

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Iarema Fabieli Oliveira de Barros

**SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM):  
UM ESTUDO DE CASO**

Santa Maria, RS  
2021



**Iarema Fabieli Oliveira de Barros**

**SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM):  
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck  
Coorientadora: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS  
2021

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo (a) autor(a).

Barros, Iarema Fabieli Oliveira de  
SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS  
(AM): UM ESTUDO DE CASO / Iarema Fabieli Oliveira de  
Barros.- 2021.  
188 p.; 30 cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck  
Coorientadora: Teresinha Heck Weiller  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2021

1. Idoso 2. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde  
3. Sistema Único de Saúde 4. Políticas Públicas 5.  
Enfermagem I. Beck, Carmem Lúcia Colomé II. Weiller,  
Teresinha Heck III. Título.

---

©2021

Todos os direitos autorais reservados a Iarema Fabieli Oliveira de Barros. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.  
E-mail: iaremafabi@hotmail.com.

**Iarema Fabieli Oliveira de Barros**

**SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM):  
UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Aprovada em 08 de janeiro de 2021.**

---

**Carmem Lúcia Colomé Beck, Profa. Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Teresinha Heck Weiller, Profa. Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

---

**Pedro Fredemir Palha, Dr. (USP)**

---

**Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterro, Dra. (USP)**

---

**Marines Tambara Leite, Dra. (UFSM)**

---

**Jairo da Luz Oliveira, Dr. (UFSM)**

---

**Rosangela Marion da Silva, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2021





### *Tocando em Frente...*

*(Almir Sater)*

*Ando devagar porque já tive pressa  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais.*

*Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz, quem sabe  
Só levo a certeza  
De que muito pouco sei  
Ou nada sei.*

*Conhecer as manhas e as manhãs  
O sabor das massas e das maçãs.  
É preciso amor pra poder pulsar  
É preciso paz pra poder sorrir  
É preciso a chuva para florir.*

*Penso que cumprir a vida  
Seja simplesmente*

*Compreender a marcha  
E ir tocando em frente.*

*Como um velho boiadeiro  
Levando a boiada  
Eu vou tocando os dias  
Pela longa estrada, eu vou  
Estrada eu sou.*

*Todo mundo ama um dia  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
E no outro vai embora.*

*Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz.*





Dedico esta tese de doutorado às pessoas  
mais importantes da minha vida...

*Aos meus pais, Fabio e Valdeci,*  
Os quais, tenho certeza, estão orgulhosos de mim neste momento...

*Ao meu irmão, Fabio Júnior, e minhas sobrinhas,*  
*Teodora e Catarina,*  
Vocês fazem parte da minha história...

*Ao meu amor, Juliano,*  
Pelo apoio incondicional, parceria e compreensão  
nos momentos em que estive ausente...

*Ao meu avô, Osvaldo (in memoriam),*  
Onde quer que você esteja, saiba que esta conquista também é sua...



## Agradecimentos

A **Deus**, que ilumina o meu caminho, agradeço pela coragem e força para superar as dificuldades encontradas no percurso da vida e, acima de tudo, fé para seguir em busca de meus sonhos.

À minha família, em especial aos **meus pais, Fabio e Valdeci**, pelo exemplo de honestidade, simplicidade e, acima de tudo, por acreditarem nos meus sonhos e não medirem esforços para que eu chegasse até aqui.

Ao **meu amor, Juliano**, parceiro de todos os momentos, pelo apoio incondicional, incentivo e admiração pela escolha que fiz em trilhar um caminho regado de muitos anos de estudos. Que fiquemos juntos enquanto Deus abençoar o nosso amor.

À minha família manauara, em especial à **minha mana Kennya Mota**. Obrigada, Deus, por esse presente materializado na forma de pessoa que mesmo distante, sempre está na minha vida e em meu coração. Jamais esquecerei o que você e sua família fizeram por mim.

À **minha grande amiga Elorides Brito**, pelo apoio, conselhos e, acima de tudo, amizade sincera. Saiba que você e sua família moram no meu coração.

À **família Pedroso**, em especial ao **meu amigo Enio**, pelo pontapé inicial para que eu embarcasse nessa grande aventura. Obrigada pela sensibilidade em apostar no meu potencial e permitir que eu ganhasse asas até Manaus.

À minha orientadora, professora **Dra. Carmem Colomé Beck**, por apostar no meu potencial, confiar nas minhas percepções e aceitar mergulhar comigo neste desafio de adentrar o cenário de envelhecimento da região Norte do Brasil. Sua dedicação, ética, incentivo, compromisso e respeito foram essenciais para eu pudesse concluir este estudo.

A todos os professores que contribuíram para o amadurecimento deste estudo, em especial à minha coorientadora, professora **Dra.**

**Teresinha Heck Weiller**, pelos ensinamentos desde a graduação, disponibilidade, ética, amizade e, sobretudo, incentivo e confiança depositados em mim.

À professora **Dra. Maria Saleti Lock Vogt**, por ter me apresentado ao Sistema Único de Saúde nas disciplinas iniciais do curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria e, com isso, ter sido a norteadora de meu interesse por pesquisas e atividades de extensão relacionadas à Saúde Pública.

À professora **Dra. Marisa Bastos Pereira**, por seus ensinamentos e incentivo para que eu persistisse com meus estudos e me tornasse “doutora” de direito e de fato. Saibam que vocês, professores, são o espelho que guia os meus passos. Que eu possa ter maturidade suficiente para refletir os seus ensinamentos.

Aos **Gestores** dos serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM), pela gentileza, disponibilidade em me receberem e contribuição para a concretização deste estudo.

À **Banca Examinadora** desta tese de doutorado, pelo aceite e gentileza de se fazerem presentes nesse momento tão especial. Suas contribuições foram essenciais no aprimoramento deste estudo.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)**, em especial a todos os professores, pela dedicação e constante interesse em transmitir seus conhecimentos.

Aos integrantes do **Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem**, pelo apoio em todos os momentos.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a concretização deste sonho, meu muito obrigada!

## *Idoso...*

O velho é sempre esquecido, esquecido toda hora,  
Facilmente o mundo esquece, sua vida, sua história.

Esquece os anos de luta, a quantos pode ajudar,  
Esquece o lar que formou, e a quantos pode amar.

A partir de seus setenta, mais difícil fica a vida  
Se não conta com a ajuda, se aproxima a despedida!

Há velhos afortunados, tratados com muito amor,  
A maioria, porém, vive só com sua dor.

Quando adoece, o velho, e seu estado se deplora,  
Muita gente diz assim: será que não está na hora?

Se depois falece o velho, e por saudade alguém chora,  
Muitos dizem, secamente: viveu muito... foi na hora!

Ampare o velho, meu jovem, estime-o de coração,  
Dê-lhe paz e segurança, algo mais, a sua mão.

Aproveite a experiência, do homem que envelheceu,  
Procure ouvir-lhe os conselhos, ele é sempre amigo seu.

Ouçã a voz da experiência, meu jovem, seja seu fã  
É conselho amigo... ele é você amanhã!

(Claudiomiro Sevierio)



## RESUMO

### SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAS (AM): UM ESTUDO DE CASO

AUTORA: Iarema Fabieli Oliveira de Barros  
ORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck  
COORIENTADORA: Teresinha Heck Weiller

O envelhecimento humano, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da maioria das sociedades. A população mundial está envelhecendo e apresenta, atualmente, cerca de 600 milhões de idosos no mundo, três vezes mais do que há 50 anos e três vezes menos do que em 2050. O Brasil acompanha esse intenso ritmo de envelhecimento que traz consigo elevados custos relativos aos cuidados da população idosa, determinado pelas novas demandas e aliado ao aumento da prevalência de doenças crônicas e de sua duração. Esse fato suscita reflexões e exige a implantação e/ou a reorganização da atenção ao idoso nos diversos cenários. Diante do exposto, esta pesquisa teve como objeto de estudo os Serviços de Atenção aos Idosos na cidade de Manaus (AM), e como objetivo geral analisar os serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM). Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso. O cenário da pesquisa foi a cidade de Manaus (AM) e o local do estudo foram 10 Serviços e/ou Programas Especializados na Atenção ao Idoso. Os participantes da pesquisa foram 19 gestores de 10 Serviços de Referência na Atenção ao Idoso na cidade, sendo 13 gestores da atual gestão dos serviços de saúde e 06 de gestões anteriores, os quais aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão foram ser gestor dos Serviços de Referência na Atenção ao Idoso na cidade de Manaus e excluídos os gestores em licença de trabalho no período da coleta. A escolha dos participantes ocorreu por meio do método de amostragem “bola de neve”. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro e novembro de 2019, mediante entrevista semiestruturada e pesquisa documental. As entrevistas foram realizadas em local de preferência de cada participante, junto aos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, e tiveram duração média de 56 minutos. O estudo atendeu os preceitos éticos estabelecidos pelas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados foram apresentados por meio de duas categorias temáticas, posteriormente discutidos e analisados, utilizando-se Proposta Operativa de Minayo. A primeira categoria, Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus apresentou a formação histórica, descrição e modo de gestão dos serviços. A segunda categoria tratou das Relações, Articulações e Interlocações entre os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus. Verificou-se que Políticas Públicas subsidiaram legalmente a implantação dos Serviços Especializados na Atenção aos Idosos na cidade de Manaus, apoiadas no investimento dos gestores (governantes) que conduziram as ações nesse território. Alguns serviços estão sob a gestão do Estado, outros do Município. As equipes multiprofissionais desenvolvem a Atenção Especializada pautada no atendimento humanizado, acolhimento e olhar ampliado para além dos indivíduos, que levam à formação de vínculos e, conseqüentemente, facilitam o atendimento às demandas dos idosos usuários desses serviços. A atuação dos serviços não conforma uma Rede de Atenção na sua integralidade, pois os serviços se articulam entre si, mas nem todos se inter-relacionam na sua totalidade, estando os idosos a percorrê-los. Este estudo contribuiu com o desafio de adentrar no cenário de envelhecimento da região Norte do Brasil e desvelar novos arranjos de atenção ao idoso em uma perspectiva ampliada, de modo a considerar elementos regionais que afetam direta ou indiretamente o processo de envelhecer dessa população. Além disso, o conjunto de Políticas Públicas traz amparo legal à implantação de Centros de Convivência de Idosos, Universidades Abertas para a Terceira

Idade, bem como Centros de Atenção Integral ao Idoso, dentre outros serviços. Reafirma, ainda, o compromisso com o reconhecimento explícito do direito à saúde e respeito à vida dos idosos na cidade da Manaus. Há, portanto, a contínua possibilidade de novas pesquisas no campo do envelhecimento humano, uma vez que o perfil epidemiológico mundial é marcado pelo acelerado envelhecimento, trazendo consigo novas demandas e, conseqüentemente, novos arranjos da gestão local, municipal e estadual, que se reinventam diariamente para atender às novas exigências advindas com o envelhecimento.

**Descritores:** Idoso. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas. Enfermagem. Fisioterapia.



## **ABSTRACT**

### **ELDERLY CARE SERVICES IN THE CITY OF MANAUS (AM, BRAZIL): A CASE STUDY**

**AUTHOR:** Iarema Fabieli Oliveira de Barros

**ADVISOR:** Carmem Lúcia Colomé Beck

**COADVISOR:** Teresinha Heck Weiller

Growing older was previously considered a rare phenomenon, but old age is now part of most societies. The world population is growing much older; there are currently 600 million elderly people in the world, thrice the number 50 years ago and thrice less than the forecast for 2050. This rapid aging pattern follows suit in Brazil, leading to new demands and increases in costs related to care for the elderly due to the high prevalence of chronic diseases in this population. This fact prompts reflections and demands the implementation or reorganization of elderly care services in many scenarios. In light of these conditions, this study analyzed the Elderly Care Services in Manaus (AM, Brazil). Methodologically, this is a qualitative case study. The study was conducted in the city of Manaus, Amazonas (Brazil), and the locations consisted of 10 centers for Services and or Programs Specialized in Elderly Care. The participants included 19 managers of ten Specialized Services for Elderly Care in Manaus (AM, Brazil), 13 of whom currently work in management, and six are former managers. The criteria of inclusion for participants were that they must be managers in Specialized Services for Elderly Care in Manaus; those who were on vacation or otherwise not actively working were excluded from the study. Participants were chosen via snowball sampling. Data collection took place between October and November 2019 through semi-structured interviews and documentary research. The semi-structured interviews were done according to each participant's preferred location within the Elderly Care service facilities in Manaus (AM, Brazil) and lasted about 56 minutes. The ethical precepts established by resolutions no. 466/2012 and 510/2016 of the National Health Council were adopted. The results were introduced through two thematic categories and later discussed and analyzed through Minayo's Operational Proposal. The first category, named Elderly Care Services in Manaus (AM, Brazil), introduced the history, description, and management methods of these services. The second category discussed the Relations, Articulations, and Interlocutions in Elderly Care Services in Manaus (AM, Brazil). After each service was described, we verified that Public Policies legally subsidized the implementation of Specialized Elderly Care Services in Manaus (AM, Brazil), supported by the government's investment on managers who led actions in this city. The state manages some services, whereas the city manages others. Multidisciplinary teams develop Specialized Care based on humanized care, shelter, and care beyond individuals. This approach leads to bonds between elderly who require these services and professionals, which facilitates care. These services do not fit into a Care Network because they articulate among each other, but they are not interrelated in their entirety for the elderly who require them. This study contributed to tackling the challenge of an aging population in the North region of Brazil to unveil wide new arrays of elderly care. To this end, we considered regional elements that directly or indirectly affect this population's aging process. In addition, the ensemble of Public Policies pulls legal support to the establishment of Center for Elderly Living, Open Universities for the Elderly, and Integrated Elderly Care Centers, among other services. This reaffirms the commitment and explicit acknowledgment of the rights to health and respect for life for the elderly in Manaus (AM, Brazil) and the world. As such, this research opens a pathway for new studies on the field of aging, since the world epidemiologic profile is marked by rapid aging, bringing with it new demands and

arrangements of local city and state administrations to reinvent daily to care for the increasing elderly population.

**Keywords:** Elderly. Integrated Elderly Health Care. Unified Health System. Public Policies. Nursing. Physiotherapy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – População absoluta e relativa de idosos no mundo: 1950-2100 .....	40
Figura 2 – Número de jovens (0-14 anos) e de idosos (60 anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE). Brasil: 2000-2060 .....	41
Figura 3 – Pirâmide populacional (distribuição por sexo e idade). Brasil: 1950, 1985, 2020 .....	41
Figura 4 – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs).....	62
Figura 5 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RASs.....	63
Figura 6 – Modelo de Atenção Crônica (CCM) .....	66
Figura 7 – Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas .....	67
Figura 8 – Modelo da Pirâmide de Risco .....	67
Figura 9 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde .....	68
Figura 10 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) .....	69
Figura 11 – Localização geográfica do Estado do Amazonas.....	75
Figura 12 – Zonas geográficas de Manaus (AM) .....	76
Figura 13 – Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI's). Brasil, 2019 .....	78
Figura 14 – Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida). Brasil, 2019.....	79
Figura 15 – Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT). Brasil, 2019.....	80
Figura 16 – Parque Municipal do Idoso (PMI). Brasil, 2019.....	81
Figura 17 – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI). Brasil, 2019.....	82
Figura 18 – Localização geográfica dos Centros de Atenção à Melhor Idade (CAIMIs), segundo as zonas administrativas da cidade de Manaus (AM), 2019 .....	94
Figura 19 – Fluxograma Geral de Atendimentos dos CAIMIs .....	96
Figura 20 – Localização do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na cidade de Manaus (AM), 2019.....	98
Figura 21 – Instalações do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na cidade de Manaus (AM), 2019.....	99
Figura 22 – Localização do CAIMI Dr. André Araújo na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	100
Figura 23 – Complexo CAIMI Dr. André Araújo, Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) e Maternidade Nazira Daou. Manaus (AM), 2019 .....	101
Figura 24 – Instalações do CAIMI Dr. André Araújo na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	101
Figura 25 – Localização do CAIMI Ada Rodrigues Viana na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	102
Figura 26 – Instalações do CAIMI Ada Rodrigues Viana na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	103
Figura 27 – Instalações da Fundação Doutor Thomas (FDT) na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	106
Figura 28 – Instalações do Parque Municipal do Idoso (PMI) na cidade de Manaus (AM), 2019 .....	112

Figura 29 – Instalações do Centro de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida) na cidade de Manaus (AM), 2019.....	117
Figura 30 – Construção das Instalações da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) .....	120
Figura 31 – Instalações da Fundação da Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnaTI) na cidade de Manaus (AM), 2019.....	122
Figura 32 – Representação visual dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM) .....	142
Figura 33 – Linha de tempo: Políticas Públicas e Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM).....	144

## LISTA DE SIGLAS

AADES	Agência Amazonense de Desenvolvimento Econômico e Social
AAR	Ambulatórios de Alta Resolutividade
AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AM	Amazonas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AV	Autópsia Verbal
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAICs	Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CCM	Modelo de Atenção Crônica
CECI	Centro Estadual de Convivência do Idoso
CEI	Conselho Estadual do Idoso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETAM	Centro Tecnológico do Estado do Amazonas
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CICC	Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CIPDI	Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNDPI	Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSUNIV	Conselho Universitário
CPG	Centro de Análises Clínicas, Pesquisa e Inovação em Gerontologia
CR	Centros de Referência
CS	Centros de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DECCI	Delegacia Especializada em Crimes contra o Idoso
ESA	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESPI	Escola de Serviço Público Municipal e Inclusão Socioeducacional
FDT	Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas
FMDI	Fundo Municipal de Direitos do Idoso
FNI	Fundo Nacional do Idoso

FOPI	Fórum Permanente do Idoso
FUnATI	Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade
HUFM	Hospital Universitário Francisca Mendes
IE	Índice de Envelhecimento
IES	Instituições de Ensino Superior
ILPI	Programa Longa Permanência do Idoso
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IR	Imposto de Renda
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEC	Ministério da Educação
MIFSUSAM	Escala de Independência Funcional
MS	Ministério da Saúde
NEPEM	Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento em Manaus
NIRA	Núcleo de Regulação Interna
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOG	Núcleo de Orientação Gerontológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PAPI	Projeto de Apoio à Pessoa Idosa
PASI	Programa de Atenção à Saúde do Idoso
PCCN	Programa de Combate às Carências Nutricionais
PEPG	Programa de Estudos Pós-Graduados
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIAE	Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento
PIB	Produto Interno Bruto
PMF	Programa Médico da Família
PMI	Parque Municipal do Idoso
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDH-3	Programa Nacional dos Direitos Humanos
PNI	Política Nacional para os Idosos
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPAs	Programas de Planejamento para Aposentadorias

PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PUC/RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
SBG	Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAS	Secretaria de Estado da Assistência Social
SEC	Secretaria de Estado de Cultura
SEJEL	Secretaria de Estado de Juventude, Esporte e Lazer
SEMAD	Secretaria Municipal de Administração, Planejamento e Gestão
SEMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Serviços de Pronto Atendimento
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TMU	<i>Tokyo Metropolitan University</i>
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAM	Universidade Federal do Estado do Amazonas
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade de São Paulo





## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	25
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	31
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	38
2.1 DE UM PAÍS DE JOVENS PARA UM PAÍS DE VELHOS: TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CURSO NO BRASIL .....	39
2.2 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO: DA GERIATRIA À GERONTOLOGIA .....	42
2.3 SAÚDE E SUA INTERRELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO HUMANO .....	45
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO .....	49
2.5 POLÍTICAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS PARA IDOSOS NA CIDADE DE MANAUS (AM) .....	54
2.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs).....	60
<b>3 TECENDO LINHAS DA INVESTIGAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	73
3.1 ABORDAGEM E DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	73
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	74
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	83
<b>3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes</b> .....	83
3.4 PRODUÇÃO DE DADOS .....	84
<b>3.4.1 Entrevistas semiestruturadas</b> .....	84
<b>3.4.2 Pesquisa documental</b> .....	86
3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	87
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	87
3.7 DIFUSÃO E DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS .....	89
<b>4 RESULTADOS</b> .....	93
4.1 CATEGORIA 1 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM) .....	93
<b>4.1.1 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs)</b> .....	93
4.1.1.1 CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima .....	97
4.1.1.2 CAIMI Dr. André Araújo .....	99
4.1.1.3 CAIMI Ada Rodrigues Viana.....	102
<b>4.1.2 Fundação de Apoio ao Idoso Doutor Thomas (FDT) e Parque Municipal do Idoso (PMI)</b> .....	105
4.1.2.1 Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI) .....	108
4.1.2.2 Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (PADI).....	110
4.1.2.3 Programa Conviver .....	111
<b>4.1.3 Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida)</b> .....	116
<b>4.1.4 Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) e Policlínica Gerontológica FUnATI</b> .....	119
<b>4.1.5 Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM)</b> .....	125
<b>4.1.6 Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI)</b> .....	126
4.2 CATEGORIA 2 – RELAÇÕES, ARTICULAÇÕES E INTERLOCUÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM) .....	127
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	141
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	155
6.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	157

6.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	159
6.3	RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS.....	160
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	163
	<b>APÊNDICES</b> .....	177
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.....	179
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	181
	APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS.....	183
	<b>ANEXOS</b> .....	185
	ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	187

## APRESENTAÇÃO

Nasci na região da Campanha, na cidade de Alegrete (RS) e lá vivi até meus dois anos de idade. Em 1984, minha família se mudou para Santa Maria (RS) em virtude das dificuldades econômicas que enfrentava. De origem humilde, sem muitas posses, tive toda a minha formação escolar na Rede Pública de Ensino (municipal e estadual) e, diante das adversidades que via meus pais enfrentarem, sempre tive a certeza de que o estudo era a melhor opção para que eu tivesse um futuro um pouco mais tranquilo e que também pudesse ajudá-los financeiramente.

Em 1999 completei o Ensino Médio e segui a ideia de continuar estudando. Vieram os vestibulares e com eles a necessidade de uma melhor preparação com cursinhos pré-vestibulares. O custo disso era bastante elevado, então comecei a trabalhar de dia e estudar de noite. Assim, passaram-se anos, pois a opção de uma universidade particular era impossível para minhas condições financeiras, o tempo dedicado ao estudo me parecia insuficiente e, talvez, a minha capacidade intelectual realmente fosse limitada para a tão sonhada aprovação no curso de Medicina. Mesmo assim jamais desisti, ou melhor, meus pais jamais deixaram que isso acontecesse, entretanto, com o decorrer do tempo, mudei minha opção de curso de Graduação.

Foi assim que em 2007 ingressei na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no curso de Graduação em Química Bacharelado, que cursei por dois anos. Durante esse período percebi que a Ciência Exata não era realmente o que eu gostaria de ter presente na minha vida e que era preciso buscar uma formação na área da Saúde.

