vida humana, como consequência da garantia de vida.

A saúde em si é um conceito que foi sendo construído e talhado ao longo dos anos e, dessa forma, sendo um resultado das necessidades reais da sociedade em seu conceito amplo. Pois a forma como um determinado grupo entende este conceito demonstra o pensamento de uma época. (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a saúde já foi descrita como uma benção de Deus na época Feudal (séc. V-XV). Na Idade Moderna (séc. XV-XVIII), por sua vez, a saúde era necessária para garantir a mão de obra e assim garantir o crescimento da economia. Em meio a Revolução Industrial e todo o conceito da mecanização do trabalho, percebe-se que a saúde passa a ser secundária, mas necessária para a garantia da vida dos trabalhadores tendo em vista que foi para eles que tais políticas surgiram. (BRASIL, 2012).

Enquanto esses direitos emergiam na Europa por volta do século XIX, no Brasil começaram a ser debatidos a partir do século XX. Do mesmo modo surgem os primeiros debates quanto a necessidade de envolvimento do Estado para garantir condições mínimas necessárias para viver. (BRASIL, 2012).

Com a formulação dos Direitos Humanos se dá o início dos debates com relação a idade em que o ser humano poderia ou não permanecer trabalhando. Neste momento cria-se o conceito de aposentadoria, estando atrelada a capacidade laboral do indivíduo. (BEAUVOIR, 1970).

O conceito de saúde e de doença são interligados e aprofundar seu entendimento se faz necessário para a correta compreensão do impacto de ambas para o envelhecimento. A saúde é amplamente difundida por ser a ausência de enfermidades, sendo esta um construto temporal o qual sofreu influência direta do sistema biomédico. Tal modelo permitiu uma intensa transformação na forma do cuidado e do tratamento de enfermidades, pois de acordo com Foucault, no dizer de Batistella (2007), o “hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura. (p.52)”, estando esse conceito ligado diretamente ao conceito biomédico de cura.

A modernidade trouxe consigo muitos avanços e muitos retrocessos, a face trágica do progresso que, em si mesmo, transmite o inovador, é acompanhada pela fome e pela morte. E isso acabou gerando um impacto na saúde e em sua relação direta com a sociedade, desse modo permitindo a explosão demográfica e por consequência todo o aspecto deletério dela para a vida humana. (MARQUES FILHO, 2016).

Atualmente o conceito mais difundido é o preconizado pela OMS, o qual descreve que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Este conceito compreende vários aspectos da vida humana, não refletindo somente ausência de doenças (BRASIL, 2015, p.46). Trata-se, portanto, de uma concepção ampliada da saúde. Todavia, esse conceito recebe críticas principalmente por seu caráter utópico, pois ao mencionar que seria um “completo estado de bem-estar” aborda uma amplitude infinita de possibilidades para se determinar que o indivíduo está ou não saudável devido a subjetividade imprimida dentro do conceito. (BATISTELLA, 2007).

Gadelha et al (2011, p. 3004) afirma “o papel da saúde como propulsor de desenvolvimento na sua dimensão regional, cuja importância pauta-se pelo marcante corte territorial das iniquidades socioeconômicas nacionais”. Para os autores a saúde em si é um aspecto primordial para que o homem possa ter a sua permanência na terra, pois ela é necessária para a manutenção da vida.

E quando se fala em manutenção da vida é inevitável pensar no envelhecimento da população. Este se deve a inúmeros fatores como a queda na fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento do investimento em tecnologia e da saúde como um todo. Dessa forma é nítido que a nossa sociedade estimulou estudos para adiar e/ou evitar a morte e estimular o envelhecimento saudável. (MARTIN et al., 2005). Criar mecanismos de evitar a morte refletem diretamente a presença do temor quanto a finitude da existência humana, é este ímpeto acaba por impulsionar o desenvolvimento de tecnologias em saúde. (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2018).

Pode-se evidenciar que a crescente populacional não é algo dos últimos tempos e por isso tem sido estudado por inúmeros pesquisadores, como é o caso dos estudos de Odum (1988, p. 343) em que já se afirmava “que a única certeza é que os seres humanos continuarão a aumentar a sua população”. Esta forma de aumento populacional é denominada transição demográfica, sendo enquadrada como comprimida por se tratar de uma característica de países em desenvolvimento, nos quais as consequências deste processo surgem em menos de 100 anos, sendo este o local onde o Brasil é enquadrado. (GIACOMELLI et al. 2017)

Sobre as políticas públicas relacionadas ao idoso, é importante destacar que muito já foi feito:

Dentre os grandes campos de políticas públicas no Brasil, destaca-se a proteção dos idosos que veio ganhando destaque a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. A partir de então foram promulgadas a Lei 8842/94, que dispõe sobre a política nacional do idoso, a Lei 10741/03 - Estatuto do Idoso e a Portaria 2528/06, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso. (BORBA et al., 2019, p.42)

No entanto, sabe-se que há muito o que fazer e que isso exige financiamento. Um maior número populacional gera mudanças dentro de toda a estrutura da sociedade tendo em vista que cria uma desordem no orçamento público e impacta diretamente no montante gasto com os insumos, equipamentos e estruturas

disponibilizados a saúde. (OMS, 2014). Bem como, é nítido que existe uma certa desproporcionalidade entre o envelhecimento da população brasileira de forma geral e a implementação de políticas concretas que a beneficie. (BORBA et.al, 2019).

Esse crescimento de um estrato populacional específico, faz com que a nova conformação populacional impacte diretamente no desenvolvimento das ações públicas e nos recursos disponíveis/ ofertados a população, permitindo que os desníveis sociais sejam mais intensos para a população de idosos que já consolidou sua renda e vê crescendo a sua necessidade de recursos para o cuidado adequado de sua vida. A conformação social e a estruturação das políticas públicas voltadas a esta esfera da população refletem diretamente nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), primordialmente em suas metas: 1 - pobreza, 2 - fome e 3 - saúde. (ONU,2019).

Com a chegada da velhice pode ser percebido um decréscimo na saúde pessoal, assim como o aumento de doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. E assim pode ser observado a necessidade da estruturação da atenção primária a saúde no Brasil, pois é por meio dela que se inicia a triagem e o tratamento de tais patologia. (BRASIL, 2012).

Ao passo de que ser idoso não é simplesmente ser um adulto de cabelos brancos, ao encontrar a velhice percebe-se que o que entra em pauta é a autonomia individual e a capacidade de gerir o autocuidado, este podendo ser avaliado de diversas formas e prejudicar a saúde de cada idoso de inúmeras maneiras. Por muitas vezes chegar aos 80 anos e acumular algumas doenças não impacta negativamente na capacidade de se cuidar. (RAMOS, 2003).

Moraes (2012, p.17) descreve que estas condições de saúde podem levar os idosos à “poli patologia, poli incapacidades e poli farmácia são comuns no idoso e constituem um dos principais fatores de risco para iatrogênia”. Pois, conforme o tempo passa existe a maior possibilidade de problemas de saúde se acumularem e prejudicarem a qualidade de vida desta população.

A queda na qualidade de vida individual e na capacidade de gerir o autocuidado pode implicar em dificuldade ao acesso dos serviços e consequentemente a capacidade de fazer uso desses serviços, assim como a possibilidade de acessar alimentos, medicamentos e outros serviços que tem

influência direta na qualidade de vida e que são, por fim, determinantes em sua saúde. (JESUS et. al, 2018).

Sendo possível destacar que a saúde é um elemento primordial para o indivíduo, aqui especialmente o indivíduo que vivencia o processo de envelhecimento, e para a sociedade.

2.1 O ENVELHECIMENTO

O aumento no tempo de vida individual é um evento que ocorre no mundo todo chegando a projeções que quantificam a população idosa em cerca de 2,4 bilhões de pessoas no planeta até o ano de 2050. (IBGE, 2015). Esse processo de alteração no perfil demográfico é percebido entre todos os países, porém existindo distinções de acordo com o desenvolvimento de cada sociedade e também com os indivíduos. Ou seja, o processo de envelhecimento pode ser diferente de acordo com a sociedade e com o indivíduo que o vivencia. (BRITO et al., 2018).

De acordo com pesquisa realizada com a população de Portugal, a evolução científica e tecnológica continue avançando, provavelmente a vida será prolongada um pouco além do que já foi previsto em estudo de prospecção populacional, criando uma população que passa a somar anos em sua vida. (MARQUES et al., 2017). Estas pessoas que passam a viver mais anos possuem geralmente melhores condições de vida e um maior acesso a cuidados de saúde. De acordo com Marques et al. (2017, p. 213) “atualmente o desafio deixou de ser viver mais anos, mas viver mais anos com qualidade de vida”. Pois esse acesso ao cuidado e a saúde pode não ser por igual a todos os indivíduos no mundo e principalmente no Brasil, onde existe um crescimento aumentado na população de idosos. (BRITO et al., 2018).

Deve ser destacado que este processo de envelhecimento é afetado diretamente pelo local onde ocorre. No caso do Brasil, o território é gigantesco e com particularidades regionais distintas, sendo possível verificar que os problemas possuem diversas naturezas, tais como desemprego, moradia, desigualdade, educação, saúde, exclusão e violência, que acabam imprimindo a cada indivíduo resultados distintos. (MAURO et al., 2018).

De forma geral os reflexos desse envelhecimento passam a ser detectados de forma mais acentuada em nossa sociedade. E com isso passam a alterar a formulação das relações entre os indivíduos, a natureza e as suas relações humanas

de interações. É importante destacar que estas interações ocorrem de forma subliminar e característica a cada indivíduo. (ONU, 2019).

A forma com que se percebe a velhice também muda de acordo com a sociedade. Para os brasileiros predomina a imagem talhada pelo imaginário popular referente aos idosos que está intimamente ligada a capacidade de impotência e fragilidade. (BRITO et al., 2018). Contudo essa imagem possui um contraponto, pois existe o envelhecimento ativo, o qual é o oposto da imagem pregada pelo movimento já mencionado.

Esta visão quase que fantasiosa para com os idosos mostra que esta população se encontra por vezes marginalizada dentro da sociedade, criando estereótipos e discriminações. O envelhecer em si faz com que exista um certo grau de limitação na capacidade motora e cognitiva. Todavia, essa não se trata de uma imagem única, pois o envelhecimento pode não alterar a capacidade de autonomia do indivíduo. Os fatores externos acabam colocando o idoso como um indivíduo que não é capaz de gerir suas funções diárias e manter sua autonomia plena, o que gera por vezes uma proteção desnecessária. (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014). O envelhecimento saudável permite que o idoso mantenha sua autonomia e a sua capacidade de autocuidado, independente das limitações naturais do processo. (TANNURE et al., 2010).

Beauvoir (1970), evidencia que nas sociedades mais complexas culturalmente o apego aos idosos é menor e conforme a sociedade adquire mais conhecimento teórico sobre os fatos da vida ela tende a desvalorizar a tradição oral existente nessa classe. Comumente nos dias de hoje elencamos como “velho” algo que não nos serve ou então não está mais adequado para o uso, impondo, desta maneira, uma conotação negativa para o termo, como a descrita por D’ Alencar (2012):

Naturalmente que uma imagem negativa da velhice, socialmente aceita, acaba por determinar a autopercepção dos próprios idosos, ainda que a defesa de sua independência e autonomia seja cada vez maior nos debates, discursos e documentos, tanto oficiais quanto oficiosos. (D’ ALENCAR, 2012).

Para Hoffmann-Horochovski (2018, p.17), “as imagens construídas em torno do envelhecimento costumam favorecer estereótipos na medida em que tendem a simplificar o processo de envelhecimento”, demonstrando que no imaginário popular estar idoso significa geralmente estar frágil. O envelhecimento imaginado acaba por

bater de frente com o proposto atualmente pela saúde do Brasil, pois nos dias de hoje esse processo é pautado em um envelhecimento que prime pela saúde individual e mantenha os aspectos necessários para garantir a autonomia.

Essa imagem fantasiosa empregada ao idoso atualmente, faz com que ele não consiga expressar suas vontades e desejos. A comunicação entre o que esse idoso deseja e o que seus cuidadores, sejam estes os formais ou informais, esperam para ele passam a ser imbuídos de ruídos que por sua vez ocasionam o desencontro entre o desejo e a vontade dos envolvidos. Esta não interação adequada acaba reduzindo o escopo de atributos pertencentes a esse grupo de idosos. (ARAÚJO; SILVA; SANTOS, 2017; NUNES et al., 2019; SOUSA et al., 2018)

O ideal seria que a sociedade trocasse esse desenho de certa forma preconceituoso e talhado ao longo dos anos sobre esse conceito ultrapassado e segregador e passa-se a trabalhar com o idoso real, em nossa sociedade, o qual possui características que refletem muito mais que suas escolhas de vida. Demonstrem o resultado de atributos agregados provenientes de sua classe social e sua interação com a sociedade. De modo que um idoso hipossuficiente financeiramente e não alfabetizado acaba por sofrer este processo de forma mais intensa. (D' ALENCAR, 2012; TANNURE et al., 2010).

Para Beauvoir (1970, p.246) “Os velhos sempre são prejudicados, nas condições extremas: sofrem o resultado da contradição de seu estatuto”. Fato este que ressalta a necessidade de aumentar o cuidado quando este idoso se encontra doente. Cabendo ao governo criar estratégias para o cuidado desta população, porém esta forma de cuidar não deverá ser simplesmente imposta ela precisa ser talhada conforme a necessidade de cada pessoa.

O Brasil organiza uma política com a intenção de incentivar a autonomia dos idosos, criando uma estrutura pautada no conceito de envelhecimento ativo que é adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e sistematizado como sendo “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS; 2002, p.13). Assim é possível perceber que se trata de um conceito plural, que pode ser aplicado para as sociedades e para os indivíduos e que envolve inúmeros fatores e atores para a sua adequada implementação na sociedade. (OMS, 2005).

O marco principal para a mudança na forma de ver os idosos para as políticas públicas ocorreu então com a implementação dos pressupostos do envelhecimento ativo, onde se procura criar ferramentas para a participação efetiva do idoso na sociedade e principalmente na formulação de políticas voltadas para eles. Dando dessa forma um papel de destaque a população e permitindo a formulação de estratégias mais efetivas. (BORBA et al., 2019; MEDEIROS et al., 2015).

Em meio a essa nova formulação acaba-se destacando a percepção que este idoso possui da sua realidade, pois parte desta população que se enquadra nesta nova conformação, não se entende como tal. Porém, nos estudos descritos por Bazza et al. (2016), percebe-se que este estrato populacional expressa em suas atitudes características marcantes dessa nova denominação.

O envelhecimento ativo, prevê que o idoso possa manter a sua independência, muitas vezes o cuidado pessoal pode sim ser autogerido, entretanto percebe-se uma tendência de que este zelo, este autocuidado, é mais comum entre as mulheres o que entre os homens. Ao observar essa forma de cuidado deve ser destacado que ele deve ir desde as atividades de higiene, as atividades pessoais, as ações correlacionadas a saúde e o necessário para as manter. Este fato pode estar vinculado com o maior número de idosas no Brasil e principalmente com a relevância que estas empregam a saúde. (MEDEIROS et al., 2017).

Na literatura é observado que os idosos quando apresentam boas condições de saúde, quando possuem um bom nível de autonomia física e mental acabam possuindo concomitantemente uma melhor perspectiva de vida e passam a assumir papéis de maior relevância dentro da sociedade. E assim demonstrando que envelhecer não resulta diretamente em uma perda da capacidade funcional e/ou redução da capacidade de realizar suas atividades típicas. (TANNURE et al., 2010).

É relevante salientar que como o processo do envelhecimento é pessoal as suas implicações podem ser individualizadas também, atingindo cada estrato de atores de forma ímpar pois “o processo de enfrentamento a situações adversas esteja ligado a questões biológicas de cada indivíduo em constante influência com o meio social, onde ocorrem as trocas de relações”. (ARAÚJO; SILVA; SANTOS, 2017, p. 392).

Como já mencionado anteriormente, o processo do envelhecimento é uma resultante de determinantes sociais e econômicos, escolhas de vida, acontecimentos vividos e carga genética. Assim destacando o desenho plural da velhice, pois não

existe uma formulação única/padrão para a vivência pessoal de cada indivíduo na sociedade em que ele vive. Estes aspectos podem gerar dificuldades a serem vivenciadas pela pessoa idosa. (SILVA et al, 2019).

Enquanto existe de um lado da sociedade idosos cuidados por suas famílias e tendo suas necessidades sendo sanadas, do outro lado é observada uma parte marginalizada e não possuindo o mínimo necessário para a manutenção de seu estado de saúde, o que acaba gerando uma culpabilidade ao sujeito a sensação de incapacidade frente as suas necessidades. Esta sensação acaba sendo mais acentuada pois a população em questão já lida com o sentimento de finitude normal desta etapa da vida. (GIACOMIN; FIRMO, 2015).

A assimetria de recursos entre as classes sociais é um reflexo direto da política e do capitalismo, o qual gera a falta de empoderamento, de sujeitos individuais e coletivos. Quando estes sujeitos já estão localizados a margem da sociedade, o afastamento torna-se ainda maior. Este fato fica demonstrado quando o idoso é afastado do debate sobre os seus direitos ou quando possui limitações para o seu atendimento. (HOROCHOVSKI; SIRINO, 2016). Ressalta-se que, para Lisboa (2012) o empoderamento do indivíduo idoso deve considerar a realidade social na qual ele está inserido, e deve relacionar esse atributo com as demais nuances de uma vida social, as questões de acolhimento pela família, autonomia, liberdade de escolha, acesso a moradia, atendimento à saúde, discriminação de raça/etnia, entre outros fatores que possam ser motivo de exclusão social. E as ausências dessas particularidades do poder, geram uma ausência do mesmo.

Existe uma diferença nítida entre o papel do idoso e da idosa, assim como a diferença entre o tempo de sua vida dedicada ao estudo e ao cuidado. Ressaltamos que a perspectiva de gênero e velhice permite o entrecruzamento entre essas dimensões nas experiências subjetivas e permite a divisão da classe. (FERNANDES, 2009; LISBOA; VIEIRA, 2013; NUNES et al., 2019).

Ao se debater abertamente sobre o envelhecimento e o que ele traz consigo pode-se quebrar paradigmas, reestruturar formas de pensamento e averiguar que esta população não está apenas preocupada com conceito de saúde e de doença. (BAZZA, 2016).

2.2 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde nos dias de hoje é um bem coletivo e guardado pela legislação brasileira, porém esse direito é resultado de um construto temporal pautado em lutas e envolvimento social que resultou em um sistema de saúde onde o atendimento é universal. Entretanto, essa conquista é relativamente recente, remontando ao período da redemocratização do país.

Nos primórdios do Brasil, ou melhor dizendo de Pindorama, percebia-se um mundo onde o processo de doença e de cura era pautado no conhecimento de Curandeiros e Pajés e era cercado de uma esfera mística e de conhecimento de ervas e tratamentos provenientes da natureza. Essa forma de se tratar as mazelas humanas acabou sendo perpetuado ao longo do Brasil Colônia. (DE OLIVEIRA, 2012; RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Entre os anos de 1500 e de 1822 a saúde e a sua forma de tratamento não eram tidas como prioridade e tampouco constituía uma preocupação dos governantes, sendo que cada indivíduo era responsável pelo seu tratamento. Poucas eram as instituições de saúde, entretanto era comum a atuação de curandeiros, dos boticários, dos cirurgiões-barbeiros, e os tratamentos domésticos. Nesse período entre o Brasil Colônia e Brasil Império, passam-se 389 anos onde a saúde de forma estruturada era quase inexistente. Sendo destacado a criação das Santas Casas de Misericórdia desde 1530, atuantes até hoje em dia. (RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Em 1822, com a chegada da Família Real no Brasil, ocorre uma mudança na forma com que a saúde é tratada e nesse período são criadas a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital e Salvador, além de outras estratégias para a proteção da saúde. Esse é um momento de suma importância para o desenho do conceito de saúde, pois durante muitos anos este era um direito para poucos. (RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

O Brasil Império se estabelece, e com ele a preocupação com doenças transmissíveis. Surge então o rascunho de uma medicina social, focada na vacinação contra a varíola para as crianças e concomitantemente é promulgada uma legislação cujo objetivo era estruturar formas de limpeza nas cidades e com isso combater a Tuberculose, a Malária e a Febre Amarela. Este é o ponto de partida para as mudanças na forma de lidar com a saúde no Brasil. (DE OLIVEIRA, 2012).

O começo do século XX é um momento controverso para a saúde brasileira, pois existe o financiamento direto de ferramentas de saúde pública e ao mesmo tempo não existe estruturação de saneamento básico. Oswaldo Cruz é nomeado para o Departamento Nacional de Saúde e institui a vacinação de forma obrigatória, gerando um momento de colapso entre o governo e a população conhecido como a Revolta da Vacina, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro em 1904.

Em 1923 ocorre a maior mudança nos equipamentos de saúde com o surgimento da Lei Eloy Chaves, posto que a saúde passa a ser um direito de todos os trabalhadores de carteira assinadas, sendo que esta passa a ser uma obrigação das empresas. (DE OLIVEIRA, 2012; LAZZARETTI, 2014; RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Já a década de 1930 é considerada como o início da intervenção do Estado na área da saúde, coincidindo com o início do processo de industrialização. A obrigação do cuidar da saúde social passa a ser do Governo para os trabalhadores com carteira assinada e se inicia a estatização da saúde, onde ela passa a ser ofertada de acordo com cada forma de profissão. (DE OLIVEIRA, 2012; RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Em 1953 ocorre a criação do Ministério da Saúde; ele é desmembrado do Ministério da Educação e passa a tratar apenas da saúde em sua forma preventiva. Assim se inicia o desenho de uma saúde focada no tratamento para os trabalhadores e a medicina preventiva passa a sociedade. Porém, o cuidado para o tratamento de doenças de grande parte da população, que não possuía registro em carteira, era proveniente de caridade por meio das Santas Casas de Misericórdia. (SOUZA, 2002; DE OLIVEIRA, 2012). Santas Casas que tiveram um papel importante na saúde brasileira, posto que, conforme o descrito por Fernandes e Sousa (2020, p. 02), estas entidades “se responsabilizavam em atender as pessoas que necessitavam de atenção à saúde e o Estado intervenções de caráter emergenciais”.

Em 1977 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual torna-se responsável pela assistência médica dos segurados e permanece vigente até a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste ano ainda é observada a Conferência Internacional Sobre a Atenção Primária, a qual desenha o conceito de saúde tal qual conhecemos hoje, transpassando a barreira física e estabelecendo a criação do conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual define saúde como “um estado de completo bem-estar físico,

mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Durante a conferência é estabelecida uma meta clara pactuada para os participantes onde deseja-se “saúde para todos no ano de 2000”, assim começa a ser estabelecido o que seriam as bases do modelo atual de saúde com o intuito de ampliar o acesso a saúde a toda a população. É nesse período que se inicia o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela do meio acadêmico e por profissionais da área da saúde. Em seguida, agrupam-se ao movimento outros segmentos da sociedade. (SOUZA, 2002; DE OLIVEIRA, 2012).

Este era um período controverso para a saúde do povo brasileiro pois a população se encontrava dividida em três grupos no quesito atendimento em saúde, existiam os que podiam pagar pelos serviços, os que possuíam direito a assistência prestada pelo INAMPS, e por fim os que não tinham nenhum direito. E o número de componentes de cada um deste grupo é variável entre os estados brasileiros. (SOUZA, 2002, p.12).

No ano de 1983 é criado um programa com a intenção de ampliar a saúde para a população, entretanto seria apenas destinada aos residentes dos grandes centros urbanos. Ocorre a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), a qual objetivava integrar os serviços que prestavam a assistência à saúde da população de uma região. (RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Fernandes e Sousa (2019, p.07) descrevem as alterações na forma com que a saúde é encarada no Brasil e pontuam como momento de virada a “8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 cujo relatório final serviu como subsídio para elaborarem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS”. Esta conferência passa a ser um marco real para as políticas públicas de saúde, pois permitiu que o envolvimento social fosse reconhecido e legitimado.

Nesta conferência os temas abordados foram a Saúde como Direito, a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento do Setor. Todos elementos que podem ser percebidos na implementação das diretrizes do SUS. Os resultados que podem ser destacados é a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a formulação do convenio entre o INAMPS e os governos estaduais. Pode ser elencado que a partir deste momento a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado. (SOUZA, 2002).

Com todas essas alterações no modo com que o Estado e a sociedade se relacionam com a saúde no Brasil, chegamos a um ápice com a promulgação da

Constituição de 1988 conhecida como Constituição Cidadã devido ao cunho social empregado em seu corpo. Em seu texto percebe-se nitidamente a ampliação do conceito de saúde, a criação do direito à saúde e a inclusão deste dentro dos direitos fundamentais para a sociedade o qual deve ser ofertado a todos e desvinculando a contrapartida financeira. Sendo que a responsabilidade de custeio das ações e serviços públicos passam a ser de responsabilidade do Estado. (RAMOS E MIRANDA NETTO, 2017).