Diante disso, em 2009, iniciei minha formação no curso de Graduação em Fisioterapia na UFSM, etapa que concluí em fevereiro de 2014. Durante este período, dentre diferentes experiências, tive a oportunidade de participar como aluna bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) Saúde/Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (MS).

O PET – Saúde/Vigilância em Saúde possui ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e que possibilitam vivências por meio da troca de experiências e conhecimentos entre acadêmicos, docentes de outros cursos e instituições e profissionais da Rede de Atenção à Saúde.

Nesse Programa tive a oportunidade de desenvolver um projeto de pesquisa cujo objetivo foi investigar e mapear óbitos não fetais por “Causas mal definidas/sem assistência médica” no município de Santa Maria (RS), com vistas a definir suas causas básicas por meio

da Autópsia Verbal (AV). Isso decorreu do fato de que no ano de 2010, o Município apresentava como terceira causa de óbito de idosos as mal definidas/sem assistência médica.

De posse dessa informação, realizou-se a investigação desses óbitos por meio da busca ativa (visitas domiciliares) com elaboração de um mapa por Região Administrativa Municipal. O instrumento utilizado durante as visitas foi a AV – um questionário aplicado aos familiares/cuidadores da pessoa falecida que permite investigar as circunstâncias, sinais e sintomas da doença que a levou a óbito – além de buscas nos prontuários das Unidades Básicas de Saúde e hospitais. Após a análise das Declarações de Óbito, os dados apontaram que em 98,5% dos casos em que foi realizada a AV, a alteração da causa básica do óbito foi possível. Com isso, houve mudança expressiva no quadro epidemiológico do Município de Santa Maria (RS), sendo que anterior à investigação, o indicador de morte por causas mal definidas era de 13,7%, enquanto no período pós-investigação passou a ser de 4,6%. O resultado foi reconhecido nacionalmente na 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, organizada pelo Ministério de Saúde em Saúde, em Brasília (DF) (BRASIL, 2011b).

De posse desse resultado surgiram muitas inquietações e a aproximação com o campo da Gerontologia tornou-se inevitável. Esse processo originou o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que teve como produto final o artigo intitulado “*Internações Hospitalares por Quedas em Idosos Brasileiros e os Custos Correspondentes no Âmbito do Sistema Único de Saúde*”, que foi publicado na Revista Kairós Gerontologia (BARROS et al., 2015). O estudo apontou que o retrato das internações dos idosos no Brasil tem características distintas daquelas vividas por pessoas em outras faixas etárias. A frequência das internações devido a quedas com o conseqüente aumento nas taxas de utilização dos Serviços de Saúde são copiosamente diferenciadas, considerando as faixas etárias, o sexo e as macrorregiões de saúde em que a população idosa está inserida.

Frente à robustez dos resultados obtidos dei seguimento à imersão na temática relativa a quedas em idosos e, ao realizar o curso de Mestrado em Gerontologia nessa mesma instituição, no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, desenvolvi a dissertação de Mestrado intitulada “*Quedas em idosos brasileiros: morbimortalidade e projeção de internações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul (1998-2020)*” (BARROS, 2016). O estudo detectou que o crescimento da população idosa e o número de internações hospitalares por quedas ocorre, de modo mais significativo, entre pessoas do sexo feminino e na faixa etária de 80 anos ou mais. Além disso, ao analisar a projeção dessas internações, verificou-se

a tendência de diminuição proporcional nas internações por quedas entre a faixa etária de 80 anos ou mais até o ano de 2020, fato que trouxe ainda mais inquietações.

Assim, o amadurecimento intelectual proveniente dessa trajetória abriu caminho para novas possibilidades de estudo e aprofundamento da temática do envelhecimento humano. Compreende-se que o campo da Gerontologia é vasto, instigante e inevitável para aqueles que vivem mais anos, e que o processo de envelhecimento é individual, ou seja, se apresenta de modo diferenciado para cada pessoa, mesmo entre grupos similares, da mesma faixa etária e com condição socioeconômica semelhante.

Frente a isso, e na perspectiva de continuar o meu processo de formação em decorrência do ingresso no curso de Doutorado em Enfermagem da UFSM, no ano de 2017, senti a necessidade de assumir uma proposta de tese que contribuísse para fortalecer a minha caminhada na pesquisa e na área da Gerontologia. Sendo assim, as considerações anteriormente apresentadas revelaram a necessidade de elaboração de uma pesquisa que refletisse acerca da amplitude do campo do envelhecimento humano e, ao mesmo tempo, trouxesse novas experiências em cenários diferenciados na atenção ao idoso, tidos como referência nos estudos da Gerontologia.

Assim, no segundo semestre de 2017, por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM realizei uma mobilidade acadêmica na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), localizada cidade de Manaus (AM), sob orientação do professor Dr. Euler Esteves Ribeiro, médico, doutor em Medicina e Ciências da Saúde. A escolha por essa região se deu pelo fato de que durante o Programa de Pós-graduação em Gerontologia, em nível de Mestrado na UFSM. Na oportunidade compartilhei a formação com uma colega que veio de Manaus para realizar o Mestrado em Gerontologia na UFSM. O tema envelhecimento humano e a política implementada na cidade de Manaus esteve em pauta nas rodas de conversa conduzidas pela colega cuja formação é no Serviço Social que no momento atuava como coordenadora de Ensino da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) e presidente do Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM), o que me gerou muita curiosidade e inquietações. Além disso, a Região Amazônica apresenta uma diversidade sociocultural, econômica, étnica e macroambiental que a tornam singular frente a outros Estados brasileiros (RIBEIRO et al., 2013) e traz consigo o interesse de novos estudos sobre o cenário de envelhecimento nesse território.

A UnATI foi criada no âmbito da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) no ano de 2007 pela Resolução nº 020/2007 – CONSUNIV/UEA e, posteriormente, passou a Órgão Suplementar por meio do Decreto-Lei nº 3.595/2011 (GOVERNO DO ESTADO DO

AMAZONAS, 2011). A partir de então desenvolveu suas atividades em um anexo da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA/UEA) durante oito anos, atuando como núcleo de Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência nas questões relacionadas ao envelhecimento humano. Em 2018, por meio da Lei nº 4.625, a UnATI passou a ser uma Fundação e denominar-se “Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade” (FUnATI) e o seu Núcleo de Orientação Gerontológica (NOG), responsável por oferecer acompanhamento gerontológico inter e multidisciplinar aos idosos matriculados, transformou-se em Policlínica Gerontológica. Atualmente, a Policlínica busca melhor atender à população envelhecida de Manaus e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e melhora e/ou manutenção da autonomia e independência dos idosos (UEA, 2007; BRASIL, 2018a).

Nessa perspectiva, esta tese vem ao encontro do núcleo profissional da discente, que é fisioterapeuta, e de sua inserção nesse Programa de Pós-Graduação, uma vez que apresenta perspectiva interdisciplinar e traz consigo possibilidades de fortalecimento de seus estudos anteriores e oportunidade de novos aprendizados junto a outros núcleos. Sua proposta se insere na linha de pesquisa “Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde”, tendo em vista que buscou, sobretudo, dirigir um olhar aos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, sob a perspectiva da gestão.



***Manaus...***  
***(Evany Nascimento)***

*Eu nasci de um grande encontro  
De dois rios e suas tormentas:  
O Rio Negro de águas escuras  
E o Solimões de águas barrentas.  
Esse ponto era estratégico  
E minha história começa aqui  
Muitos nomes eu fui recebendo  
Mas essa herança eu nunca perdi.  
Comecei como fortaleza  
Dos portugueses, um segredo  
E a igreja me batizou  
São José da Barra de Rio Negro.  
Não fui a primeira cidade  
A nascer nas bandas do Norte,  
Pois Belém nasceu primeiro,  
Presépio era o nome do Forte.  
Com os padres carmelitas  
Uma mudança se narra  
De lugar passei à Freguesia  
Da Virgem Conceição da Barra.  
Outro nome tem origem*

*De uma tribo de guerreiros  
Manau era um povo orgulhoso  
Que nasceu aqui primeiro.  
Manau – seria mãe dos deuses?  
Surgiu este significado  
Mãe dos deuses da natureza,  
Mãe dos caboclos do Eldorado.  
Então me chamaram Manaus.  
Primeiro Vila, depois Cidade  
Foram tantas idas e vindas  
Que até confundem minha idade.  
Também criaram codinomes,  
Acredito que todas tenham,  
Veneza Brasileira, Paris dos Trópicos  
Cidade Sorriso, Porto de Lenha.  
Sou capital do Amazonas,  
Maior Estado desta nação.  
Sou um porto para aportar  
Da canoa à embarcação.*





## 1 INTRODUÇÃO

Esta tese está inserida na linha de pesquisa “Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde”, do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem dessa mesma instituição. Como objeto de pesquisa ressaltam-se os serviços organizados para a Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM). Nessa perspectiva, passa-se a contextualizar a demografia e a epidemiologia do envelhecimento humano, as principais políticas públicas voltadas à população idosa, os aspectos que caracterizam o processo de envelhecer e as características do modelo de atenção à população idosa residente no Estado do Amazonas.

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje é a realidade da maioria das sociedades ao redor do mundo. Esse processo deve-se ao aumento da expectativa de vida e às taxas de fertilidade cada vez mais descendentes. Existem, atualmente, 600 milhões de idosos no mundo – três vezes mais do que há 50 anos e três vezes menos do que se terá em 2050, a maioria delas, possivelmente, vivendo em países em desenvolvimento (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

De acordo com as projeções populacionais realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2019) e divulgadas no *World Population Prospects*, a população mundial deve crescer em dois bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, passando dos atuais 7,7 bilhões de indivíduos para 9,7 bilhões em 2050. Países como a Índia, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo, Etiópia, Tanzânia, Indonésia, Egito e Estados Unidos responderão por mais da metade do crescimento estimado para a população global nesse período.

Em razão disso, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%) em 2050, enquanto regiões da África, Ásia, América Latina e Caribe tendem a dobrar a sua parcela de população envelhecida. Em 2018, pessoas com 65 anos ou mais de idade superaram numericamente, pela primeira vez em nível global, as crianças com menos de cinco anos. Estima-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (ONU, 2019).

Nesse cenário, a partir do final da década de 1970, o Brasil passou a apresentar gradativa transição demográfica em sua pirâmide populacional, ocasionada pelo avanço técnico-científico, melhorias de saúde e mudanças nas estruturas familiares brasileiras. Esse envelhecimento trouxe mudanças no perfil epidemiológico na medida em que se observa um predomínio das condições crônicas não transmissíveis, tais como hipertensão arterial,

diabetes, artropatias, dentre outras, as quais são seguidas de fatores de risco, como quedas e suas consequências desfavoráveis, com prevalência e incidência entre a população idosa (MENDES et al., 2018).

A Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com a Lei nº 8.842/94, em seu capítulo I, art. 2º, a faixa etária para uma pessoa ser considerada idosa é de 60 anos ou mais (BRASIL, 1994).

O processo de envelhecimento traz consigo mudanças profundas na vida dos indivíduos, as quais podem se dar sob diversos aspectos, sejam biológicos, psicológicos, sociais ou ambientais, tornando-os mais vulneráveis a doenças e, conseqüentemente, à redução de suas reservas funcionais (NETTO, 2016). Para dar conta dessa demanda de saúde da população idosa é preciso haver o envolvimento de diferentes atores sociais, sejam eles gestores, sociedade civil organizada e, principalmente, os próprios idosos para que, em um processo democrático, participativo e consensual, possam se articular na tomada de decisões para o enfrentamento da real situação de envelhecimento populacional mundial (FERREIRA et al., 2012).

Corroborando com o supracitado, a organização e estruturação da Atenção à Saúde dos Idosos brasileiros avançou significativamente com a promulgação da Lei nº 8.842, em 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Esta lei, em seu art. 10, inc. II – na área de Saúde, alínea “a” – garante ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento (BRASIL, 1994).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), em 10 de dezembro de 1999, promulgou a Portaria nº 1.395/GM, que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso. Seu propósito é promover o envelhecimento saudável, preservar e/ou melhorar, ao máximo possível, a capacidade funcional dos idosos, além de prevenir doenças, recuperar a saúde daqueles que adoecem e reabilitar aqueles que possam ter a sua capacidade funcional restringida, garantindo-lhes a permanência no meio em que vivem e exercer de forma independente as suas funções na sociedade (BRASIL, 1999).

Já em 2006, o MS aprovou a Portaria nº 399, que retomou os princípios e as diretrizes do SUS com gestores, trabalhadores e usuários, anunciou o Pacto pela Saúde para a consolidação do SUS e aprovou as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. No que tange à

saúde do idoso, a Portaria trouxe como um dos seus compromissos a implantação da Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa, buscando a sua atenção integral (BRASIL, 2006a).

Corroborando com o supracitado, a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, regulamentou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sua principal finalidade foi recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

A Portaria evidencia que, na medida em que o processo de envelhecer é aceito como um êxito, assume-se a sua naturalidade e, dessa forma, se aproveita ao máximo a competência, a experiência e os recursos humanos dos grupos mais velhos como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas (BRASIL, 2006b).

Para que o propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso pudesse ser alcançado foram definidas algumas diretrizes essenciais: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Dessa forma, todas as ações em favor da saúde do idoso devem objetivar, ao máximo, a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (BRASIL, 2006b).

É inevitável, entretanto, que as distintas faixas etárias podem apresentar diferentes vulnerabilidades e desenvolver problemas de saúde. Esses decorrem, sobretudo, do declínio natural das dimensões fisiológica, morfológica e bioquímica, embora políticas e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças busquem o alcance da manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida da população idosa (FERREIRA et al., 2012; MENDES et al., 2018).

Em termos fisiológicos, o envelhecimento pode ser caracterizado como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o seu nascimento e o acompanha por toda a sua vida. Nesse transcurso, provoca no organismo modificações morfológicas (alterações na forma do corpo), fisiológicas (modificações nas funções orgânicas) e bioquímicas (transformações nas reações químicas presentes no organismo). Mesmo, porém, que esse processo apresente diversos pontos desfavoráveis, tornar-se idoso é um grande progresso da humanidade (FREITAS et al., 2016).

Somado a isso, o envelhecimento bem-sucedido também merece destaque e pode ser entendido a partir da menor probabilidade de ocorrência de doenças, alta capacidade funcional física e mental e engajamento ativo junto a sociedade. O alcance desses fatores requer cada vez mais a atuação de projetos e programas de promoção da saúde que enfatizem os aspectos preventivos e assistenciais de maior relevância entre a população idosa (WHO, 2005).

Esses pontos, considerados alternativas para o cuidado integral do idoso, possibilitam intervenções e orientações em longo prazo, desenvolvem práticas sociais de Atenção Primária em Saúde e priorizam a Educação em Saúde em sua perspectiva ampliada (COUTINHO et al., 2013). Em geral, os programas convergem em ações que privilegiam o envelhecimento ativo, com foco em uma longevidade que preserva a capacidade funcional e o estímulo à autonomia (WHO, 2005).

Além disso, a promoção do envelhecimento saudável assumida pelo MS tem como propósito basilar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com foco no desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida. Destaca-se, também, a importância do investimento nos processos informativos e educativos continuados, tanto para os profissionais do SUS e de outros setores, quanto para a sociedade, estimulando comportamentos saudáveis (WHO, 2005; BRASIL, 2006b).

Em 2013 houve alguns avanços, como o desenvolvimento de estratégias para a construção de Diretrizes Nacionais com vistas ao aperfeiçoamento do modelo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora do cuidado. Em consequência, o modelo voltado ao cuidado ampliado do indivíduo já se encontra implementado em diversos espaços brasileiros envelhecidos, a exemplo da Região Norte do Brasil (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018; FERNANDES; SOARES, 2012).

A partir dessa demanda, o governo do estado do Amazonas, por meio da Secretaria de Estado de Juventude, Esporte e Lazer (SEJEL), em parceria com a Agência Amazonense de Desenvolvimento Econômico e Social (AADES), desde o ano 2000 desenvolve inúmeros projetos e programas sociais nos Centros Estaduais de Convivência da Família, no Centro Estadual de Convivência do Idoso e no Parque Municipal do Idoso, todos localizados na cidade de Manaus. Nesses locais há oferta de inúmeras atividades diárias, realizadas por uma equipe técnica multidisciplinar, voltadas à manutenção e/ou melhoria da qualidade de vida e funcionalidade, especialmente da população idosa usuária do SUS (SUSAM, 2018).

A Atenção à Saúde do Idoso na cidade de Manaus é organizada de maneira integrada, e os cuidados coordenados ao longo do percurso assistencial, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida. Além disso, os modelos de Atenção à Saúde do Idoso são

fundamentados na proposta de linhas de cuidado integral, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (SUSAM, 2018).

A atenção deve estar baseada na identificação precoce dos riscos de fragilização do idoso, o que permite priorizar a reabilitação precoce a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é intervir antes de o agravo ocorrer e, dessa forma, monitorar a saúde, não a doença. Em outras palavras, postergar a doença a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida com qualidade. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção, sempre focado na sua atenção integral (RIBEIRO et al., 2013).

Assim, frente ao exposto, surgiu o interesse em adentrar nesse cenário de envelhecimento da região Norte do Brasil e desvelar novos arranjos de atenção ao idoso em uma perspectiva ampliada, considerando elementos regionais que podem estar direta ou indiretamente relacionados com o processo de envelhecer. Por conseguinte, esta Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), visa conhecer os serviços de atenção aos idosos no estado do Amazonas, mais precisamente na sua capital - Manaus.

Assim, esta pesquisa tomou por **objeto de estudo** os Serviços de Atenção aos Idosos na cidade de Manaus (AM), e está ancorada nas seguintes **questões de pesquisa**: Como se configuram os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)? Os serviços se articulam para atender às demandas dessa população? De que forma? Os serviços existentes conformam uma Rede de Atenção? Como ocorre a gestão destes serviços e desta rede?

Diante disso, o **objetivo geral** deste estudo foi analisar os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM).

Como **objetivos específicos** tem-se os seguintes:

- descrever e espacializar os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM);
- analisar a gestão dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM);
- identificar e analisar a conformação dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM);
- descrever as potencialidades e limitações identificadas pelos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM);

- analisar as relações, articulações e interlocuções entre os Serviços de Atenção ao Idoso em Manaus.

Nessa direção, defende-se a tese de que os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM) estão articulados e alinhados ao referencial das Políticas Públicas, das Redes de Atenção (RAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Espera-se que os resultados deste estudo possam despertar na comunidade acadêmica e na gestão dos Estados e municípios brasileiros, um novo olhar para a população idosa e que aponte caminhos para a constituição e/ou fortalecimento de Redes de Atenção ao Idoso em diversos cenários.

Esta investigação traz consigo a possibilidade de ampliação do escopo de pesquisas relacionadas à Atenção aos Idosos, as quais devem possibilitar a compreensão de novas formas de cuidado à saúde da população envelhecida por meio da implantação de serviços especializados para a atenção ao idoso.

Ao trazer novas experiências relacionadas a esses serviços almeja-se contribuir com a esfera científica e, dessa forma, incitar e subsidiar medidas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças da população envelhecida nos mais diferentes cenários.



***Meus Filhos...***  
***(Evany Nascimento)***

*Esses rios eram habitados por  
Muitos povos em suas margens.  
Ponto de encontro, um comércio  
Refúgio depois das viagens.  
Minha gente aqui vivia  
Uma vida muito modesta  
Da caça, pesca e coleta  
Das riquezas da floresta  
Dois povos, novo legado.  
Um já estava, outro chegou:  
O índio, povo primeiro,  
O europeu que aqui aportou.  
Mas não foi tão amistoso  
O início dessa relação.  
Aldeamentos indígenas  
Trouxeram ao índio escravidão.  
Me tornei uma pequena Vila  
Tudo bem desorganizado,  
Soldados junto com índias  
Para a igreja era pecado.  
Mas depois pensaram bem  
Para aumentar a população,  
O trabalho e outras coisas*

*Abençoaram esta união.  
Muitos povos aqui chegaram  
Num tempo de bonança e glória.  
Alemães, turcos, ingleses  
Fazem parte da minha história.  
Do Brasil muitos vieram  
Do norte e Nordeste em geral  
Do Sul e Sudeste também  
Uma migração sem igual.  
Migrantes de todo lugar  
Ainda vem parar aqui  
Por acidente, tristes vieram  
Da República do Haiti.  
Meus vizinhos acolho agora  
Nas ruas, esquinas e vielas.  
Gente forte, brava, sofrida  
Que veio da Venezuela.  
filhos deste chão e graça  
pardos, negros e brancos,  
... e acolho e misturo as raças  
Essa é a beleza que gosto tanto!*

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



Neste capítulo é apresentada a fundamentação teórica da tese, que foi estruturada para melhor compreensão do objeto de estudo. Primeiramente, serão abordados alguns aspectos relacionados ao envelhecimento humano, tais como a sua demografia, epidemiologia, conceitos essenciais e o panorama geral da Gerontologia como ciência do envelhecimento. Posteriormente, serão descritas as Políticas Públicas que subsidiam esse cenário, seguidas da estruturação das Redes de Atenção à Saúde do Idoso.

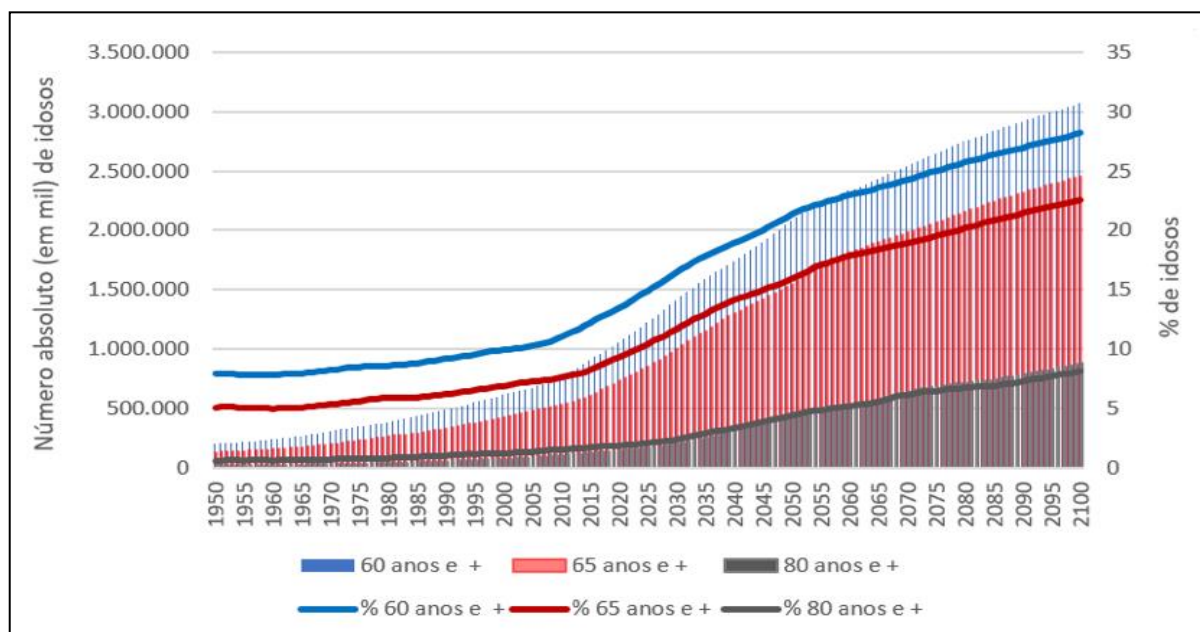
## 2.1 DE UM PAÍS DE JOVENS PARA UM PAÍS DE VELHOS: TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CURSO NO BRASIL

Segundo Duarte e Barreto (2012), o conceito de transição epidemiológica refere-se à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais. O seu processo engloba a substituição das doenças transmissíveis por doenças crônico-degenerativas, com o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais velhos e a frequente transformação de situações predominantes de mortalidade para outras com morbidade dominante (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A demografia populacional mundial, caracterizada anteriormente por países de populações predominantemente jovens, vive hoje o notório processo de envelhecimento, iniciado na década de 1950, com o aumento do número absoluto de idosos, juntamente com seu percentual no conjunto da população. Esse processo, contudo, somente se tornou evidente ao longo do século XXI, com a população vivendo cada vez mais (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

A transição demográfica iniciou com a redução das taxas de fecundidade e mortalidade e, com o passar do tempo, com a queda das taxas de natalidade, que provocou alterações na estrutura etária da população. Em 1950, o mundo apresentava um total de 2,5 bilhões de habitantes, passando para 7,8 bilhões em 2020 e deve alcançar 10,9 bilhões de habitantes em 2100. Esse fato representa um crescimento populacional absoluto de 4,3 vezes em 150 anos, conforme dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2019a) (Figura 1).

Figura 1 – População absoluta e relativa de idosos no mundo: 1950-2100



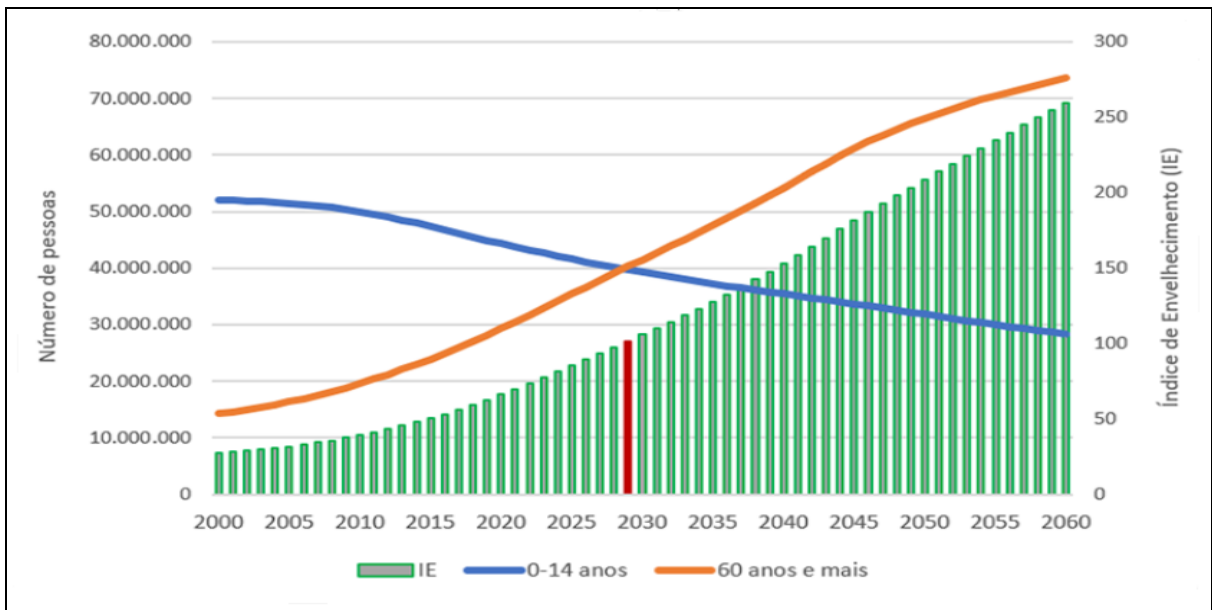
Fonte: (ONU, 2019a).

A dinâmica da revolução demográfica trouxe um cenário de inúmeras mudanças no perfil etário de diversos países, mas ocorreu de forma diferenciada entre eles, na medida em que alguns ainda se prepararam para tal processo. A França, por exemplo, teve quase 150 anos para se adaptar à mudança de 10% para 20% na proporção da população com mais de 60 anos. Países como o Brasil, China e Índia, no entanto, terão pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adaptação (LINHARES et al., 2019).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) informam que a faixa etária idosa da população brasileira está crescendo em ritmo mais acelerado do que qualquer outro grupo etário. Projeções estimam que o percentual da população acima de 60 anos ultrapasse o de jovens até 14 anos já em 2030 (Figura 2). Essa transição na estrutura etária já é uma realidade caracterizada pela queda das taxas de fecundidade e pelo consequente estreitamento da base da pirâmide populacional associado a um índice de envelhecimento cada vez mais crescente ao longo dos anos (Figura 3) (IBGE, 2016).

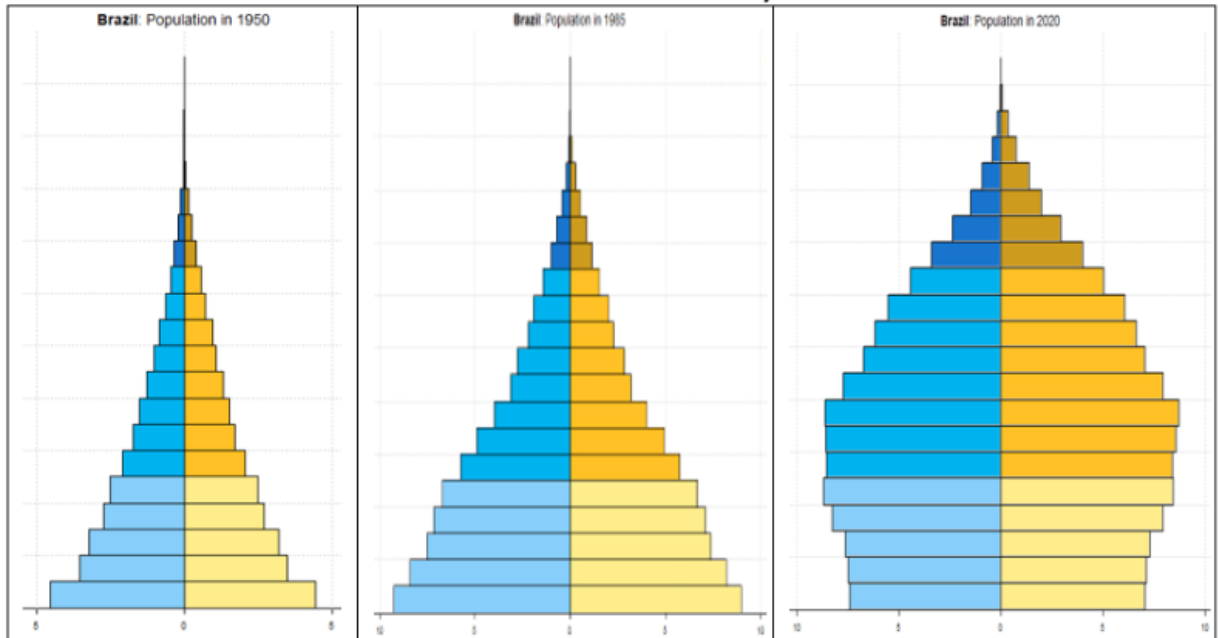
No período compreendido entre 1940 e 2018, a esperança de vida no Brasil para ambos os sexos passou de 45,5 anos para 76,3 anos. Nesse mesmo tempo, a taxa de mortalidade infantil caiu de 146,6 óbitos por mil nascidos vivos para 13,8 óbitos por mil, o que significa uma redução de 90,6%. A expectativa de vida das mulheres aumentou de 79,6 anos em 2017 para 79,9 anos em 2018. Já entre os homens, aumentou de 72,5 anos para 72,8 anos no mesmo período (IBGE, 2018).

Figura 2 – Número de jovens (0-14 anos) e de idosos (60 anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE). Brasil: 2000-2060



Fonte: (IBGE, 2016).

Figura 3 – Pirâmide populacional (distribuição por sexo e idade). Brasil: 1950, 1985, 2020



Fonte: (ONU, 2019a).

Simultaneamente à longevidade, o perfil epidemiológico brasileiro também vem sofrendo modificações no que diz respeito à prevalência das doenças crônicas. Em consequência, os gastos públicos associaram-se aos setores da Saúde e da Previdência Social (BANCO MUNDIAL, 2013). Além disso, outro setor que também está sentindo os reflexos

do envelhecimento populacional é a Saúde Suplementar, pois, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em dez anos as despesas dos planos de saúde aumentaram 106,5% (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017).

O processo de envelhecimento, portanto, deve ser entendido como natural, contínuo e irreversível, ou seja, ele acompanha o sujeito desde o seu nascimento até a sua morte. Varia, contudo, de indivíduo para indivíduo e sua velocidade está relacionada a fatores específicos e individuais como, por exemplo, condição socioeconômica, profissão, diagnósticos de doenças, dentre outros (FREITAS et al., 2016; JACOB, 2013).

Com o avançar da idade, mudanças estruturais e funcionais ocorrem e comprometem o funcionamento do organismo e a sua capacidade adaptativa. Cumulativamente, tais alterações podem elevar os riscos do adoecimento, das sequelas permanentes e da aproximação com a morte, interferindo, assim, nas atividades de vida diária (TURATO; SILVA; RIBEIRO, 2013).

Tais transformações implicam em todo o ciclo de vida dos indivíduos e estão diretamente relacionadas ao perfil etário. Exigem respostas rápidas e adequadas que, possivelmente, não se concretizam de forma eficaz sem a intervenção do Estado. Isso pode se dar por meio da implantação e implementação de Políticas Públicas voltadas à população idosa e aliadas a novas formas de organização social, as quais devem estar condizentes com a sociedade contemporânea cada vez mais envelhecida (FREITAS et al., 2016).

O envelhecimento, todavia, mesmo com suas particularidades, deve ser encarado como um acontecimento normal e não uma doença. A velhice não deve ser sinônimo de exclusão, solidão ou improdutividade. Para que esses estereótipos não existam, a população deve estar sensibilizada sobre a importância do idoso e o que pode ser feito para que ele tenha a qualidade de vida necessária para um envelhecimento com qualidade. Já os órgãos governamentais devem estar continuamente preocupados com a criação de Políticas Públicas, tanto de saúde, quanto de proteção social para a terceira idade (POCINHO, 2014).

## 2.2 A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO: DA GERIATRIA À GERONTOLOGIA

Em 1903, Ellie Metchnikoff, um cientista renomado e sucessor de Pauster, defendeu a ideia da criação de uma nova especialidade – a Gerontologia. A denominação foi obtida a partir dos termos gregos *géron* (velho, ancião) e *logia* (estudo), e constitui um campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e explicação das mudanças típicas do processo de

envelhecimento e de seus determinantes genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais (PRADO; SAYD, 2006; FREITAS et al., 2016).

Em outras palavras, *Gerontologia* refere-se ao campo de investigação das experiências do processo de envelhecer e da velhice, e envolve todas as suas peculiaridades, dimensões e contextos, de modo a analisar tanto os aspectos da senescência (envelhecimento normal) quanto da senilidade (condições que acometem o indivíduo devido a mecanismos fisiopatológicos) (NERI, 2001; PAPALÉO NETTO, 2011).

Em 1909 surgiu o interesse por uma nova especialidade da Medicina que propôs realizar o estudo clínico da velhice – tratava-se da Geriatria. Sua denominação foi dada pelo médico Ignatz Nascher, que se tornou o “pai da Geriatria” e, em 1912, fundador da Sociedade de Geriatria de Nova York (MONTAGNINI et al., 2014; BRASIL; WOYTUSKI; BATISTA, 2015; FREITAS et al., 2016).

A partir da década de 1930, a Ciência do Envelhecimento começou a se expandir e numerosos trabalhos surgiram em todas as áreas. Em 1942 foi criada a *American Geriatric Society* e, em 1946, a *Gerontological Society of America* e a *Division of Maturity and Old Age da American Psychological Association*, resultado não só do interesse da Ciência pelo estudo da velhice, mas, também, em decorrência das projeções demográficas indicativas do processo de envelhecimento populacional que passou a se acentuar nos EUA (PAPALÉO NETTO, 2011; FREITAS et al., 2016).

Diante desse cenário, Papaléo Netto (2011, p. 4) afirma:

[...] Entre 1950 e 1959, foram publicados mais estudos sobre velhice do que nos 115 anos precedentes. Entre 1969 e 1979, a pesquisa na área aumentou 270%. Nos anos 1980 e 1990, abriram-se novas frentes de interesse geradas pelas necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade como, por exemplo, o apoio a familiares que cuidam de idosos dependentes, os custos dos sistemas de saúde e previdenciário, a necessidade de formação de recursos humanos, necessidade de ofertas educacionais e ocupacionais para pessoas de meia-idade e idosas.

Em 1961 foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), composta, primeiramente, por profissionais médicos e, em 1968, graças à inclusão de sócios não médicos, passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Atualmente, essa entidade possui em seu quadro profissionais das mais diversas formações, cujo interesse são as questões relacionadas às várias áreas de estudo do fenômeno do envelhecimento. Cabe salientar que, nessa mesma época, o Serviço Social do Comércio

(SESC) deu início aos programas de lazer e de preparação à aposentadoria (PELHAM et al., 2013; FREITAS et al., 2016).

Seguindo esse propósito, merecem destaque duas experiências inovadoras na área e realizadas em universidades públicas brasileiras. A primeira foi a aprovação, em 2005, do curso de Graduação (Bacharelado) em Gerontologia pela Universidade de São Paulo (USP), pioneira no Brasil e, posteriormente, em 2009, pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A partir delas surgiu a formação de uma nova categoria profissional capacitada para desenvolver habilidades e competências específicas, integrar equipes de saúde com um olhar ampliado acerca do indivíduo idoso e desenvolver o seu cuidado de modo integral (PAVARINI et al., 2005; EACH, 2008; UFSCAR, 2008; ANDRADE et al., 2013).

Outro ponto interessante da Ciência do Envelhecimento no Brasil é que, anteriormente, o curso de Gerontologia só era ministrado em nível de pós-Graduação, a exemplo da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), que desde a década de 1980 já apresentava grupos de pesquisa que assumiram como objeto de estudo o envelhecimento e a velhice. Logo, a expertise de pesquisa permitiu a criação, na década de 1990, de um programa de pós-graduação pioneiro: o Programa de Estudos Pós-Graduados (PEPG) em Gerontologia. Já em relação à Graduação, atualmente são reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), o curso de Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e da Universidade de São Paulo (USP), além da inclusão cada vez mais frequente de disciplinas gerontológicas na grade curricular de outros cursos da área da Saúde e de Ciências Humanas (UFSCAR, 2008; FONSECA, 2016).

A Gerontologia é um campo multidisciplinar que repousa sobre um eixo ampliado, formado pela Biologia, Psicologia e Ciências Sociais. Comporta, ademais, interfaces de áreas profissionais como a Clínica Médica, Psiquiatria, Geriatria, Fisioterapia, Enfermagem, Serviço Social, Direito e Psicologia Clínica e Educacional, das quais derivam soluções para problemas individuais e coletivos, além de novas tecnologias, evidências e hipóteses para a pesquisas na área do envelhecimento (FREITAS et al., 2016).

A trajetória da Gerontologia, portanto, veio reafirmar que o idoso necessita de um olhar ampliado por parte dos profissionais, pois a sua assistência precisa ser realizada de forma diferenciada das demais faixas etárias. A gestão do cuidado do idoso exige um repensar emergencial sobre as práticas assistenciais do Sistema de Saúde, exigindo atuação na prevenção e na identificação precoce de riscos de fragilização, perda da autonomia e independência, e que as atividades estejam voltadas à busca por sua autoestima, saúde e acesso a uma vida plena (PELHAM et al., 2013; ANDRADE et al., 2013; FONSECA, 2016).

### 2.3 SAÚDE E SUA INTERRELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO HUMANO

Para compreender os diversos aspectos relacionados ao envelhecimento humano, torna-se fundamental o esclarecimento de alguns conceitos. Primeiramente, é essencial entender o conceito de saúde, tendo em vista que o envelhecimento é considerado, muitas vezes, como ausência de saúde e fator de risco para doenças e incapacidades (FERREIRA et al., 2012).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) estabelece, em seu art. 196, que a saúde é

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido através de 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).

Já a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, parte do art. 196 da CF/88 e retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde:

Art. 3º. [...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. [...] Dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, bem-estar e funcionalidade podem ser vistos de formas correspondentes e representam, sobretudo, a presença de autonomia e independência (FREITAS et al., 2016). Segundo Gratão et al. (2013, p. 141), “[...] a independência do idoso está relacionada diretamente à sua capacidade em desenvolver as atividades da vida diária sem auxílio, à autonomia e à liberdade em decidir por sua própria vontade, gerenciando sua vida.”

Logo, a funcionalidade está diretamente relacionada à capacidade funcional do indivíduo, ou seja, à manutenção de sua habilidade em desempenhar tarefas cotidianas de forma independente (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dessa forma, o indivíduo consegue realizar as suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionadas ao seu autocuidado (alimentar-se, vestir-se, banhar-se, mobilizar-se e deambular) e, também, de suas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como manipular medicamentos, administrar as próprias

finanças, realizar compras e utilizar os meios de transporte (PINTO; OLIVEIRA, 2015; FREITAS et al., 2016).

Destarte, o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem, sob diversos olhares, um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados e definidos de acordo com as características de cada indivíduo.

No entendimento de Ferreira et al. (2012, p. 514), o envelhecimento

[...] pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2013, p. 30), por sua vez, define o envelhecimento como:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

E, para Freitas et al. (2016), o envelhecimento é considerado

[...] um fenômeno biopsicossocial que afeta o homem e sua existência na sociedade, manifestando-se em todos os domínios da vida. [...] abrange amplo campo de pesquisas e tem, sobretudo, uma dimensão existencial que se reveste de uma análise multidimensional do indivíduo.

O envelhecimento, entretanto, não pode ser caracterizado como um fenômeno único, pois não ocorre de forma homogênea. A singularidade das fases da vida de cada indivíduo também é algo a ser considerado, pois “[...] cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a ela relacionados, como saúde, educação e condições econômicas” (MINAYO; COIMBRA Jr., 2002, p. 14).

Nesse sentido, Mendes et al. (2005, p. 424) afirmam que:

[...] O envelhecimento deve ser entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando, assim, a formação do indivíduo idoso.



A velhice também é considerada um fenômeno biológico que pode modificar a relação do homem no tempo de sua própria história. Representa, assim, uma experiência subjetiva e cronológica, caracterizada como uma construção social que cria diversas formas de se entender o mesmo fenômeno, dependendo, sobretudo, da cultura de cada indivíduo (SILVA et al., 2014).

Além disso, na percepção de Ferreira et al. (2010, p. 1066),

[...] as manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional e redução da capacidade de trabalho e resistência, entre outras, associam-se a perda dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos.

Logo, a velhice, a Terceira Idade e outros recortes etários servem para delimitar períodos das fases da vida e conferir identidades aos seus referentes. A diferença entre eles está no fato de que a velhice carrega uma série de conotativos pejorativos que marcam o estigma da experiência do envelhecimento, enquanto que Terceira Idade designa uma parcela da população idosa inserida nas práticas ética, estética e política de uma sociedade consumista, representando a fase entre a aposentadoria e o envelhecimento (BRAGA et al., 2010; FREITAS et al., 2016; GONÇALVES; SOARES; BIELEMANN, 2013).

Esses recortes não são naturais ou inerentes à humanidade, mas são produzidos socialmente ao longo de seus períodos históricos (LIMA; RIVEMALES, 2013; TORRES et al., 2014). Nessa conjuntura, Rozendo (2010, p. 20) expressa outra possibilidade de análise ao afirmar que,

[...] de um lado, temos a imagem do velho, ocioso, sedentário, sentado em uma cadeira de balanço, usando pijamas e pantufas, carregando no rosto as marcas do tempo. Do outro lado, a imagem do idoso atarefado, trajado com roupas de ginástica, agitado, completamente estereotipado, com os signos da juventude. Se a velhice é marcada pelo estigma da pobreza, do isolamento e do sedentarismo, a terceira idade está imersa em um verdadeiro frenesi de consumo e atividades, que acabam estrangulando as singularidades dos sujeitos.

Para corroborar com o supracitado, é preciso diferenciar as diversas idades relacionadas ao processo de envelhecer, que podem ser cronológicas, biológicas, psicológicas ou sociais, as quais divergem de um indivíduo para outro (FREITAS et al., 2016; PAPALÉO NETTO, 2011).

A idade cronológica pode ser considerada o centro do processo, mas ela não é a única presente e tampouco pode ser definida como um marcador preciso de envelhecimento. Ela

depende das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, pois é possível visualizar diferentes idades biológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica. Além disso, a mensuração do tempo decorrido está associada à idade biológica que acompanha os indivíduos desde o seu nascimento, juntamente com os hábitos e *status* sociais vividos e/ou adquiridos (idade social), associados à percepção, aprendizagem e memória (idade psicológica) (GONÇALVES, 2015).

Neri (2005) afirma que o sexo, a classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e o contexto socioeconômico são importantes para determinar as diferenças entre idosos de mesma idade ou de faixas etárias diversas. Embora as manifestações da velhice sejam bem claras para alguns indivíduos, não se pode afirmar que elas sejam exclusivamente dependentes do envelhecimento primário (senescência ou senectude) ou, então, resultantes de outros fatores do envelhecimento patológico (senilidade) (PAPALÉO NETTO, 2011).

Soma-se a isso o atual contexto do envelhecimento, que se encontra diretamente relacionado à intenção de manter os idosos funcionalmente ativos pelo maior tempo possível (MORAES, 2012; WHO, 2015; CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018; BEARD et al., 2016). Isto porque o declínio funcional não decorre apenas do envelhecimento individual, mas pode ser considerado fator de risco para que condições crônicas de saúde se instalem e, com isso, afetem a funcionalidade e a qualidade de vida, além de gerar custos onerosos ao sistema de saúde (MAIA et al., 2020; MORAES, 2017).