Logo após a Constituição, houve uma fase de transição entre os programas com a ampliação dos benefícios já existentes, como a universalização da assistência médica já ofertada pelo INAMPS, que no ano de 1990 passou a ser comandado pelo Ministério da Saúde (LAZZARETTI, 2014). A extinção do INAMPS, ocorre em 1993, quando já estava vigente o Sistema Único de Saúde.

O SUS é guiado por valores como igualdade e democracia, inseridos na Constituição, e é regulamentado por legislação ordinária e estruturado por normas técnicas e administrativas. Sendo uma hierarquização de normas as quais objetivam a sua correta condução. Devemos destacar o artigo 196 da Constituição, pois nele é percebido toda a base estrutural deste sistema,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Nota-se então que o Estado assume papel de responsabilidade como garantidor de saúde a todos os brasileiros, sendo em ações de prevenção de agravos ou em tratamento, sem realizar nenhuma forma de distinção entre seus usuários. As diretrizes deste programa podem ser visualizadas no artigo 198 da Constituição,

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Para Fernandes e Sousa (2019), ao pontuar as diretrizes organizativas o Estado cria a possibilidade de garantir um melhor funcionamento do sistema, além de

possibilitar a descentralização direcionada por um comando central frente a União, os Estados e os Municípios.

A implementação do SUS, contudo, não foi imediata, pois foi necessário a elaboração de lei complementar para regular detalhes como financiamento, participação social e outros detalhes necessários à sua aplicação. A transição do INAMPS para o SUS ocorreu de forma gradativa a qual facilitou a execução do novo programa. O INAMPS somente foi descontinuado por meio da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, e quase três anos após a promulgação da lei 8080/1990 que instituiu o SUS. (SOUZA, 2002).

Ao observar a construção das ferramentas de saúde percebe-se que houve um aprimoramento dos serviços ofertados e da estrutura dos programas. Estas mudanças foram observadas pela sociedade, que pode nos ajudar a elucidar os pontos fortes e fracos de cada uma destas etapas. Nesse sentido, surge a possibilidade de perceber a história por meio do olhar do idoso, fundamental nesta pesquisa, pois ele pode observar as transformações da saúde ao longo de sua vida. Porém ao longo desse processo ele pode perceber a saúde como fruto de seu trabalho, como forma de caridade, com maior ou menor facilidade de acesso conforme seu local de morada, pode viver o começo da medicina preventiva, viu o desenvolver de novas tecnologias e hoje pode nos contar como todas estas etapas ocorreram.

Conforme observado por Hoffmann-Horochovski (2019, p.8), a “corresponsabilidade do Estado no processo de envelhecimento é destacada no artigo 230, indicando a necessidade da construção de políticas públicas para atender demandas provenientes do mesmo”. E entre essas demandas, destacam-se as da saúde. Em outros termos, cabe ao Estado construir programas e regular ações para os idosos dentro do ramo da saúde.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É inegável que a criação do SUS permitiu a ampliação do acesso a saúde e o tornou próximo da população e oficializou a sua competência de gestão e serviços para o governo. Sendo um sistema pautado nos pilares constitucionais.

Este novo ordenamento jurídico ao colocar a dignidade humana como foco principal das leis no Brasil, permitiu que a população consiga a proteção de direitos fundamentais que passam a ser essenciais para a garantia do fundamento

constitucional e para a busca desta dignidade tais como a saúde, moradia, alimentação e outros. A garantia dos direitos humanos, por sua vez, apresenta-se como condição fundamental para o exercício de outros direitos sociais. Cabe destacar que o SUS é tido como a política de maior inclusão social já implementada no Brasil. (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 amplia o conceito de saúde, generaliza o seu acesso e o delega a função do governo, porém não delimita a sua forma de realização. Em 1990, por meio da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 é criado o SUS e este novo programa de saúde possui como característica básica a participação do usuário na gestão do atendimento e no controle social de sua execução. (LAZZARETTI, 2014).

O SUS ainda se encontra em construção, entretanto o seu desenvolvimento segue princípios os quais devem ser respeitados em todo o território nacional. Estes precisam ser respeitados pelos governos federais, nacionais e municipais. Cada esfera possui características específicas para a sua atuação, contudo estas devem respeitar o previsto na nos princípios e diretrizes desta lei. (SILVEIRA, 2006).

Os princípios do SUS dentro do texto estabelecido pela Lei nº 8.080/90 estão descritos em seu artigo 7º, e estes são as bases para a formulação das ações e programas os quais façam parte dessa política. Os princípios são a universalidade, a integralidade do atendimento, a preservação da autonomia das pessoas, a igualdade de assistência, o direito à informação, a regionalização do atendimento entre outros. Sendo que os princípios estão divididos em duas categorias os princípios doutrinários e os princípios organizacionais. (BRASIL, 1988; LAZZARETTI, 2014).

De acordo com o postulado por Lazzaretti (2014), o SUS apresenta três princípios doutrinários, sendo eles a universalidade, a integridade e a equidade. E apresenta também princípios organizacionais, entre os quais destacam-se: a descentralização, a regionalização e hierarquização, e a participação da comunidade.

Os princípios doutrinários são a base para a legislação pois esses estes os pilares que caracterizam toda a estrutura de funcionamento do programa. O princípio da universalidade é pautado no artigo 196 da CF/88 onde a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esse conceito anda atrelado com a ampliação do entendimento em saúde já abordado. O artigo 198 da CF/88 nos mostra o princípio da integridade, o qual compreende a integridade do ser humano, seja ela em sua modalidade vertical observando que as ações em saúde devem atender o ser humano como um todo e a integridade horizontal onde o ser humano é visto como um todo e

deve ser atendido em sua totalidade pelo sistema. Por fim, a equidade, onde o atendimento de cada usuário deve ser pautado nas suas necessidades. (BRASIL, 1988; LAZZARETTI, 2014).

Já os princípios tidos como organizacionais acabam descrevendo de forma mais direta como será a ação do programa, são princípios que primam pela autonomia dos entes envolvidos e que prestam os serviços de saúde. O princípio de descentralização permite que a tomada de decisão sobre a execução do serviço seja tomada em menores territórios, pois por consequência aumenta a chance de efetividade do programa. Com a regionalização e a hierarquização é possível perceber que o programa pode ser moldado de acordo com área em quem será efetivo, porém deverá obedecer às esferas superiores de sua regulação. Por fim temos a participação da comunidade, onde cria-se um canal de diálogo necessário para compreender a efetividade da estrutura de saúde local. (BRASIL, 1988; LAZZARETTI, 2014).

A participação social é a grande chave para o sucesso do SUS, pois quanto maior a participação e fiscalização da comunidade maior a chance de êxito do programa. Ela é uma conquista social de suma importância a estrutura da saúde. (LAZZARETTI, 2014).

Em caráter complementar à Lei 8.080/90 acabou sendo estruturada a Lei 8.142/90, a qual regulamenta a forma de repasse e a participação da sociedade. Sendo primordial entender que o controle social dentro do SUS é realizado prioritariamente pelos conselhos e conferências de saúde, instâncias colegiadas, que desempenham papéis deliberativos e fiscalizadores desse sistema de saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo. (BRASIL, 1990).

A nível federal a responsabilidade quanto as ações e os serviços referente à saúde são de responsabilidades do Ministério da Saúde. Outro ponto relevante é que para receberem os recursos transferidos pela União, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, deverão oferecer contrapartida de recursos destinados a saúde e devem possuir uma comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. (SILVEIRA, 2006).

No Paraná, o SUS é instituído a partir da Lei Estadual n.º 10.913, de 04 de outubro de 1994, a qual versa sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, em nível estadual e institui a Conferência Estadual de Saúde e o Conselho

Estadual de Saúde. Pois a criação desta conferência é um caráter obrigatório para o repasse de verbas, controle social e entender as demandas específicas regionais.

Quanto ao nível estadual compete aos estados adequar os planos municipais para que eles possam trabalhar de forma em conjunto corrigindo possíveis distorções que venham a ocorrer. O estado soma ao montante repassado pela União o seu próprio quinhão referente a dotação orçamentária. Já o município possui caráter de destaque dentro da gestão e controle do SUS, pois é o menor núcleo de trabalho e o que lida de forma mais próxima no binômio população X serviços ofertados. (SOUZA, 2002).

A nível municipal compete ao gestor programar, executar e avaliar as ações de saúde levando em consideração a real necessidade dos munícipes. Ele deverá incorporar parte de sua arrecadação ao montante previamente recebido da União e do estado. Sendo regulado pela Emenda constitucional nº 29 de 2000. (LAZZARETTI, 2014).

A responsabilidade de execução da atenção em saúde fica a cargo de todos os entes federados, porém a tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema. A Norma em vigor (NOAS/SUS 01/02), instituída pelo MS define duas condições de participação do município na gestão do SUS: (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, onde o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

Quanto ao financiamento é previsto por lei que os municípios devem destinar 15% do que arrecadam em ações de saúde. Os governos estaduais, colaboram com 12%. Já o Governo Federal tem um cálculo um pouco mais criterioso pois ele deve contabilizar o que foi gasto no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). O número resultante trata-se da variação a qual é somada ao que se gastou no ano anterior para se definir qual o valor da aplicação mínima naquele ano. (BRASIL, 1988).

Por se tratar de competência administrativa o cuidar da saúde pública, ocorrendo de forma concorrente entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, permite que cada um legisle sobre assuntos que a esfera superior deixou alguma

lacuna legal ou que necessidade de regulamentação para a sua adesão. Desta feita, o município de Antonina cria a Lei N° 09/1992 a qual normatiza a Contabilidade Orçamentária, Financeira e Patrimonial do Fundo Municipal de Saúde e dá Outras Providências e a Lei N° 14/1991 a qual cria a Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e dá Outras Providências, revogada pelas leis nº 63/2003 que versa sobre o Conselho Municipal de Saúde e da outras providências, nº 43/2008 a qual dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde e a Lei Ordinária nº 44/2008 que institui o Conselho Municipal de Saúde.

Por meio da Portaria nº 3.947 de 28 de dezembro 2017, o Ministério da Saúde reformula o valor a ser repassado para o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), a partir desse momento o cálculo do PAB Fixo é determinado PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. Já os valores mínimos a serem repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, mantem-se fixo em R\$ 28,00 (vinte e oito reais), R\$ 26,00 (vinte e seis reais), R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) e R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano, com base nos grupos em que os municípios são distribuídos.

Enquanto se debatia as reformulações em saúde surgiu o questionamento e com isso a construção de estratégias de proteção ao idoso as quais já eram influenciadas diretamente por essa nova forma de visualizar a saúde. Em 1994, após um longo período de debate político e envolvimento social, é aprovada a primeira lei que visa atender à necessidade dos idosos de forma direta, a Lei 8.842/94 versa sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso e algumas ações correlatas necessárias à sua implementação. (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2019).

Esta política é regida por princípios sólidos os quais permitem que o idoso seja cuidado pelo Estado, familiares e sociedade, bem como que garantem a dignidade o bem-estar e a vida. Acaba por desmistificar o processo do envelhecimento e o coloca como coobrigação de toda a sociedade permitindo então que o destinatário de tais ações seja protegido integralmente. (ALCÂNTARA, CAMARO, GIACOMIN, 2016).

No início de 2004 passa a vigorar a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 a qual estabelece o Estatuto do Idoso, ela é fruto de um movimento social denso e que demorou a conseguir o espaço merecido. Porém permite impulsionar e solidificar

direitos sociais para os brasileiros que vivencia o envelhecimento, enfatizando a criação de políticas públicas voltadas a saúde, ao cuidado, ao atendimento e a assistência. (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2019).

Em 2006, por meio da Portaria de número 399, é implementado o Pacto pela Saúde, o qual consolida o SUS e aprova as suas diretrizes. São estabelecidos os cuidados em saúde que deverão ser preconizados para a proteção da saúde do idoso e transfere ao município uma parcela de responsabilidade maior pois pontua tais estratégias dentro das prioridades pactuadas por ela.

As políticas públicas voltadas aos idosos ainda se encontram em construção, pois a sua população vem crescendo e com isso as necessidades específicas de atendimento devem ser respeitadas. Em 12 de julho de 2017 foi publicada a Lei Federal n.º 13.466/2017, que alterou o Estatuto do Idoso e passou a elencar como prioridade especial os idosos com mais de 80 (oitenta) anos.

A portaria 2.436 de 2017 regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), esta política em específico é dotada de alto grau de capilaridade e desta forma está mais próxima da vida de cada um. Ela fortalece o conceito de que a atenção básica é a porta de entrada para os outros níveis de assistência em saúde. Por se tratar de uma atividade próxima a população ela permite entender a singularidade individual e as reais necessidades de cada um.

A forma de avaliação e de repasse de verba, sempre é atualizada, em dezembro de 2019 por meio de uma Nota Técnica altera o método de cálculo e avaliação de sete indicadores para 2020, definidos na Portaria 3.222. Estes indicadores são: a) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação; b) proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; c) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; d) cobertura de exame citopatológico; e) cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; f) percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; g) e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Ao se falar do SUS devemos ser lembrados de que sua área de atuação é bem mais ampla que o atendimento em saúde. No corpo de sua lei ordinária percebe-se ações de caráter preventivo, de educação, de monitoramento entre outras. Dificilmente um brasileiro, por mais que possua plano de saúde, não terá se beneficiado de uma de suas atividades.

Os serviços ofertados por esse programa são destinados a todos os brasileiros. Por possuir um caráter integral, igualitário e universal, o atendimento é ofertado a qualquer pessoa e não ocorre a distinção entre os usuários. Sendo estendido aos estrangeiros que estiverem no Brasil e que venham a necessitar de auxílio em saúde. Vale ressaltar que o SUS é gratuito no momento do atendimento, porém os brasileiros destinam parte dos impostos pagos para o custeio deste programa. (SOUZA, 2002).

São mais de 30 anos em que este programa está sendo executado, para Paim (2018, p.1724), contudo, “O fato concreto é que o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado”. Assim percebe-se que existem obstáculos para o seu adequado funcionamento.

Para atender de forma uniforme toda a população existem níveis de atendimento e cada um deles corresponde a uma série de ações a serem executadas. O SUS recepciona o previsto pela OMS quanto a divisão dos níveis de atendimento, os dividindo em três níveis de atenção em saúde: o primário, o secundário e o terciário. E cada um destes níveis tratam-se de uma esfera específica de atendimento. (PAIM, 2009).

O nível primário de atenção à saúde é conhecido como a porta de entrada ao sistema, tendo em vista que este é o nível mais próximo de contato com o usuário, porém realiza o atendimento inicial ou de casos mais simples. Sua estrutura conta com as Unidades Básicas de Saúde e suas equipes de profissionais e o seu objetivo é a marcações de consultas e em procedimentos e exames básicos, como curativos, entre outros. Cabe a essa esfera a promoção em saúde em ambientes públicos e a vacinação. (PAIM, 2009).

Ao nível secundário as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os ambulatorios e hospitais que oferecem atendimento especializado. É o começo do atendimento de forma especializada, contam com especialistas em áreas como cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, etc. O atendimento é interligado ao da atenção primária, pois é dependente do encaminhamento da demanda a ser atendida pelos profissionais da atenção primaria. Neste nível é possível realizar intervenções e o tratamento de alguns casos de doenças agudas ou crônicas, bem como prestar atendimentos de emergência. (SOUZA, 2002)

Por fim temos o nível terciário, o mais complexo e tecnológico, é nesta fase que acontecem as cirurgias e são atendidos os pacientes com enfermidades que

apresentam riscos contra suas vidas. Tratando de atendimentos altamente especializados e que contam com profissionais específicos, como por exemplo transplantes. (SOUZA, 2002)

Cada estado e município, de acordo com sua população, define a organização dos níveis de atendimento, sendo que a atenção primária é de responsabilidade das cidades. O Paraná (2018), descreve em seu relatório que neste ano contava com uma estrutura dividida em 22 Regionais de saúde, contemplando todas as esferas de atuação do SUS. Porém algumas estruturas foram priorizadas tais como o atendimento pré-natal, odontológico e de atenção em saúde. Com o intuito de facilitar o entendimento podemos observar o quadro Sinótico de Ações do SUS no Estado.

FIGURA 1 – QUADRO SINÓTICO DE AÇÕES DO SUS NO ESTADO DO PARANÁ.



FONTE: PARANÁ, 2018.

Antonina, o município foco deste trabalho, pertence a Primeira Regional de Saúde do Paraná e consequentemente teve sua política de saúde desenhada respeitando o preconizado na esfera estadual, mas destacando os atendimentos prioritários a sua população e o distribuindo conforme acreditou-se necessário em seu território.

2.4 O SUS E O DIREITO À SAÚDE

O processo de decisão do Estado para a inclusão de um assunto dentro da sua agenda envolve elementos complexos e variáveis, os quais vão muito além de uma mera escolha por opção. Acaba por ser considerado aspecto sociais, políticos, e principalmente a escolha dos atores sociais envolvidos em todas as etapas da formulação de tais políticas. (MARCHETTI, 2013).

Ao observar o envelhecimento populacional pelo prisma da saúde vemos que este é um aspecto ímpar para a garantia do desenvolvimento social, pois a saúde é uma questão primordial para a vida humana e desta forma acaba por ser uma questão de suma importância para a agenda de questões sociais necessárias para a formulação de políticas públicas. (DAHL, 1963).

Para iniciarmos o debate sobre os assuntos que podem ou não ganhar força política, devemos estabelecer quais serão os assuntos em que o Estado, enquanto garantidor de direitos, deverá elencar como prioridade à sua pauta de obrigações. Para o Estado brasileiro, tais obrigações repousam dentro de sua Constituição Federal promulgada em 1988 onde é ressaltado que direitos como a Vida, a Saúde, a Alimentação, e outros, são primordiais ao ser humano e devem ser resguardadas pelo poder estatal. (FERREIRA, 2015).

Essa previsão constitucional é movida pelos movimentos que ocorreram no final da década de 1970, os quais eram pautados por movimentos da sociedade civil com a finalidade de garantir a proteção dos idosos. Nas décadas de 1980 e 90 o envelhecimento passou a ser uma questão social e política relevante. A velhice deixa de ser apenas um problema social e se torna objeto de políticas específicas, assumindo que a longevidade deve ser considerada para a garantia do desenvolvimento da nação. (TEIXEIRA, 2003).

A velhice em nosso país passa a ser interessante após os anos 1980, entretanto na Europa o assunto já era debatido anteriormente a ponto de ser colocado entre os elementos de relevância para o início da Revolução Industrial e da efetivação dos Direitos Humanos. Em 1988 a Constituição Federal do Brasil passa a reconhecer os direitos da pessoa idosa em seu texto nos artigos 3º, IV; 7º, XXX; 14º, §1º, II, b; 201º; 203º; 229º e 230º. Estes direitos descritos vão desde ações para a manutenção de uma vida adequada, garantia de saúde, previdência social entre outros. Ao longo

desses artigos pode perceber-se que foi postulado direitos e obrigações referentes aos idosos para eles, seus familiares, a sociedade e o Estado. (BORBA et al., 2019).

A Constituição serviu de pilar estrutural para a formulação da Lei nº 10741/2003, a qual possui o objetivo de estabelecer o Estatuto do Idoso e as medidas necessárias para o seu cumprimento em sociedade. Tendo a conexão destas duas bases legais é possível perceber que esta população possui todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, além de ser detentora de oportunidades e de facilidades necessárias para a garantia de vida plena. De acordo com a lei supramencionada serão considerados idosos as pessoas que possuam idade igual ou superior a 60 anos, sendo assim percebe-se que não existe idade máxima para gozar destes direitos. (FERREIRA, 2015).

O direito a saúde é universal e irrestrito aplicado a todos os brasileiros, inclusive os idosos. Este direito passa ser uma garantia a partir da Constituição de 1988, que em seu artigo 196 avaliza o dever do Estado onde por meio das “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” da saúde. (BRASIL, 2016).

Cada região do Brasil possui características referentes à sua população com traços específicos. Desta forma é possível perceber que a ligação do indivíduo com seu território, sua vivência e sua classe social onde é possível perceber que entre áreas distintas podem surgir necessidades diferentes. (BRASIL, 2005).

É dentro da Carta Magna que esta dificuldade territorial é dirimida, pois por meio do processo de derivação do poder Federal que se percebe a possibilidade de descentralização deste poder. É por meio do artigo 23 do texto constitucional que se nota a o dever municipal de cooperar com a obrigação Estatal. (BRASIL, 2016).

A formulação de leis infraconstitucionais foi estritamente necessária para preencher as lacunas da constituição e possibilitar que o direito a proteção integral dos idosos e assim possa ser assegurado os direitos na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos desenvolvidos. Imprimir uma lei para o benefício de uma categoria específica como ocorreu com a Lei 10741/03 implica em aceitar que a sociedade está interligada e deverá ser parte tanto de sua forma de execução quanto de seu controle. (BORBA et al., 2019).

Para que seja possível entender as formas de internalização de tais políticas emanadas pelos órgãos federais, devemos primeiramente desenhar a diferença entre

os conceitos de descentralização e de municipalização. Estes conceitos podem ser vistos como antagônicos, porém para este trabalho percebemos que se tratam de complementares, pois a descentralização enquanto princípio do SUS demonstra que os três níveis (Federação – Estado - Município) devem cooperar entre si para que ocorra a operacionalização de um serviço e o conceito de municipalização prega que o Município se apodere de uma política pública. (ARRETCHE; MARQUES, 2002).

A municipalização de uma política pública Federal pode ser vista muitas vezes apenas como o cumprimento de uma obrigatoriedade ou um mero formalismo, tendo em vista que a realidade de cada município de nosso país é ímpar por ser formado de uma miscigenação étnica, de conceitos e de costumes. Partindo desse pressuposto a dita municipalização, não se trata de uma mera aceitação da política por uma necessidade de verbas, ela deve ser observada como uma forma de melhoria local para um problema de caráter amplo como a fome. (GONÇALVES; SILVANA; SARTI, 2011).

Esta forma de competência acontece de modo concorrente entre os Municípios, os Estados e a Federação, tendo em vista que a alimentação é um direito que deve ser tutelado por todas as esferas de poder estatal. Este fato é demonstrado em nossa Carta Magna em seu artigo 23 II, VIII, X. No inciso II temos a proteção à saúde, no VIII nota-se que é imperativo o fomento da produção agropecuária e a necessidade de se organizar o abastecimento alimentar e por fim, no inciso X, existe a inserção do combate à pobreza. Ao percebemos o texto disposto no artigo 30 da Constituição nota-se que cabe ao município legislar sobre assuntos de interesse local. (BRASIL, 2016). Percebe-se então, que esta política é codependente de uma articulação em ambiente local para a sua execução. Sendo que uma mera adesão não supre a necessidade previamente desenhada por seus idealizadores.

No Brasil, a adaptação do conceito de ‘cuidados primários de saúde’ à realidade e às demandas do País incluiu a inserção de atividades de educação, vacinação, nutrição, saneamento, organização sociocomunitária, entre outras, significando uma ampliação do escopo da proposta original. Porém, o fortalecimento da APS só teve início na década de 1990, com o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda na década de 1990, mais precisamente, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), derivado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fundado em 1991, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da APS (LIMA et al., 2018).

Dentre o cenário brasileiro de criação de política para o envelhecimento destaca-se o momento em que Paulo Paim comemora os 10 anos do Estatuto do Idoso e no seu discurso pode perceber-se a entonação utilizada na formulação desta ferramenta tendo em vista que a partir desse momento o Estado passa a proferir envelhecimento digno e ativo como um direito de todos. (HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2018)

3 METODOLOGIA E DESENHO AMOSTRAL

A presente pesquisa, que procura analisar a percepção dos idosos de Antonina sobre o SUS, possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, sob CAAE nº 24765219.0.0000.0102, em seu parecer nº 3.715.30, datado de 20 de novembro de 2019.

Pensar um desenho metodológico que consiga compreender todas as necessidades do problema apresentando não é uma tarefa simples. Desta forma, optou-se pela pesquisa qualitativa, tendo em vista que ela permite que se compreenda a relação do objeto a ser estudado sem desvincular o ambiente em que ele está inserido. (POPE E MAYSI, 2019). Ideal para este estudo que procura averiguar como os idosos de Antonina vivenciam a velhice e se relacionam com o Sistema Único de Saúde.

A escolha pela pesquisa qualitativa é pautada na análise de problemas da realidade social. Esta forma de pesquisa ajuda a demonstrar as “ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas; projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes ou comportamentos” (MINAYO, 2002, p. 65) de cada população estudada.

Comumente esta forma de pesquisa é utilizada dentro da Sociologia, porém vem sendo amplamente divulgada e utilizada dentro da saúde, visto que é possível entender a forma com que o atendimento ofertado ocorre. Mas é preciso que seja bem observada a sua formulação por se tratar de um método de pesquisa que prima por aspectos subjetivos, que caso não sejam coletados de forma adequada induzem ao erro da pesquisa. (POPE e MAYS, 2019).