A expressão “envelhecimento bem-sucedido” surgiu desse posicionamento e, de forma mais ampliada, vem a ser a interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (WHO, 2015; DEEP; JESTE, 2006). Ou seja, por mais que ao menos uma doença crônica se instale na vida da maioria dos idosos, nem todos estarão limitados por ela, pois se as enfermidades estiverem controladas é possível que levem uma vida normal (CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018; RAMOS, 2017).

Essa perspectiva é assumida pelas mais recentes orientações da linha de cuidado à saúde do idoso visto que, independentemente da presença ou ausência de comorbidades, o idoso pode ser considerado saudável se for capaz de gerir a sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão as suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (WHO, 2015; BRASIL, 2018b). Pode-se afirmar, portanto, que o bem-estar na velhice, ou a saúde num sentido integral, derivam do equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional do

idoso e o seu ambiente sem, necessariamente, significar a ausência de problemas nas mais variadas dimensões (VERAS; OLIVEIRA, 2018; RAMOS, 2017).

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

O desenvolvimento de Políticas Públicas como área de conhecimento surgiu na primeira metade do século XX, nos Estados Unidos, caracterizada, inicialmente, como desdobramento da Ciência Política e, num segundo momento, considerada sob uma perspectiva multidisciplinar. Seu entendimento, normalmente, está vinculado à ação do Estado, envolvendo iniciativas, investimentos, prioridades e grupos atingidos em uma determinada área ou setor. Essas ações, no entanto, não nascem de necessidades do próprio Estado, mas são decorrentes de demandas da sociedade (SOUZA, 2006).

Ao compreender a multiplicidade de definições existentes sobre o termo “Políticas Públicas”, Smith e Larimer (2009, p. 4) afirmam que:

[...] não há definição de políticas públicas precisa e universal [...]. Há uma visão comum de que as políticas públicas envolvem o processo de fazer escolhas e os resultados das escolhas; de que o que faz as políticas públicas realmente “públicas” é que essas escolhas se baseiam nos poderes coercitivos do Estado, e que, em sua essência, política pública é uma resposta a um problema percebido.

Logo, as Políticas Públicas encontram-se direcionadas a vários segmentos populacionais, de diversos lugares, culturas e faixas etárias. Dentre essas, as de ação ao direito e defesa da população idosa começaram a ganhar espaço de discussão internacional na década de 1980 com a realização da I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento – a primeira reunião organizada pelas Nações Unidas, em Viena, no ano de 1982 – e contou com a presença de representantes de 124 países, inclusive do Brasil (BRASIL, 2017a).

Dentre as repercussões desse evento consta a elaboração de um Plano de Ação para o Envelhecimento, publicado no ano seguinte, em Nova York. O documento apresentava como destaque o papel do Estado e da família na proteção de seus idosos, por meio da criação de Políticas Públicas que visem a preparação, manutenção e garantia de inúmeras demandas dos idosos, além de seus direitos relacionados às oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016; DAMASCENO; SOUSA, 2016).

Em nível nacional, em 1975 surgiu o primeiro programa de iniciativa do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), chamado de Programa de Assistência ao Idoso (PAI), que consistiu na organização e implementação de grupos de convivência para idosos previdenciários nos postos de atendimento do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Em 1977, entretanto, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o PAI se transferiu para a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), que se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional (CARVALHO, 2011).

Em 1987, uma reestruturação na LBA transformou o PAI em Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI), com ações voltadas às pessoas idosas para lhes dar oportunidade de maior participação em seu meio social e, também, desenvolver ampla discussão sobre a sua situação como cidadãos, suas reivindicações e direitos, além de valorizar todo o potencial de vivência no interior das comunidades (CARVALHO, 2011).

Nessa conjuntura, o Brasil vivenciou um período de luta política por sua redemocratização, fato que culminou em movimentos reivindicatórios em favor das causas dos idosos, as quais repercutiram na CF/88. A Carta Magna, em seu Capítulo VII, Título VIII, nos arts. 229 e 230, dispõe sobre princípios e direitos assegurados aos idosos (BRASIL, 1988).

Nas décadas anteriores à CF/1988, entretanto, a sociedade civil brasileira já pressionava o Governo Federal para incluir em suas políticas, questões referentes ao envelhecimento populacional brasileiro. O fato foi concretizado em 1961 com o surgimento da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e, em 1963, de grupos de convivência do Serviço Social do Comércio (SESC) iniciaram as suas primeiras atividades (TEIXEIRA, 2003).

As conquistas sociais mundiais dos idosos se efetivaram com a Resolução da ONU 46/91, apresentada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Essa Resolução trouxe princípios como a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade da população envelhecida, os quais nortearam a implantação e implementação de Políticas Públicas em todos os países (TEIXEIRA, 2003).

Em 1976 ocorreu, em Brasília, o I Seminário Nacional de Estratégias de Política Social para o Idoso, com o objetivo de oficializar questões referentes aos direitos e à proteção social dos idosos. Posteriormente, esse evento veio a subsidiar documentos e a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742/93 – que de fato regulamentou os direitos sociais dos idosos (BRASIL, 1993).

Esse conjunto de movimentos repercutiu no Brasil com a criação, em 1994, da Política Nacional para os Idosos (PNI), regulamentada pela Lei n. 8.842/94. A PNI garantiu autonomia, integração e participação efetiva dos idosos como instrumento de cidadania, bem como objetivou a criação de condições para a promoção de longevidade com qualidade de vida à população que envelhece, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Assim, as intervenções de cunho assistencial e com caráter de favor deram lugar à primeira lei brasileira específica para assegurar os direitos dos idosos e considerar que suas demandas devem ser vistas de forma diferenciada (BRASIL, 1994).

Em 1999 foi promulgada a Portaria Ministerial nº 1.395, que trata da Política Nacional de Saúde do Idoso. A referida Portaria passou a determinar que órgãos e entidades do MS, relacionados ao público idoso, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas, considerando que o principal problema a afetar o idoso é a perda de suas capacidades funcionais (BRASIL, 1999).

Dessa forma, no final da década de 1990, a OMS, na tentativa de ampliar as suas ações com a população idosa, passou a utilizar o termo “envelhecimento ativo” ao invés de “envelhecimento saudável“. Passou, assim, a reconhecer que existem fatores que vão além dos cuidados para com a saúde e que afetam de modo significativo os indivíduos e as populações envelhecidas (KALACHE; KICKBUSCH, 1997).

Essa abordagem do envelhecimento ativo baseia-se, sobretudo, no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Envolve, também, as políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros (KALACHE; KICKBUSCH, 1997; OPAS, 2005).

Em 2002, a Portaria nº 702/SAS/MS propôs a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002a). Como parte integrante, a Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, criou as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso no país (BRASIL, 2002b).

Paralelamente, naquele mesmo ano ocorreu, em Madri, a II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que originou um novo Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento

(PIAE). O documento apontou três direções prioritárias aos idosos com medidas em nível nacional e internacional no sentido de desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice, além da criação de ambiente propício e favorável ao envelhecimento. Em consequência, em 2003, foi sancionada a Lei nº 10.741, conhecida como Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a).

Considerado um marco legal para a consciência dos direitos dos idosos no Brasil, o Estatuto do Idoso, composto por 118 artigos, surgiu para reunir ações já existentes e ampliar e priorizar questões relacionadas à saúde e cidadania, além de amparo, assistência e proteção ao indivíduo idoso. Dessa forma, o instrumento deixa claro em seu Título I, art. 3º, que:

[...] é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003a).

Ao reforçar as diretrizes da PNI, o Estatuto do Idoso corroborou com os princípios que nortearam discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa na medida em que resgatou elementos constitucionais de preservação da dignidade, sem distinção de origem, raça, sexo e idade. Instituiu, também, o atendimento preferencial junto a órgãos públicos e privados, a atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), a reserva de 10% de assentos no transporte coletivo, a distribuição de remédios gratuitos e o desconto de 50% em atividades de cultura, esporte e lazer (BRASIL, 2003a).

Em 2006, por influência das decisões tomadas na V Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, a Portaria GM/MS nº 399, do MS, aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, levando à consolidação do SUS em seus três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida, e o Pacto de Gestão. Dentre esses eixos, o Pacto em Defesa da Vida inclui a prioridade à saúde do idoso na busca pela Atenção Integral e Integrada, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a implantação de serviços de atenção domiciliar e a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006).

Na sequência, a Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que apresenta como questão central a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos, de modo a direcionar medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e com foco em todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais

(BRASIL, 2006a). Nesse mesmo período surgiram as Redes de Serviços Especializados de Média e Alta Complexidade para atendimento à pessoa idosa (RODRIGUES et al., 2007).

Após a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (I CNDPI), ocorrida em 2006, vieram as deliberações para efetivação de uma Rede de Proteção ao Idoso, chamada de Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI). Seus eixos temáticos versavam sobre a efetivação dos direitos da pessoa idosa, violência, saúde, previdência social, assistência social, financiamento e orçamento público, educação, cultura, esporte e lazer, além de controle democrático. Esses temas apontavam para a necessidade da elaboração e implementação de um conjunto de políticas capazes de atender às pessoas idosas na sua integralidade, segundo preconizado no II Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento da ONU (I CNDPI, 2006).

A II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (II CNDPI) ocorreu em 2009 e foi precedida por conferências municipais, regionais, estaduais e distritais, realizadas em 1.154 municípios brasileiros. Aproximadamente 61 mil pessoas participaram do evento, motivadas pela vontade política de contribuir para a efetivação do Sistema de Garantia dos Direitos da População Idosa, em especial por meio do fortalecimento da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) (II CNDPI, 2010).

Pautada pela universalidade, interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos, a II CNDPI reiterou os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro nos planos nacional e internacional, especialmente no que diz respeito à promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, buscando estratégias para garantir o envelhecimento digno e saudável, bem como a valorização do idoso (II CNDPI, 2010).

Em dezembro de 2009 foi lançado o Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH-3) – marco de referência do compromisso do País na proteção a mulheres, homens, crianças, idosos, minorias e excluídos. O documento propõe como um dos seus objetivos estratégicos a valorização do idoso e a promoção de sua participação na sociedade por meio de ações de inserção, valorização e socialização da pessoa idosa (BRASIL, 2010c).

Em 2010, como uma nova alternativa para financiar os programas e as ações relativas ao idoso, foi sancionada a Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, com vistas à criação do Fundo Nacional do Idoso (FNI). O Fundo é gerenciado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI) e autoriza deduzir do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas as doações realizadas aos fundos nacional, estaduais e municipais. Com isso, podem ser financiados programas e ações que assegurem direitos sociais do idoso e criem condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010b).

O FNI foi o primeiro passo para que todos os municípios pudessem avançar em relação à população idosa e garantissem uma política consistente de acordo com a demanda. Em 2011 foi realizada, em Brasília, a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (III CNDPI), que teve como tema “*O Compromisso de Todos por um Envelhecimento Digno no Brasil*”. Seu objetivo central foi debater avanços e desafios da PNI (BRASIL, 2010).

O percurso histórico das Políticas Públicas destinadas aos idosos no Brasil, portanto, mostra que as conferências e assembleias internacionais foram determinantes para a promulgação das políticas e incorporação de novos conceitos relacionados ao envelhecimento. Logo, modificar conceitos arraigados é um dos desafios das Políticas Públicas, principalmente em relação à saúde do idoso, uma vez que o futuro dessa população depende da implementação adequada das políticas e programas existentes, de modo que o acesso a bens e serviços, bem como a integração e participação na comunidade estejam garantidos por lei (SANTOS, 2014; CORREA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010).

## 2.5 POLÍTICAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS PARA IDOSOS NA CIDADE DE MANAUS (AM)

Com a regulamentação da PNI – Lei nº 8.842/94 –, profissionais e grupos de idosos participantes e/ou assistidos pela extinta Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) de Manaus passaram a integrar as comissões articuladoras da PNI. Como fruto dessa ação, foi estruturado um documento contendo a proposta de elaboração da política estadual e municipal, considerando que as propostas governamentais visavam à municipalização. Cabe salientar que essa proposta foi prevista no Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (RODRIGUES, 2001; CARVALHO, 2011; LISBÔA, 2011).

Nesse período, a Fundação de Apoio ao Idoso Doutor Thomas (FDT) – instituição pública, asilar de Manaus – realizou importante reestruturação de sua equipe profissional, objetivando a revitalização institucional e, sobretudo, a humanização do cuidado aos seus idosos residentes. Com isso, a FDT, juntamente com grupos comunitários e a Secretaria Estadual e Municipal da Ação Social, em 14 de maio de 1996 fundou o Fórum Permanente do Idoso (FOPI) (BRASIL, 1997a; LISBÔA, 2011).

O FOPI trouxe à tona o protagonismo dos idosos coordenadores representantes da sociedade civil organizada enquanto sujeitos de direitos, conscientes da necessidade de refletir e deliberar propostas para efetivação de uma política que atendesse a realidade do povo local.



O Plano Integrado de Ação para o desenvolvimento da Política Municipal do Idoso de Manaus foi sistematizado com o objetivo de “viabilizar a implementação da Política Municipal do Idoso, definindo ações e estratégias, bem como mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações” (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 1999, p. 20).

A Política Municipal do Idoso de Manaus foi elaborada e regulamentada em 2001. No mesmo ano, o Programa Conviver, previsto na PNI, foi institucionalizado e garantido pela PMI (Lei nº 5.482/01). Em consequência, o município de Manaus passou a assumir o discurso do envelhecimento ativo, buscando melhorar e/ou manter a qualidade de vida de sua população envelhecida (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Cabe salientar, entretanto, que o processo de envelhecimento na região Norte-Nordeste carece de visualização diferenciada da realidade Sul-Sudeste, o que decorre de suas condições de vida e de trabalho, da exposição diária da população ao sol e de sua alimentação caracterizada por hábitos e costumes regionais que contribuem para um envelhecimento precoce (LISBÔA, 2011).

A FDT, criada inicialmente como asilo de mendicidade, abandonou o seu caráter asilar para assumir a coordenação da Política Municipal do Idoso de Manaus (PMI) por meio do Decreto nº 5.482, de 7 março de 2001 que, no Capítulo III, art. 4º, § 1º afirma:

[...] a implantação da Política Municipal do Idoso é competência dos órgãos públicos e da sociedade civil organizada, cabendo à FUNDAÇÃO DOUTOR THOMAS não só a coordenação, acompanhamento e avaliação dessa política, bem como o monitoramento técnico dos profissionais envolvidos. [...] a FUNDAÇÃO DOUTOR THOMAS promoverá as articulações necessárias à implementação da Política Municipal do Idoso junto às demais unidades administrativas do Município de Manaus (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

Desse modo, o Decreto nº 5.482/2001, em seu Capítulo I, art. 1º, permitiu à PMI

[...] definir não só ações e estratégias, bem como mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações que garantam os direitos sociais da população idosa do Município de Manaus e assegurem a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade [...]. (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

A FDT, além de coordenar a PMI, fiscaliza ações e programas preconizados no Estatuto do Idoso, dentre os quais se destacam:

- *Programa de Atendimento de Longa Permanência*, destacando mudanças institucionais, como: humanização e revitalização; ampliação da equipe

multiprofissional; capacitação permanente dos profissionais e participação dos idosos residentes nas decisões internas sobre políticas de atenção ao idoso e projetos laborativos;

- *Programa Disk Idoso* (165) com o objetivo de orientar, informar aos idosos e familiares sobre direitos e serviços, bem como atender denúncias de maus tratos e abandono;
- *Programa de Atendimento Domiciliar (PADI)* que objetiva facilitar a permanência do idoso no grupo familiar, realiza atendimento interdisciplinar e presta orientação familiar evitando, assim, a internação do idoso;
- *Programa de Alfabetização em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED)*;
- *Programa de Capacitação de Recursos Humanos na Área de Gerontologia* por meio de: curso de Especialização em Gerontologia; capacitação de cuidadores de idosos; capacitação dos coordenadores de grupos; capacitação dos profissionais de nível Superior que atendem na Rede de Saúde do município;
- Capacitação dos Agentes Comunitários; palestras educativas em escolas, universidades e grupos de idosos sobre temas voltados ao envelhecimento; implantação de um Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento na cidade de Manaus (NEPEM); implantação da Associação de Apoio aos Familiares do Mal de Alzheimer e doenças similares;
- *Programa Conviver*, que promove qualidade de vida da população idosa por meio de oficinas de atividades físicas, culturais, laborativas, recreativas, associativas e educativas, com funcionamento no Parque Municipal do Idoso;
- Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), promove anualmente, desde 1999, a vacinação contra *influenza*, pneumonia, febre amarela e tétano, além de coordenar grupos voltados à orientação sobre saúde nas UBS, principalmente sobre diabetes e hipertensão arterial;
- Mantém parceria com as demais Secretarias Municipais, no sentido de fazer valer os direitos garantidos no Estatuto do Idoso e na lei Municipal (BRASIL, 2003a).

Em nível estadual, a criação do FOPI trouxe consigo a proposta da Política Estadual do Idoso (PEI), aprovada e regulamentada pela Lei nº 2.422/96. Foi, porém, somente a partir da Lei nº 2.887/04 – que efetivou a criação do Conselho Estadual do Idoso (CEI) – que a PEI realmente entrou em vigor. Assim, a articulação do FOPI com as esferas municipal e estadual

representou um significativo avanço no cenário da política do idoso de Manaus, e representou a base para a criação de projetos e programas voltados exclusivamente à atenção do segmento idoso, primeiramente na capital, mas com vistas à expansão para o interior do Estado do Amazonas (GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2004).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, desde então Políticas Públicas de Saúde destinadas aos idosos foram cumpridas em Manaus. Essas políticas estabelecem princípios e diretrizes que asseguram os direitos da população envelhecida nos vários níveis de atendimento a fim de promover, prevenir e recuperar a saúde (MARTINS et al., 2007).

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), a partir da Lei nº 1.246, de 16 de dezembro de 1975, tornou-se órgão integrante do Poder Executivo Municipal, mais de 100 anos após a criação do Município de Manaus (1669), passando a desenvolver ações de saúde, conforme as diretrizes do MS, preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito individual e coletivo. Tais ações abrangem a promoção e a proteção da saúde primária, conforme determinação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017/MS, estando organizada para assumir a sua função de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de Atenção à Saúde (SILVA, 2009; BRASIL, 2017b).

De acordo com o Regimento, a finalidade da SEMSA é formular e executar a Política Municipal de Saúde, em consonância com prioridades, diretrizes e estratégias aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Inclui, também, a execução de ações e serviços de saúde nas áreas ambulatorial, hospitalar, auxílio diagnóstico e terapêutico e defesa sanitária da população, bem como o desenvolvimento de programas e ações de Saúde Pública rural e urbana no município, por meio de atividades ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares, executadas pelas Unidades de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2001).

As ações e serviços são ofertados e norteados pelos princípios e diretrizes da Atenção Básica, tais como: universalidade, equidade, cuidado centrado na pessoa, resolutividade e longitudinalidade do cuidado, constituindo-se na porta de entrada preferencial do SUS. As atividades desenvolvidas pela SEMSA buscam produzir Atenção Integral à Saúde por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos (BRASIL, 2017b).

A fim de atender o que dispõe a Norma Operacional Básica (NOB-01/96), desde abril de 1998 o município de Manaus se encontra apto junto ao Ministério da Saúde, na Gestão Plena de Atenção Básica, sob a responsabilidade da SEMSA. Nesse tipo de gestão, o município assume a responsabilidade para gerir e executar a assistência ambulatorial básica, as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, a gestão de todas as Unidades Básicas de

Saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS, a elaboração da programação pactuada e integrada, a autorização das internações hospitalares e os procedimentos ambulatoriais especializados, além da avaliação da assistência básica (BRASIL, 1997a).

A partir do Decreto nº 6.008, de 26 de dezembro de 2001, a estrutura organizacional da SEMSA sofreu alteração para atender o disposto na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS-01/2001). Essa norma definiu novas responsabilidades aos gestores municipais no que concerne à ampliação da assistência, à estruturação do sistema de informação em saúde, à organização e aperfeiçoamento do Serviço de Controle e Avaliação e à Assistência Farmacêutica. Já a Lei nº 590, de 13 de março de 2001, criou os Distritos de Saúde e Educação, atendendo a concepção de descentralização, estabelecendo uma base territorial para ambos (BRASIL, 2001).

Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde de Manaus (SUSAM) possui 206 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área urbana, sendo 28 Centros de Saúde (CS), seis Ambulatórios de Alta Resolutividade (AAR), sete Centros de Referência (CR), um Ambulatório dos Serviços de Pronto Atendimento (SPA) e 164 Casas de Saúde do Programa Médico da Família (SUSAM, 2018; BRASIL, 2003b).

Inserido nesse modelo gestor, em 1997 foi criado o Programa de Atenção à Saúde do Idoso (PASI). Em nível municipal, esse Programa está vinculado ao Núcleo de Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, da Coordenação de Assistência à Saúde de Manaus, e tem a finalidade de planejar as atividades referentes ao Programa junto às Unidades de Saúde (SILVA, 2004; BRASIL, 1997b).

O PASI foi implantado inicialmente em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, para isso, contou com a colaboração de várias entidades, entre elas o Fórum Permanente do Idoso (FOPI), a Fundação Dr. Thomas, a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), a Pastoral da Saúde e o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), as quais contribuíram com propostas substanciais para assistência ao idoso e a troca de experiências em saúde (SILVA, 2004).

Desde 1998, ano em que foi implantado, o PASI vem se firmando gradativamente, primeiro em 10 UBSs da SEMSA, onde os técnicos envolvidos definiram que a população atendida seria aquela com idade superior a 55 anos por entenderem que as especificidades socioeconômicas da referida clientela necessitavam de um olhar preventivo na Atenção à Saúde. Atualmente, existe uma proposta de rever a decisão, adequando essa faixa etária à Política Nacional do Idoso, que define como idoso todo e qualquer indivíduo com 60 anos ou mais (SILVA, 2004).

Por intermédio da Lei nº 531, de 3 de maio de 2000, do Poder Executivo da Prefeitura Municipal de Manaus, o governo municipal renomeou o PASI para Programa Médico da Família (PMF), até então conhecido como Programa Saúde da Família, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2000).

O PMF foi instituído na estrutura da SEMSA para atender os Distritos Municipais de Saúde com suas equipes de médicos, auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, foram sendo incluídos outros profissionais, como enfermeiros e técnicos de Enfermagem. Dentre a clientela do PMF está a população idosa que também é atendida nas 164 casas do Médico da Família, visto que, oficialmente, o PASI nunca foi implantado no PMF. A demanda de idoso existe e é regularmente atendida, o que proporcionou a oportunidade do PASI/SEMSA iniciar o trabalho junto à equipe do PMF por meio de cursos de capacitação dos técnicos no atendimento ao idoso (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2000).

Manaus foi uma das capitais brasileiras escolhidas pelo MS e pelo Instituto Albert Einstein para desenvolver a Linha de Cuidado da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso ocorreu por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, que faz uso da Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa para definir as prioridades nas ações de implantação dessa Linha de Cuidado na Rede de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2020).

Em fevereiro de 2020, mais de 200 gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da SEMSA se reuniram com o intuito de qualificar as ações de saúde e propiciar assistência mais adequada às pessoas idosas na capital do Estado. Manaus é o 12º município a assumir a implementação desse projeto e tem como missão apoiar Estados e municípios de forma a qualificar profissionais que abraçaram a ideia e as novas ações propostas, principalmente aos que trabalham no atendimento diário aos idosos (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2020).

A Rede de Saúde do Município, no âmbito da Assistência à Saúde da Pessoa Idosa, ao criar o Protocolo da Saúde do Idoso, assumiu inúmeras ações. Além disso, adota desde 2017, a Caderneta do Idoso, que possibilita a avaliação multidimensional segundo a funcionalidade da pessoa idosa e a qualificação dos profissionais no cuidado (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2020).

O cenário de envelhecimento mundial, portanto, é algo inquestionável e trouxe consigo a demanda de atualização permanente da gestão pública e dos profissionais. Exige, nesse sentido, respostas adequadas às Políticas Públicas e à realização do cuidado integral,

visto que a Atenção à Saúde do Idoso ainda não perdeu o foco nas doenças e condições agudas, necessitando de muitos avanços na busca pela melhora de aspectos funcionais e na qualidade de vida da população idosa (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

## 2.6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RASs)

As Redes de Atenção à Saúde (RASs) são uma realidade com base legal consolidada pelo MS no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que no seu art. 7º informa que as RASs estão compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestoras e na Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RASs no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2010a).

Sua proposta ocorreu, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920, contudo, são consideradas recentes, já que foram inicialmente conhecidas na primeira metade dos anos 1990, nos EUA, quando da implementação de Sistemas Integrados de Saúde. No Brasil, a sua aprovação também é recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a Reforma Sanitária, que culminou na construção do SUS (MENDES, 2011).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu art. 198, propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica nº 8.080/90, entende a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. Apesar dessa nova configuração do Sistema de Saúde, somente em 2010 foram estabelecidas as diretrizes para a organização das RASs no âmbito do SUS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010a).

As RASs podem ser compreendidas como rendados, cujas linhas se interconectam, integrando os estabelecimentos de saúde de um determinado território. Os pontos formados se organizam em diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção, articulando-se no atendimento ao usuário e na promoção de saúde (BRASIL, 2010b).

Dentro dessa malha, alguns componentes são fundamentais para a constituição das redes. Dentre eles, primeiramente, pode-se citar a necessidade de um espaço territorial e a população adscrita na Atenção Primária em Saúde (APS). Seguem os serviços e as ações em

saúde com diferentes características e densidades tecnológicas, com apoio diagnóstico e terapêutico, além da assistência farmacêutica e do transporte (SILVA et al., 2008; BRASIL, 2015; SILVA; MOTA, 2016).

Mendes (2011) chama a atenção para a importância de se diferenciar os termos “complexidade” e “densidade tecnológica”, pois na APS há maior complexidade porque se trabalha com mudança de comportamento e estilos de vida, como o hábito de fumar, alimentação saudável e atividade física. Em relação à densidade tecnológica, as atenções secundárias e terciárias apresentam menor complexidade em relação a APS, mas têm maior densidade tecnológica.

Nesse contexto, Silva e Mota (2016) destacam a logística que vai orientar o usuário sobre o “caminhar dele no mapa desenhado na Rede”, destacando a importância de mecanismos de identificação do usuário com acessibilidade dos prontuários nos vários pontos da Rede a que ele está vinculado. Por último, tem-se nas RASs os Sistemas de Regulação, cujas normas e protocolos são capazes de orientar o acesso do usuário, definir as competências e responsabilidades e a coordenação dos processos de decisão e planejamento.

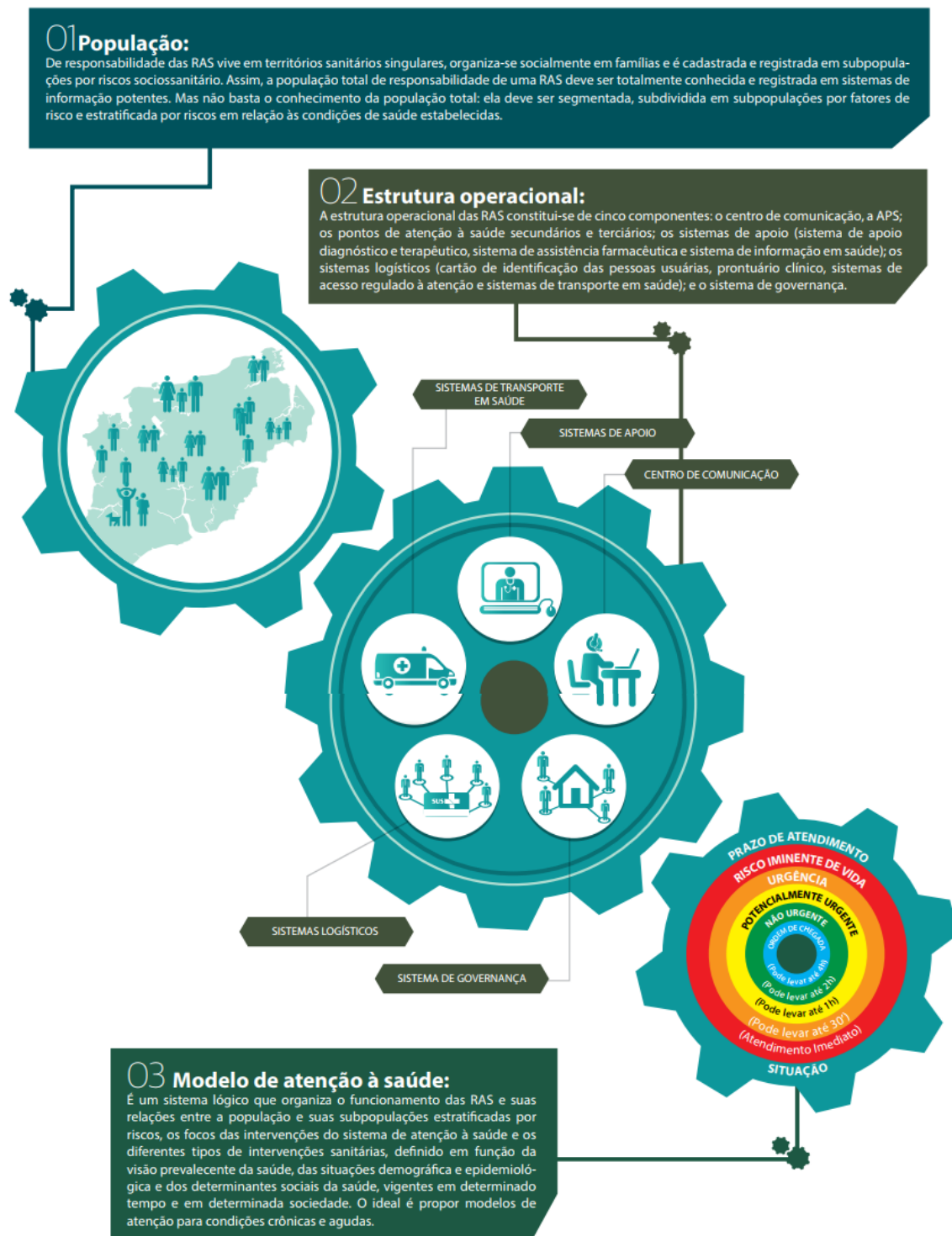
Ao articular, então, território, serviços, logística e regulação tem-se um modelo de Atenção (Figura 4). Esse modelo é um modo de ver as coisas, uma visão de mundo, assim como um paradigma e, dessa forma, ao expandir a forma de pensar, o processo de saúde-doença e as formas de intervenção, muda-se o paradigma, alterando-se o modelo de Atenção (MENDES, 2011). Salienta-se que essa mudança de paradigma normalmente é difícil e lenta, pois modificar premissas implica o colapso de toda uma estrutura de ideias já estabelecidas (MORAN, 2008).

Nesse contexto, Mendes (2011, p. 85) manifesta que o modelo de Atenção à Saúde

[...] é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Na Figura 4, a seguir, Mendes (2011) apresenta a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs), com destaque à participação da população, da estrutura operacional e do modelo de Atenção à Saúde, componentes essenciais dessa engrenagem.

Figura 4 – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs)



Fonte: (Adaptado por MENDES, 2011, p. 86).

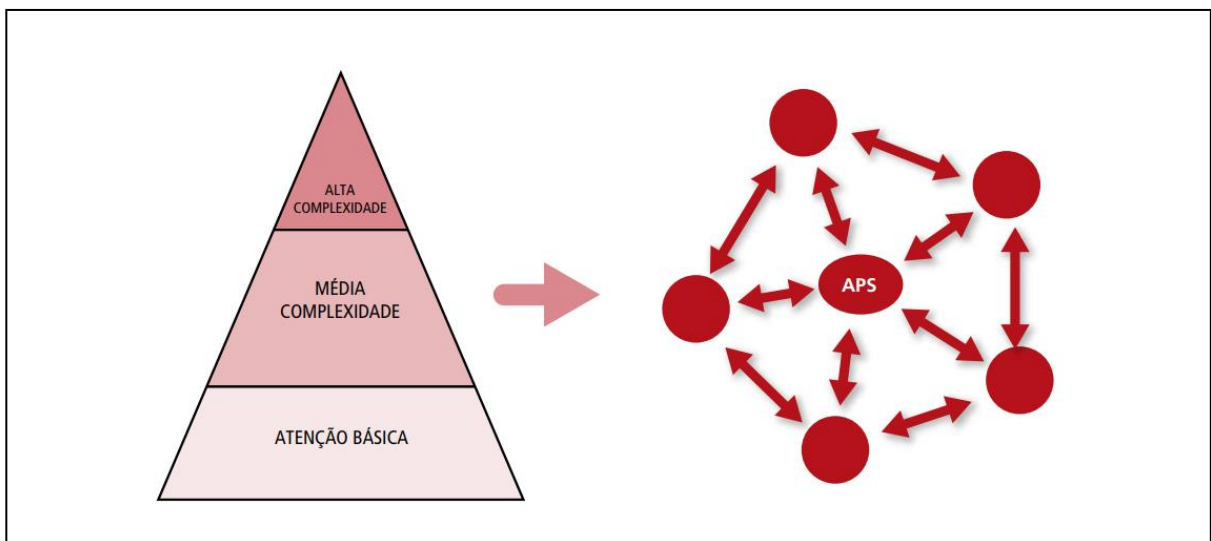
As RASs podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).



Elas também podem ser vistas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente, que permitem oferta de atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo, lugar, custo e qualidade certa, de forma humanizada, com equidade e responsabilidade sanitária e econômica, gerando valor à população (AGRANOFF; LINDSAY, 1983; PODOLNY; PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY; OUVENEY, 2007; MENDES et al., 2010).

A concepção de hierarquia é substituída por um arranjo poliárquico e o sistema passa a se organizar sob a forma de uma rede horizontal de Atenção à Saúde. Dessa forma, não há hierarquia entre os diferentes pontos de Atenção à Saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas e sistemas de apoio, sem ordem e grau de importância entre eles, sendo a APS colocada em seu centro (MENDES, 2011) (Figura 5).

Figura 5 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RASs



Fonte: (MENDES, 2011, p. 84).

Corroborando com o supracitado, Silva et al. (2008) propõe que é essencial diferenciar o modelo hegemônico vigente no SUS da proposta das RASs. No primeiro, as condições agudas são as mais importantes e a oferta se dá preferencialmente para elas. Sendo assim, a Atenção se dá em relação à demanda espontânea, pois o que importa é a solução pontual dos problemas e, para isso, os aspectos biomédicos são determinantes.

Quanto as RASs, o modo de pensar não é o biomédico, vai além das condições agudas, pensa-se em como enfrentar as condições crônicas, ou seja, ao invés de puramente pontual, a

ideia principal é a de continuidade da atenção (SILVA et al., 2008). Cabe destacar que as condições agudas são dependentes do binômio tempo-resposta, enquanto que as condições crônicas exigem uma resposta social, proativa e contínua (MENDES, 2011).

Ao refletir sobre a continuidade de Atenção à Saúde, Viana et al. (2018) fazem referência às linhas de cuidado em que para cada diagnóstico ou condição crônica tem-se uma orientação, ou seja, são desenhados caminhos preferenciais dentro da Rede para que o usuário possa ser atendido integralmente. Para isso, é essencial que a equipe de Atenção Básica esteja sempre olhando o caminhar desse paciente, de um ponto de atenção a outro. Ademais, as linhas de cuidado devem incluir a prevenção, a cura e a reabilitação. Na prevenção deve-se agir nos fatores de risco, tais como tabagismo, alimentação saudável e prática de atividade física e, também, no diagnóstico precoce. Para tanto, deve-se olhar o paciente da maneira mais integral possível.

Tudo isso remete a duas conotações do conceito de integralidade do SUS, sendo que uma diz respeito à condição integral e não parcial, à necessidade de escuta e entendimento do contexto social para que haja de fato um atendimento às demandas e necessidades reais das pessoas. A outra refere que a integralidade norteia a ideia das RASs como um conjunto articulado de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017).

A Rede, então, vai sendo tecida, enquanto a população vai se vinculando por meio da APS. Em função da divisão técnica do trabalho existem os pontos de atenção secundários e terciários, bem como sistemas de apoio, teleassistência, sistemas de informação em saúde, de assistência farmacêutica, de apoio diagnóstico, sistemas logísticos, de acesso regulado, de transporte e sistema eletrônico em saúde. Além disso, a governança sob o conjunto da Rede se dá transversalmente entre a população, a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Estudo desenvolvido sobre o atual estágio da conformação das regiões e redes identificou diversos desafios na organização das RASs. Dentre eles, o fluxo da informação, a continuidade do cuidado, a participação dos gestores estaduais, a configuração das redes, a atuação da Comissão de Intergestores Regionais, o desconhecimento do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) pelos gestores e a sua percepção negativa em relação a esse Contrato (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017; BRASIL, 2011).

Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2006) apontam que é necessário esforço conjunto na busca pela integralidade do cuidado e a constituição da Rede, uma vez que ela tem que se

desenhar o tempo todo e não há modelo a ser copiado. Ainda, se a escuta é seletiva, o desenho é um só e o paciente deve estar sempre sendo olhado e cuidado em seu caminho por essa equipe da APS para que o cuidado seja capaz de gerar autonomia aos indivíduos (SILVA, 2011).

Esse cuidado, segundo Mendes (2011), torna-se um desafio no Brasil, na medida em que, além da transição epidemiológica, o país vive um período de transição demográfica acelerada com aumento do número de idosos e, conseqüentemente, mais doenças crônicas. Esse desafio se estabelece pela tripla carga de doenças, que é uma agenda não concluída de doenças infecciosas, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, crescimento das causas externas em decorrência da urbanização e da violência e forte predominância relativa das doenças crônicas e também de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018).

Para dar continuidade ao cuidado integral característico das RASs, vale destacar os sistemas logísticos, os quais conectam os fluxos e contrafluxos dentro do sistema a partir do registro eletrônico em saúde com um bom prontuário, por exemplo, com um sistema de acesso regulado e um sistema de transporte em saúde. Logo, inúmeros são os desafios para acelerar as mudanças do sistema, pois há um descompasso entre os fatores contingenciais do sistema de Atenção em Saúde, que são uma forte transição demográfica, a transição epidemiológica e a capacidade do sistema em se adaptar a essas mudanças (MENDES, 2012; VIANA et al., 2018; COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018).

Tecer redes, portanto, é um trabalho de arte que exige paciência, criatividade e obstinação. Unindo diversos pontos, em linhas que guiam um modelo de cuidado integral, o bordado que vai surgindo é belo porque representa o quanto é possível a conexão em busca da integralidade e defesa da vida (COELHO; MOTTA; CALDAS, 2018).

Nesse contexto, no que tange aos modelos de Atenção à Saúde, eles podem ser caracterizados como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas, voltados tanto para as condições agudas de saúde quanto para as condições crônicas (RODRIGUES, 2014).

Os modelos de Atenção voltados às condições agudas estão envolvidos na identificação da gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e organização das respostas dos sistemas de Atenção à Saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. Os modelos de Atenção voltados às condições

crônicas originam-se várias adaptações, aplicadas em diferentes partes do mundo, tendo em vista que o envelhecimento populacional mundial traz consigo uma intensa carga de cronicidade que exige inúmeras alternativas para dar conta dessa demanda (MENDES, 2011).

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido nos Estados Unidos, é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de Atenção à Saúde e à comunidade. No primeiro, as mudanças devem ser feitas na organização da Atenção à Saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos Serviços de Saúde com os recursos da comunidade. Além disso, existe uma inter-relação desses elementos que permite desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais à população (WAGNER, 1998) (Figura 6).

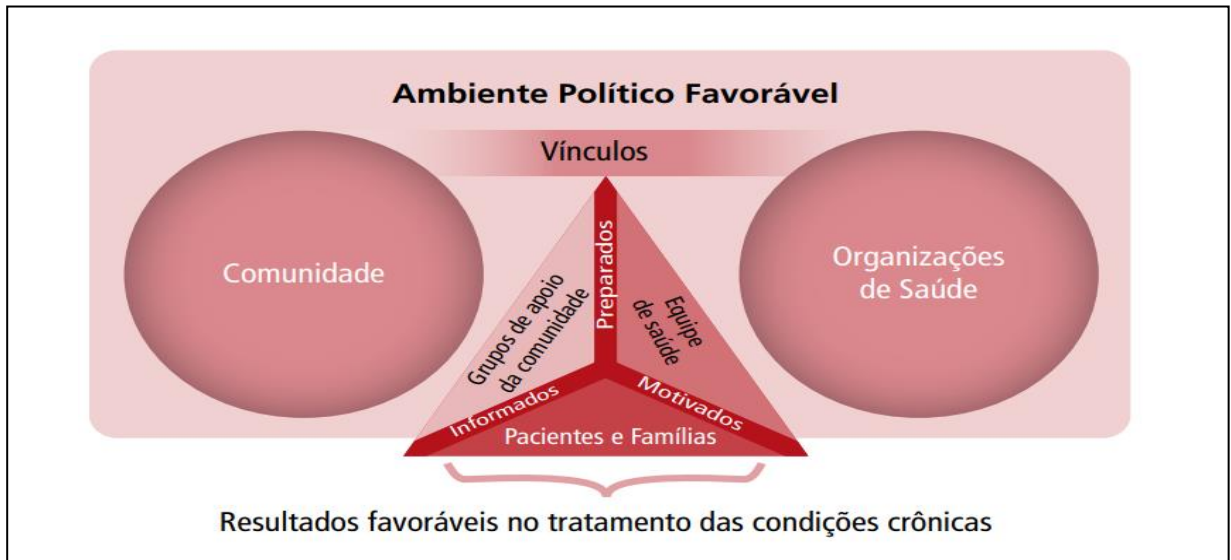
Figura 6 – Modelo de Atenção Crônica (CCM)



Fonte: (WAGNER, 1998).

Do CCM tem-se o Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), e aplicado em vários países, muitos deles em desenvolvimento (Figura 7).

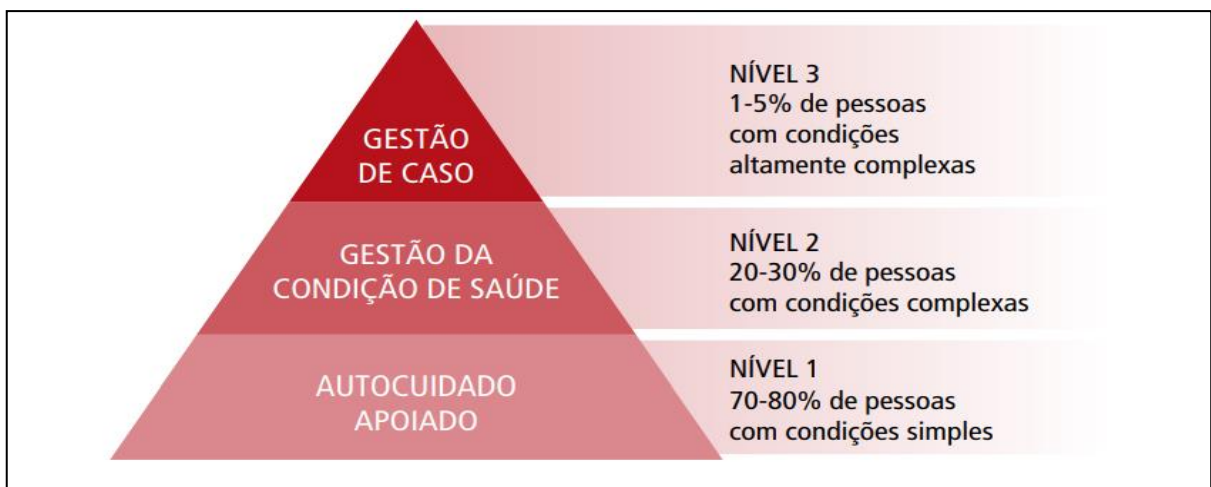
Figura 7 – Modelo dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas



Fonte: (OMS, 2003).

O Modelo da Pirâmide de Risco, criado pela Kaiser Permanente, identifica três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica. A organização das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de risco e utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos (BENGOA, 2008; PORTER; KELLOGG, 2008).

Figura 8 – Modelo da Pirâmide de Risco



Fonte: (BENGOA, 2008; PORTER; KELLOGG, 2008).

Sua lógica está em promover a saúde de toda a população, estruturar as ações de autocuidado apoiado aos portadores de condições de saúde mais simples, ofertar a gestão da condição de saúde às pessoas que tenham uma condição estabelecida e manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia de gestão de caso (BENGOA, 2008; PORTER; KELLOGG, 2008).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo o seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza, ainda, que os estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica e cultural. Os indivíduos estão no centro do modelo, com suas características individuais que, evidentemente, exercem influência sobre o seu potencial e as suas condições de saúde.