Com o intuito de obter os dados necessários ao trabalho, a pesquisa ocorreu em dois momentos distintos, mas complementares. Primeiramente foi auferido o número de idosos que utilizam a estrutura de saúde municipal. Num segundo momento, foi realizada entrevista semiestruturada com idosos atendidos pelo SUS, tendo como meta entender como vivenciam a velhice e como se relacionam com a saúde pública de Antonina.

Tendo por objetivo conseguir dados referentes a organização e funcionamento do SUS no município de Antonina, bem como o número de atendimentos ofertados a esta população foram utilizados os dados já consolidados

do município e divulgados dentro das reuniões do Conselho de Saúde. Estes dados serviram de base para possibilitar a amplitude desta população. Segundo a literatura, tais documentos são denominados de literatura cinzenta por se tratarem de produção elaborada pelo governo em formato impresso ou eletrônico não controlado por editores científicos ou comerciais. (ALBERANI, 1990)

As entrevistas, muito utilizadas em pesquisas qualitativas, podem ser elaboradas de três formas distintas, sendo elas: a entrevista de caráter estruturado, semiestruturado e em profundidade. (POPE E MAYS, 2019). Dentro destas três maneiras, optou-se aqui por uma condução desta interlocução em formato semiestruturado, pois ela permite que “o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. (MINAYO, 2006, p. 57). A entrevista aconteceu conduzida por meio de perguntas norteadoras, entretanto o entrevistador deve se colocar numa postura receptiva aos relatos, deixando o entrevistado falar livremente sobre o tema para que, assim, exista menor possibilidade de interferência no exposto.

As entrevistas foram realizadas com 15 pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que moram em Antonina e utilizam a Atenção Primária e que aceitaram participar da interlocução, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que pode ser visualizado no apêndice 1. Como critérios de exclusão, foram considerados: a idade inferior a 60 anos; residência em outro município; e a recusa em assinar o TCLE.

O tempo disposto para cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos. A princípio, as entrevistas deveriam ocorrer em uma sala reservada disponível dentro de unidade de saúde municipal e só após a realização do procedimento que levou o/a participante à Unidade de Saúde na cidade de Antonina. As conversas seriam gravadas, e posteriormente, transcritas, seguindo o rigor ético e metodológico necessário a pesquisa.

Inicialmente foi previsto que se o participante se sentisse de alguma forma constrangido, com desconforto ou stress, a entrevista seria imediatamente suspensa e só seria retomada com o seu consentimento. Caso o participante julgasse necessário ou fosse percebido a necessidade de atendimento médico, esse seria realizado na própria UBS. Embora, e é importante destacar, a pesquisa não envolva riscos diretos aos participantes, pois não há nenhum tipo de intervenção.

Entretanto, o desenho metodológico da pesquisa foi impactado pela pandemia do coronavírus. Em 20 de março de 2020, o prefeito de Antonina, por meio do decreto 57/2020, instaura o estado de Emergência em Saúde Pública e, através do decreto 58/2020, estabelece as diretrizes para o funcionamento dos equipamentos de saúde com o objetivo de reduzir e evitar a disseminação do vírus no território. Esse último decreto implementa o atendimento remoto aos idosos e, concomitantemente, a indicação para que estes restrinjam a sua locomoção visando a não contaminação por serem considerados grupo de risco.

Os postos de saúde passam atuar de acordo com o decreto 62/2020, e como se trata de um atendimento tido como essencial precisa, tal como especificado no artigo 4º, seguir protocolos rígidos, com o uso de máscara, disponibilização de álcool gel ou álcool 70%, redução de fluxo e de tempo de permanência.

Essas medidas e o próprio contexto de distanciamento social, atuaram significativamente sobre a pesquisa de campo, impedindo a realização das entrevistas presenciais por um tempo ainda incerto. Nesse sentido, optou-se por manter o desenho metodológico original e garantir a realização das entrevistas com os idosos via internet¹e/ou telefone. Seguindo os mesmos critérios mencionados no TCLE. Sendo estas ações necessárias para a proteção individual dos entrevistados e dos pesquisadores.

Dentre as quinze entrevistas realizadas, sete foram efetuadas no formato presencial e oito na modalidade remota. Não havendo nenhuma entrevista excluída do material e todas sendo transcritas.

Após a transcrição das entrevistas, se iniciou o processo de Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin (2010), onde a capacidade de interpretação linguística de um discurso é extremamente relevante para ultrapassar a primeira impressão imposta pelas palavras e entender o real conteúdo a ser estudado. Objetiva-se minimizar a influência do pesquisador ao máximo e assim obter uma análise mais real, pois a linguagem é uma forma de transmissão de uma mensagem subjacente, sendo a esse conteúdo que se almeja encontrar com esta forma de pesquisa.

¹ A entrevista foi realizada e gravada por meio da plataforma Google Meet.

Ao utilizar esta forma de análise, pode ser avaliado como os idosos acessam e avaliam os serviços ofertados pelo SUS, pois ao examinar os dados provenientes da oralidade, de acordo com Bardin, é possível extrair o necessário para a adequada discussão. O material coletado deverá ser tratado conforme disposto pelo próprio entre os três pilares cronológicos: o de pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a influência e a interpretação. (BARDIN, 2010).

Primeiramente as entrevistas realizadas foram transcritas por meio de digitação para arquivo digital em formato word, pois a partir desse ponto é possível facilitar as etapas subsequentes e necessárias para a obtenção dos dados necessários a pesquisa.

Sendo então iniciadas as etapas de análise de conteúdo propriamente dita. Para Bardin (2010) a etapa de pré-análise consiste em avaliar, por meio de uma leitura flutuante, todo o material coletado. Este momento da pesquisa, permite que seja possível entender o panorama total. Como forma de garantia da confidencialidade dos participantes da pesquisa, os nomes utilizados nos documentos da pesquisa foram ocultos por caracteres compostos de letras F ou M, sendo F para os participantes do sexo feminino e M para os do sexo masculino

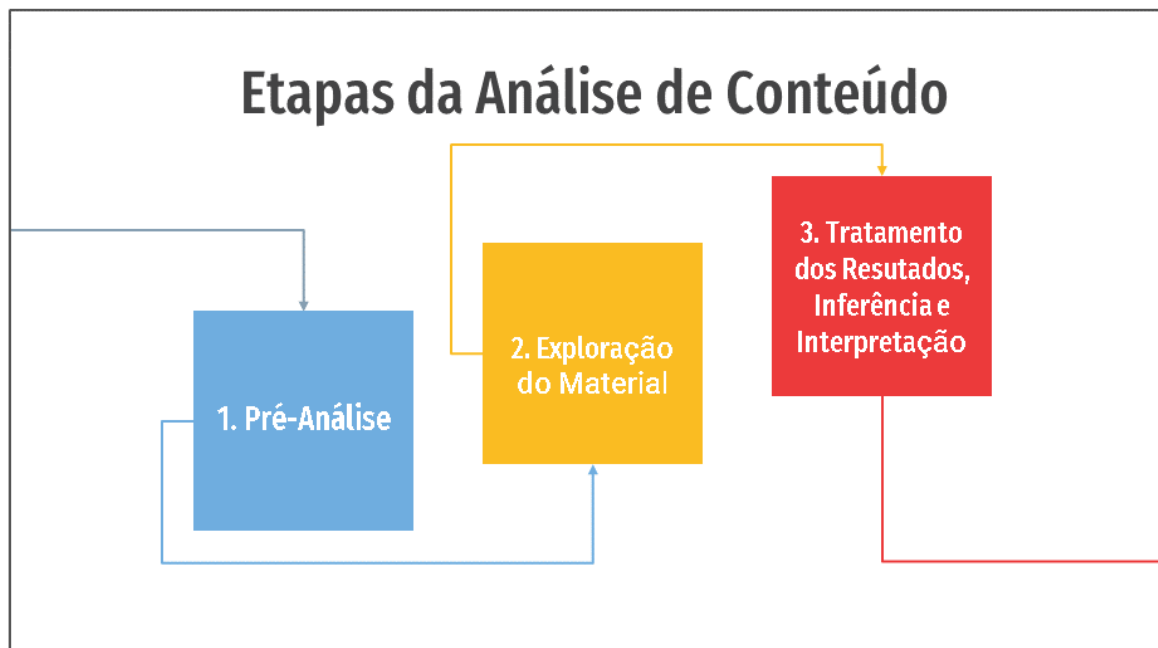
No processo de análise, pode ser destacada correlacionando-os com o numeral correspondente a ordem da pesquisa. a importância do caderno de campo do pesquisador, pois nele estarão descritos momentos e impressões necessárias para a correta interpretação do conteúdo a ser interpretado. Ele é uma ferramenta que permite ao pesquisador sintetizar as experiências vividas durante o tempo em que a pesquisa acontece. Nele deve conter data e hora da coleta, detalhes não verbalizados da entrevista e percepções do pesquisador ao longo dos contatos, permitindo assim uma maior percepção do cenário real em que a entrevista ocorreu. (MAGNANI, 1997).

O segundo passo é a exploração do material a ser analisado de forma criteriosa onde por meio das categorias previamente estabelecidas para a inferência dos dados a serem coletados. (BARDIN, 2010). Após a categorização começa a última etapa que, segundo Bardin (2010), é o tratamento dos dados coletados, realizando a conexão das etapas anteriores e produzindo um resultado que permitam estabelecer paralelos entre as categorias e concomitantemente passam a produzir resultados com valoração e que descrevem o cenário o qual o entrevistado está envolvido.

Uma etapa é correlacionada diretamente a outra, e para o sucesso da pesquisa é necessário que elas estejam conectadas ao objetivo e as hipóteses

investigadas. De maneira resumida podemos sintetizar a análise de conteúdo e três etapas como demonstrado na figura a baixo:

FIGURA 2 – ETAPAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO



FONTE: ADAPTADO DE BARDIN (2010)

A utilização desse método para a análise das entrevistas coletadas permite que o material encontrado expresse a sua natureza pois ele é a base de toda a pesquisa. A primeira etapa desta forma de análise é a leitura flutuante, a qual tem por objetivo a familiaridade do pesquisador com o texto. A qual ocorreu concomitantemente com a transcrição dos áudios gravados para documento de texto. Sendo destinada a encontrar os objetivos da análise, os quais devem estar de encontro com objetivos que a pesquisa. (BARDIN, 2010).

Na sequência foi iniciada a exploração do material, etapa subdividida em dois eixos, sendo o primeiro a Unidade de Registro e o segundo a Unidade de Contexto. Essa etapa se destinou a fragmentação da entrevista separando por Unidades de Contexto (frases) permitindo que os conteúdos fossem apartados de forma uniforme. Dando sequência a escolha das Unidades de Registro. De acordo com Franco (2008, p.41) “a Unidade de Registro é a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas”.

Todos os documentos foram analisados com o mesmo critério e seguindo o mesmo rito de codificação, primando por observar o objetivo central deste trabalho, o qual é verificar o acesso dos serviços primários em saúde ofertados aos idosos.

Partindo desse foco foram verificadas as categorias a que possibilitaram a extração dos resultados obtidos. Estas categorias surgiram de quatro eixos analisados frente a frequência em que apareceram e seu contexto com o produto resultante das entrevistas. Desse modo permitindo que estas categorias expressem a realidade dos discursos. (BARDIN, 2010).

As categorias utilizadas para esse momento partiram do conceito de Saúde preconizado pela OMS, do uso ou não de alguma estrutura oferecida pelo município no contexto da saúde, em quais destas ferramentas é voltada para os idosos e a satisfação destes em usar estas ferramentas. Ao correlacionar estas informações é possível desenhar o cenário da saúde em Antonina.

Após a preparação do texto foi efetuada a classificação de acordo com as seguintes categorias: saúde, uso de ferramentas da saúde, serviço de saúde voltado ao idoso e as entrevistas em conjunto com apresentaram ainda a satisfação frente aos serviços utilizados.

Antes de apresentar as categorias que possibilitaram a análise, contudo, é necessário detalhar a etapa de reconhecimento das estruturas em saúde. É mister destacar que a base de dados utilizada de forma mais ampla nesse trabalho são as entrevistas e o caderno de campo. Entretanto, foi necessária uma imersão mais profunda dentro da estrutura de saúde municipal objetivando descrever as ferramentas e estruturas ofertadas aos usuários da rede municipal de saúde pública. Para tanto realizou-se uma pesquisa documental unindo as informações descritas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, pelo IBGE Cidades, Atas do Conselho de Saúde Municipal (CMS) de 2019 e, por fim, pelos relatórios de Saúde divulgados pela secretaria responsável.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é uma plataforma virtual que copia os dados ofertados pela secretaria municipal, sendo que a atualização dessa plataforma é uma das obrigações para o repasse de verbas. Ela permite que toda a sociedade reconheça os equipamentos e funcionários destinados a cada setor da saúde. Para a coleta de dados dessa plataforma seguiu-se o preconizado em seu manual de usuário, sendo colhidas apenas as informações

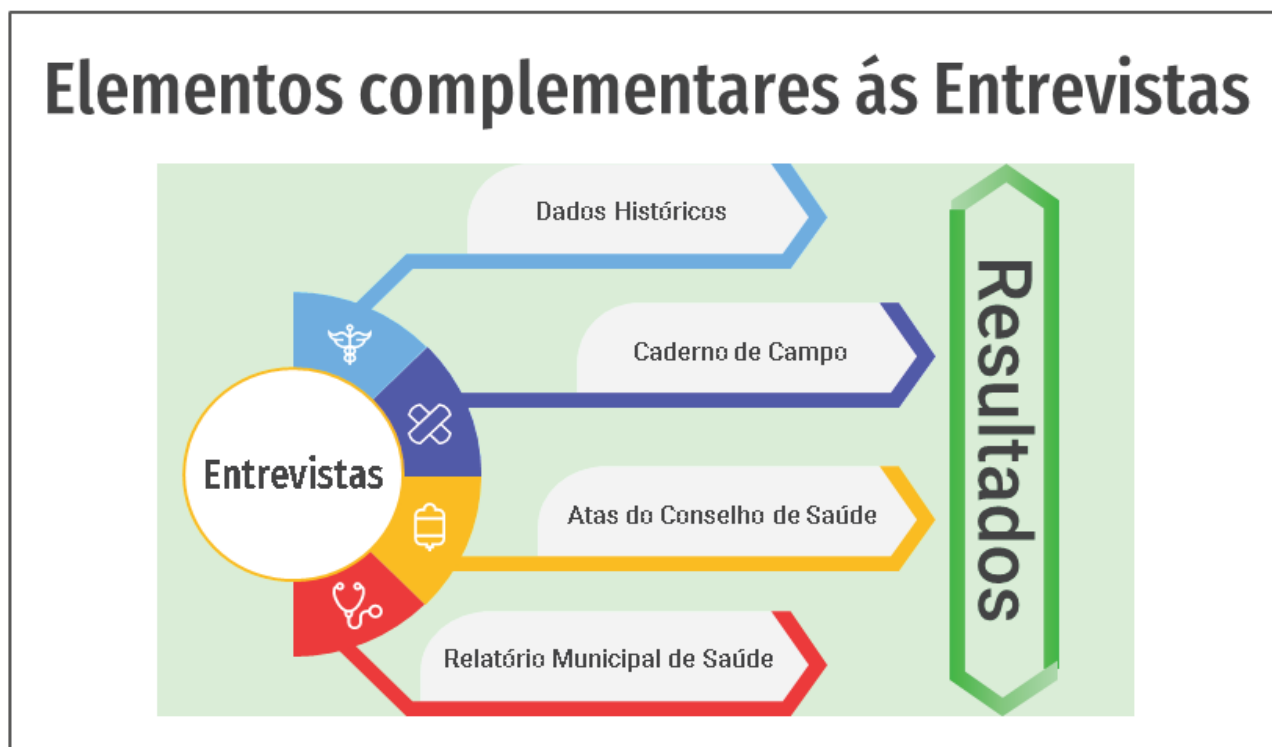
referentes a cidade de Antonina e os equipamentos públicos de saúde para a descrição dos mesmos.

O site do IBGE Cidades foi acessado para complementar as informações do CNES, para ampliar o panorama a ser observado. Desse modo obteve-se um retrato mais realista, pois pode ser observado as diferenças entre a área rural e urbana e de mais pontos importantes para este estudo de campo.

As atas do CMS do ano de 2019 foram observadas com o intuito de extrair sucessos e desventuras dos serviços ofertados, posto que são um retrato dos relatos da comunidade. E, por fim, os Relatórios de Saúde possibilitaram averiguar a quantidade de serviços ofertados em cada unidade de atendimento.

Com a correlação destas quatro fontes de informação é possível descrever quais os serviços ofertados na esfera municipal, bem como onde estão localizados e como estes são utilizados. Dessa forma permitindo um retrato um pouco mais real da estrutura local de saúde. A utilização destas ferramentas pode ser observada de forma reduzida no quadro sinótico abaixo.

FIGURA 3 – ELEMENTOS COMPLEMENTARES Á ENTREVISTA.



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

O material coletado gerou 334 páginas para serem exploradas, sendo composto por: 15 entrevistas (291 páginas), 13 atas do CMS do ano de 2019 (23 páginas) e três Relatórios Quadrimestrais do ano de 2019 (20 páginas). É importante destacar que a Análise de Conteúdo de Bardin (2010) permite analisar qualquer material que seja oriundo do processo de comunicação.

3.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Inicialmente o corpus textual foi analisado frente aos eixos como filtros direcionais sendo possível perceber que exceto os serviços voltados aos idosos todas as outras classes foram compreendidas. Essa análise prévia foi destinada ao desenho do panorama total dos elementos encontrados, como pode ser verificado a seguir:

TABELA 2 – EIXOS VERIFICADOS ENTRE OS DOCUMENTOS EXPLORADOS.

EIXOS	ENTREVISTA	ATA CMS	RELATÓRIO
Conceito de Saúde	Apresenta dados	Apresenta dados	Apresenta dados
Ferramentas da Saúde	Apresenta dados	Apresenta dados	Apresenta dados
Serviço voltado a saúde do idoso	Apresenta dados	Não apresenta dados	Não apresenta dados
Satisfação	Apresenta dados	Apresenta dados	Não se aplica

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

Estabelecidos os eixos norteadores que se tratam dos pilares para a estrutura das categorias, é necessário elencar as definições de cada uma delas. Para o conceito de saúde foi utilizado o preconizado pela OMS tendo em vista que este permite que se observe a percepção de saúde desse idosos entrevistado, bem como reflita a percepção de saúde da sociedade frente ao CMS e ao ofertado pela gestão.

Ao verificar as ferramentas da saúde entramos na seara de serviços ofertados pelo município, os quais podem ou não estar sendo utilizados pelos entrevistados. O serviço voltado ao idoso é um direito do usuário e cabe a cidade o ofertar e ao conselho acompanhar sua execução. A satisfação da atenção em saúde talvez seja o tópico mais controverso, pois ele é a resultante da expressão individual de cada usuário.

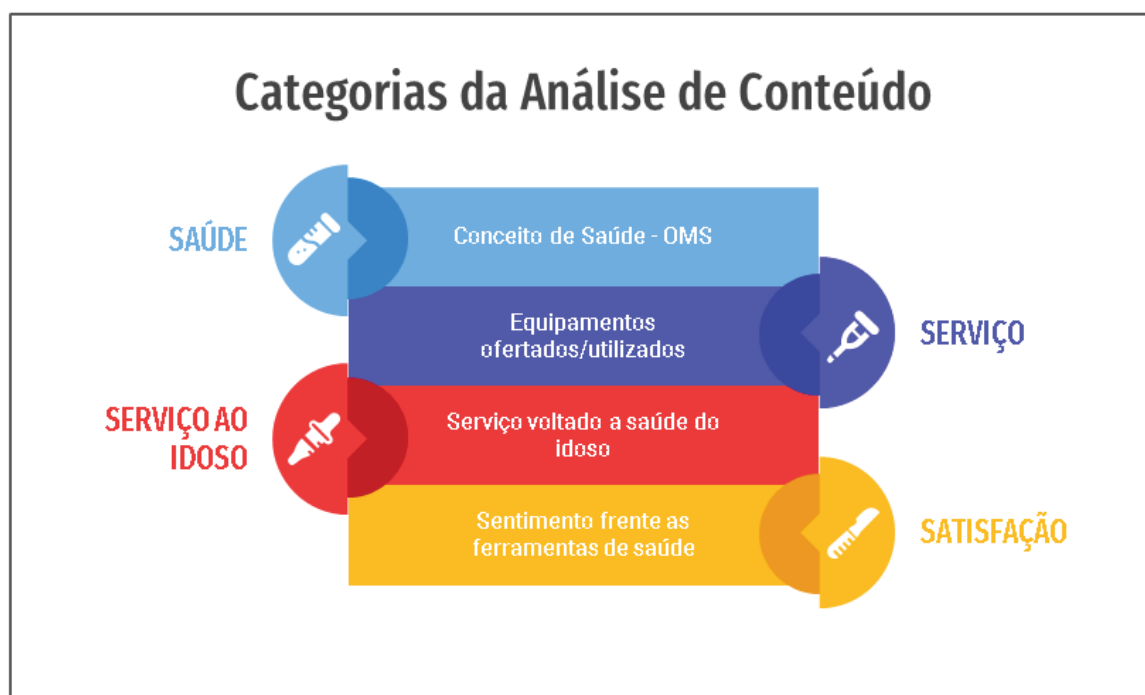
Nestas categorias escolhidas temos a essência de cada um desses eixos. Sendo que para o conceito de saúde temos a opinião individual elencada no texto como SAÚDE. Para as ferramentas da saúde temos os equipamentos

ofertados/utilizados podendo ser ele qualquer serviço disponível no município ou relatado durante a entrevista e codificada como SERVIÇO.

Quando ao serviço voltado a saúde do idoso se trata de uma pergunta realizada no questionário da entrevista, a qual pode ser respondida com base na vivencia individual ou coletiva do usuário. Tendo em vista que não foram coletados dados de programas específicos no material disponibilizado pela secretaria de saúde. Sendo codificada como SERVIÇO AO IDOSO.

Por fim temos a satisfação a qual pode ser expressa como o sentimento frente as ferramentas de saúde as quais esse idoso vivencia ou então refletindo os questionamentos levantados em meio a reunião do CMS. Essa categoria foi elencada como SATISFAÇÃO. A codificação desses eixos pode ser verificada por meio diagrama abaixo:

FIGURA 4 – FORMULAÇÃO DAS CATEGORIAS



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

Estas categorias foram utilizadas para mapear o texto bruto e resultaram nos dados coletados para a confecção do texto. Após a análise inicial foi decidido por utilizar o tempo cronológico como o conector entre as inferências e a interpretação, pois ao ouvir o entrevistado foi possível coletar dados de antes do surgimento do SUS, da sua utilização deste sistema e os seus anseios de melhora.

Foram catalogadas 120 citações correlacionadas ao conceito saúde, sendo que nelas pode ser notados os conceitos aplicados ao sentido individualmente ou por seus pares. Quanto a questão dos serviços aparece sete serviços municipais de saúde distintos nas entrevistas enquanto o município correlaciona 12 serviços ofertados a população. Ainda é percebido que sete idosos relataram o tratamento ou acompanhamento fora do município, por vezes descrevendo a dificuldade para esse acesso. Destacam-se seis relatos voltados para o período anterior ao SUS.

O serviço voltado a saúde do idoso foi relatado por três entrevistados, porém nenhum deles era usuário direto do serviço apenas tinha conhecimento ou conhecia alguém que utilizou. Apenas um idoso nos relatou que não utilizava diretamente os serviços pois estava abrindo o seu prontuário no dia da coleta, contudo o entrevistado em questão trabalhava como enfermeiro responsável pela UBS em que foi entrevistado. Desta forma por causa do seu trabalho ele soube referenciar estruturas de saúde do município, as dificuldades e facilidades frente ao acesso a elas.

Com o intuito de condensar os resultados coletados apresentamos a Tabela 3, onde estão marcadas as categorias encontradas em cada uma das entrevistas.

TABELA 3 – CATEGORIAS ENCONTRADAS SEPARADAS POR ENTREVISTADOS

Nº DA ENTREVISTA	NOME	SAÚDE	SERVIÇO	SERVIÇO AO IDOSO	SATISFAÇÃO
1	F01	X	X	X	X
2	F02	X	X	X	X
3	M01	X	X		X
4	M02	X	X		X
5	M03	X	X		X
6	M04	X	X		X
7	M05	X	X		X
8	F03	X	X	X	X
9	M06	X	X		X
10	F04	X	X		X
11	F05	X	X		X
12	M07	X	X		X
13	F06	X	X		X
14	F07	X	X		X
15	M08	X	X		X

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

Após esse detalhamento e antes de apresentar os resultados e discussões, optamos por apresentar como foi a realização da pesquisa de campo durante a pandemia de Covid-19, bem como apresentar quem são os participantes da pesquisa.

3.2 A PESQUISA DE CAMPO EM TEMPOS DE PANDEMIA E OS “NÃO”² IDOSOS DE ANTONINA

Durante seis semanas foram realizadas as entrevistas com os participantes. Em média foram realizados dois contatos prévios antes das entrevistas oficiais, sendo que o primeiro era com o intuito de explicar como aconteceria a entrevista e sanar as dúvidas. Porém, três participantes já desejaram iniciar a entrevista no primeiro momento e dois participantes aceitaram após cinco conversas. O tempo médio de entrevistas foi de aproximadamente vinte e quatro minutos, sendo o menor tempo de entrevista dez minutos e cinquenta e a maior duração foi de cinquenta e um minutos.

As entrevistas ocorreram por formas diversas. A primeira participante, F01, foi entrevistada por chamada de vídeo pela plataforma Google Meet®, com a ajuda “tecnológica” de sua sobrinha para a entrevista. Cinco entrevistas ocorreram por meio de gravação de chamada telefônica, no caso dos participantes F04, F05, M07, F06 e F07. Os demais foram entrevistados presencialmente nas unidades em quem compareceram. Todas as 15 entrevistas foram realizadas até o final do mês de junho de 2020.

Devido a diferença no formato das entrevistas, o caderno de campo se mostrou necessário para a coleta de relato extras aos gravados os quais serviram como um facilitador para a transcrição adequada das entrevistas e, conseqüentemente, para descrever um cenário com maior possibilidade de ser real. Principalmente no caso da participante F02 e do participante M08, pois ambos relataram informações ao longo dos contatos e não apenas durante a gravação.

Entre os entrevistados seis idosos encontram-se no mercado de trabalho, os demais já estão aposentados e vivem exclusivamente de seu benefício, fator que corrobora diretamente com variação salarial.

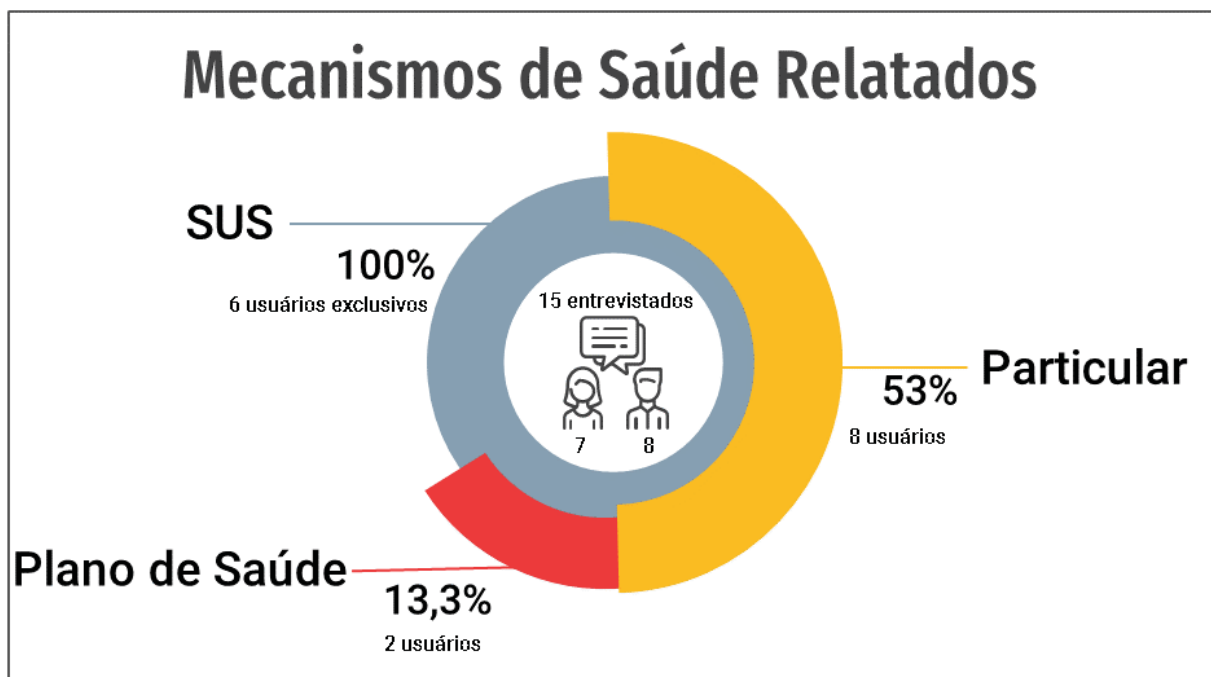
² Ao informar “não” idosos faz-se uma referência a negativa dos entrevistados ao serem questionados quanto a sua percepção individual do seu envelhecimento.

A média do rendimento familiar³ dos entrevistados foi de dois a três salários mínimos, dentre os entrevistados oito informaram esse valor como seu rendimento total. Três participantes confirmaram que recebem menos de um salário mínimo e os demais relataram que seus rendimentos eram superiores a quatro salários mínimos.

Todos informaram serem usuários do SUS, entretanto F03 e o M07 informaram que utilizam o plano de saúde em conjunto com o SUS e os idosos F01, F04, M04, M02, informaram a realização de exames no formato particular. Com exceção do M03 e o M08 todos os outros utilizaram o serviço mediado pelo Tratamento Fora do Município (TFD).

O atributo financeiro acaba por ser um diferencial entre os participantes, mesmo eles se intitulando usuários do SUS, demonstrando a possibilidade de cada um para obter atendimento de saúde em caráter complementar. Esse fato pode ser sintetizado na imagem abaixo:

FIGURA 5 – MECANISMOS DE SAÚDE UTILIZADOS



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

³ É importante destacar que a pergunta do questionário referia a uma faixa salarial de rendimento familiar.

A necessidade de utilização destas ferramentas complementares é demonstrada de forma diversas, entretanto foi possível verificar que os idosos que possuem maior poder aquisitivo conseguem maior número de atendimentos dentro do SUS, dentre os pesquisados.

Do universo de entrevistados, cinco não nasceram em Antonina, dez são casados, dois são viúvos, um divorciado e um solteiro. Entretanto, nenhum idoso referiu ser solitário e informaram que morar em Antonina é o ponto mais importante para não existir solidão até mesmo para os idosos que não possuíam familiares próximos.

Dentro do público entrevistado todos se demonstraram ativos e atuantes na sociedade. Seja pertencendo a grupos de igrejas, atividades sociais ou trabalho. Estas informações podem ser percebidas no quadro de participantes abaixo de forma compilada:

TABELA 4 – QUADRO DE PARTICIPANTES

Nome	Sexo	Idade	Naturalidade	Estado civil	Religião	Profissão
F01	Feminino	60	Antonina	Solteiro	Católico	Aposentada
F02	Feminino	72	Antonina	Viúvo	Evangélico	Aposentado
M01	Masculino	61	Paranaguá	Casado	Católico não praticante	Enfermeiro
M02	Masculino	70	Antonina	Casado	Católico	Aposentado
M03	Masculino	61	Antonina	Divorciado	Católico não praticante	Aposentado
M04	Masculino	67	Erechim	Casado	Católico	Aposentado
M05	Masculino	65	Antonina	Casado	Evangélico	Motorista
F03	Feminino	67	Manguerinha	Casado	Espírita	Aposentada
M06	Masculino	61	Santo Antônio da Platina	Casado	Católico não praticante	Desempregado
F04	Feminino	61	Antonina	Casado	Católico	Aposentada
F05	Feminino	64	Antonina	Viúvo	Evangélico	Desempregada
M07	Masculino	60	Antonina	Casado	Católico não praticante	Aposentado
F06	Feminino	65	Antonina	Casado	Evangélico	Do lar
F07	Feminino	66	Antonina	Casado	Umbandista	Artesã
M08	Masculino	66	Antonina	Casado	Evangélico	Agente comunitário de saúde

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

O período de quarentena impactou diretamente na possibilidade de aprofundar as entrevistas dentro das unidades, sendo limitado aos pacientes que

“quebravam” o isolamento em busca da unidade ou então que eram atendidos pelos Agentes de Saúde e se mostravam receptivos para a participação.

Levando em consideração a pandemia é percebido que os idosos tidos como mais jovens⁴ fizeram parte da pesquisa. Mostram-se pessoas ativas que, mesmo sendo grupo de risco, mantiveram parte de sua rotina pois se trataram de idosos com mobilidade não reduzida totalmente.

Não houve participantes da pesquisa com idade acima de 80 anos, o que pode ser resultado da própria pandemia e da recomendação de isolamento.

Os entrevistados da cidade moram em onze bairros distintos e que utilizam três UBS do município, sendo elas: Ponta da Pita, Unidade Central e Barigui. Conforme é descrito na Tabela 5.

TABELA 5 – QUADRO DEMONSTRATIVO DE RESIDÊNCIA X UBS DE REFERÊNCIA

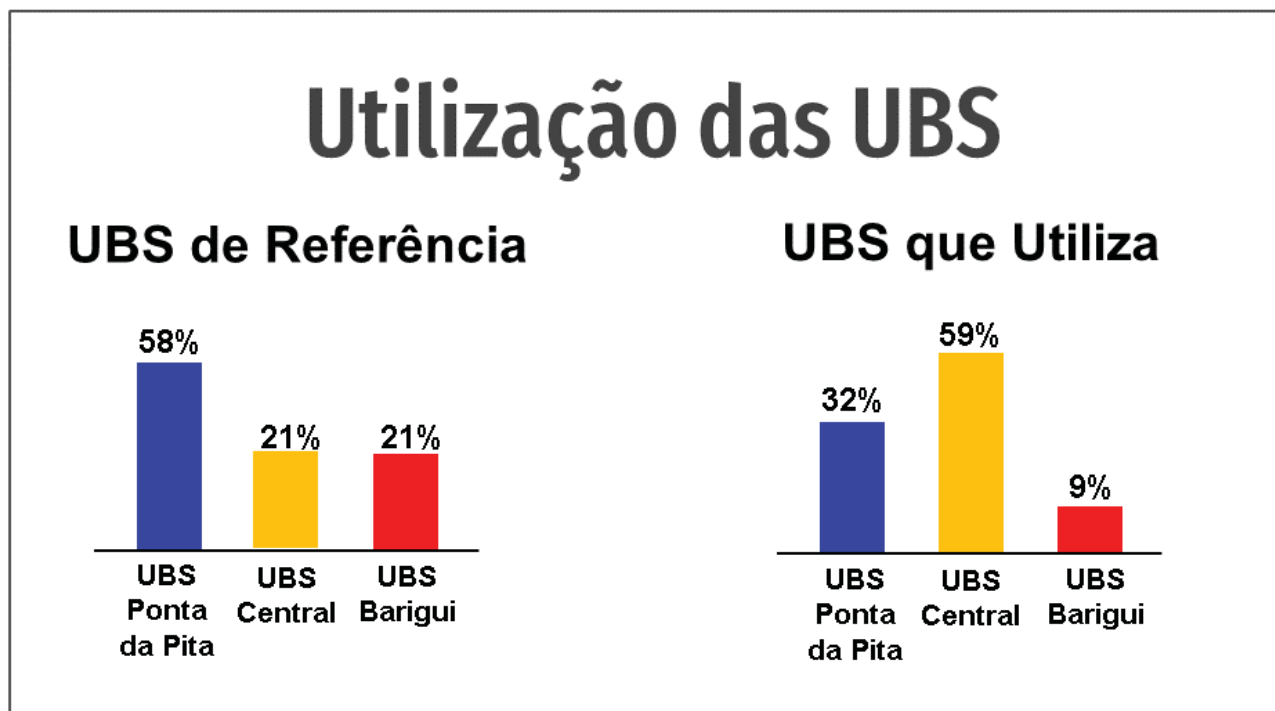
NOME	BAIRRO EM QUE RESIDE	UBS DE REFERÊNCIA
F01	Matarazzo	Ponta da Pita
F02	Caixa d'agua	Posto Central
M01	Ponta da Pita	Não utiliza diretamente
M02	Itapema	Ponta da Pita
M03	Ponta da Pita	Ponta da Pita
M04	Pinheirinho	Ponta da Pita
M05	Itapema	Ponta da Pita
F03	Praia dos Polacos	Ponta da Pita ou Central
M06	Itapema de Baixo	Ponta da Pita e Central
F04	Portinho	Posto Central
F05	Saivá	Central
M07	Residencial Itapema I	Posto Central
F06	Saivá	Unidade do Barigui
F07	Saivá	Barigui
M08	Barigui	Central

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

A questão de escolha para o atendimento é desproporcional ao bairro de referência informado de acordo com a moradia. Foi observado uma tendência de utilização para UBS Central, mesmo o maior número de entrevistados fazendo parte do território da UBS Ponta da Pita. A unidade com menor utilização referida foi a UBS Barigui. Estes dados podem ser verificados na Figura 6 abaixo.

⁴ Idosos jovens são os idosos que possuem idade entre 60 à 70 anos.

FIGURA 6 – UTILIZAÇÃO DAS UBS



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

Ao analisar as entrevistas foi possível verificar que nenhum dos entrevistados se identificou como idoso ou velho ao ser questionado quanto a esse tópico. Mas destacamos que parte dos anseios dos idosos refletem a necessidade de atendimentos básicos e especializados.

Em uma sociedade onde a juventude é exaltada faz com que seja criado estereótipos onde ser jovem passa a ser uma necessidade para ser aceito socialmente e por consequência ocorre a negação da velhice, a terminologia “velho/idoso”, retrata o envelhecimento como uma construção cultural carregada de negatividade e de perdas. (BEAUVOIR, 1990).

A velhice ao ser relacionada com o sofrimento, com doenças, acabam por preceder algumas limitações na função biológica. Beauvoir (1990) delimita em seu livro *A Velhice* que para o indivíduo o velho é sempre “o outro”. Sendo que essa ação acaba por gerar barreiras para o aceite social do envelhecer e que inclusive reforça o estereótipo já descrito.

Hoffmann-Horochovski (2008) descreve que o envelhecimento carrega consigo a sensação de finitude e que desse modo negar a velhice é afastar a morte. Todos os participantes da pesquisa relataram possuir pelo menos uma comorbidade

em tratamento, de modo que a fragilidade de suas vidas e a expectativa de melhora pode ser percebido em seus discursos.

Para os entrevistados se assumir velho/idoso é assinar um aceite de não pertencimento ou de incapacidade frente as suas necessidades e as suas interações sociais. Podemos destacar que dois entrevistados não se colocaram como idosos, porém informaram que se sentiam dessa forma quando relataram problemas de saúde. Desse modo confirmando o já descrito por Medeiros et. al (2015), onde o não aceite ao envelhecer está correlacionado diretamente a negação das perdas inerentes a esse processo.

Um ponto destacado por Beauvoir (1990) e Hoffmann-Horochovski (2008) é o isolamento social do idoso, especialmente quando este apresenta sinais de doenças, o qual não pode ser reiterado pelo informado neste trabalho tendo em vista que todos os participantes possuíram um grau de contato social e referiram não se sentir sozinhos. Nesse ponto, colocando que envelhecer em Antonina é um ponto chave para essa sensação de bem-estar.

Ao ser entrevistados os participantes negavam se sentir velhos, apontando sempre o outro como tal, seja ele com menor capacidade funcional ou de saúde. Esse sentimento vai contra os pressupostos estabelecimentos dentro Envelhecimento Ativo, que procura valorizar a velhice com autonomia. O Envelhecimento Ativo suscita que envelhecer com as garantias de saúde de bem-estar sendo respeitadas corroboram para que a qualidade de vida seja ampliada. Assim como permite que o tratamento preventivo tome a frente na saúde pública. (BRASIL, 2010).

Por serem usuários dos serviços em saúde cada idoso pode contribuir com as suas experiências e vivências ao longo de sua vida, especialmente após completar os 60 anos. Todos demonstraram um grau de satisfação com a sua saúde no âmbito pessoal, entretanto gostariam de melhorar algo se possível. Esse “algo” como mais mobilidade e/ou disposição foi elencado por todos os usuários masculinos.

Ao procurar o atendimento em saúde, o usuário gera uma expectativa frente ao serviço e a qualidade do atendimento. A qualidade da atenção à saúde da população idosa deve pautar-se na integralidade do cuidado e no desenvolvimento prioritário de ações no âmbito da atenção primária em saúde. (JESUS et al. 2018). Ao não suprir essa necessidade acaba por gerar um impacto negativo frente a satisfação do serviço.

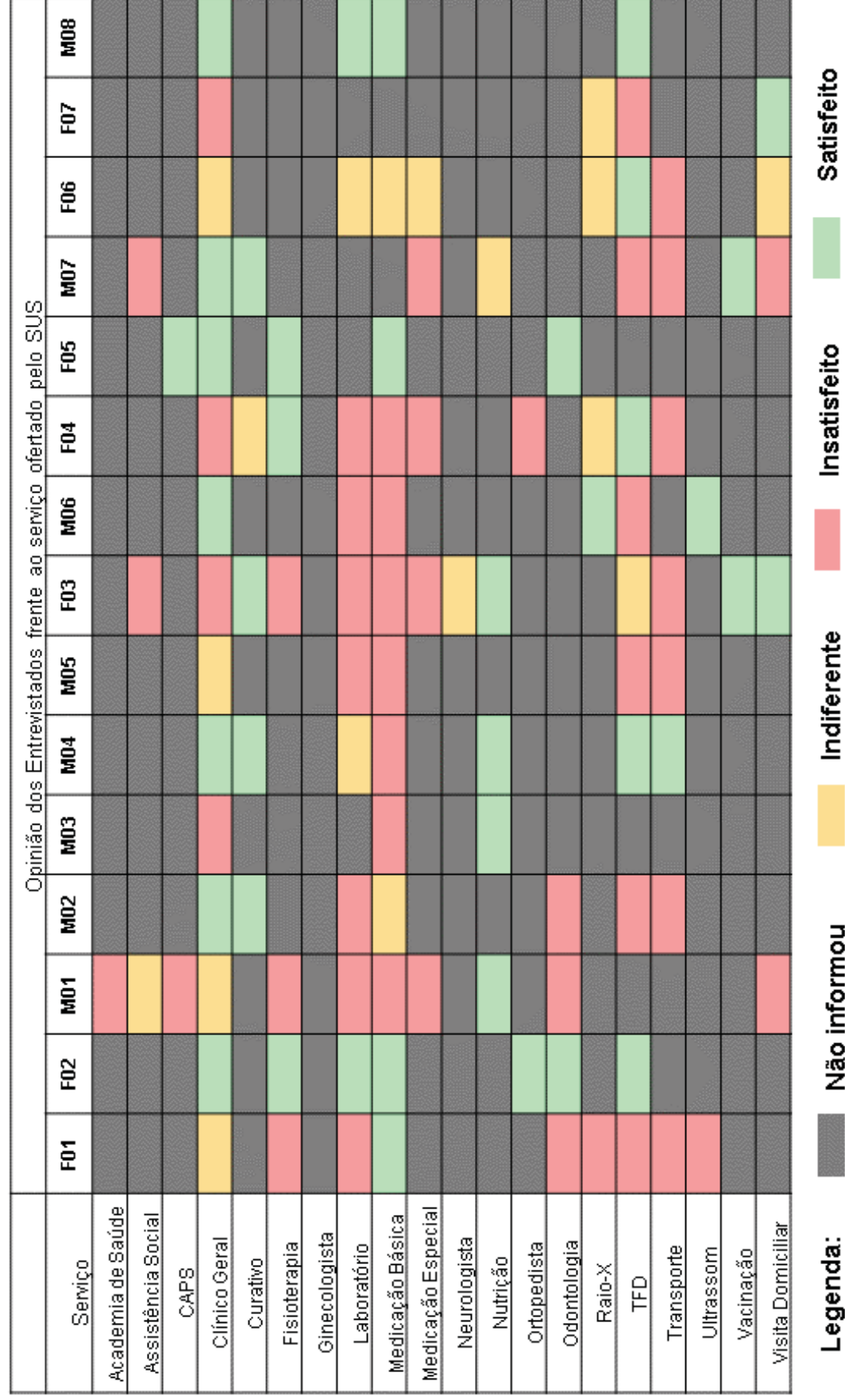
Ao procurar o atendimento em saúde o idoso acaba por encontrar algumas barreiras para o seu atendimento. Algumas dessas dificuldades são descritas na literatura como:

alta de prioridade no atendimento, escassez de oferta de medicamentos, ausência de médicos na APS e oferta insuficiente de consultas e exames especializados nos demais estabelecimentos da rede de atenção à saúde. (LIMA et al. 2018 p.983).

Tais ações devem partir da identificação das necessidades das pessoas idosas, compreendendo que elas não são somente de ordem biológica, tampouco individuais e homogêneas.

Em momento oportuno esses relatos serão priorizados. Por se tratar de um material extenso, apresenta-se um panorama geral dos dados encontrados e futuramente estes serão detalhados. Essa satisfação de cada um dos participantes pode ser sintetizada no quadro abaixo, onde percebe-se o nível referido para cada atendimento o qual foi relatado.

FIGURA 7 – SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS X SERVIÇOS RELATADOS



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

O único serviço relatado por todos os participantes foi o atendimento pelo clínico geral e, conseqüentemente, foi o serviço com uma maior pluralidade de opiniões no tocante a satisfação. O serviço de ginecologia não foi referido por nenhum dos participantes. A academia de saúde e o neurologista acabaram sendo os serviços com menor número de menções sendo seguido dos atendimentos do CAPS, ultrassom e vacinação. Maiores informações podem ser verificadas no Apêndice 5, onde está discriminado cada serviço relatado pelos entrevistados e o Apêndice 3 e 4 onde é possível perceber a distribuição dos serviços no município.

A satisfação de cada um dos participantes está ligada diretamente a conclusão do serviço, pois nos momentos em que os atendimentos não eram alcançados ou concluídos passa a existir o descontentamento. Sendo que, o atendimento voltado ao público com maior crítica negativa é o referente a Farmácia Básica, onde a falta de medicamentos e a centralização passaram a ser questões mais pontuadas pelos participantes.

Por fim, é importante destacar que a pandemia impactou profundamente sobre a pesquisa de campo. Viver uma pandemia não era algo esperado para ninguém, entretanto se tornou uma realidade mundial, que impactou diretamente na vida do grupo pesquisado. Pensar em como ir a campo de forma adequada e sem expor os/as participantes a riscos foi imperioso e permitiu recriar o espaço estudado.

Foi possível perceber que ao longo do tempo os idosos entrevistados passaram a responder e se envolver com a Unidade de Saúde de modo distinto do usual. O primeiro ponto e o mais possível de ser verificado que ocorreu se trata do autocuidado sendo deixado de lado por receio de contaminação e despreparo da equipe a priori.

Estar na linha de frente e ter contato direto com contaminados acabou sendo mais impactante dois meses após o termina da coleta de dados, onde o primeiro entrevistado veio a falecer vítima de COVID-19. Nesse momento se tornou impossível distanciar a profissional de saúde, da pesquisadora e da integrante da comunidade.

Logo em seguida ao primeiro óbito, veio a segunda contaminação de um participante. Ao culminar esses dois momentos os sentimentos se misturaram e foi necessária uma pausa no desenvolvimento da pesquisa, era muito doloroso ouvir a gravação do participante referindo que *“a vida é maravilhosa e vivendo um pouquinho mais tá bom”* e saber que, em meio a pandemia, ele morreu sem se despedir da família.

Confesso que separar a pesquisadora do ser humano sentimental se tratou da maior dificuldade da pesquisa e que acabou se tornando impossível não me sensibilizar com a partida de três participantes que contraíram o vírus. Além disso, vi oito deles lutarem contra a doença. Sensibilizada e tocada por essas mortes, entre tantas que a pandemia tem provocado, registro minhas condolências aos familiares e amigos e externo a minha eterna gratidão a todos que fizeram parte dessa pesquisa que, como já dito, objetivou refletir sobre as percepções dos idosos de Antonina sobre o Sistema Único de Saúde, além de pensar o envelhecimento.

4 O SUS E OS IDOSOS DE ANTONINA

O material coletado e analisado parece demonstrar que o envelhecimento em Antonina possui uma correlação direta com pertencer a uma sociedade. A delimitação local em que o idoso está inserido e o ambiente em que seu atendimento ocorre, estão correlacionados a satisfação referente ao local em que vive, cuidados de saúde, participação em eventos da comunidade, ou seja, estes podem demonstrar percepção e autonomia do idoso em relação ao local em que reside, além de ressaltar a importância da qualidade em que tais relações acontecem.(JESUS et al., 2018).

Com o intuito de tornar mais elucidativo o texto a apresentação dos dados coletados, a análise foi organizada em quatro distintos tópicos, sendo eles: Antes do SUS: A construção do serviço de saúde Municipal e a batalha pela vida; Antonina e a estrutura de saúde ofertada, a visão dos entrevistados e, por fim, sistematização dos dados analisados.