Figura 9 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde



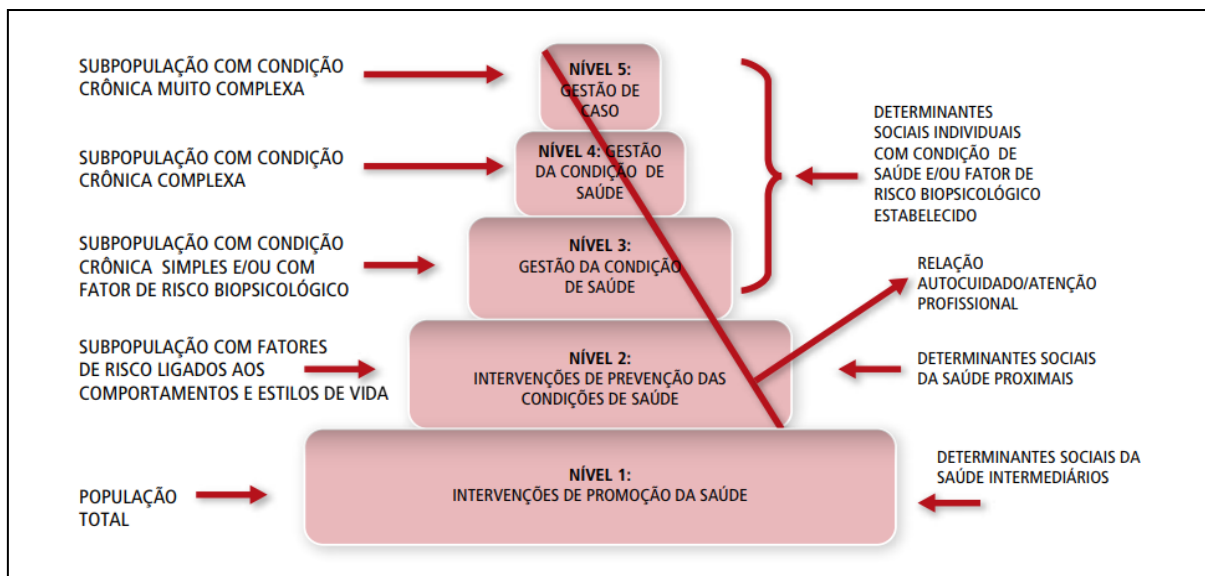
Fonte: (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Com base no Modelo de Determinantes Sociais da Saúde, nos elementos do CCM, nas relações que se estabelecem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos serviços de saúde, e em função da singularidade do Sistema Público de Atenção à Saúde brasileira, Mendes (2007) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS, que foi denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Figura 10).

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população (à esquerda da Figura 10), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 10) e os tipos de intervenções de saúde (no meio da Figura 10).

A implantação desse modelo tem tido repercussões em todo o mundo. A literatura internacional aponta efeitos positivos do MACC tanto na sua avaliação conjunta como na avaliação de seus elementos separadamente. Estudo avaliativo clássico desse modelo foi realizado pela *Rand Corporation* e pela Universidade de Berkeley, que obteve resultados positivos na avaliação das mudanças ocorridas nas organizações de saúde e no estabelecimento do grau de adoção desse modelo na melhora dos processos e resultados em relação às condições crônicas (MENDES, 2007).

Figura 10 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: (MENDES, 2007).

Diante do exposto, cabe ressaltar que o referencial teórico apresentado até o momento permite a sustentação do tema. No capítulo que segue consta o percurso metodológico trilhado pelo estudo.







Fonte: arquivo pessoal da autora.

### *As Pedras da Minha Selva...*

*(Evany Nascimento)*

*Contudo, ainda lamento  
A falta d'água para os meus pés.  
De tantos, foram sumindo  
Meus preciosos igarapés.  
Esqueceram minha origem  
Manaus, cidade fluvial.  
Tantas pedras na minha selva,  
E o meu lado natural?  
As árvores que rondam muros  
Neles não entram, não podem vingar.  
Fico seca e meus filhos reclamam  
Por não ter sombra pra se abrigar.  
Pois que sou quente o ano inteiro,  
Algumas chuvas pra refrescar.*

*Eu tinha mais árvores, canteiros,  
Quem mandou tudo arrancar?  
Dezembro a maio é inverno;  
Junho a novembro, caloraço;  
Não tenho as quatro estações,  
Todo o tempo é quentura e mormaço.  
Tenho esperança que mude,  
Não quero mais ser esse inferno.  
Quero alamedas com sombra,  
Isso eu chamo de moderno.*



### 3 TECENDO LINHAS DA INVESTIGAÇÃO: PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo é apresentada a descrição metodológica da pesquisa, que inclui a caracterização do estudo, a descrição do ambiente e dos participantes e os métodos de produção e análise dos dados, seguidos de esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa.

#### 3.1 ABORDAGEM E DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, do tipo Estudo de Caso descritivo, cujos elementos contribuíram para o alcance dos seus objetivos.

A escolha pela pesquisa qualitativa relaciona-se ao fato de se ocupar do nível subjetivo e relacional da realidade social, tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes que correspondem a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013; LACERDA; COSTENARO, 2016). O que interessa a esse tipo de abordagem é a natureza das respostas, dos sentimentos, das opiniões, na tentativa de compreender o que as pessoas sentem, pensam, opinam e valorizam. A ênfase está em compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MARCONI; LAKATOS, 2011; MINAYO, 2013).

O Estudo de Caso, como uma estratégia de pesquisa, surgiu no final do século XIX e início do século XX com o objetivo de auxiliar na compreensão de fenômenos sociais complexos. Para tanto, buscou investigar situações, partindo de seu contexto real e preservando as características holísticas e significativas do fenômeno estudado (YIN, 2015).

Por definição, “[...] o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.” (YIN, 2015, p. 39).

A opção pelo Estudo de Caso justifica-se pela perspectiva de analisar o fenômeno diante de seu contexto, abordando a realidade em profundidade e permitindo o seu amplo e detalhado conhecimento em exaustão (YIN, 2015). Nessa concepção, a relevância em adotar o Estudo de Caso como método de investigação propiciou generalizações naturalísticas e manifestações de diferentes pontos de vista sobre o objeto de estudo, além de considerar que

muitas variáveis estão implicadas e interessam à análise, pois permitirão vários olhares sobre o mesmo fenômeno, na busca por responder ao objetivo da pesquisa (YIN, 2015).

O Estudo de Caso também corrobora no tratamento de entidades bem definidas, cujos casos podem envolver indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo, mediante inserção profunda e exaustiva em um objeto delimitado. Possibilita, ademais, a penetração em uma realidade social não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa (YIN, 2015).

Esse método pode ser apontado como uma estratégia de escolha na abordagem de acontecimentos contemporâneos, onde comportamentos dos indivíduos não podem ser manipulados, evidenciando questões-problema do tipo “como” e “por que”, as quais exigem a observação direta dos fenômenos, a realização de entrevista com as pessoas envolvidas, e a análise dos documentos disponíveis numa ampla variedade de evidências (YIN, 2015).

A exemplo de outros métodos, o Estudo de Caso possui vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens estão a aplicabilidade em diferentes orientações epistemológicas, e a possibilidade de utilização de múltiplas fontes de evidência. O método se beneficia do desenvolvimento prévio das proposições teóricas que orientam a coleta e a análise dos dados, a formulação de hipóteses e a possibilidade do desenvolvimento de teorias (YIN, 2015; GIL, 2010). Como desvantagens, o método apresenta limitações, como a impossibilidade de generalizar os resultados obtidos com conclusões específicas para os casos estudados, não permitindo conclusões genéricas. Exige, também, uma metodologia mais apurada e mais tempo para coleta e análise dos dados (YIN, 2015; GIL, 2010).

Diante disso, e considerando o fato de que o Estudo de Caso vem se constituindo um método potencial para diversos campos de investigação, optou-se por adotá-lo neste estudo, tendo em vista que objetiva capturar as circunstâncias e as condições de um lugar comum ou do dia a dia, fornecendo informações a respeito das experiências da instituição (YIN, 2015).

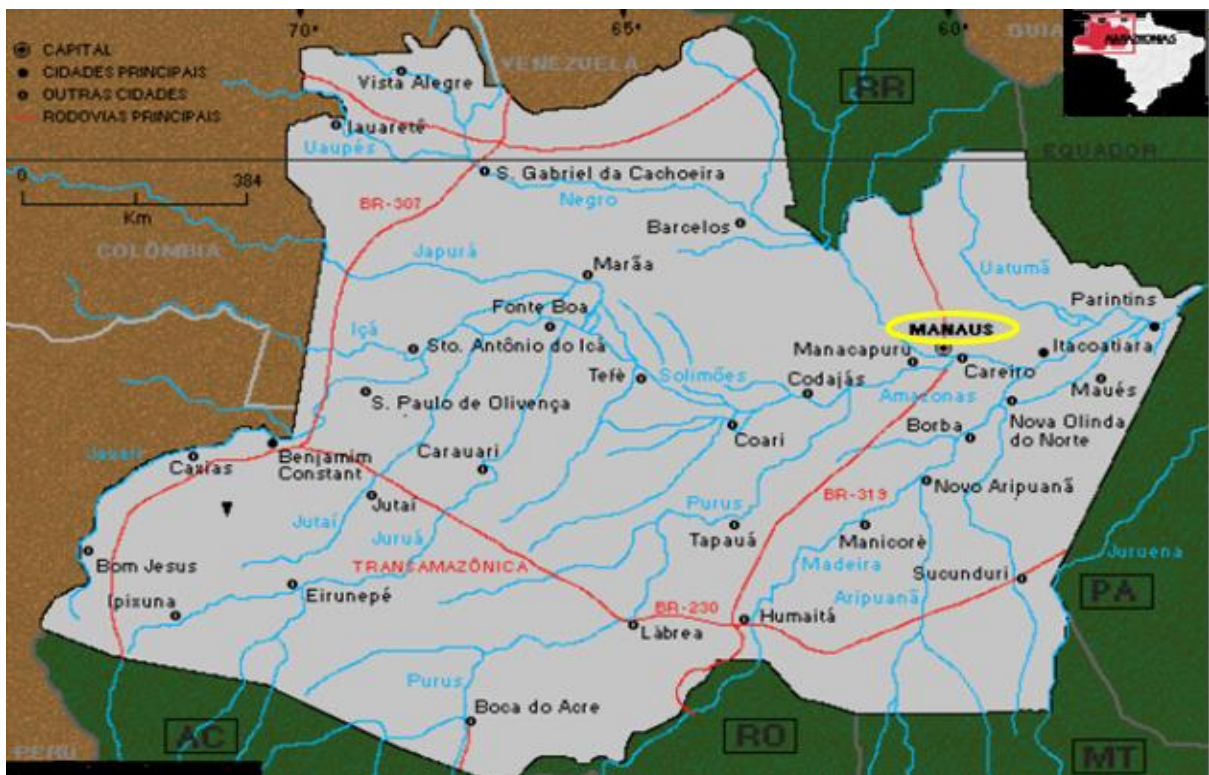
### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na capital do estado do Amazonas – Manaus –, que representa o principal centro financeiro, corporativo e econômico da região Norte do Brasil. É uma cidade histórica e portuária, localizada no centro da maior floresta tropical do mundo – a Floresta Amazônica. Situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões, sendo uma das cidades brasileiras conhecidas mundialmente pelo seu potencial turístico e ecoturismo, o que faz do município o décimo maior destino de turistas no Brasil (IPHAN, 2015).

O Estado do Amazonas é o maior do país em extensão territorial, com uma superfície de 1.570.820 km<sup>2</sup>, equivalente a 40,8% da região Norte e 18,4% do território nacional. Faz limite com países como a Venezuela, Colômbia e Peru, e com os estados de Roraima, Acre, Rondônia, Mato Grosso e Pará. Sua população é estimada em 3.483,985 habitantes, dos quais 2.755.490 vivem na área urbana e 728.495 na área rural. Possui 62 municípios agrupados em nove regiões, além do Centro Regional Manaus. Considerados de pequeno porte, bacias e rios se espalham pelo extenso complexo de afluentes, o que caracteriza o Estado (IPHAN, 2015) (Figura 11).

A capital Manaus possui superfície de 11.458,50 km<sup>2</sup>, equivalendo a 0,7258% do território do Estado, com população estimada em 2.182.763 habitantes e densidade populacional de 158,06 pessoas por km<sup>2</sup> (IBGE, 2019). Atualmente, sua população representa 52,66% do total de habitantes do Amazonas, 11,32% da região Norte e 0,91% do Brasil, sendo a 7ª capital mais populosa do país. Do total da população estadual, 75% vivem na área urbana e 25% na rural (IBGE, 2013).

Figura 11 – Localização geográfica do Estado do Amazonas



Fonte: (IBGE, 2013).

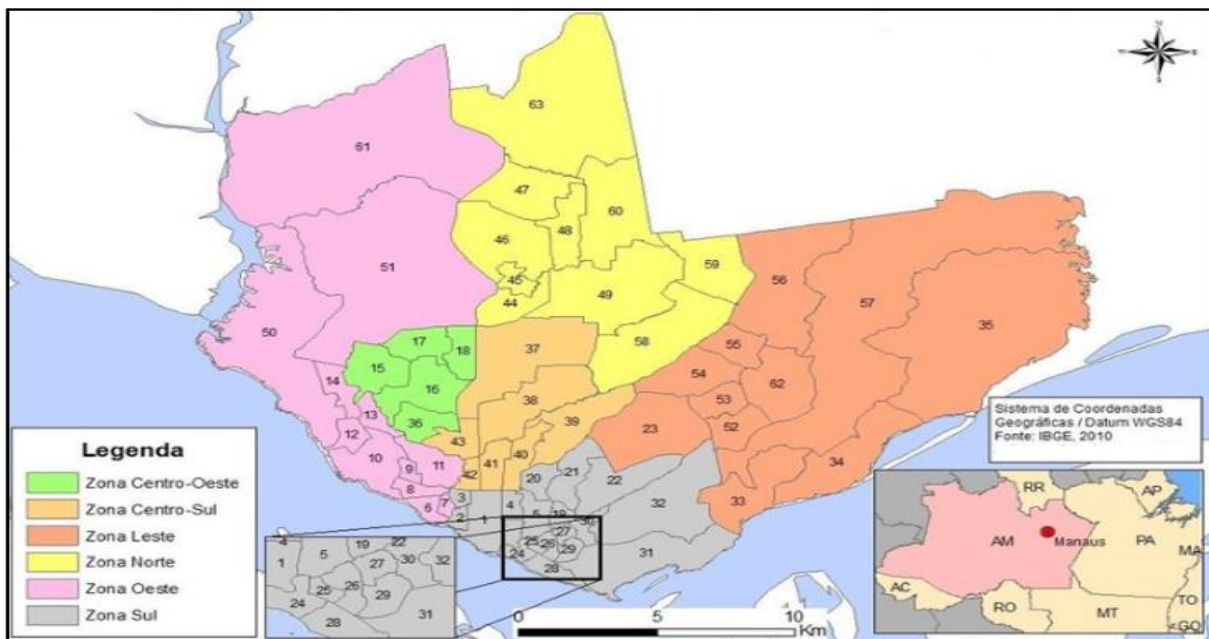
Manaus se destaca pelo seu patrimônio arquitetônico e cultural, com numerosos templos, palácios, museus, teatros, bibliotecas e universidades. A cidade aumentou

gradativamente a sua participação no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país. No *ranking* da Revista América Economia, Manaus aparece como uma das 20 melhores cidades no ramo de negócios da América Latina, ficando à frente de capitais de países latinos como San Salvador, Caracas e La Paz (IPHAN, 2015).

Originalmente fundada em 1669, pelos portugueses, Manaus era apenas um forte feito de pedra e barro utilizado para proteger o Norte do Brasil das invasões espanholas. Em sua volta moravam várias tribos indígenas, como barés, banibas, passes e manaós, que anos mais tarde deram origem ao atual nome da cidade. A pequena povoação foi crescendo e em 1832 surgiu a Vila de Manaus. Em 1848, a vila se tornou uma cidade, passando a se chamar de Cidade da Barra do Rio Negro, sendo que apenas em 1856 passou a ser chamada de Manaus. No começo do século XX, na época áurea da borracha, ficou conhecida como “Coração da Amazônia” e “Cidade da Floresta”. Atualmente, seu principal motor econômico é o polo industrial de Manaus (IPHAN, 2015).

Manaus está distribuída em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-Sul, Centro-Oeste e Rural) e é entrecortada por inúmeros igarapés, alguns dos quais nascem ou atravessam florestas, todos cruzando a sua área urbana (Figura 12).

Figura 12 – Zonas geográficas de Manaus (AM)



Fonte: (IBGE, 2013).



Nessas zonas estão localizados serviços e/ou programas especializados destinados à Atenção à População Idosa, constituídos por centros de convivência, parque municipal, centros de atendimento à melhor idade, dentre outros (Tabela 1).

Cabe salientar que esses serviços prestam atendimento gratuito à população idosa de Manaus, via Sistema Único de Saúde (SUS), e que o mesmo se dá, preferencialmente, nos CAIMIs, fato que não exclui o seu atendimento na Atenção Básica, se necessário. Além disso, Manaus ainda não apresenta uma unidade hospitalar exclusiva para a população idosa, mas o Hospital 28 de agosto é tido como referência na prestação de atendimento hospitalar à população idosa do Estado do Amazonas.

Tabela 1 – Serviços e/ou programas especializados na Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM). Brasil, 2019

ZONAS DE MANAUS	SERVIÇO E/OU PROGRAMA ESPECIALIZADO	ÓRGÃO GESTOR
Sul	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade Dr. Paulo Lima (CAIMI)	SUSAM <sup>1</sup>
	Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI)	SEAS <sup>2</sup>
	Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI)	FUnATI <sup>3</sup>
Oeste	Policlínica Gerontológica (FUnATI)	FUnATI <sup>3</sup>
	Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT)	PMM <sup>4</sup>
Centro-Sul	Parque Municipal do Idoso (PMI)	PMM <sup>4</sup>
Norte	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade Dr. André Araújo (CAIMI)	SUSAM <sup>1</sup>
	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade Ada Rodrigues Viana (CAIMI)	SUSAM <sup>1</sup>
Centro-Oeste	Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM)	SUSAM <sup>1</sup>
	Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI)	SUSAM <sup>1</sup> PMM <sup>4</sup>

Fonte: (SUSAM, 2018).

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

<sup>2</sup>Secretaria Estadual de Assistência Social

<sup>3</sup>Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade

<sup>4</sup>Prefeitura Municipal de Manaus

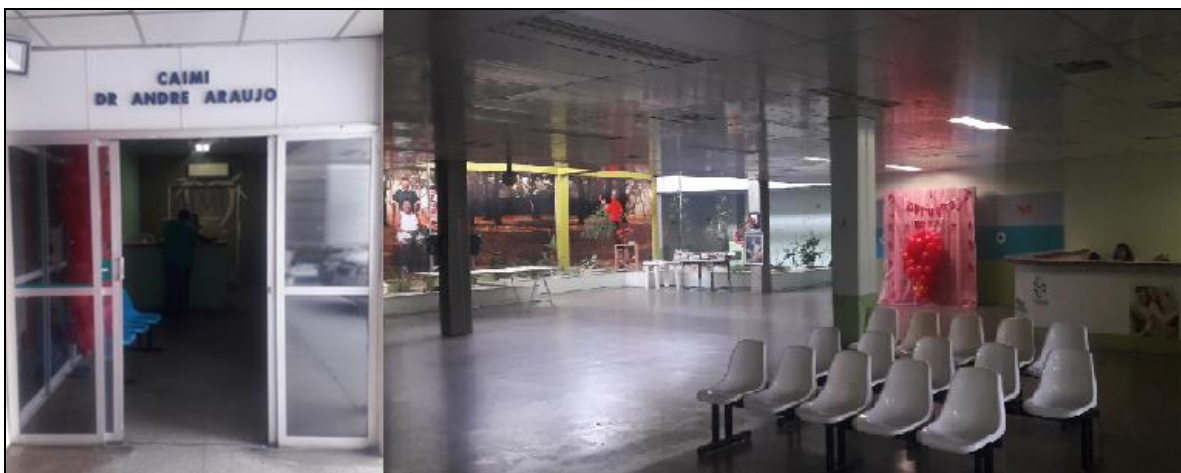
De modo sucinto, esses Serviços e/ou Programas Especializados na Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM) podem ser assim caracterizados:

**a) Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI's)** – Unidades integrantes da Rede de Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), que têm por finalidade prestar assistência ao idoso por meio de ações e serviços para o atendimento ambulatorial. No total são três Unidades que funcionam como policlínicas de média complexidade, com equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e odontólogos.

Figura 13 – Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI's). Brasil, 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.



**b) Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI) – Espaço destinado à permanência diurna de pessoas acima de 60 anos de idade. Oferece diversas atividades físicas, laboratoriais, recreativas, culturais e de educação e cidadania, de modo a contribuir no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.**

Figura 14 – Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida). Brasil, 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

**c) Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT) – Única Instituição de Longa Permanência (ILPI) para idosos em Manaus. Gerenciada pela Prefeitura Municipal de Manaus, é coordenadora da Política Municipal do Idoso de Manaus e desenvolve três Programas no município, sendo: o Programa Conviver, no Parque Municipal do Idoso; o**

Programa de Atendimento Domiciliar (PADI); e a Fundação de Apoio ao Idoso Doutor Thomas, com a institucionalização de idosos.

Figura 15 – Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT). Brasil, 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

**d) Parque Municipal do Idoso (PMI)** – Atua nos moldes do Centro de Convivência, sendo vinculado à Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas. Oferta à população idosa ações que assegurem seus direitos sociais, promoção de autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Possui, na sua organização, uma gerência operacional assim estruturada: subgerência de atividades físicas (oficina de atividades de solo e oficina de atividades aquáticas), e subgerência de atividades socioeducativas (oficina com 48 atividades pedagógicas, oficina de atividades artísticas, oficina do comportamento e oficina de eventos culturais e recreativos).



Figura 16 – Parque Municipal do Idoso (PMI). Brasil, 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

**e) Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI)** – Tem como propósito a integração social e cultural de adultos mais velhos em atividades distintas, sob a supervisão de profissionais qualificados, de modo a oportunizar acesso à universidade pública por meio de atividades que propiciem a atualização de conhecimentos, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Atua como um Centro de Referência de Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência à Saúde voltado às questões inerentes ao envelhecimento humano e desenvolve a formação de recursos humanos Especialistas na área de Gerontologia e Saúde do Idoso. Oferece, semestralmente, cerca de 3.000 vagas de cursos e oficinas livres para pessoas a partir de 50 anos, em aproximadamente 20 modalidades, tais como pilates, caminhada orientada, oficina da memória, informática, Tai Chi Chuan, dentre outras. Capacita profissionais na área de Gerontologia e promove assistência à saúde por meio de sua Policlínica Gerontológica.

f) **Policlínica Gerontológica FUnATI** – Localizada nas dependências da FUnATI, proporciona assistência de saúde à comunidade por meio de atendimentos especializados em diversas áreas da saúde. Dentre os serviços disponibilizados oferece atendimentos com profissionais médicos clínicos, nutricionistas, oftalmologistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentre outros, prestando, em média, 40 atendimentos por dia.