4.1 ANTES DO SUS: A CONSTRUÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE MUNICIPAL E A BATALHA PELA VIDA

Antonina por ser tratar de uma cidade litorânea era povoada em seus primórdios por tribos indígenas de caráter nômade, as quais se deslocavam do planalto para o litoral nos meses mais frios do ano para viverem da pesca e coleta de mariscos. (IBGE, 2020). Entretanto se destacavam a população sambaqui, tida como “selvagem” pelo Ermelino de Leão⁵ e a população Carijó. Estes eram conquistadores e ocupantes do litoral antes da chegada dos portugueses em 1646. (NASCIMENTO, 2020).

Com a sua descoberta em 1646 se inicia o processo de ocupação dos portugueses a esse território, transformando as terras litorâneas em um local de extração mineral e agricultura. Onde o local mais importante era denominado de Guarapirocaba, local doado como sesmaria, hoje Antonina. (NASCIMENTO, 2020)

Antonina se torna vila em 1797, contendo 230 almas/pessoas, partindo de um movimento dos capelistas⁶. Nesta ocasião são iniciadas a construção do pelourinho,

⁵ Historiador conhecido por estudar este município de forma relevante.

⁶ Nomenclatura dada a quem nasceu em Antonina.

a Casa da Câmara e a Cadeia, sendo elevada à categoria de cidade em 1857. (AGOSTINHO, 1918).

No ano de 1884 aparece a primeira descrição de um serviço de saúde realizado na cidade, em meio a seção de anúncios da Gazeta Antoninense é ofertado um serviço de “Alquimias, suadores e ervas”. Nesta mesma edição é visto o anúncio de um óbito referente a uma escrava liberta encontrada em uma estrada do município. (HEMEROTECA, 2020a).

O hábito de cura pautada em crenças populares, benzimentos e ervas é algo apontado durante a pesquisa até hoje, sendo por vezes a primeira saída como apontado por F01:

... a gente tinha uma coisa assim sabe de não ir muito em postinho essas coisas né. Eles usavam muito remédio caseiro, a gente é muito em benzedeira. Né tava com problema de vermes era a benzedeira, dor de barriga era a benzedeira. Disso que eu lembro assim sabe.

Assim como descrito pelo M02:

Quando pequeno eu nem ia no postinho ali do Matarazzo⁷, a mãe da gente acreditava e levava pra benzedeira pra tudo. A gente era saudável doutora, um irmão meu ficou lá no postinho um pouco teve uma febre que não lembro, mas o que curou ele foi a garrafada do seu avô⁸.

É importante destacar que a cura conquistada nesses dois casos foi informada de forma espontânea ao longo da entrevista, por indivíduos de fé distinta, sendo a primeira católica e o segundo evangélico convertido a um tempo não relatado.

Concomitantemente com a figura da prática curativa popular existia “também a prática da medicina de cunho religioso que, com aval da Igreja, muitas vezes intervinha através de suas curas espirituais, na grande massa da população pobre” conforme descrito por Siqueira (1989 p. 51).

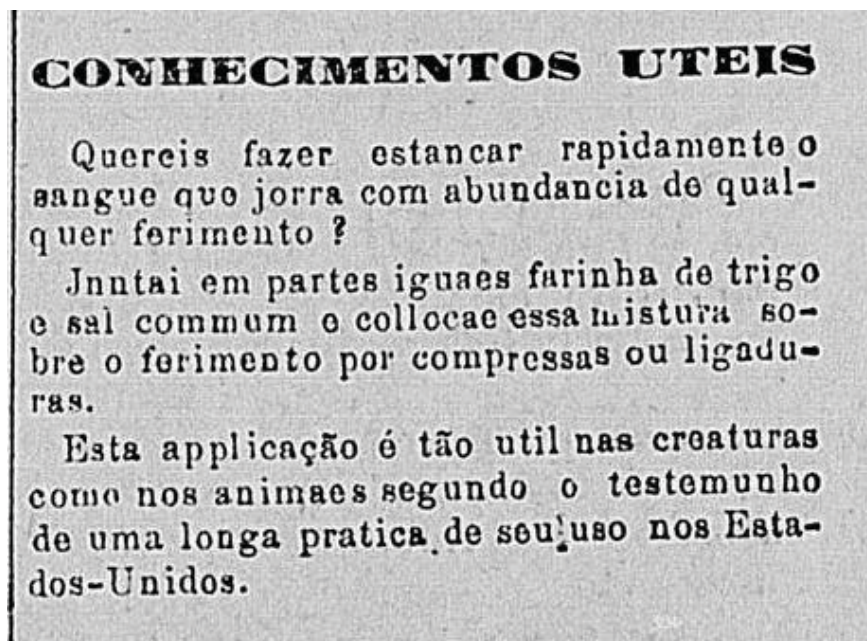
A necessidade de atendimento em saúde no final do século XIX, pode ser percebido ao rever a editoração publicada em 6 de maio de 1988 pelo jornal O Labor

⁷Referência a Casa de Saúde Condessa Matarazzo.

⁸ Meu bisavô era conhecido no município por vender garrafadas e unguentos.

onde é visto uma receita para o tratamento de ferimentos, humanos e animais. (HEMEROTECA, 2020b).

FIGURA 8 – RECORTE DO JORNAL



FONTE: O LABOR (1888)

Chegamos ao século XX, período de ascensão econômica na cidade estudada, onde o Império da Erva Mate se soma ao crescimento portuário. Época de grande desenvolvimento estrutural da sociedade de Antonina. (NASCIMENTO, 2020).

Fruto do crescimento social da população antoninense, surge em solo capelista a gripe espanhola em 1917 e o surgimento da Santa Casa de Antonina, a qual não se pode precisar a data, entretanto o início do século XX é dado como marco inicial para a construção destas estruturas em Antonina e Paranaguá. (RONCAGLIO, NEUERT E MARTINS, 2001).

Pode ser elencado a esse período, a inauguração da Farmácia Internacional de Antonina, referência para a cidade desde o início do século XX. Sua sede foi tombada pelo Patrimônio Cultural do Paraná, mas prestou e continua prestando atendimento à população até os dias de hoje. Independentemente da modernização necessária, essa farmácia apresenta o acervo de mobiliário e insumos utilizados pelos boticários. Seu tombamento foi aprovado em 2007. (PARANÁ, 2020).

É durante o transcorrer do século XX que a tuberculose passa a ser um problema para o Paraná, sendo criado a Liga de Defesa contra a Tuberculose e um anexo ao Hospital de Antonina destinado ao tratamento da doença. Hoje em dia é nas dependências desse anexo que se encontra a UBS Central, que continua se tratando de uma dependência do Hospital.

A estrutura pertencente a Liga se encontra preservada e até pouco tempo ainda funcionava, sendo que no final do século XX passou a funcionar como escola. A participante F01 relata que, neste período, trabalhou em suas dependências: *“trabalhei na Liga um tempo, gostava muito de atender as crianças”*.

Coube a família Matarazzo a construção destinada ao cuidado dos filhos de funcionários de seu porto, onde ficou situada o Posto de Puericultura Condessa Mariângela Matarazzo, sem data definida de sua abertura. Essa necessidade foi destacada por F01 que, em seu relato, informou que *“...antigamente na época principalmente da minha infância tinha muita criança né o bairro era grande, era enorme por causa da indústria Matarazzo”*. Essa estrutura criada pode ser observada na figura abaixo:

FIGURA 9 – RUÍNAS DO POSTO DE PUERICULTURA CONDESSA MARIANGELA MATARAZZO (FOTO DE 2006)



Fonte: Nascimento (2020)

A dificuldade de acesso a saúde antes da criação e implementação do SUS foi relatada pelos entrevistados F01, M02, M08. Sendo destacado o relato do senhor M02:

Eu usei o SUS desde pequeno⁹, quando eu nasci a gente tinha aquele o bronquite. E quando chegava aos 12/13 anos sumia. Graças a Deus nunca mais. Inclusive tenho três irmãos e uma irmã, e dois irmão morto por esse bronquite, eles saiam aqui da Pita aqui do Itapema, iam para o hospital que naquele tempo não tinha condução. Meu Pai punha minha Mãe no porta bagagem da bicicleta com a criança e chegava lá. Quando chegava de volta a criança tinha falecido, estourava começava a joga sangue por que trancava tudo. Eu sei o que é eu tive isso aí não é fácil. Mas depois de 12/13 anos sumia, a gente pegava friagem pegava tudo e nunca mais deu.

Esse mesmo senhor demonstra que a dificuldade para o transporte permaneceu mesmo após a implementação do SUS, pois ao necessitar do serviço fora do município teve que levantar cedo e esperar o dia inteiro longe de casa. Motivo esse que deixou de utilizar o transporte Municipal.

4.2 ANTONINA E A ESTRUTURA DE SAÚDE OFERTADA

O serviço em saúde no município estudado possui algumas características bem peculiares e tem seu pilar estrutural na Secretaria de Saúde Municipal, a qual coordena atendimentos realizados no Hospital localizado na cidade e as Unidades Básicas de Saúde (SMS, 2019).

O atendimento em saúde municipal é um tanto controverso, sendo que existem pontos positivos e negativos destacados pelos idosos que participaram da pesquisa. Uma das entrevistadas, F03, ao relatar aquilo que considera o melhor e o pior de morar em Antonina, sintetiza o descrito por sete dos 15 participantes: “o melhor é a tranquilidade, o pior é a falta de estrutura, por que aqui a gente quase não tem nada”. Em tom de brincadeira, ela segue seu comentário referente a saúde “não falta só na saúde, falta em todos os ramos. Como diz aquele povo aqui tamo na “fartura”. Praticamente tá faltando tudo”.

⁹ É importante destacar que nesse caso o usuário se utilizava das ferramentas de saúde ofertadas no município e que esta formulação é anterior a criação do SUS. Contudo ocorre uma simplificação no conceito de ferramentas de saúde como tudo sendo SUS por ser ofertado de forma gratuita.

De acordo com Sen (1999) a privação de liberdade se vincula estreitamente à carência de serviços públicos, pois essa falta impede que o indivíduo possa contar e utilizar todas as ferramentas ofertadas para a garantia da sua saúde.

O senhor M02 ao ser questionado quanto a sua satisfação em relação ao SUS, refere que já realizou inúmeros procedimentos dentro e fora do município, porém, frente ao atendimento que já utilizou, enfatiza que: “*não tenho do que me queixar, não tenho pra onde ir também*”. Esse mesmo senhor ao iniciar a entrevista perguntou quatro vezes se o “*poderoso*”, se referindo ao secretário municipal de saúde, iria saber que ele estava ou não falando.

A entrada dentro do sistema de saúde municipal segue o pressuposto por lei, onde existem duas formas diretas para que ocorra, sendo a primeira pelo atendimento realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a segunda pelo atendimento realizado no Pronto Socorro. Ressalta-se que no ano de 2019 passou a ser realizado o atendimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), o qual foi iniciado em novembro de 2018, permitindo um melhor funcionamento das equipes de saúde da família (SMS, 2019).

Durante as entrevistas foi possível perceber que por vezes o Hospital aparece como primeira opção no atendimento à saúde. Isso se deve ao fato que o município centraliza atendimentos na Unidade de Saúde Central a qual é localizada atrás do Hospital Municipal, bem como utiliza a própria estrutura do hospital para atendimentos da Atenção Primária. Isso ficou evidente na entrevista de F04, pois a idosa informou que não utiliza o atendimento disponível em seu bairro e quando necessita se encaminha a unidade de pronto atendimento do Hospital.

Segundo Pereira et.al (2017) a atenção básica deve ser pensada no usuário e, portanto, ela pode ser adaptada com o intuito de facilitar o acesso da população e assim aproximando o serviço do usuário.

Outro momento de inversão na forma de atendimento é visto no caso da senhora F07, a qual reside no Bairro Portinho e informa como unidade de referência a Unidade Central. Entretanto ela ressalta ser uma opção individual, pois seu esposo é atendido pela equipe da UBS de seu bairro.

Alguns usuários pesquisados utilizam, no entanto, unidades mais distantes de sua residência, por referirem que possuem um melhor atendimento ou um maior número de serviços. Ou seja, a escolha pelo local de atendimento é pautada na certeza de conseguir os serviços necessários.

O senhor M06 descreveu que, em um determinado momento, não pode ser atendido na Unidade Central por não ser morador da região e ele informa que: *“eu tava com dor demais doutora, fazia dias que não tinha médico aqui no postinho eu vim pedir ajuda para o senhor enfermeiro. Foi ele que me deu o remédio”*. Uma semana após esse relato o senhor M06 deu entrada na emergência e foi encaminhado para a cirurgia de retirada de vesícula. Esse mesmo senhor precisa de uma medicação especial, porém desde sua cirurgia não conseguiu receber.

Para Damaceno e Chirelli (2019, p.1638), a estrutura da Estratégia Saúde da Família - ESF deve ser “visualizada como meio para a reorganização das práticas em saúde, podendo abordar e estimular o envelhecimento ativo”, ou seja, ela pode se amoldar às necessidades da população. Contudo, na cidade estudada, essa ferramenta acaba por não ser efetiva a população e dessa forma prejudica o resultado saúde esperado por sua implementação e funcionamento.

O acesso ao atendimento médico pode ser moroso e isso fez com que os entrevistados F01, M03 e M07 passassem a utilizar o atendimento público de saúde apenas após a aposentadoria, pois devido a rotina não dispunham de tempo suficiente para enfrentar as filas do atendimento.

A entrevistada F01 descreve em seu relato que a falta de tempo foi um diferencial para a não utilização antes dos serviços em saúde e de acordo com o seu relato é ela destaca que *“... pouco ocupava, agora eu tô sendo sincera para você agora que eu tô utilizando mais o postinho agora. Depois que eu me aposentei. Porque até então a gente vivia nessa correia de escola, pra mim era até mais fácil.”*

As filas de atendimento não são verificadas apenas para o atendimento médico, mas também na busca do serviço de Odontologia, conforme verificado no relato de M04 que informou que não utilizou o atendimento odontológico devido a morosidade. Outros dois pesquisados, também desistiram de utilizar o serviço odontológico pela mesma razão.

O poder político foi referido como uma forma de burlar a espera ao atendimento. Nesse sentido, M02, M06 e M07 informaram que alguns vereadores podem facilitar determinados procedimentos mediante pagamento. Como pode ser exemplificado pelo relato do senhor M07 quanto a uma conversa com um morador da Zona Rural da cidade. Em tom de indignação M07 diz:

Esses dias eu questioneei uma situação, fugindo um pouco do assunto, “eu vô votar em fulano porque ele me ajudou, me levou no hospital”. Eu falei pra ele: você conhece o SUS? Já ouviu falar do SUS? “Ah sim.” Então, o SUS é Sistema Único de Saúde, é pra atender todos entendeu? Então esse cidadão não tá fazendo um favor pro senhor. O hospital aqui dentro das condições vai encaminhar o senhor pra Curitiba ou pra qualquer outro lugar, não é papel de vereador isso aí. Ainda cobram, ainda tão tirando recurso aqui da cidade, que pelo conhecimento que eu tenho, você deve conhecer isso aí também bastante, que todo repasse que vem é feito uma estatística de atendimento na cidade, tudo isso aí. Se eu levo gente daqui lá pra outro lugar, tô deixando de atender aqui na cidade e tô tirando recurso daqui também.

O relato de M01 também descreve que o poder político influencia na ordem de atendimento da USB, nos insumos ofertados para o serviço da equipe e na contratação ou não da equipe. Sendo mobilizado o atendimento conforme a vontade da gestão, como por exemplo o atendimento odontológico que no bairro da Ponta da Pita ocorria dentro de uma Associação de Moradores. Ele descreve em tom de revolta *“é um absurdo o dentista atende pelo SUS na associação, de 15 consultas apenas três vão pra comunidade. É gente levantando cedo pra tenta pega e não consegue”*.

Depender de uma atitude de politicagem para conseguir um atendimento dentro do SUS fere diretamente o programa e o que ele preconiza. Afinal, como já abordado na parte teórica, dentro das diretrizes norteadoras do SUS temos os princípios de universalidade, integralidade e de equidade, os quais são descritos como princípios doutrinários.

Agenciar um atendimento de saúde acaba por invalidar todo o sistema, a ordem prioritária de atendimentos deve ser uniforme respeito a necessidade individual de cada usuário e a disponibilidade dentro de cada município. Essa alteração na ordem normal de atendimento pode ocasionar a morosidade para os outros usuários, além de ser ilegal.

De maneira geral, o corpo de serviços disponíveis na seara da saúde conta com 21 estabelecimentos credenciados, sendo que estes oferecem as mais diversas formas de atendimentos e estão divididos em três modalidades: pertencentes exclusivamente ao SUS, atendimento exclusivo particular e atendimento misto. Como pode ser observado na tabela que sintetiza tais atendimentos abaixo:

TABELA 6 – SÍNTESE DE SERVIÇOS OFERTADOS NO MUNICÍPIO

EQUIPAMENTO OFERTADO	TOTAL	SUS	PARTICULAR	MISTO
Central de Gestão em Saúde	1	1	0	0
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	1	1	0	0
Clínica/Centro de Especialidades	2	1	1	0
Consultório Isolado	5	0	4	1
Hospital Geral	1	1	0	0
Policlínica	1	0	1	0
Polo Academia da Saúde	1	1	0	0
Posto de Saúde	7	7	0	0
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	1	0	1	0
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na área de Urgência	1	1	0	0
Total	21	13	7	1

FONTE: CNES (2020)

Frente aos atendimentos particulares o descrito por F03, que divide a casa com seu esposo acamado e com mobilidade reduzida. Ela se recorda que no início do tratamento mantinha o pagamento de fisioterapia particular três vezes na semana, entretanto com a necessidade de sonda para a alimentação de seu esposo e o aumento das despesas, deixou de pagar a fisioterapia e iniciou o processo para a sua utilização em atendimento domiciliar ofertado pelo SUS. Ela informa que *“antes quando eu podia (sinal de dinheiro com as mãos) ele vinha toda semana agora que passou pra saúde, a cada dois meses ele aparece”*

A central de Saúde cadastrada é referente a Secretaria Municipal de Saúde, a qual é localizada dentro das dependências do Hospital Municipal. Este funciona em sistema misto de gestão¹⁰ entre o município e o estado, possui atendimento em pronto socorro, clínica médica adulto e pediátrica, atendimento a gestantes, procedimentos de imagem. Conta com o serviço de atendimento especializado de fonoaudiologia, fisioterapia, neurologia e nutrição, sendo responsável também pelo do atendimento do laboratório de análises clínicas. (SMS, 2019; CNES, 2020). No entanto, nenhum idoso relatou a utilização de fonoaudiologia e foram encontrados problemas para o

¹⁰ Na década de 1990 ocorreu a municipalização do Hospital Dr. Silvio Bittencourt Linhares, o qual passou a ser gerido pelo município e conta com funcionários estaduais subordinados a gestão municipal.

acesso ao atendimento médico, a entrega de medicamentos e fórmulas especiais e ao acesso ao transporte.

No tocante ao transporte municipal de saúde podemos destacar o relato de M02, o qual utilizou uma única vez o transporte e deixa claro o motivo de deixar de usufruir. Segundo ele:

Quando usei o transporte não tive problema, foi tranquilo. Só que é demorado, porque o transporte leva em tudo quanto é hospital, quanto é posto de saúde que é em Curitiba, aí saem daqui base de cinco ou seis horas da manhã e tinha dia que chegava aqui 19:30, então larga e vai pegando cada um, aí é a demora.

Assim como M01, que utilizava o transporte para sua irmã acamada e deixou de utilizar, que relatou que a maior dificuldade era o descaso para com o usuário:

É quando a mãe dela teve o problema do AVC, a gente utilizava o transporte, mas era muito difícil, sabe. As vezes ela se aprontava, a gente aprontava ela, tomava banho, ajeitava toda ela. Ela ficava esperando e de repente não vinha. E as vezes nem avisavam, isso que era triste que a gente achava.

O CAPS conta com equipe financiada por verba municipal a qual atende demanda via encaminhamento da Atenção Básica. O centro de especialidades o qual atua na esfera municipal trata-se da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais -APAE e uma clínica de fisioterapia atendendo na esfera particular. Nenhum idoso mencionou estas estruturas em seu relato.

No Consultório Isolado, consta a Colônia de Pescadores Z8 a qual se trata de uma associação de pescadores e que oferta em parceria com o município atendimento Médico e Odontológico à população. Sendo os demais estabelecimentos, clínicas odontológicas particulares.

As estruturas particulares são acionadas quando existe uma grande necessidade como no caso de F04 que precisava de avaliação médica para garantir a sua aposentadoria e, por isso, pagou pela consulta como forma de acelerar o processo. Essa idosa possui a sua mobilidade reduzida sendo cadeirante e dependendo de atendimento constante pois possui dor crônica.

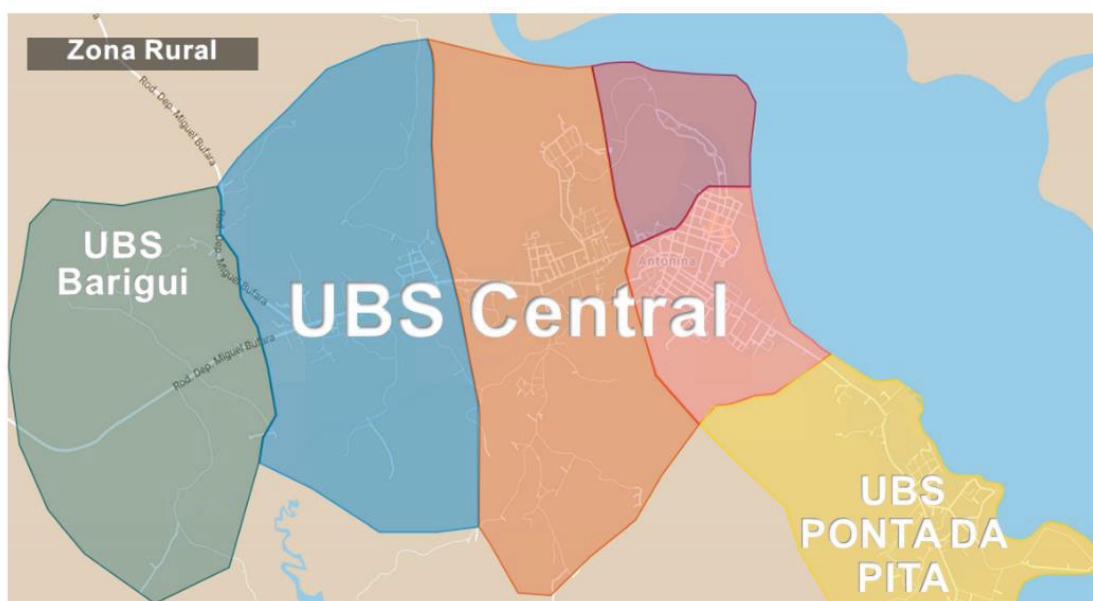
O atendimento mais referido na esfera particular é de exame de sangue. De acordo com a idosa F01 o exame na esfera municipal é demorado, por isso afirma que: “... acho muito falho no sentido de exames, quando você faz um exame é muita

demora, é muito difícil. Ai o que você tem que fazer, acaba tirando do bolso mesmo e fazer por conta né? tem coisa que você não pode espera”.

Sendo que a demora para o resultado é elencada não só por esta entrevistada, como também por F05 e M04. Apenas a senhora F02 informou que a celeridade para realizar os exames é um diferencial e que nunca apresentou dificuldades para a realização deles. É importante destacar que F02 é aposentada na área da saúde e foi secretária de saúde municipal durante duas gestões distintas.

As UBS estão distribuídas em torno da cidade, onde quatro equipes estão localizadas na área Urbana e quatro equipes na área Rural. Cabe ressaltar que no cadastro do CNES de 2018 á 2020 existem algumas divergências entre as unidades que estariam ou não ativas. Sendo que a distância entre os bairros da cidade são consideráveis, principalmente quando o transporte público sofre alterações. Com a intenção de elucidar as distâncias entre as Unidades foi indexado o mapa a seguir.

FIGURA 10 – DIVISÃO DE UBS



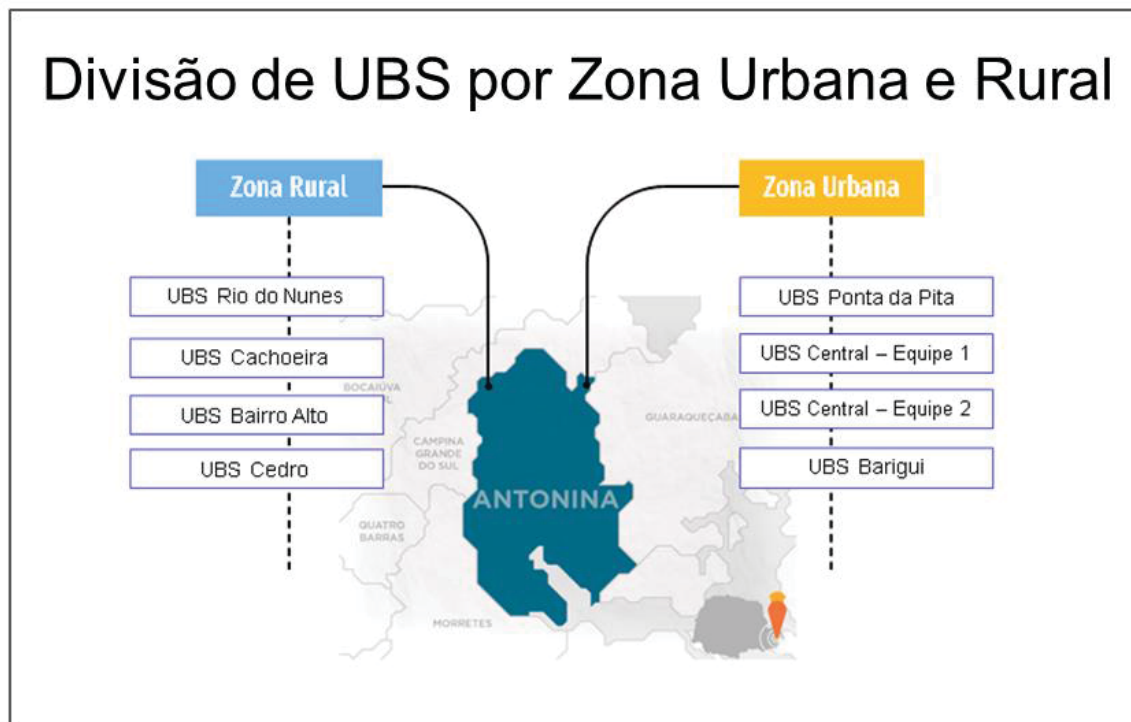
FONTE: ADAPTADA DE CNES (2020).

A diferença entre as Zonas Rurais e Urbanas no quesito densidade populacional é relevante, tendo em vista que de acordo com IBGE (2010) existem 2.828 habitantes na Zona Rural e 16.063 habitantes na área Urbana. ¹¹Desse modo

¹¹ Vide Apêndice 3 e 4 para a distribuição dos serviços ofertados em cada área.

podemos separar as unidades de saúde em dois eixos, conforme imagem ilustrativa abaixo:

FIGURA 11 – DIVISÃO DE UBS POR ZONA URBANA E RURAL



FONTE: ADAPTADA DE CNES (2020).

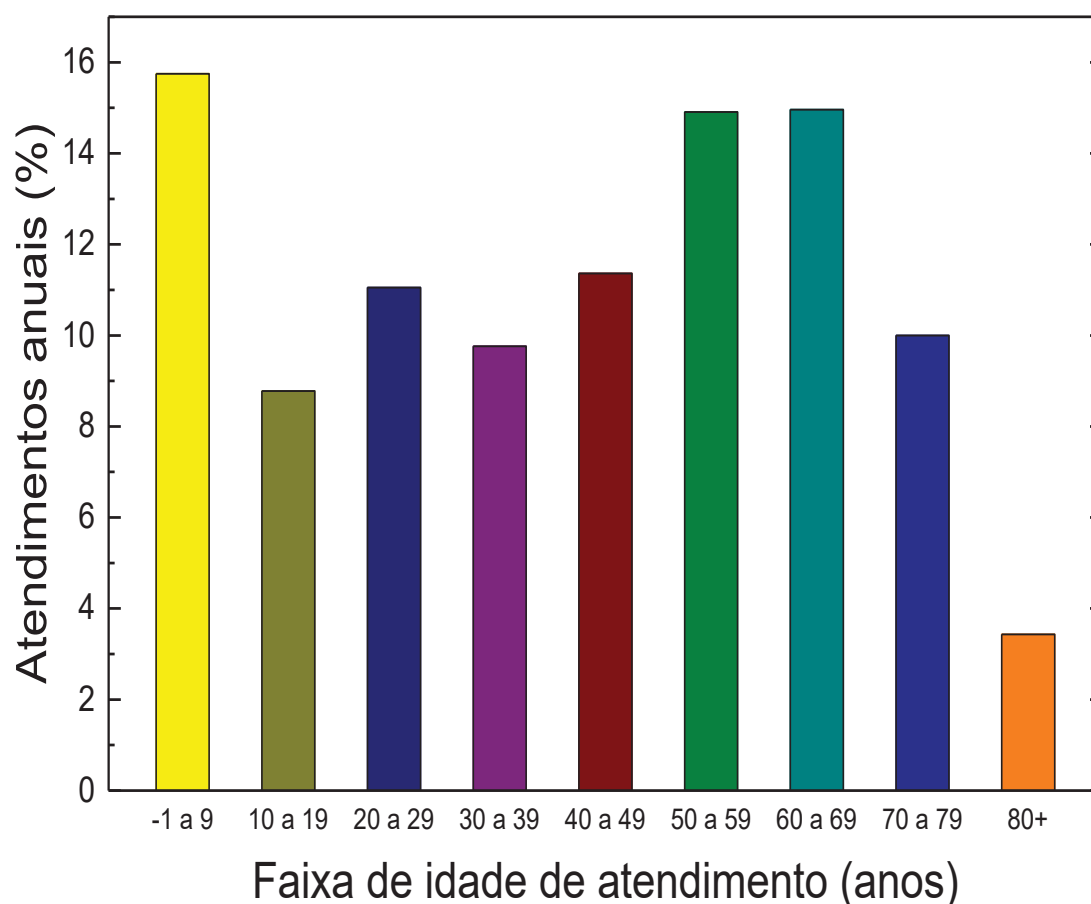
De acordo com o Relatório de Saúde (2018) do município em questão, no ano de 2018 Antonina disponibiliza cerca de 17.823 atendimentos ao ano na sua rede de Atenção Básica (AB). Estes acolhimentos ocorrem de forma individual e aproximadamente 28,40% dos serviços acabam sendo usufruídos por idosos. Falando em números gerais a faixa etária em que ocorre o maior número de atendimentos corresponde a de 40 a 44 anos, sendo que a idade de acordo com a mediana encontrada é de 41 anos. É importante destacar que todos os atendimentos do relatório foram realizados nas UBS, não sendo reportado nenhum atendimento em domicílio.

Os participantes F01, M01, F03, F04, M07 e F07 conhecem e/ou foram atendidos por meio de visita domiciliar. Inclusive a senhora F07 informou que durante a visita domiciliar ao seu marido acamado ocorreu a dispensação de medicamentos e de insumos necessários ao curativo. Porém não sabe relatar qual foi a data dessa visita.

Estes atendimentos realizados vão desde o atendimento médico, o serviço de triagem prévia a consulta, o atendimento da enfermagem e atividades correlatas. Todos que sejam cadastrados no sistema E-SUS, conforme a legislação preconiza. Para tanto é necessário que o usuário apresente o seu Cartão SUS no início do atendimento.

Com o intuito de ter um panorama geral sobre os atendimentos realizados em Antonina, o gráfico 2 apresenta dados por faixa etária. É possível verificar que os indivíduos de zero a nove anos realizam mais consultas correspondendo a 15,75%, seguidos pela faixa etária de 60 a 69 anos, a qual perfaz a 14,96% do total de atendimento. Todavia, se for considerado o grupo infanto juvenil, crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, e o grupo de idosos, 60 anos ou mais, o atendimento de idosos é maior. Nesta perspectiva de grupo, o maior atendimento é no dos adultos (30 a 59 anos).

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXAS ETÁRIAS DO ATENDIMENTO BÁSICO EM SAÚDE.



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

Ao se tratar de dados gerais para os atendimentos básico em saúde, ocorre uma diferenciação quanto ao sexo. No ano de 2019, ocorreu um maior número de atendimento em saúde referente ao público feminino do que ao masculino, sendo 49% das mulheres atendidas com menos de 60 anos e 17,01% com mais de 60 anos. Enquanto a população masculina era composta de 22,61% de não idosos e 11,38% de idosos.

De acordo com o descrito por Guibu et al. (2017), dentre os usuários do SUS no Paraná 18,9% são mulheres com mais de 60 anos e, no Brasil, 18,6%. Já entre os homens com mais de 60 anos, no Paraná 24,1% são atendidos no SUS e 30,04% no Brasil. Uma das razões dessa diferença está relacionada ao fato de que os homens procuram atendimento à saúde quando mais velhos e provavelmente com sintomas.

Essa diferença entre o encontrado em outros estudos pode ser justificada pelo fato de que em Antonina a população feminina acima de 60 anos é superior a masculina, havendo de acordo com o Censo (2010) o número de mulheres é 12,83% superior ao de homens.

Arelado ao atendimento a ser realizado percebe-se que é necessário a existência das equipes de saúde para a realização dos mesmos. Em Antonina o atendimento ocorre de forma particular e possui características que precisam ser descritas.

De acordo com Lazzareti (2014) a estrutura do SUS pode ser “moldada” em alguns aspectos para facilitar o atendimento ao usuário, tendo em vista que a lei 8.142 de 1990 permite que os municípios criem políticas de atuação que sejam um reflexo de sua necessidade. Porém, em Antonina a política adotada de atendimento acaba afastando o usuário. Outro aspecto que a autora destaca para a não utilização dos serviços é a burocratização, fato esse que ao atrelar o serviço ofertado a Secretaria de Saúde acaba sendo um resultado direto.

As equipes cadastradas para o atendimento possuem caráter diverso, sendo composta por 82 profissionais sendo eles divididos em sete classes diferentes. Por mais que exista essa diferenciação profissional, as equipes da área rural apresentam um número reduzido de profissional e a UBS Rio do Nunes e UBS Cachoeira dividem a carga horária do profissional da enfermagem e do médico. Das equipes encontradas duas respondem a modalidade de Saúde Bucal e as outras estão cadastradas na modalidade Mais Médicos.

TABELA 7 – QUADRO DE PROFISSIONAIS UBS ANTONINA-PR DIVIDIDOS POR UNIDADE DE SAÚDE

UBS								
	Unidade Básica de Saúde Ponta da Pita Dr Clailton J Gonçalves Pereira	Unidade Básica de Saúde Rio do Nunes Nisa Barth de Campos	Unidade Básica de Saúde Cachoeira Nice Alcantara Machado	Unidade Básica de Saúde Bairro Alto	Unidade Básica de Saúde Cedro Mirthes Rottoli Macedo	Unidade Básica de Saúde Central de Antonina - Equipe 1	Unidade Básica de Saúde Central de Antonina - Equipe 2	Unidade Básica de Saúde Barigui Padre Afonso Sullivan
Tipo de Equipe	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico	Mais Médico
ACS	7	4	4	0	0	7	7	8
Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1
Técnico de Enfermagem	1	1	0	1	0	3	2	1
Auxiliar de Enfermagem	1	0	1	0	1	4	0	0
Odontologista	0	0	1	0	0	0	1	1
Técnico em Saúde Bucal	0	0	0	0	0	0	1	1
Médico	1	1	1	1	1	9	1	1
Total	11	7	7	3	3	24	14	13

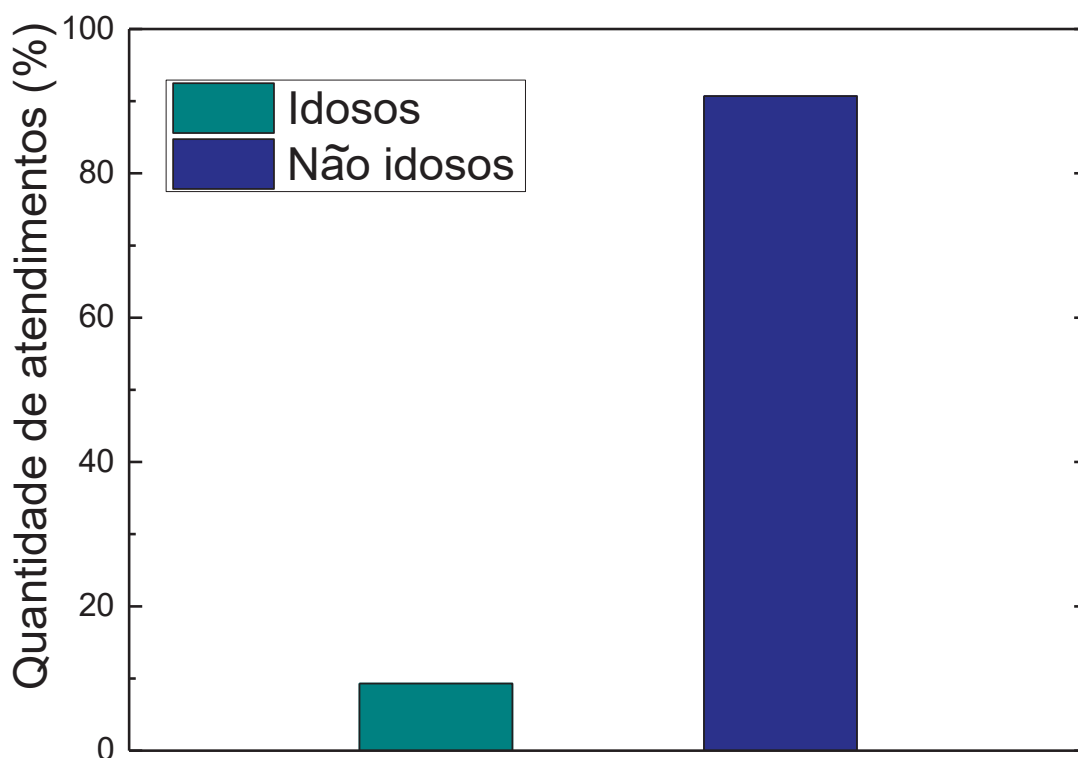
FONTE: CNES (2020).

Ao analisarmos os atendimentos odontológicos ofertados pelas duas unidades municipais, que somadas realizaram 1656 procedimentos ao longo do ano,

e que no quadrimestre estudado existe uma diferença considerável entre os atendimentos ofertados a população infantil e adulta quando comparada com a população idosa.

Entre os 18.891 habitantes da cidade de Antonina, os quais 86% estão na faixa etária de zero a 59 anos e 14% com idade superior a 60 anos. Entretanto essa diferença demonstra exatamente a porcentagem de idosos atendidos no ano pesquisado, pois 14,5% dos atendimentos odontológicos foram destinados aos idosos e a faixa etária com maior número de atendimentos corresponde ao intervalo entre 70 a 74 anos. O atendimento pode ser verificado no Gráfico 3.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXAS ETÁRIAS DO ATENDIMENTO POPULACIONAL NA ODONTOLOGIA NO ANO DE 2019



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA (2020)

O atendimento odontológico é distante da população geral, e não apenas da população idosa, o senhor M04 nos descreve que “*nunca usamos dentista, nem eu nem minha família, é difícil marcar consulta com dentista, tem que chegar de madrugada e a gente com uma certa idade não gosta de estar saindo de madrugada*”.

Para Placideli et al. (2020) existe uma grande desarticulação da rede de serviços de saúde como um todo, especialmente no tocante a rede de atenção à saúde do idoso, o que acaba por dificultar o atendimento de saúde dessa população específica.

Conforme a legislação vigente no Brasil o acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde referente a todos os níveis de atendimento deve ser dos idosos. Devendo minimizar o tempo entre diagnóstico e a consulta com o especialista. (Pereira, et al. 2017).

Os idosos entrevistados relataram o atendimento médico, farmácia básica, farmácia especial, fisioterapia, nutrição e atendimento de imagem. Porém a maior quantidade de relatos se refere a atendimentos de fora do município a nível de especialidades.

Os atendimentos realizados fora da esfera municipal são atendimentos de especialidades os quais estão enquadrados no nível secundário e terciário do SUS. O atendimento a nível secundário pode ser encontrado em hospitais e ambulatórios, entretanto normalmente são encaminhados ao Hospital Regional do Litoral, assim como os atendimentos a nível terciário. Nesse ponto a centralização do atendimento permite que exista um melhor serviço a ser prestado.

A Academia de Saúde é localizada em área central, contando com espaço próprio para a realização das atividades. No ano de 2018 foi observado que a ofertava dois programas de atividade física sendo um destes exclusivos aos idosos, este é denominado de Projeto Mais Saúde da Melhor Idade. Destes, 53,79% estão divididos entre os programas de uso exclusivo para os idosos.

As idosas F05 e F07 utilizam o serviço da Academia em outro polo, porém elas não correlacionam com uma atividade de saúde. A idosa F03 correlaciona o atendimento da Academia a um de seus polos a PIA (Patronato do Idoso de Antonina), local que figura como sede para uma das turmas de atividade, o que é evidenciado em seu relato: *“...de atividade do idoso tem o PIA, mas de PIA só tem o nome por que atividade nenhuma. Antes quando tinha, antes da quarentena, tinha um binguinho só. Outra coisa não tem que eu saiba não.”* E é a única referência direta a essa forma de atendimento.

De acordo com M01, o desconhecimento da Academia de Saúde não é apenas entre os usuários, ele se estende aos funcionários e a comunidade de forma geral.

Essa afirmação fica clara no seguinte trecho de sua entrevista, após ser questionado sobre a utilização dessa ferramenta:

Academia de saúde, que fica ali no Jardim Maria Luiza né, era aberto ao público não que seria uma coisa específica para o idoso, então assim, isso nunca chegou, veja existe uma falha muito grande talvez com relação a parte de comunicação da própria secretaria, onde não especifica e não deixa na Unidade básica e nos locais específicos da área da saúde que aquele local seria pra atendimento de idosos, quando se fala em Academia de Saúde é uma coisa aberta ao público, então assim não era uma coisa de conhecimento, acho que se pegar todos os funcionários e perguntar pra todos os funcionários da unidade, eles não vão saber responder isso, porque realmente essa parte da comunicação não existe.

Esse desconhecimento de uma ferramenta tão importante para a promoção de saúde acaba por impactar negativamente na saúde dos usuários, pois a atividade física é um dos pilares para um envelhecimento saudável e a redução do uso de medicamentos ao longo da vida. (BRASIL, 2005).

O Conselho Municipal de Saúde, que é um conselho partidário onde os representantes do executivo – por decisão dos conselheiros – não assumem cargos na mesa diretora, está, a princípio, atento a todas essas questões. Na análise das atas do 2019, é possível identificar anseios da comunidade. Durante primeira leitura pode ser observado a repetição de algumas palavras de importância para a análise das entrevistas, como atendimento, informar, salientar, profissional, paciente e gestor entre outras.

A presença destas palavras de forma mais constante demonstra a importância de tais assuntos para o conselho de forma mais ou menos relevante. A palavra saúde não foi considerada como uma das palavras chaves para a análise tendo em vista que ao observar o texto em que ela estava inserida era sempre em referência ao contexto de palavras correlacionadas.

De acordo com o visualizado em forma de conteúdo nas atas pode ser observado que a UBS Ponta da Pita no ano de 2019 apresentou problemas referente ao tratamento odontológico o qual deixou de existir e o atendimento médico em três momentos distintos foi detectado como inexistente e o atendimento ao público foi relatado em ata como “deixado de exercer a atividade de forma humana” (CMS, 2019h).

A representante da comunidade do Bairro Alto informou que o atendimento em consultório odontológico não ocorre e elencou tal fato como importante para a

comunidade. Infelizmente devido a pandemia não foi possível entrevistar nenhum usuário da Zona Rural pois o acesso telefônico é difícil e durante o período de coleta os postos foram fechados nesse local.

A palavra informar apareceu seis vezes correlacionada com a ausência de medicamentos nas unidades. Entraves de acesso ao sistema como marcação de consulta e distribuição de farmácia básica foram percebidos na USB Ponta da Pita e UBS Barigui.

A ata 04 de 2019 apresenta o resultado da XI Conferência Municipal de Saúde na qual ocorreu a formulação de ações a serem realizadas respeitando a divisão das áreas urbanas e rurais. E terminando com a eleição do novo conselho para a gestão de 2020-2023.

A figura do gestor aparece de forma recorrente durante as reuniões, ora com explicações referentes as questões elencadas, ora informando alterações já realizadas. Entretanto é necessário ressaltar que o Secretário de Saúde é parte do conselho e as reuniões não se iniciam sem a presença do mesmo. Tal fato foi percebido e relatado em diário de campo no dia 18 de fevereiro de 2020.

A palavra trabalho apareceu correlacionada com odontologia ou termos similares 20 vezes ao longo do texto. Podendo ser destacada a solicitação de alteração de profissional, a ausência de atendimento nas unidades já mencionadas e o atendimento prestado via Colônia de Pescadores.

Em nenhum dos documentos analisados foram visualizados atendimentos destinados exclusivamente aos idosos, estando estes inseridos na rotina do serviço da saúde de forma espontânea. Bem como nesse ano em nenhum momento das reuniões do CMS foi sugerido o desenvolvimento ou amparo dessa população na seara da saúde.

A análise das atas nos permite verificar de uma forma um pouco mais ampla os anseios da comunidade, sendo que os relatórios quadrimestrais refletem apenas a voz da gestão frente aos serviços ofertados.

4.3 O OLHAR DOS ENTREVISTADOS

Viver vai além de respirar! A vida de cada um dos idosos pesquisados se encontra em algum ou vários momentos com a Atenção Primária, pois o bem-estar físico e mental é de suma importância para uma vida adequada. (OMS, 2005)

Com as entrevistas foi possível entender que cada um dos entrevistados teve um grau de envolvimento com a estrutura da saúde de forma peculiar. Os entrevistados F02, M01, F04 e M08 exerceram ou exercem atividade profissional voltada a saúde e dessa forma conseguem relatar em suas narrativas detalhes que muitas vezes passam despercebidos para os usuários. Apenas o idoso M08 referiu não realizar acompanhamento médico em posto de saúde, utilizando apenas uma vez o atendimento de emergência e a utilização de medicação por tempo determinado.

Os idosos F01, F03, M07 e F06 além de contar com atendimento pessoal foram em algum momento cuidadores de outros idosos que dependeram diretamente da saúde pública. Sendo que todos que foram cuidados eram acamados. Esses participantes por sua vez relataram receber tratamentos diferentes para os familiares acamados, destacando o não atendimento ao esposo da senhora F06.

Ser idoso não é algo muito fácil na nossa sociedade, o que acaba gerando um grau de isolamento desse indivíduo. Ser idoso e ser cuidador pode ser muito mais solitário. Conforme o descrito por F07 que nos relata que seu maior medo é de ficar sozinha. Nesse sentido é possível perceber que possuir uma rede apoio, como no caso da senhora F01, seja ela familiar ou não, acaba sendo um diferencial para a sua sensação de proteção.

O senhor M07 apresenta um papel distinto de cuidador, pois sua mãe faleceu há alguns anos e ele era o responsável por ela. Durante muito tempo ele acabou sendo visto como insistente pelas equipes de ESF, pois como possui um maior conhecimento sobre o SUS era insistente ao conseguir os insumos que sua mãe necessitava. Ela recebia visita domiciliar de médico e nutricionista, dieta enteral para uso em SG¹², material de curativo, remédios e outros. Por mais que o fornecimento destes materiais fossem gradativos e sem parcela definida, era possível contar um aporte mínimo o qual era complementado por ele e suas irmãs.

Conseguir esses insumos ou visitas em Antonina é muito mais um luxo ofertado a poucos do que um direito assegurado, no relato de F03 é possível perceber que esse repasse de material é quase nulo e sempre feito pela Assistência Social do “Hospital¹³”. Segundo ela *“falta dinheiro para manter ele, falta porque tem que compra*

¹² SG – é a abreviação de sonda gástrica, tubo utilizado para alimentação.

¹³ Hospital é a forma com que os usuários chamam todos os serviços ofertados dentro do Hospital Municipal pois a secretaria de saúde está alocada em suas dependências.

alimento, compra fralda. Agora eu tava encomendando para Curitiba que ele pegasse essa semana. O Jr vai ter que ir busca segunda feira, porque não tem nada no hospital né filha". Nessa fala fica demonstrado que além da ausência de insumos entregues pela saúde eles não estão disponíveis a compra no município.

Ela ainda complementa que existe o positivo e o negativo de estar morando em Antonina onde *"melhor é a tranquilidade, o pior é a falta de estrutura, por que aqui a gente quase não tem nada."* Entretanto ela ainda consegue retirar um mínimo de material todo mês.

Essa família, acima mencionada, possui condições de se locomover e suprir as necessidades na medida de suas posses. Entretanto no relato de F07 vemos o oposto acontecer. Segundo seu depoimento, ela consegue acessar da saúde pública para si própria e seu marido: *"remédio, pomada essas coisas assim, gaze, tudo eu compro, porque é difícil ganhar sabe"*, sendo que também retira de forma centralizada pois relata que *"no hospital eu pego medicamento."*

Enquanto M07 e F03 receberam algum material ao longo dos meses que eram necessários, F07 recebeu em um único momento, conforme relatou: *"uma vez eles vieram aqui em casa, do postinho, e trouxeram um pouquinho de coisa, depois nunca mais trouxeram"*. Esse foi o único momento em que o seu esposo acamado recebeu a visita domiciliar.

Ao observar essas divergências é possível perceber que os pilares fundamentais do SUS acabam por não serem respeitados, pois os princípios de universalidade, equidade e integralidade não são se concretizam. Existe um mínimo que seria necessário a todos, o atendimento da equipe multidisciplinar, entretanto ele ocorreu para a mãe de M07 e o marido de F03 de forma periódica, enquanto para o esposo de F07 em um único momento.