Figura 17 – Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI). Brasil, 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.



Fonte: arquivo pessoal da autora.

g) **Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM)** – Criado pela Lei nº 2.422, de 19 de novembro de 1.996, com jurisdição em todo o estado do Amazonas, é órgão colegiado, consultivo e normativo, vinculado à Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), com a finalidade precípua de coordenar a Política Estadual do Idoso.

**h) Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI)** – Criado pela Lei nº 628, de 8 de novembro de 2001, é um órgão colegiado de caráter consultivo, deliberativo e controlador da Política de Defesa dos Direitos do Idoso, vinculado à Fundação Dr. Thomas, responsável pela coordenação e execução da Política Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população deste estudo foi composta por 19 gestores de 10 Serviços de Referência na Atenção ao Idoso da cidade de Manaus, sendo 13 gestores atuantes na atual gestão dos serviços e 06 de gestões anteriores. A escolha dos participantes ocorreu a partir do primeiro contato com um gestor em que este sugeriu outros nomes, no modo “cadeia de informantes” ou amostragem “bola de neve” (*Snowball*) (ALBUQUERQUE, 2009).

Introduzida inicialmente por Coleman (1958) e Goodman (1961), a amostragem em “bola de neve” é um método que não utiliza um sistema de referências, mas, sim, uma rede de contatos dos membros existentes na amostra. É considerada uma forma de amostra não probabilística na qual o processo parte de uma semente (pessoa selecionada pelo pesquisador e que faz parte da população-alvo) e essa, por sua vez, é incumbida de indicar novos participantes que, por sua vez, podem indicar outros participantes e, assim, sucessivamente, até que sejam alcançados os objetivos propostos.

#### 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Foram incluídos neste estudo os gestores dos Serviços de Referência destinados à Atenção aos Idosos na cidade de Manaus (AM), os quais participaram da implantação e implementação do serviço e que nele atuam ou atuaram nos últimos cinco anos, a fim de obter o máximo de informações sobre a constituição dos serviços de Atenção ao Idoso nesse território.

Foram excluídos os gestores atuantes dos serviços que estavam afastados em gozo de férias, licença-saúde, maternidade ou outra modalidade de afastamento no período da coleta de dados, o que lhes permitiu indicar outro informante para compor o estudo. Foram excluídos, também, os gestores que estiveram no cargo no período inferior a 12 meses, considerado tempo insuficiente para conhecer a funcionalidade do serviço. Neste caso, foi incluído o gestor do exercício anterior.

### 3.4 PRODUÇÃO DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental.

#### 3.4.1 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista semiestruturada tem como finalidade conhecer a percepção dos participantes sobre determinado tema, por meio de um instrumento de perguntas abertas. |A entrevista manteve o foco e a direção condizentes com os objetivos do estudo, mas, também, permitiu que fossem elaboradas novas perguntas ao longo da pesquisa, de acordo com a direção que segue o discurso do sujeito (MINAYO, 2017).

Segundo Yin (2015), o procedimento mais comum para entrevistas em um estudo de caso é que sejam conduzidas de forma espontânea, mesmo no caso das entrevistas focadas, de modo que o entrevistador possa indagar acerca das questões do estudo e, ao mesmo tempo, o respondente possa apresentar suas interpretações, sugerindo fontes adicionais de evidências. Quanto mais próxima a esta posição for o papel do entrevistador, mais o entrevistado deixará de ser um mero respondente e mais se tornará um informante-chave.

A entrevista semiestruturada segue um roteiro estabelecido pelo pesquisador que direciona as questões consideradas mais relevantes para alcançar os objetivos propostos, assegurando que o tema seja abordado no seu decorrer (YIN, 2015). Minayo (2013) adverte que ao analisar o material proveniente desse tipo de instrumento, o pesquisador deve ficar atento para não se ater apenas às questões do roteiro, pois a riqueza da técnica reside na abertura do entrevistado em se expressar com espontaneidade, permitindo ao pesquisador explorar as estruturas de relevância trazidas pela experiência.

Além disso, os questionamentos básicos são apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa, as quais dão frutos a novas possibilidades surgidas a partir das respostas dos informantes, sendo o foco principal colocado pelo investigador-intervistador. A entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas, também, a explicação e compreensão da sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Dessa forma, para a realização das entrevistas, primeiramente efetuou-se um contato prévio com os possíveis participantes, via telefone, para agendamento de dia, horário e local

de sua preferência. Na data acordada, o participante foi informado sobre os objetivos do estudo, bem como de todas as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos. De posse do aceite em participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo participante e a entrevista realizada.

Foram realizadas, ao todo, 20 entrevistas semiestruturadas ao longo dos meses de outubro e novembro de 2019. A primeira entrevista semiestruturada consistiu de pré-teste, a partir da qual houve adequação do roteiro para melhor entendimento dos participantes. Por essa razão, a entrevista foi suprimida do banco de dados, restando 19 para análise.

Seguiu-se um roteiro norteador para a condução das entrevistas junto aos gestores com o objetivo de favorecer a coleta e a qualidade dos dados (Apêndice A). Esse roteiro foi dividido em duas etapas, sendo a primeira realizada com dados que possibilitaram a caracterização dos participantes para posterior organização dos resultados, enquanto a segunda etapa ocorreu com perguntas abertas como estratégia de coleta de dados, o que permitiu a apreensão das informações pertinentes ao objeto de estudo (MINAYO, 2013). Para tanto, o pesquisador deveria estar atento ao ponto de saturação das informações, uma vez que as percepções se esgotam na medida em que são realizadas novas entrevistas (BISOL, 2012).

A entrevista foi conduzida a partir de tópicos semiestruturados relacionados à implantação e implementação dos Serviços de Atenção à População Idosa de Manaus, bem como suas principais demandas, forma de organização e percepção do gestor em relação à efetivação de uma Rede de Atenção ao Idoso em Manaus. Além disso, também foram abordadas questões relativas à adesão da população aos Serviços e a possível singularidade de Manaus.

Os encontros foram realizados individualmente em sala de preferência de cada participante e os diálogos foram audiogravados com auxílio de gravador digital – MP3 Player –, com anuência de todos os participantes. Ao término das entrevistas, cada gestor foi convidado a participar de um próximo encontro para a realização de um grupo focal com todos os participantes do estudo. A data somente lhes seria informada, via contato telefônico, após o término das entrevistas, devido à saturação das informações.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 56 minutos. A transcrição das falas foi realizada na íntegra, compilada em um total de 326 páginas e denominada como “Coleta de dados do tipo entrevista semiestruturada”. O fechamento da amostra deu-se por exaustão, ou seja, finalizou-se a etapa após abordagem de todos os participantes elegíveis (FONTANELLA et al., 2011).



### 3.4.2 Pesquisa documental

A informação documental é utilizada na pesquisa científica para confirmar e/ou ampliar evidências obtidas por meio de outras fontes, podendo ser revista sempre que necessário, além de abranger uma grande quantidade de dados oficiais de forma detalhada. Os documentos, entretanto, estão sujeitos à parcialidade em sua elaboração, devendo o pesquisador sempre examinar a sua validade (YIN, 2015).

Sob esse prisma, a análise documental é de grande valia para a condução de estudos de caso, podendo trazer o melhor entendimento do caso e, também, corroborar com evidências coletadas por outros instrumentos e outras fontes, possibilitando a confiabilidade de achados. Além disso, pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem dos dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, ou desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LACERDA; COSTENARO, 2016).

A pesquisa documental foi realizada nos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, sendo composta por registros em arquivos, cartas, memorandos, cadernos, atas, correspondência eletrônica, sistema informatizado e demais documentos e registros institucionais que puderam, de alguma forma, corresponder aos objetivos deste estudo.

Como recorte temporal, foram avaliados documentos apresentados pelos Serviços durante o ano de 2018 e, em função de uma provável produção elevada de documentos, considerou-se a possibilidade de haver dificuldade em realizar uma análise adequada. Considerou-se, também, que a troca de governo local poderia provocar a necessidade de adaptação dos novos gestores (em 2019), o que poderia representar uma fragilidade à coleta desses dados.

Corroborando com o supracitado, a utilização da triangulação de dados exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender a dimensão qualitativa do objeto, atendendo os requisitos do método qualitativo ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa. Além disso, permite o diálogo capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e a agregação de múltiplos pontos de vista, seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa, utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).



### 3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Nas pesquisas qualitativas a análise dos dados já pode ocorrer na sua coleta, o que difere dos estudos quantitativos, que só a iniciam após a finalização da pesquisa de campo (MINAYO, 2012a; MINAYO, 2012b, MINAYO, 2013).

O tratamento metodológico utilizado neste estudo foi a proposta operativa de Minayo e está dividido em três etapas interligadas entre si: descrição, análise e interpretação. Na descrição, o estudo foi realizado no sentido de preservar as opiniões dos diferentes informantes da maneira mais fiel possível. Na análise, buscou-se ir além do que é descrito, traçando um caminho sistemático que procura, nos depoimentos, as relações entre os fatores, bem como produzir a decomposição de um conjunto de dados, estabelecendo as relações entre as partes que o compõem. Já a interpretação é uma sequência da análise e foi desenvolvida após a descrição (MINAYO, 2012a; MINAYO, 2012b, MINAYO, 2013).

A intencionalidade da análise foi compreender os depoimentos além dos limites do que é descrito e analisado, buscou-se os sentidos atribuídos. Essas etapas de tratamento dos dados qualitativos não são excludentes, tampouco possuem fronteiras claras entre si, sendo apenas perspectivas de tratamento de dados qualitativos que podem não coexistir formalmente.

Na pesquisa qualitativa, a interpretação é o ponto de partida (porque inicia com as próprias interpretações dos atores) e é o ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações) (MINAYO, 2012b; MINAYO, 2013; MINAYO, 2014).

Cabe salientar que a principal finalidade da análise de dados qualitativa é estabelecer a sua compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e, conseqüentemente, ampliar o conhecimento sobre o tema investigado. A interpretação é a principal ação da pesquisa, a qual está presente em todo o seu processo e constitui a parte essencial da análise (MONNERAT SOUZA, 2014; MINAYO, 2012a; MINAYO, 2013).

### 3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido segundo os preceitos éticos vigentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando as Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema de Informações para Ensino (SIE) e encaminhado para avaliação institucional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mediante obtenção das autorizações institucionais da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) e da Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas, o projeto de pesquisa, em 18 de agosto de 2019, foi registrado na Plataforma Brasil e enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 17835419.0.0000.5346, Parecer 3.514.174. Após tais trâmites e parecer favorável do referido CEP foi iniciada a etapa de campo.

Anterior ao procedimento de geração de dados, os participantes foram informados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), acerca da justificativa, objetivos e procedimentos utilizados no estudo, além do destino das informações coletadas (BRASIL, 2012). Os participantes tornaram-se cientes de que poderiam suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento sem possibilidade de retomá-la, e que, nesse caso, as informações prestadas seriam excluídas e inutilizadas.

Os participantes também foram esclarecidos de que a sua participação no estudo não envolveria qualquer tipo de remuneração, tinha caráter voluntário e poderia ser interrompida a qualquer momento, conforme o seu desejo. A partir dessas informações os participantes tiveram possibilidade de decidir sobre a sua participação ou não no estudo.

Os benefícios indiretos da investigação também foram informados e consistem em dar maior visibilidade aos Serviços de Atenção ao Idoso existentes na cidade de Manaus. Espera-se, ainda, que os dados gerados confirmem maior robustez ao conhecimento teórico-prático em relação à Gerontologia e à Saúde do Idoso e, mais precisamente, ofereçam aos gestores de outras regiões do país um modo diferenciado de Atenção à população envelhecida. Além disso, almeja-se dar maior visibilidade à temática, bem como ampliar o interesse de novos estudos sobre a temática em núcleos profissionais, como a Enfermagem e a Fisioterapia, por exemplo.

O caráter voluntário de participação na pesquisa, bem como a garantia de anonimato e sigilo das informações geradas foram destacados. Para tanto, os participantes do estudo foram identificados pela letra “P” (de participante), seguida do número ordinal referente à sequência de participação (ex: P1, P2...P19). Após tais esclarecimentos, o TCLE foi assinado em duas

vias pelos participantes que aceitaram participar do estudo, ficando uma via com o participante e a outra com a pesquisadora. O sigilo e a privacidade dos participantes estão resguardados no Termo de Confidencialidade (Apêndice D).

Os materiais oriundos da geração de dados constituíram um banco de dados, que foi arquivado em formato digital e impresso, e será mantido sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa, professora doutora Carmem Lúcia Colomé Beck, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1305 da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizada na Av. Roraima, 1000, CEP 97.105-900, em Santa Maria (RS), por um período de cinco anos. Após esse período os instrumentos impressos serão destruídos.

### 3.7 DIFUSÃO E DEVOLUÇÃO DOS RESULTADOS

A difusão dos dados será realizada por meio da publicação de artigos científicos em periódicos das áreas Interdisciplinar e da Saúde, observando a classificação dos periódicos a partir do Qualis igual ou maior que A2.

A devolutiva dos resultados desta tese aos participantes ocorrerá por meio de envio de arquivo digital aos Serviços que constituíram o cenário deste estudo, sendo que o arquivo, na íntegra, somente será disponibilizado após a publicação dos artigos resultantes da pesquisa. Além disso, todos os Serviços e participantes deste estudo serão convidados para a apresentação da tese, via plataforma digital, em data e horário previamente agendados pela pesquisadora.





### *Minhas Cores e Sabores...*

*(Evany Nascimento)*

*E minha mesa é mesmo farta:  
Peixes são muitos, frutas também;  
Ainda assim eu sei que falta  
Comida na mesa de alguém.  
Tambaqui, pirarucu, sardinha,  
Açaí, buriti e tucumã  
Eu encontro na feirinha  
E no carro que passa de manhã.  
Gritando, anunciando as ofertas,  
Entregando de porta em porta,*

*Nos bairros distantes do Centro,  
Se quiser uma prova ele corta.  
Um dos mais preciosos  
Dos meus bens que tenho pra dar  
É a farinha de todo dia  
Ah! Essa não pode faltar.*



## 4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise de dados do estudo. Assim, após leitura e análise das informações obtidas com as entrevistas e a pesquisa documental, essas foram organizadas em duas categorias, previamente definidas, de acordo com os instrumentos de coleta.

A primeira categoria – **Serviços de Atenção ao Idoso na Cidade de Manaus (AM)** – apresenta a formação histórica, a descrição e o modo de gestão de cada serviço. Composta pelas subcategorias: Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs), Fundação de Apoio ao Idoso Dr. Thomas (FDT), Parque Municipal do Idoso (PMI), Centro Estadual de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida), Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) e Policlínica Gerontológica FUnATI, Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM) e Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI).

A segunda categoria – **Relações, Articulações e Interlocações entre os Serviços de Atenção ao Idoso na Cidade de Manaus (AM)** aponta as evidências da existência de uma Rede de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, resultado do empenho da gestão em buscar alternativas para a crescente demanda da população idosa.

### 4.1 CATEGORIA 1 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM)

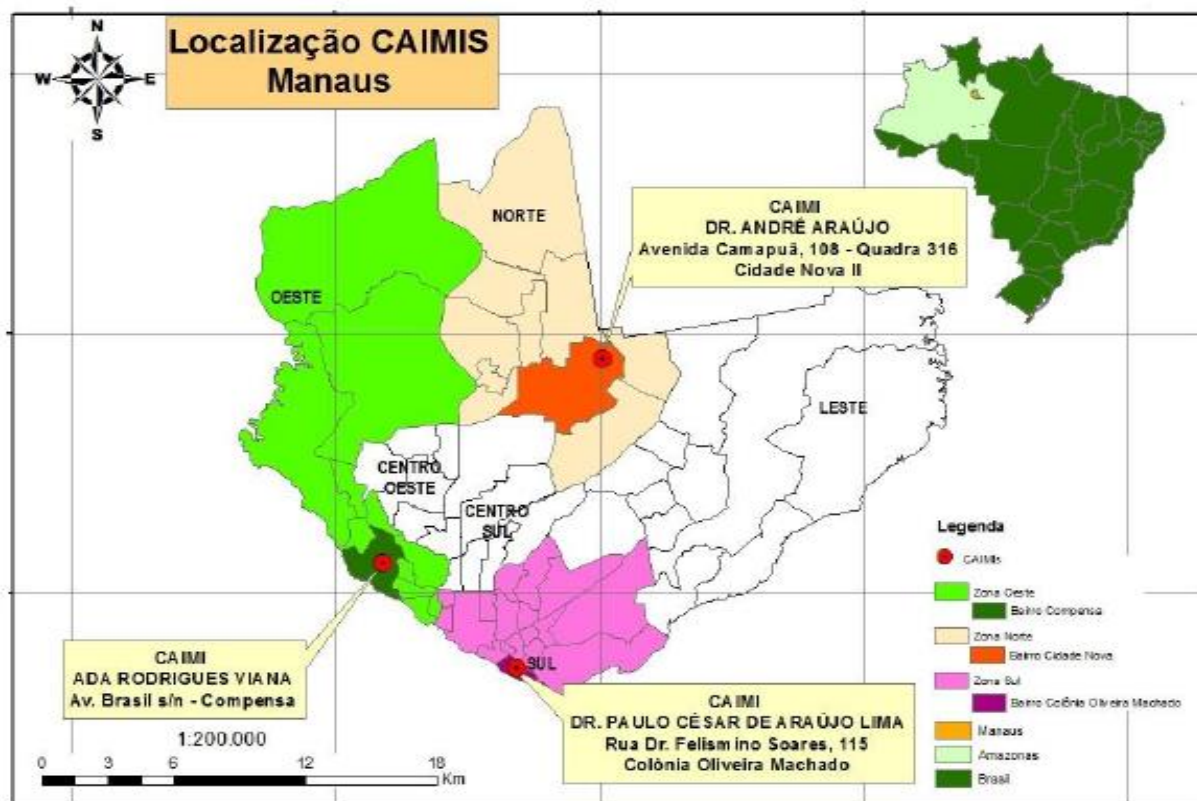
#### 4.1.1 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs)

O Estado do Amazonas vivenciou um período importante nas questões relacionadas à saúde de sua população durante o Governo Amazonino Mendes (1999-2002). O Programa de Revitalização da Saúde, resultado de um amplo diagnóstico da situação da Saúde na capital Manaus, permitiu planejar e reorganizar a Rede de Serviços de Saúde para atender às necessidades da população.

O Programa objetivou disponibilizar Serviços com qualidade e eficiência aos cidadãos, concedendo a manutenção, ampliação e criação de inúmeros serviços no Estado, dentre os quais a implantação de 15 Unidades dos Centros de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAICs) e, posteriormente, três unidades dos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs).

Em relação a saúde do idoso, a partir de 2002 foram criados: CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, localizado na Zona Norte – Cidade Nova; CAIMI Ada Rodrigues na Zona Oeste – Compensa; e CAIMI Paulo Lima na Zona Sul – Colônia Oliveira Machado. Somados, esses três Centros apresentam, atualmente, mais de 75 mil idosos cadastrados (Figura 18).

Figura 18 – Localização geográfica dos Centros de Atenção à Melhor Idade (CAIMIs), segundo as zonas administrativas da cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2010).

Os CAIMIs foram criados com a missão de garantir assistência ambulatorial de média complexidade aos idosos referenciados pelo SUS. Disponibilizam, para tanto, equipe multidisciplinar especializada que presta atendimento e manuseio de doenças prevalentes da Terceira Idade, objetivando o maior grau de resolutividade possível.

Para atingir os objetivos e metas dos CAIMIs, foi necessário adotar estratégias que pudessem atender as necessidades da instituição, como: desenvolvimento dos objetivos no planejamento estratégico; realização de parceria com a direção de outras unidades para que juntos pudessem traçar as metas, visando sempre o bom atendimento à sociedade; montagem de equipes para consultoria e auditoria; e fortalecimento do acolhimento e do atendimento humanizado.



Os CAIMIs, quando de sua inauguração, foram vistos como grandes potências, uma vez que ofertavam 18 especialidades de atendimento (médicas e não médicas) em suas dependências. Foram responsáveis pelo avanço nos indicadores de saúde da população idosa no Estado do Amazonas, tornando-se Centros-modelo na atenção ao idoso para o restante do país.

Os CAIMIs são Unidades de Atendimento Ambulatorial de média complexidade que integram a rede do SUS, voltados exclusivamente ao atendimento de pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Ao integrar as ações da Política de Saúde adotada pelo Estado, atuam como portas de entrada da Rede de Atendimento Básico de Saúde à população idosa, com garantia de referência especializada ambulatorial e hospitalar aos níveis de maior densidade tecnológica.

Os CAIMIs possuem equipe multidisciplinar constituída por profissionais do quadro permanente de servidores públicos, os quais atendem as necessidades e demandas específicas dos idosos por meio de suas principais doenças e com serviços de atendimento médico e de especialidades, aliados às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças dos idosos.