A questão financeira acaba por impactar diretamente na capacidade de cuidar desses idosos com idosos dependentes. E que para a senhora F06, a qual conta com um salário mínimo para o seu sustento e o sustento de seu marido acamado, enquanto as famílias de F03 e de M07 contam com mais de cinco salários mínimos mensais. Não existe uma necessidade de possuir menos recursos para ser usuário do SUS, pois o acesso é universal. Contudo, pelo princípio de equidade deve ser oferecido mais a quem consegue suprir menos.

De todos os entrevistados, apenas M01 não necessitou de nenhum atendimento em nível secundário e terciário, e F03 informou que os procedimentos desses níveis eram realizados por meio de plano de saúde.

O único atendimento partilhado por todos em algum período de suas vidas é o da Farmácia Básica para a dispensação de medicações básicas e especiais. A única entrevistada que utiliza medicação especial é F04, pois está em tratamento para a dor crônica.

Dentro da retirada de medicamentos houve uma unanimidade entre os entrevistados: a ausência em algum momento de medicação necessária. Esse fato, em plena pandemia, se tornou ainda mais grave e acabou por prejudicar diretamente a continuidade do tratamento das DCNT. Esse ponto negativo vai contra o pressuposto por Placideli et al. (2020) de que o maior desempenho dos serviços da Atenção Primária aos Idosos está relacionado a estas ações.

Viver o envelhecimento nos dias de hoje acarreta por muitas vezes uma dependência medicamentosa, porém o idoso não pode ser reduzido apenas as suas DCNT. A realidade nos mostra que envelhecer sem nenhuma doença crônica é muito mais uma exceção do que uma regra e não ofertar o aporte necessário nessa etapa acaba prejudicando a vida dos usuários. Lógico que não podemos reduzir a velhice a um somatório de doenças, mas a UBS tem por obrigação amparar o idoso nesse momento. (PLACIDELI et al., 2020).

Para Knappem et.al (2017) não existe uma fórmula rígida que seja adequada ao aporte do envelhecimento, pois cada indivíduo vive o seu envelhecer de acordo com o seu somatório de vivências e necessita que o atendimento as suas necessidades sejam personalizadas. Contudo fatores como a funcionalidade corpórea e a capacidade de cognição impactam diretamente na saúde individual, esses aspectos são necessários para o Envelhecimento Ativo pois permitem a autonomia do indivíduo.

Outro aspecto relevante destacado pelos participantes é a não continuidade no atendimento no posto de saúde. F03 descreve que, quanto ao atendimento e os medicamentos, *“falta medicamentos, falta profissional como médico, clínico geral. Hoje com esse problema tá pior”*. Complementa que não utiliza a Unidade de seu bairro pois *“o medicamento, que na verdade você não tem nada”* e quando precisa *“tudo que eu pego pro meu marido é lá do central, aqui no posto eu não pego nada,*

tudo lá.” Esse distanciamento do serviço ao usuário cria barreiras que em muitos casos não podem ser sanadas.

Já M01 demonstra que não apenas a distância entre o serviço e a população é um problema, ele destaca ainda que a não existência de equipe adequada gera um atendimento não adequado:

...na verdade assim... nessas ESF o quadro dos funcionários não é completo falta espaço físico pros profissionais, falta equipamento, falta material, medicação algumas e também alguns profissionais especialistas porque a gente depende, porque a saúde aqui em Antonina, na verdade, ela é centralizada não é descentralizada... Então assim é uma dificuldade que alguns usuários que são realmente pobres, que tem dificuldade pra ir até centro pra pegar então tem que pegar um filho ter que pagar o ônibus e voltar sabe sendo que se tivesse alguns profissionais nem precisaria. Que nem um NASF deveria ter um NASF mesmo aqui sabe, eu não sei, eu tinha que ver com relação a quantidade de pessoas pra ser implantadas no NASF né num determinado bairro, mas assim, falta profissional falta porque na verdade tá atuante o profissional... fora o médico, um só um especialista né, eu precisaria de um odontólogo precisaria talvez de um fisioterapeuta pelo menos uma vez por semana, talvez um ortopedista ou alguma coisa parecida né.

Essa não constância de equipe acaba fazendo com que um mesmo usuário venha a possuir prontuários abertos em várias UBS do município, como é o caso da entrevistada F05 que ela não utiliza a UBS mais próxima de sua casa. Essa pluralidade de prontuários acaba não sendo unificado, pois apenas nos anos em que se deu a pesquisa apenas a UBS Central possuía sistema integrado de prontuário e as outras unidades não contam com equipamento de informática, recorrendo ao prontuário em papel.

Esse cenário permite que o usuário utilize mais de uma unidade, porém não garante que o atendimento seja eficaz tendo em vista que os dados não são conectados. Contudo com o término da coleta de dados foi possível verificar que as entrevistas permitiram tanto conhecer as histórias de vida dos idosos pesquisados, quanto pensar sobre o contexto da saúde municipal. Ou seja, a voz dos idosos e os seus relatos retratam a sua relação com a saúde municipal.

Todo o caminho traçado até agora foi necessário para o delineamento da discussão do trabalho. Desse modo, após conhecer a história e a estrutura de saúde do município estudado iremos entrecruzar os dados encontrados sobre a saúde, o serviço de saúde, o serviço de saúde ao idoso e a satisfação relatada por eles.

Os serviços de saúde ofertados pelos idosos devem ser guiados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria GM nº2528 de 19 de outubro de 2006,

a qual define que a atenção à saúde terá como porta de entrada a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Em um segundo plano a Rede de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Urgências e Emergências (UPAS e Pronto Atendimento) também são portas de entrada para atendimento.

Pode ser percebido que não existe a percepção do que é o SUS e desde quando nasceu na cidade. Apenas quatro participantes sabiam diferenciar ao longo do seu relato o que era um serviço do SUS, sendo eles a participante F01, F02, M01 e M07, sendo que os idosos F02 e M01 foram trabalhadores da saúde. Desta forma demonstrando o quanto o meio de trabalho se torna um diferencial do conhecimento sobre o SUS.

Esse desconhecimento vai além do não conhecer a data/ano da implementação do SUS, ele é percebido de forma mais intensa ao conteúdo da resposta da questão número seis “O(a) senhor(a) conhece algum serviço ofertado pela cidade especificamente para pessoas da sua idade? Se sim, utiliza?” onde apenas três dos entrevistados informaram que sabiam da existência dos serviços, porém não os utilizavam. Essa falta de informação dos serviços destinados a eles vai contra os princípios do SUS, além de ferir a autonomia preconizada pelas diretrizes do Envelhecimento Saudável (BRASIL, 2005)

É importante destacar que um dos pilares da atenção ao idoso é o desenvolvimento de ações de educação permanente junto às regionais e aos municípios, abordando temas relacionados ao fortalecimento de ações em Saúde do Idoso na Atenção Básica, ao envelhecimento saudável, à prevenção da violência, à prevenção de quedas, entre outros, de acordo com a demanda regional. Fato esse que se mostra, a princípio, não efetivo dentro do município estudado, pois em nenhum momento foi relatado por nenhum dos participantes.

Em nenhum momento da pesquisa os entrevistados descreveram o atendimento o qual já foram submetidos como um serviço destinado ao idoso. Nesse sentido, podemos destacar a fala do entrevistado M03: “*tô usando o SUS aqui, porque aqui eu não tenho plano de saúde. Não, eu uso só quando preciso, só quando é necessário. Preferia poder pagar, mas o plano ficou caro quando eu deixei de trabalhar na firma*”, a qual é complementada com o que ele foi fazer no posto no dia da entrevista “*particularmente só pra vim pegar uns remédios que eu preciso e só*”. Essa narrativa descrita carrega uma entonação negativa para o serviço ofertado, demonstrando que

ele percebe que a utilização do SUS é algo não desejado por ele. Já o senhor M05 descreve que precisa de paciência, afinal com “*briga não se consegue nada*”.

Conforme o estudado por Santos (2016), a PNI tem por objetivo primordial garantir a autonomia, a integração e a participação efetiva dos idosos na sociedade. Todavia esse caminho não é facilitado em Antonina, pois é percebido que o desconhecimento dos serviços ofertados e a distribuição não equitativa dos mesmos impede que o idoso consiga a total fruição dos serviços destinados à sua saúde.

Em outro ponto podemos aqui perceber que esse não reconhecimento pode ser proveniente do preconceito internalizado com a similaridade da palavra idoso ao culturalmente imposto como o conceito de ser velho tendo em vista que os entrevistados ao serem questionados sobre se sentir ou não idosos eles apontaram os outros como idosos. Como pode ser visto no relatado pela senhora F01:

pra mim idosa é seu Fulaninho, ele acho que vai até no postinho, aquele homem é idoso, né. Ele tem 99 anos, e ninguém diz e ele é um homem que você vai conversa com ele e você não sai sem resposta. Ele tem resposta pra tudo, ele conversa de tudo, ele sempre tá bem humorado, sabe. Ele nunca você vai conversa com ele e ele te diz uma palavra que te deixa pra baixo, jamais, ele é uma pessoa assim bem formidável mesmo. E é uma pessoa idosa, eu considero ele idoso já né. Mas nem parece, eu quero fica idosa feito ele. Se chegar lá né.

No relato de M01 é possível perceber que existe uma dualidade entre o ideal em que ele gostaria de estar e os limites que seu corpo já o impõe devido o passar dos anos. Podemos ver em seu relato que:

Olha pra falar bem a verdade eu acho que não, eu só sinto isso, essa parte da idade, quando é pra determinadas tarefas fora isso a minha cabeça não mudou muito porque talvez a minha formação pela minha mãe foi de ser uma pessoa séria de não exagerar em nada sabe, eu não mudei muito o que mudou foi só minha aparência física mas a minha cabeça continua a mesma né, sou teimoso sou, continuo sendo então eu tenho os meus defeitos assim como tenho as minhas virtudes, mas eu não mudei muito a mudança foi muito pouca talvez a mudança mais acentuada que eu tive, que eu posso afirmar assim pra você, foi com relação ao temperamento, de gênio ser um pouquinho mais teimoso porque eu acho que é uma característica bem forte de pessoas idosas e isso eu tô sentindo que eu tenho que eu estou com isso já, fora isso não... Não! Tem mais uma né, acordar cedo véio é uma coisa de louco mesmo tem que acordar cedo, não sei pra que, mas tudo bem eu gostava de ficar dormindo até as nove, dez horas, mas agora não sete ou seis horas eu tô de pé.

Entretanto existe uma discrepância entre o que ocorre no estrato da saúde e o que ocorre dentro da sociedade de forma geral, pois o idoso que é colocado a parte

na atenção primária é o mesmo que está inserido no Conselho de Saúde Municipal assim como em atividades das Associações de Bairros e em meio religioso, demonstrando que a sua contribuição para a sociedade de forma ampla consegue ser efetivada.

Os entrevistados descreveram suas rotinas como ativas, alguns se encontravam trabalhando, outros envolvidos dentro de questões políticas importantes. Apenas uma entrevistada, F04, possuía sua capacidade de mobilidade reduzida, mas segundo o descrito por ela *“eu me viro, faço de tudo na casa e não posso contar com a minha filha. A coitada trabalha e tem a pequena. Eu mesmo na cadeira de roda me viro, minha perna tá igual perna de boneca eu não posso firma ela”*.

É importante debater acerca da autonomia do idoso visto que os entrevistados possuem uma média de 64 anos, indo de 60 anos a 71 anos, ou seja, são idosos jovens. Destes, oito ainda se encontram ativos no mercado de trabalho e sendo provedores de suas famílias e necessidades, assim como descrito por Santana e Lima (2012) que em seu estudo descreveu que o idoso ativo passa a ser o responsável financeiro e moral por sua família sendo ela composta por filhos e ou netos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antonina vive o envelhecimento de sua população de forma acentuada e o desenvolvimento estrutural desse município foi retratado de forma positiva ao longo das entrevistas. Contudo, retratar o desenvolvimento apenas pautado em índices pode não provar a realidade populacional, principalmente no tocante a saúde.

Uma das demandas geradas pelo envelhecimento populacional é a necessidade específica para a manutenção da saúde, assim nasceu a faísca propulsora desse trabalho o qual conseguiu evidenciar por meio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin o ponto de vista dos idosos usuários do SUS de Antonina.

Devido a amplitude da metodologia escolhida foi possível analisar os dados dos diversos documentos utilizados, para tanto foi necessário estar preso dentro dos pilares metodológicos estipulados pela autora. A análise se pautou em identificar os eixos, entender o descrito e enquadrar o resultado. Os eixos avaliados inicialmente foram o conceito de saúde, as ferramentas de saúde, o serviço voltado a saúde do idoso e a satisfação. As quais permitiram a formulação das categorias.

A técnica da entrevista em profundidade se mostrou efetiva para desenhar as formas de acesso a saúde dos idosos e como eles estão inseridos dentro da sociedade, bem como eles utilizam os equipamentos de saúde que estão disponíveis a população. Entretanto, foi necessário revisitar a metodologia para se enquadrar nas necessidades do momento de pandemia.

O questionário composto de questões fechadas e abertas permitiu que as entrevistas possuísem uma estrutura mínima, contudo o tempo destinado às entrevistas presenciais acabou sendo maior do que as realizadas por meio telefônico. Esse fato de não existir uma conexão direta entre o entrevistador e o entrevistado pode ter prejudicado em algum grau a profundidade da entrevista, tendo em vista que houveram mais de um contato telefônico até que o idoso se pudesse sentir mais confortável em partilhar as suas vivências.

Deste modo utilizar de forma complementar os dados históricos e divulgados dentro do município foi de extrema importância para possibilitar o entendimento da estrutura em saúde ofertada e descrita pelos entrevistados, tendo em vista que o

sistema de saúde municipal possui características específicas as quais são de extrema relevância para o compreender as narrativas dos entrevistados.

Ao longo dos discursos analisados foi percebido a visão pessoal dos participantes, a qual pode estar sendo embasada em um imaginário onde é mais fácil negar o atendimento do que perceber o quanto estão envolvidos dentro do SUS. O SUS é um serviço com uma amplitude a qual muitas vezes não é reconhecida pela população e acaba sendo desmerecido pelo imaginário contaminado por uma concepção social distorcida.

Foram entrevistados 15 idosos usuários da saúde pública do município de Antonina, sendo sete mulheres e oito homens, os quais utilizam o SUS de formas distintas. Em todas as entrevistas o caderno de campo se mostrou uma ferramenta importante para a pesquisa.

A amostra foi composta por indivíduos com acesso a níveis diversos do SUS, entretanto com percepções similares sobre os serviços. O que pode demonstrar a pluralidade de necessidades tendo em vista que existiram entrevistados dependentes de forma exclusivamente do sistema e outros usuários que contava com atendimento particular e/ou de seu plano de saúde.

Entre todos os entrevistados, cinco não nasceram em Antonina, dez são casados, dois são viúvos, um divorciado e um solteiro. Apesar de que o sentimento de solidão não foi verificado dentro dos discursos. Realizar a pesquisa durante a pandemia impactou diretamente na população entrevistada, pois não houve participante com idade superior a 80 anos.

Durante os relatos pessoais foi percebido que envelhecer em Antonina possui aspectos positivos tais como a vida social, a proximidade da família e a tranquilidade. Aspectos que contribuem diretamente para a qualidade de vida de cada um dos participantes, bem como auxilia no sentimento de solidão o qual é comumente percebido ao longo do processo de envelhecimento. Mesmo com as dificuldades ao acesso de saúde referido ao longo das entrevistas. Nenhum dos entrevistados elencou pontos negativos correlacionados ao envelhecer em Antonina.

Entre os idosos que nasceram na cidade e que por motivos diversos se afastaram dela foi percebido que retornar para viver a velhice em sua terra natal era um sonho e que conseguir realiza-lo se tornou um ponto extremamente positivo para a sua vida.

Por meio da análise documental foi possível identificar a organização e funcionamento do SUS, onde foi possível verificar que existem 21 estabelecimentos credenciados, sendo que estes oferecem as mais diversas formas de atendimentos e estão divididos em três modalidades: pertencentes exclusivamente ao SUS, atendimento exclusivo particular e atendimento misto.

A utilização das UBS não é correlacionada ao bairro que o idoso mora, e sim a possibilidade de encontrar um maior número de serviços disponíveis. Pode ser verificado que o atendimento possui entraves tais como falta de atendimento, ausência de insumos, distância do atendimento ao usuário e a centralização de serviços.

Entretanto os usuários podem escolher a unidade que melhor lhes atende seja em número de serviços ou em qualidade de atendimento, dessa forma permitindo que o usuário tenha vínculos com a equipe.

Os participantes da pesquisa não se identificaram como idosos/velhos, sempre apontando que essa terminologia não poderia caber a eles e sim a outros membros da sociedade. Contudo ao serem questionados quanto a aspectos de doença por vezes surgiu o uso do “isso é coisa de velho”. Comprovando que esse termo está correlacionado a algo negativo dentro da percepção dos entrevistados.

Foi verificado que existe o atendimento em saúde para os idosos e que o índice de satisfação dos entrevistados é variável de acordo com as suas vivências e experimentações. Porém, os participantes não reconhecem que fazem uso desses programas ou serviços. Outro ponto pessoal que impacta na possibilidade de complementar a saúde é a capacidade financeira.

O atendimento mais referido na esfera particular é o de exames de sangue e o atendimento médico foi o serviço mais referido na esfera pública ao longo das entrevistas. Consequentemente formam alvo de um maior índice de reclamações.

A Zona Urbana e Zona Rural da cidade possuem uma grande diferença entre a população residente e por isso uma grande discrepância entre os atendimentos. Contudo, foi possível verificar que ambas as populações são contempladas com os atendimentos em saúde.

A população entrevistada não soube referir atendimento voltados apenas aos idosos, tão pouco se reconheceu como idosa ou como sendo atendida por algum serviço voltado aos idosos. Entretanto foi possível verificar que com a implementação do SUS houve uma melhoria nos serviços de saúde.

Os entrevistados descreveram que utilizaram as estruturas de saúde desde antes da formulação do SUS, concomitantemente com a utilização de benzeduras e garrafadas. Entre os entrevistados pode-se perceber que houve uma melhora no atendimento em saúde ofertado no município.

Aspectos como a centralização do serviço e a dificuldade de acesso estiveram no relato de todos os entrevistados em algum grau. Onde o relato mais recorrente é de que o usuário procura o local onde pode receber o melhor atendimento. A distância e a dificuldade de locomoção geram um impacto negativo para que o usuário consiga o atendimento que precisa.

Por mais que a estrutura da ESF permita que ocorra a reestruturação do atendimento em esfera municipal, foi percebido que essa alteração em Antonina gera mais entraves e dificuldades para que o idoso possa usar os equipamentos de saúde. Assim como o distanciamento entre o atendimento, exames e remédios o qual pode reduzir a efetivação do tratamento.

A ausência de profissionais na rede básica pode ser notada dentro do Conselho de Saúde e no relatado pelos participantes, a facilitação por meios políticos mostraram-se relevantes principalmente por alterarem os princípios basilares do SUS. O atendimento voltado a saúde bucal foi pouco mencionado ao longo das entrevistas, todavia esse tipo de atendimento é necessário para a capacidade de se alimentar de cada um.

A Academia de Saúde é um serviço o qual estava disponível aos idosos, porém não foi informado pelos entrevistados, assim como o descrito pela Secretaria de Saúde Municipal a utilização não era exclusiva de idosos. O que pode afastar ainda mais a utilização dessa ferramenta. Essa ferramenta voltada para a inclusão dos idosos e melhoraria da sua capacidade física é de suma importância para a implementação do Envelhecimento Ativo.

Com o término das entrevistas pode se perceber que é necessário uma maior atenção e uniformidade de atendimento para os idosos, pois foi possível verificar que falta informação para a adequada utilização das ferramentas sem saúde disponíveis.

Desta feita os dois objetivos traçados inicialmente puderam ser contemplados de forma diferentes, onde o objetivo principal de perceber como esses idosos entrevistados vivenciaram o processo de envelhecimento acabou não sendo cumprido em sua totalidade tendo em vista que o imaginário dos participantes era palco primário do receio de se viver uma pandemia e o objetivo voltado para as suas percepções

sobre a saúde pública, destacando o acesso, a frequência e a qualidade do atendimento pode ser explorado de forma mais intensa.

Ao final da pesquisa percebemos que alterações são importantes para a melhoria do atendimento ao idoso, com algumas ações sendo necessárias para a aproximação do usuário ao serviço ofertado.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs). **Política Nacional do Idoso: novas e velhas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

AGNE, T.; LORENZATTO, L. B.; BUSATO, M. A; LUTINSKI, J. A. Vulnerabilidades e risco em saúde: percepção dos idosos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 29-34, out. 2016. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8122>>. Acesso em: 25 maio 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i1.8122>.

ANTONINA,(PARANÁ). **Lei Nº 09/1992** - Normatiza a Contabilidade Orçamentária, Financeira e Patrimonial do Fundo Municipal de Saúde e dá Outras Providências - Regulamentando Atividades – Orçamento, de 17 de julho de 1992. Disponível em: <https://www.camaramunicipaldeantonina.pr.gov.br/54-leis/197-lei-n%C2%BA-14-1991-cria-a-confer%C3%Aancia-municipal-de-sa%C3%BAde,-conselho-municipal-de-sa%C3%BAde,-fundo-municipal-de-sa%C3%BAde-e-d%C3%A1-outras-provid%C3%Aancias-or%C3%A7amento.html>. Acesso em 02/02/2020.

ANTONINA,(PARANÁ). **Lei Nº 14/1991** - Cria a Conferência Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e dá Outras Providências – Orçamento (REVOGADA), de 27 de setembro de 1991. Disponível em: <https://www.camaramunicipaldeantonina.pr.gov.br/54-leis/197-lei-n%C2%BA-14-1991-cria-a-confer%C3%Aancia-municipal-de-sa%C3%BAde,-conselho-municipal-de-sa%C3%BAde,-fundo-municipal-de-sa%C3%BAde-e-d%C3%A1-outras-provid%C3%Aancias-or%C3%A7amento.html>. Acesso em 02/02/2020.

ANTONINA,(PARANÁ). **DECRETO Nº 57/2020** - Decreta Estado de Emergência em Saúde Pública para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19 (novo Coronavírus) e nomeia Comitê de Enfrentamento, no Município de Antonina/PR, de 20 de março de 2020. Disponível em: http://antonina.pr.gov.br/pagina/185_DECRETOS-COVID-19.html. Acesso em: 10/07/2020.

ANTONINA,(PARANÁ). **DECRETO Nº 58/2020** - Altera e Reedita o Decreto nº 55/2020 que “Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID19. “ Disponível em: http://antonina.pr.gov.br/pagina/185_DECRETOS-COVID-19.html. Acesso em: 10/07/2020.

ANTONINA,(PARANÁ). **DECRETO Nº 62/2020** - Altera e Reedita o Decreto nº 55/2020 que Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus – COVID19. Disponível em: http://antonina.pr.gov.br/pagina/185_DECRETOS-COVID-19.html. Acesso em: 10/07/2020.

ARAÚJO, L. F.; SILVA, R. J. S.; SANTOS, J. V. D. O. Resiliência e Velhice: um estudo comparativo entre idosos de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 389, 2017.

AZEVEDO, N. T. De. A vulnerabilidade social dos municípios do litoral do Paraná: construção do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) com base nos dados dos setores censitários IBGE 2010. **Guaju**, v. 2, n. 2, p. 89, 2016.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In A. F. Fonseca, A. M. D. Corbo (Org.). **O território e o processo saúde-doença** (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. rev. e actual. São Paulo: Edições 70, 2010. 281 p.

BAZZA, A. B. A Constituição Da Subjetividade No Discurso Do Idoso Sobre Si. **Linguagem em (Dis)curso**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 449–464, 2016.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORBA, É. L.; DE MEDONÇA, F. M.; TORRES, K. A.; MARTINS, P. L. A Política Nacional da Saúde do Idoso em Perspectiva. **Revista de Administração, Sociedade e Inovação**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 41–56, 2019.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 05 de outubro de 1998. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 02/01/2020.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm Acesso em 02/01/2020.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 10/02/2020.

BRASIL. **Lei 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm Acesso em 19/01/2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm. Acesso em 19/01/2020.

BRASIL. **Lei 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm, Acesso em 19/01/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 399**, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 19/01/2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2017. Acesso em: 19/01/2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Departamento de Atenção Básica**, 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2442>. Acesso em: 19/01/2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cadastro Nacional de estabelecimentos de saúde – Antonina**. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=411570&NomeEstado=PARANA>. Acesso em 12 jul. 2019.

BRITO, A. M. M.; BELLONI, E.; CASTRO, A.; CAMARGO, B. V., GIACOMOZZI, A. I. Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 34, n. 0, p. 1–11, 2018.

CAVALCANTI, C. Sustentabilidade: mantra ou escolha moral? Uma abordagem ecológico econômica. São Paulo: **Estudos Avançados**, v. 26, n 74, p. 35-50, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v26n74/a04v26n74.pdf>> Acesso em 30 junho 2019.

CMS. Conselho Municipal de Saúde Antonina. **Ata da Reunião 01/2019, de 29 de janeiro de 2019**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 02/2019, de 26 de fevereiro de 2019a**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 03/2019, de 26 de março de 2019b**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 04/2019, de 28 de março de 2019c**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 05/2019, de 30 de abril de 2019d**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 06/2019, de 11 de junho de 2019e**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 07/2019, de 30 de julho de 2019f**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 08/2019, de 11 de agosto de 2019g**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 09/2019, de 24 de setembro de 2019h**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 10/2019, de 26 de novembro de 2019i**. Livro nº 1.

CMS. Conselho Municipal de Saúde. Antonina. **Ata da Reunião 11/2019, de 17 de dezembro de 2019j**. Livro nº 1.

DRESCH, F. K.; BARCELOS, A. R. G.; DA CUNHA, G. L.; SANTOS, G. A. Condição De Saúde Auto Percebida E Prevalência De Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Idosos Atendidos Pela Estratégia Da Saúde Da Família. **Revista Conhecimento Online**, v. 2, n. 0, p. 118, 2017.

D' ALENCAR, R. S. (Re) significando a solidariedade na velhice: para além de laços consanguíneos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 9–17, 2012.

DAHL, R. A. Who Governs ? **The Canadian Journal of Economics and Political Science**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 412–414, 1963. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/139239>>

DE OLIVEIRA, A L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012.

DE SOUSA, Á. A. D.; DE BARROS, L. A. M. E.; SILVEIRA, M. F.; COUTINHO, W. L. M.; FREITAS, D. A.; VASCONCELOS, E. L.; ... & FERREIRA, R. C. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 14–24, 2018.

DINTRANS, P. V. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 41, n. 0, p. e86, 2017.

DOS SANTOS, C. T. B.. Envelhecimento no Brasil: da formulação de políticas à estruturação de serviços de saúde integrais. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, , v. 8, n. 1, p. 65, 2016.

DRESCH, F. K.; BARCELOS, A. R. G.; DA CUNHA, G. L.; DOS SANTOS, G. A. Condição De Saúde Auto Percebida E Prevalência De Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Idosos Atendidos Pela Estratégia Da Saúde Da Família. **Revista Conhecimento Online**, [s. l.], v. 2, n. 0, p. 118, 2017.

FERNANDES, M. das G. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, p. 705–710, 2009.

FERREIRA, P. Envelhecimento e direitos humanos. **Conjectura: filosofia e educação**, [s. l.], v. 20, n. 0, p. 183–197, 2015.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. D.; BAPTISTA, T. W. D. F. **Saúde e Territorialização na Perspectiva do Desenvolvimento**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf> Acesso em: 06 set. 2019.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 201–209, 2014.

GUEDES, M. B. O. G.; LIMA, K. C.; CALDAS, C. P.; VERAS, R. P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1185–1204, 2017.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: Encontro de Geógrafos da América Latina, 10, 2005, São Paulo. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

HEMEROTECA. In: Labor, Curitiba. 1888. Disponível em: <http://bndigital.bn.br/acervo-digital/labor/816299>. Acesso em: 20 de jan de 2020.

HEMEROTECA. In: Gazeta Antoninense, Curitiba. 1884. Disponível em: <http://bndigital.bn.br/acervo-digital/gazeta-antoniense/814490>. Acesso em: 20 de jan de 2020.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. **Memórias de morte e outras memórias: Lembranças de velhos**. 2008. Universidade Federal do Paraná, [s. l.], 2008.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. **Envelhecimento Populacional e Políticas Públicas no Brasil**. Curitiba. 2018.

HOROCHOVSKI, R. R.; SIRINO, N. P. Sentidos e usos do empoderamento na pesquisa social. In: **Curso Livre de teoria política: normatividade e empiria**. Curitiba: Appris, 2016. p. 249–271.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE.) **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf> Acesso em 22/03/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama Antonina, 2010**. disponível em : <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/matinhos.html>> Acesso em 10 de jul. de 2019

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Projeção da população dos municípios do Paraná para o período 2018 a 2040**. Governo Do Estado Do Paraná, [s. l.], p. 1–15, 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). Caderno Estatístico Município de Antonina. Julho de 2020. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83260&btOk=ok>> Acesso em 18 de julho de 2020.

JESUS, I. T. M. D.; DINIZ, M. A. A.; LANZOTTI, R. B.; ORLANDI, F. D. S.; PAVARIN, S. C. I.; ZAZZETTA, M. S. Fragilidade E Qualidade De Vida De Idosos Em Contexto De Vulnerabilidade Social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 1–9, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do Trabalho Científico**. [s.l.: s.n.]. v. 39

LAZZARETTI, C. T; Os Níveis de Atenção à Saúde no SUS. IN: _____ (org.) Saúde e Sistema Único de Saúde: Estudos Socionalfíticos. Curitiba: Ed. UFPR, 2014. p.13-24.

LIMA-COSTA, M. F; MATOS, M.F; LEITE, D; PASSOS, V.C; JAMES, M. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros : evidências da Pesquisa Nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, p. 3689–3696, 2011.

LISBOA, T. K.; VIEIRA, C. O Processo de empoderamento de idosas integrantes do Núcleo de Estudos da Terceira Idade da UFSC. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, [s. l.], v. 10, n. 15, p. 91–100, 2013.

LOPES, M. E. P. de S. A velhice no século XXI: a vida feliz e ainda ativa na melhor idade. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 27–30, 2012.

MAGNANI, J. G. C. O [velho e bom] caderno de campo. **Sexta-Feira**, São Paulo, n. 1, p. 8-11, 1997.

MARCHETTI, Vitor (org.). **Políticas públicas em debate**. 1. ed São Bernardo do Campo: MP, 2013. 318 p.

MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINNI, S. D. C. C.; CAZAL, M. D. M; BATISTA, R. S. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 1933–1942, 2011.

MARQUES, T. S; RIBEIRO, D; MAIA, C; SANTOS, H. Nascer é envelhecer: uma perspectiva demográfica evolutiva e territorial na construção do futuro de Portugal. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território**, [s. l.], v. 006891, n. 10, p. 207–231, 2017.

MARTIN, D.; MONTANARI, P. M.; PEREIRA, P. P. G; HAMBURGER, F. G; SILVEIRA, C. As contribuições das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva: vinte anos da revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 67, p. 1029–1042, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401029&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 4 jun. 2019.

DE ARRUDA, M, R.; CINTRÃO, J. F. F.; MELHEN, J. E., DE OLIVEIRA, E. A. Dimensões do desenvolvimento territorial e políticas públicas: perspectivas e desafios

a partir da constituição federal de 1988. **Revista de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, São Paulo, v. 3, p. 489–506, 2018.

MEDEIROS, F. D. A. L.; DE MEDEIROS, A. C. T.; BITTENCOURT, G. K. G. D.; DA NÓBREGA, M. M. L. Promoção de saúde em grupos de idosos: reflexões para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 212–221, 2015. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618293>>

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(8):3309-3316. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.05462013>

MORAES, G. V. D. O.; GIACOMIN, K.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 3631–3640, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19241678>>

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; DA SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro- desafios e consequências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 19, p. 507–519, 2016.

MORAES, G. V. de O. et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. **Physis**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 309–329, 2016.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e Criatividade**. 25ª ed. Pag. 71. Petropolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. **Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira**. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (Orgs.). Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 7-15. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653335&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20/06/2020.

NASCIMENTO, E. Antonina: fragmentos. Curitiba: Editora Insight. 2020

NASCIMENTO, E. Fotografia Eduardo Nascimento.2020. Disponível em <https://fotografiaeduardonascimento.blogspot.com/?m=0>. Acesso em: 01 jun.2020.

NUNES, D. P.; BRITO, T. R. P. D.; DUARTE, Y. A. D. O.; LEBRÃO, M. L. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, n. suppl 2, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300417&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 4 jun. 2019.

ODUM, E. P. **A humanidade em crise**. In Ecologia. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988. p.341 -347

Organização Mundial da Saúde (OMS).Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005. 60p. Disponível em: <<http://prattein.com.br/home/images/stories/>

Envelhecimento/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) . Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Envelhecimento%20ativo:uma%20pol%C3%ADtica%20de%20sa%C3%BAde/1030>>. Acesso em: 07 mai. 2019.

PAIM, J.S. O que é SUS. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, 2009.

PAIM, J. S. Thirty years of the unified health system (SUS). **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PARANÁ. Relatório de situação - Secretaria de Estado de Saúde. Curitiba-PR. dez. 2018.

PARANÁ. **Lei Estadual n.º 10.913**, de 04 de outubro de 1994. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_10_913_de_04_de_outubro_de_1994.pdf. Acesso em: 16/02/2020.

PEREIRA, K. C. R.; DE LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 1–16, 2017.

RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, E. B.. Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 43, 2017.

ROMERO, D. E, CASTANHEIRA, D., MUZY, J. SABBADINI, L., SILVA, R. S. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 2641–2650, 2018.

RONCAGLIO, C.; NEUERT, M.; MARTINS, M. A. B.. Apontamentos para uma história da saúde: as fontes documentais do Paraná. História, **Ciência e Saúde**, ano 8, n.1, 2001, p. 223-235.

SANTANA, N. C. G.; LIMA, I. M. S. O. A nova velhice do provedor. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, 2012, 17.2: 181-195.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. rev. e atual Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018. 515 p.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Antonina. Antonina. **Relatório do Primeiro Quadrimestre de 2019**.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Antonina. Antonina. **Relatório do Segundo Quadrimestre de 2019.**

SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Antonina. Antonina. **Relatório do Terceiro Quadrimestre de 2019.**

SOUZA, R. R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Texto apresentado no Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, agosto de 2002

TAVARES, E. L.; SANTOS, D. M. D.; FERREIRA, A. A.; Menezes, M. F. G. D. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 643–650, 2015.

TANNURE, M. C.; ALVES, M.; SENA, R. R. D.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 63, n. 5, p. 817–822, 2010.

TEIXEIRA, S. M. (2003). Envelhecimento na Agenda Pública Brasileira. **Revista Políticas Públicas**, v. 7 (jan./jun.), n 1, p.113-136.

UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS/POPULATION DIVISION. Living Arrangements of Older Persons Around the World Background. [s. l.], v. 2, p. 5–14, abr. 2019. Disponível em: <<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>>

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em: 22/03/2020

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Nathalia Fernandes de Oliveira e Marisete Teresinha Hoffmann Horochovski, aluna e professora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, do Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o(a) senhor(a) para participar de um estudo intitulado O Sistema Único de Saúde na perspectiva dos idosos de Antonina (PR), que busca analisar como os idosos do município vivenciam a velhice e como se relacionam com o SUS.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar como os idosos do município de Antonina vivenciam a velhice e como se relacionam com o Sistema Único de Saúde.

b) Caso o(a) senhor(a) participe da pesquisa, será necessário que responda algumas perguntas sobre seu dia-a-dia e sobre como se sente ao utilizar o SUS.

c) Para tanto o(a) senhor(a) deverá comparecer no posto de saúde de sua região para consulta ou procedimento de rotina e, caso deseje, responderá as perguntas desta pesquisa, o que levará aproximadamente 40 minutos. Nesta atividade, que será gravada em áudio, o(a) senhor(a) será convidado(a) a falar sobre o seu dia-a-dia e sobre o uso que faz do Sistema de Saúde.

d) É possível que o(a) Senhor(a), experimente algum desconforto, principalmente relacionado a um constrangimento em responder as questões.

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser referentes ao gasto de tempo pessoal na entrevista ou o constrangimento em responder as questões. Se o desconforto persistir, a entrevista será imediatamente interrompida e só será retomada com o seu consentimento.

f) Os benefícios diretos esperados com essa pesquisa consistem na promoção de ações para a manutenção da saúde durante o envelhecimento e os benefícios indiretos referem-se ao aumento de conhecimento sobre o envelhecimento e a saúde pública.

g) Os pesquisadores Nathalia Fernandes de Oliveira (nahferoli@gmail.com) e Marisete Teresinha Hoffmann-Horochovski (marisetehh@gmail.com) responsáveis por este estudo poderão ser localizados por e-mail, na Unidade Básica de Saúde, localizado a Rua Cinco de Julho, s/n, bairro centro, Antonina-Pr, e pelo telefone nº 41 3432-1235, no horário [colocar o horário que os pesquisadores poderão ser encontrados] para esclarecer eventuais dúvidas que o(a) senhor (a) possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor (a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica] _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica] _____

- i) Seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo(a), será mantido em sigilo e codificado (substituído por apelidos ou números/letras), caso seja usado em relatórios ou publicação. Sua identidade será preservada e mantida sua confidencialidade.
- j) As gravações feitas durante as entrevistas (com sua autorização) serão utilizadas unicamente para essa pesquisa e serão destruídas quando a pesquisa for encerrada, em março de 2021.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade, pois uma vez que o(a) senhor(a) não se deslocará do posto de saúde em que é atendido para realizar a entrevista, não haverá custos com o transporte. Além disto, o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- m) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[Antonina, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA IDOSOS

Nome: _____

Idade: _____ Naturalidade: _____

Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

Religião: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Bairro em que mora: _____

Unidade de Saúde que utiliza normalmente: _____

Unidade de Saúde em que foi realizada a entrevista: _____

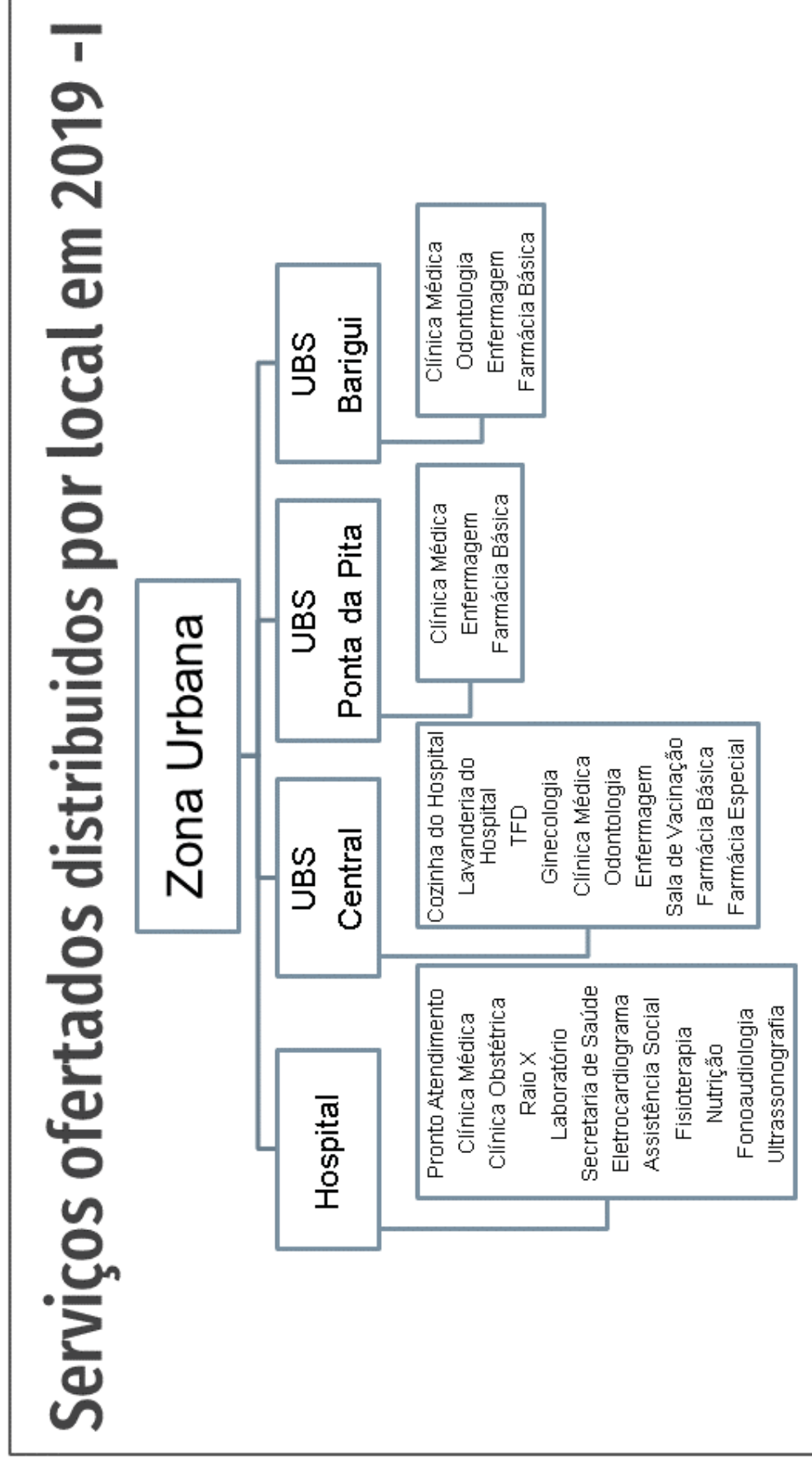
Renda familiar:

- () 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos
 () 4 a 5 salários mínimos () mais do que cinco salários mínimos
 () Outro _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA:

1. O(a) senhor(a) mora desde quando em Antonina?
2. O(a) senhor(a) gosta de morar em Antonina? Pode explicar o que considera as maiores vantagens e desvantagens de viver na cidade?
3. O(a) senhor(a) possui vínculos familiares e de amizade aqui em Antonina?
4. O(a) senhor(a) possui o costume de usar a saúde pública de Antonina? Quais serviços?
5. O(a) senhor(a) se sente satisfeito com estes serviços ofertados em Antonina?
6. O(a) senhor(a) conhece algum serviço ofertado pela cidade especificamente para pessoas da sua idade? Se sim, utiliza?
7. Com quem pode contar no dia a dia? Dividir as alegrias e as preocupações do cotidiano?
8. O(a) senhor(a) se sente sozinho(a)?
9. Neste momento como está se sentindo? Possui alguma preocupação?
10. O(a) senhor(a) está satisfeito com sua saúde? Por quê?
11. Se pudesse mudar algo em sua saúde ou em sua vida, o que seria?
12. Como se sente com o avanço da idade? Se considera idoso(a)? Porque?
13. Como ocupa seu tempo? O que mais gosta de fazer?
14. O que o(a) senhor(a) considera como sua maior realização e maior frustração?
15. Qual é o seu maior sonho e seu maior medo?

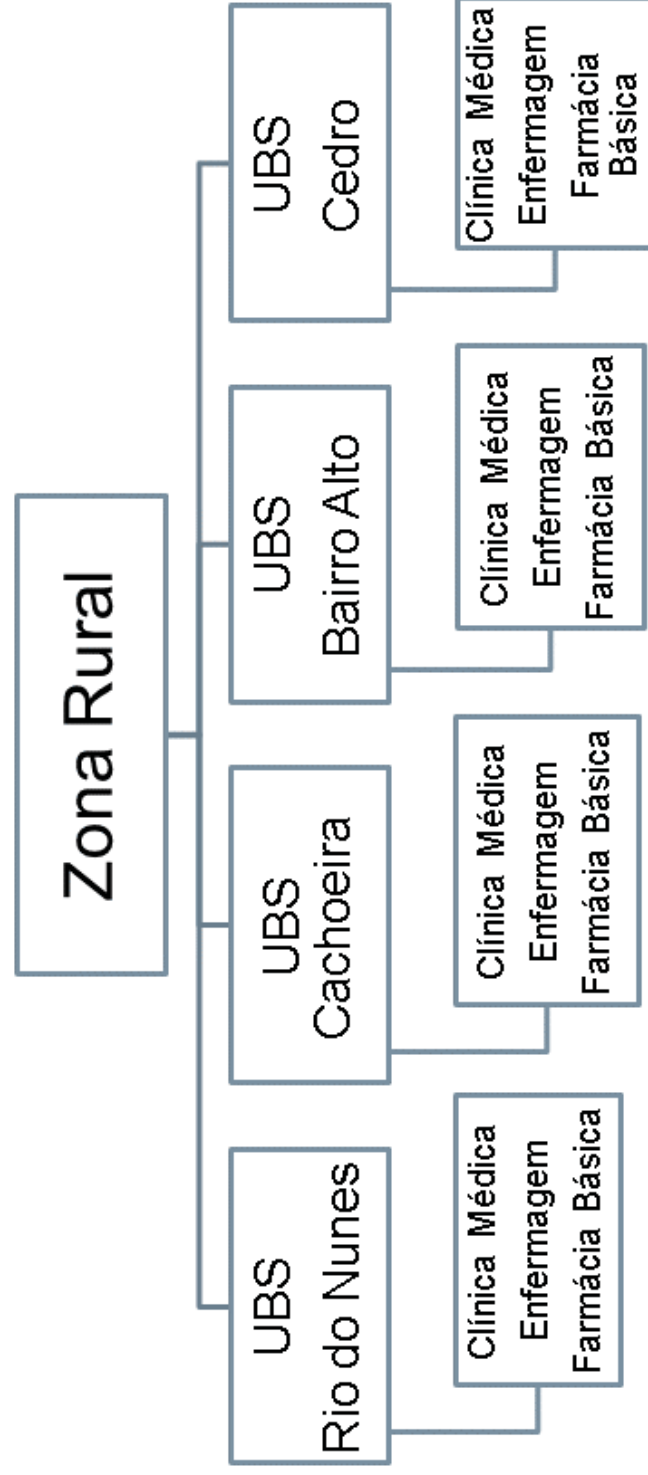
APÊNDICE 3 – SERVIÇOS OFERTADOS DISTRIBUÍDOS POR LOCAL EM 2019 – 1



FONTE: Adaptada de CNES (2020).

APÊNDICE 4 – SERVIÇOS OFERTADOS DISTRIBUÍDOS POR LOCAL EM 2019 – II

Serviços ofertados distribuídos por local em 2019 - II



FONTE: Adaptada de CNES (2020).

**APÊNDICE 5 – TABELA DE COMORBIDADES E SERVIÇOS RELATADOS
PELOS ENTREVISTADOS**

ENTREVISTADO		DOENÇAS RELATADAS	SERVIÇOS RELATADOS
1	F01	DIABETES	ATENDIMENTO MÉDICO ODONTOLOGIA RAIO-X TFD FISIOTERAPIA TRANSPORTE LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA ULTRASSOM
2	F02	DIABETES DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO FISIOTERAPIA TRANSPORTE LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA ORTOPEDISTA ODONTOLOGIA
3	M01	HIPERTENSÃO	ACADEMIA DA SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL CAPS FISIOTERAPIA LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA MEDICAÇÃO ESPECIAL NUTRIÇÃO ODONTOLOGIA TFD TRANSPORTE VISITA DOMICILIAR
4	M02	HIPERTENSÃO DISLIPIDEMIA CA DE PRÓSTATA	ATENDIMENTO MÉDICO CURATIVO LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA ODONTOLOGIA TFD TRANSPORTE
5	M03	DIABETES DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO MEDICAÇÃO BÁSICA NUTRIÇÃO
6	M04	DIABETES DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO CURATIVO LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA NUTRIÇÃO TFD TRANSPORTE
7	M05	DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA NUTRIÇÃO TFD TRANSPORTE

8	F03	DISLIPIDEMIA	ASSISTÊNCIA SOCIAL ATENDIMENTO MÉDICO CURATIVO FISIOTERAPIA LABORATÓRIO MEDICAÇÃO ESPECIAL MEDICAÇÃO BÁSICA NEUROLOGISTA NUTRIÇÃO TFD TRANSPORTE VACINAÇÃO VISITA DOMICILIAR
9	M06	DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO GASTRITE	ATENDIMENTO MÉDICO LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA RAIO-X TFD ULTRASSOM
10	F04	DIABETES DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO OSTEOPOROSE FRATURA NO QUADRIL EM REABILITAÇÃO CIRURGIA BARIÁTRICA HÁ 10 ANOS	ATENDIMENTO MÉDICO CURATIVO FISIOTERAPIA LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA MEDICAÇÃO ESPECIAL RAIO-X TFD ULTRASSOM
11	F05	HIPERTENSÃO DEPRESSÃO	CAPS ATENDIMENTO MÉDICO FISIOTERAPIA MEDICAÇÃO BÁSICA ODONTOLOGIA
12	M07	DIABETES DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO GASTRITE	ASSISTÊNCIA SOCIAL MEDICAÇÃO BÁSICA CURATIVO MEDICAÇÃO BÁSICA ODONTOLOGIA
13	F06	HIPERTENSÃO DEPRESSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA MEDICAÇÃO ESPECIAL RAIO-X TFD TRANSPORTE VACINAÇÃO VISITA DOMICILIAR
14	F07	DISLIPIDEMIA HIPERTENSÃO	ATENDIMENTO MÉDICO RAIO-X TFD TRANSPORTE VISITA DOMICILIAR
15	M08	NENHUMA PATOLOGIA	CLÍNICO GERAL LABORATÓRIO MEDICAÇÃO BÁSICA TFD