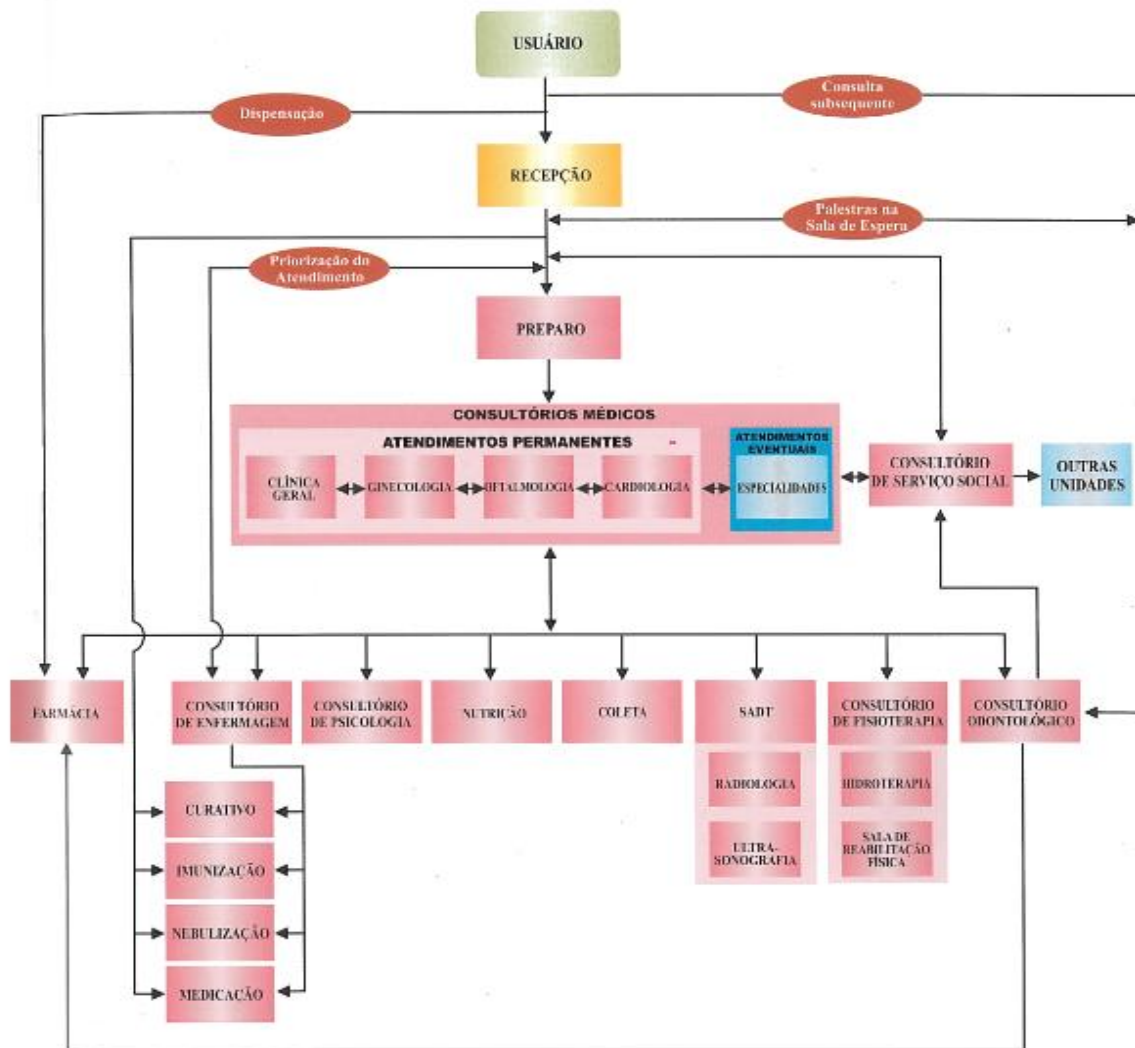
Seu diferencial está no trabalho baseado em parcerias e seu objetivo principal é a busca por capacitação, qualificação e aperfeiçoamento diário dos profissionais para o cuidado integral dos idosos. Objetivam, também, assegurar o atendimento ambulatorial do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da Terceira Idade e nas ações de saúde preventivas desenvolvidas na área de sua abrangência. Para isso, houve uma padronização da rede física, constituição e procedimentos, além da adoção de estratégias de otimização dos serviços e garantia da presença de equipes de Saúde em constante atualização.

Quando inaugurados, os CAIMIs disponibilizavam serviços médicos em clínica geral, Ginecologia, Oftalmologia, Cardiologia e em Outras Especialidades; atendimentos em Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Assistência Social e Odontologia; exames radiológicos, ultrassonográficos e laboratoriais; serviços de curativo, imunização, nebulização, medicação e farmácia, bem como serviço de remoção/transferência assistida para outras instituições mais especializadas (GOVERNO DO AMAZONAS, 2002).

Os CAIMIs continuam sob responsabilidade administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM), que gerencia as Unidades, enquanto o Conselho de Desenvolvimento Humano realiza o acompanhamento da assistência aos idosos usuários. Com o passar dos anos, no entanto, as Unidades deixaram de disponibilizar alguns serviços e hoje se encontram com conformação reduzida de serviços.

Na sua implantação, os CAIMIs seguiram o Fluxograma de Atendimentos, conforme a necessidade de cada usuário (Figura 19).

Figura 19 – Fluxograma Geral de Atendimentos dos CAIMIs



Fonte: (GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS, 2002).

Ao chegar no CAIMI segue normalmente para o acolhimento, onde é realizada a sua antropometria com aferição do peso, estatura e sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória. Em seguida, o idoso é encaminhado para o atendimento profissional, de acordo com as suas necessidades. As atividades educativas e preventivas são realizadas de forma coletiva e individual e o idoso tem acesso ao Serviço de Farmácia, onde há dispensação de medicamentos, conforme prescrição médica e avaliação social.

O CAIMI ainda oferece atividades de apoio como: atividade física recreativa, bailes, passeios, hidroterapia, oficina de memória, ginástica terapêutica, caminhada, alfabetização, oficina de nutrição, dança de salão, coral, artesanato, dominó, dentre outras.

Em determinadas situações, o idoso procura o CAIMI para a realização de curativo, imunização ou nebulização. Nesses casos, o fluxo segue da recepção para o setor específico.

A partir do atendimento inicial por um profissional da equipe e, caso necessário, o idoso ainda pode ser encaminhado para outras Unidades de Saúde de maior complexidade tecnológica. Durante o período de espera para atendimento, são proferidas palestras sobre Saúde do Idoso pelos profissionais de diferentes áreas, com a finalidade de promover a saúde e prevenir doenças.

O acesso dos usuários aos CAIMIs, preferencialmente, é realizado por demanda espontânea e/ou por encaminhamento de outros Serviços de Saúde. Dessa forma, ao chegar ao Serviço, o usuário segue um fluxo de atendimento que inicia pela Recepção, onde é feito o seu cadastro. Em seguida, passa para o Acolhimento, onde são verificados os seus sinais vitais, peso, altura, glicemia, dentre outros. A Equipe de Enfermagem realiza avaliação por meio da Escala de Independência Funcional (MIF), que identifica as fragilidades do idoso e, diante das demandas apresentadas, pode receber atendimento clínico médico ou de especialidades. Se for considerado frágil receberá atendimento médico e, posteriormente, será encaminhado aos profissionais da Equipe Multidisciplinar; caso contrário, passa para as especialidades que darão conta de sua demanda juntamente com as diversas oficinas que são oferecidas nas Unidades.

#### *4.1.1.1 CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima*

O CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima<sup>1</sup>, primeiro a ser implantado, está localizado no bairro Colônia Oliveira Machado, na Zona Sul da cidade de Manaus (AM) (Figura 20).

---

<sup>1</sup> Paulo César de Araújo Lima nasceu na cidade de Manaus, em 3 de julho de 1924. Formou-se em Medicina em 1949, pela Universidade Federal da Bahia. Foi membro do Colégio de Cirurgiões da *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), da Academia Americana de Medicina e da Academia Amazonense de Medicina. Atuou como professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas, Presidente da Associação Médica do Amazonas, Médico da Legião Brasileira de Assistência e Serviço de Socorro de Urgência (ASSU), Sócio Honorário da Sociedade Portuguesa Beneficente do Amazonas e um dos pioneiros na artroscopia no Brasil. Fez estágio no Hospital de Clínicas/SP, especializando-se em Ortopedia e Traumatologia. Acreditava na socialização do atendimento médico que permitisse tratamento qualificado e gratuito a todos. Faleceu na cidade de Manaus, em 15 de junho de 2000, aos 75 anos de idade (SUSAM, 2018).

Figura 20 – Localização do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2010).

Esta Unidade de Atenção à Saúde do Idoso assegurou os padrões de acessibilidade para usuários com limitações físicas e/ou psicossociais, e tem disponibilizado ações de promoção de saúde e serviços, como consultas com médicos geriatras, clínicos gerais e cardiologistas, além de serviços de diagnóstico e tratamento com psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas e enfermeiros e assistência social (Figura 21).

Atualmente, a Unidade disponibiliza ações de promoção da saúde e realiza exames de Eletrocardiograma e Raio-X. Os demais procedimentos são regulados pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), com tempo de espera de até um ano para alguns exames, como de Holter, Mapa e Ecocardiograma. Exames de sangue, entretanto, demoram em média dois dias para aprovação no SISREG e o paciente tem até 30 dias para realizá-lo. Pacientes com melhor

condição financeira buscam a Rede Particular de Saúde para a realização dos exames, com tempo de espera mais prolongado, tendo em vista que no CAIMI o idoso tem três meses para retornar ao médico com os exames realizados.

Figura 21 – Instalações do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

O SISREG informa todas as solicitações de exames dos pacientes que entram em uma fila virtual de agendamento. Aliado ao SISREG, os CAIMIs possuem um Núcleo de Regulação Interna (NIRA) que objetiva regulamentar o processo de agendamento e, também, dar *feedback* ao idoso por meio de ligação telefônica institucional, informando qualquer intercorrência na sua solicitação, bem como para retornar ao CAIMI e acessar aos encaminhamentos médicos.

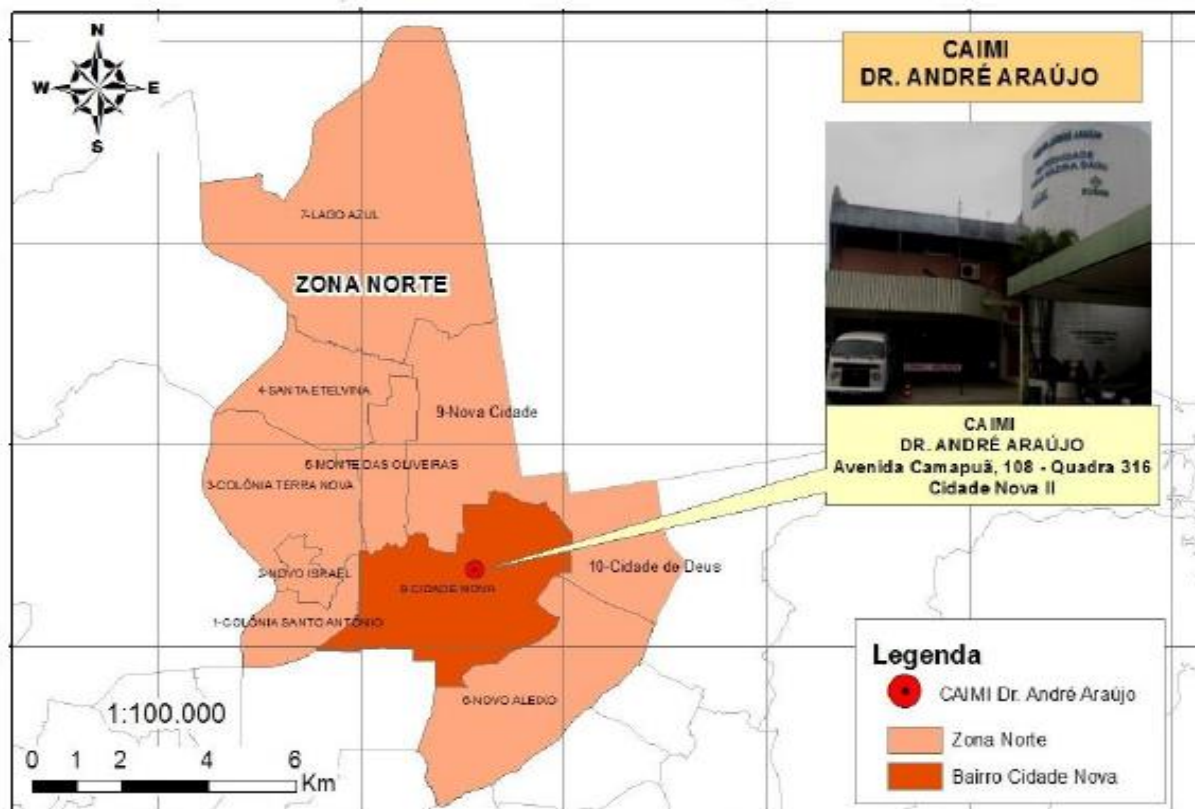
Além do NIRA existe um sistema de regulação desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Manaus, adquirido pelo Estado e disponibilizado às Unidades, o qual informa a data, horário e local do agendamento. Dessa forma, essas várias ferramentas administrativas de regulação tornam-se possibilidades de acolher e suprir considerável parcela de necessidades da população, desafogando o serviço da Recepção do CAIMI.

#### 4.1.1.2 CAIMI Dr. André Araújo



O segundo Centro implementado foi o CAIMI Dr. André Araújo<sup>2</sup>, localizado no bairro Cidade Nova, Zona Norte da cidade de Manaus (AM) (Figura 22).

Figura 22 – Localização do CAIMI Dr. André Araújo na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2010).

O CAIMI Dr. André Araújo possui estrutura diferenciada por estar instalado em uma Maternidade, inserido em um complexo formado pelo Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM), vinculado à Universidade Federal do Estado do Amazonas (UFAM) e Maternidade Nazira Daou (Figuras 23 e 24).

<sup>2</sup> André Araújo nasceu em 1899, em Goiana (PE) e faleceu em 1975. Jornalista, formado em Direito, Pedagogia, Psicologia, Sociologia e Filosofia, foi Juiz de Menores, desembargador, procurador geral do Estado do Amazonas, presidente do Tribunal de Justiça do Amazonas, político, secretário de Educação e Cultura do Amazonas. Fundou e dirigiu o Instituto Montessoriano Álvaro Maia e a Escola de Serviço Social do Amazonas. Fundou o Instituto Mello Mattos para menores abandonados, o Instituto Maria Madalena para abrigar meninas carentes e a Creche Circulista Menino Jesus para filhos de operárias. Primeiro Juiz de Menores do Amazonas. Colaborou com vários jornais e revistas da região. Escreveu obras sobre questões políticas, econômicas, sociais, educacionais e religiosas (SUSAM, 2018).

Figura 23 – Complexo CAIMI Dr. André Araújo, Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) e Maternidade Nazira Daou. Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Figura 24 – Instalações do CAIMI Dr. André Araújo na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Os serviços disponibilizados pela Unidade relacionam-se a ações de promoção de saúde amparados por profissionais da Assistência Social, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Clínica Geral, Ginecologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

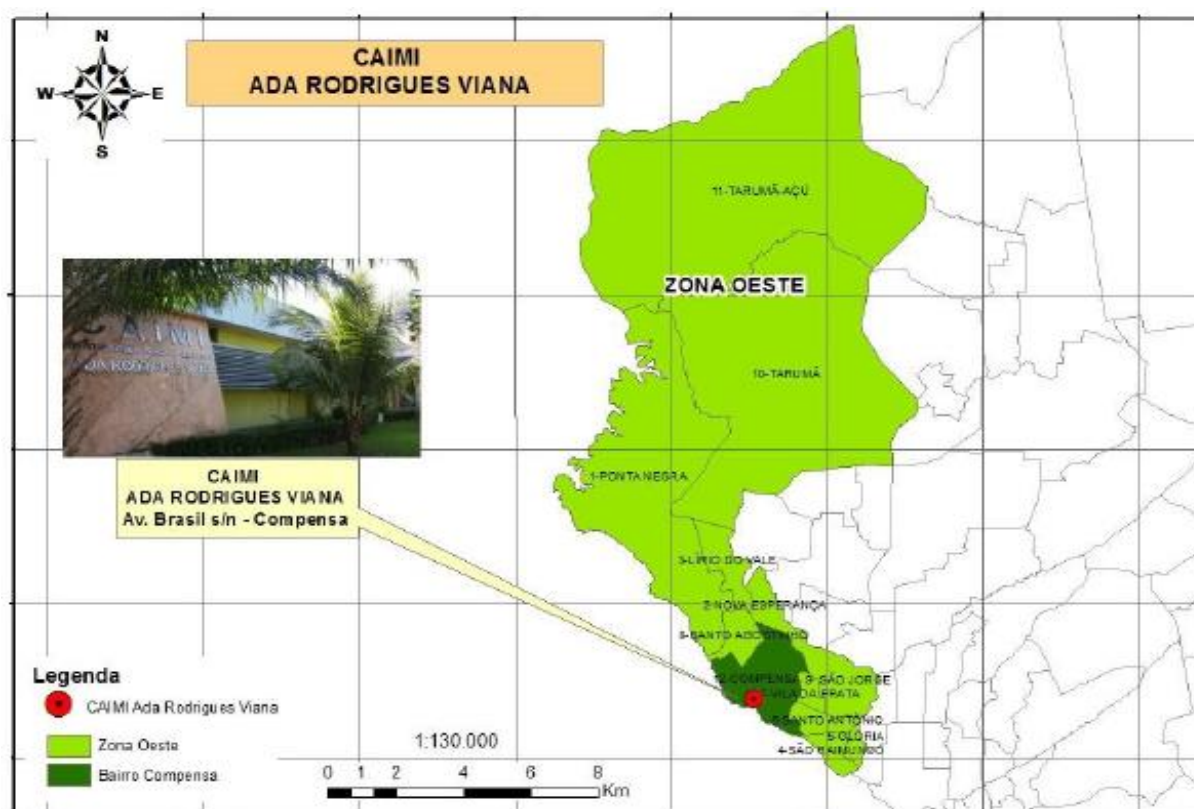
A Zona Norte de Manaus é a mais populosa do município, com maior área territorial (6.000 Km<sup>2</sup>), formada por 10 bairros, 80 sub-bairros e uma população estimada em mais de 121.135 habitantes (IBGE, 2013). O crescimento demográfico do bairro Cidade Nova resultou

em carência de espaços para a comunidade desenvolver atividades sociais, culturais, esportivas, além de poucas praças públicas e espaços de lazer.

#### 4.1.1.3 CAIMI Ada Rodrigues Viana

O CAIMI Ada Rodrigues Viana<sup>3</sup>, último Centro implantado, está localizado na Zona Oeste de Manaus, na Avenida Brasil, bairro da Compensa, numa área total de 3.755.00 m<sup>2</sup> e 967.00 m<sup>2</sup> de área construída (Figuras 25 e 26).

Figura 25 – Localização do CAIMI Ada Rodrigues Viana na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: (PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS, 2010).

<sup>3</sup> Ada Rodrigues Viana foi uma expressiva militante nas áreas Social e de Saúde. Foi Agente de Saúde e trabalhou no combate à cólera. Como agente voluntária, atuou em diversas atividades, como mutirões de Educação em Saúde, limpeza de igarapés, nutrição infantil, campanhas de vacinação e apoio a famílias carentes nas áreas urbana e rural. Atualmente, trabalha pelas crianças e deficientes, principalmente no Ramal do Leão e Comunidade São João (Rodovia AM 010). Foi fundadora e membro do Conselho Municipal de Saúde. Esteve presente em várias Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, onde foi conselheira representante do Amazonas e Presidente de Honra. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, recebeu o Título de Mensageira do SUS Verde (SUSAM, 2018).



Figura 26 – Instalações do CAIMI Ada Rodrigues Viana na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

O CAIMI Ada Rodrigues Viana oferece diversos serviços de atendimentos médicos especializados de Clínica Médica, Gastroenterologia, Cardiologia, Geriatria e equipe multidisciplinar em Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Assistência Social, Odontologia e Fisioterapia. Possui uma equipe multiprofissional formada por 112 servidores, dentre os quais encontram-se médicos clínicos e especialistas (Gastroenterologista, Cardiologista e Geriatra) e profissionais do Serviço Social, Enfermagem, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Clínica Farmacêutica, Nutrição e Psicologia. A demanda diária de usuários é de aproximadamente 200 pacientes, tendo em vista que além dos atendimentos de profissionais de saúde são ofertadas atividade de promoção em saúde na modalidade de oficinas de práticas integrativas. Destacam-se as oficinas de Tai Chi Chuan, canto, memória, artesanato, horta, inclusão familiar (hidroterapia), música, dança (50 idosos) e pilates (24 idosos).

Em relação aos procedimentos, o CAIMI Ada Rodrigues Viana instituiu o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) dos idosos, teste rápido para o diagnóstico de HIV (AIDS) e Hepatites A, B e C, além de um trabalho permanente de qualificação que busca atualização dos profissionais para melhoria do atendimento aos idosos.

Os CAIMIs são referência no atendimento ambulatorial exclusivo aos idosos do estado do Amazonas, porta de entrada não restrita aos idosos residentes na cidade de Manaus, mas de todos os 62 municípios que compõem o Amazonas.

O acolhimento dos idosos nos Serviços se dá de forma diferenciada, tendo em vista que o seu objetivo é contribuir para aumentar a expectativa e a qualidade de vida por meio do trabalho de prevenção das comorbidades. O trabalho é baseado na atenção e no resgate do autocuidado dos idosos, da sua autoestima e, muitas vezes, da sua própria dignidade por intermédio da socialização em momentos festivos e da oferta de diversas oficinas.

Os CAIMIs são acessados não somente para consultas individuais médicas, mas, também, como espaços de cuidado coletivo. Assim, diariamente são ofertadas atividades grupais de promoção de saúde ao público idoso. Nesses momentos de lazer e socialização de experiências os usuários realizam o autocuidado e promovem a sua saúde física e mental, o que contribui para fortalecer vínculos na medida em que o compartilhar de experiências, torna a fase do envelhecimento bem mais leve de ser vivida.

Assim, a integração e o entrosamento entre os idosos e os profissionais do serviço e seus familiares estão diretamente relacionados ao surgimento de vínculos de amizade e fortalecimento dos laços, aspectos que fortalecem o cuidado e o processo de enfrentamento do envelhecer.

A gestão dos CAIMIs prepara os profissionais para que o acolhimento e o atendimento sejam realizados por profissionais qualificados e com visão ampliada, ou seja, que enxerguem não apenas o idoso dentro do CAIMI, mas, também, que realizem um trabalho fora dos serviços, com as Redes de Apoio que cercam esse idoso.

Nesses Centros ocorrem inúmeras palestras e cursos de atualização sobre o processo de envelhecimento humano, suas demandas e a legislação, os quais são destinados aos profissionais, usuários e seus familiares, além de campanhas de conscientização da comunidade.

Dessa forma, é possível disseminar o conhecimento, esclarecer dúvidas relacionadas à complexidade do “ser idoso” e contribuir para o fortalecimento da efetividade da Política Nacional do Idoso. Essa ação preconiza o cuidado integral, a atenção qualificada e o olhar diferenciado que deve ocorrer de forma ampliada, atendendo às inúmeras demandas da população idosa.

As mudanças de gestão no Governo do Estado do Amazonas, todavia, foram as principais geradoras da dissolução da continuidade no processo de implementação e manutenção dos CAIMIs. Isso é constatado a cada novo governo, quando inúmeros projetos que se encontram em andamento retrocedem e surgem novas orientações com o intuito de implantar a sua respectiva política para o setor. Como resultado, há estagnação de

investimentos por parte do gestor estadual para serviços especializados e o seu sucateamento, o que tem posto à prova o encadeamento dos atendimentos voltados à população idosa.

Assim, o que tem se verificado é que há dois anos, devido a um Termo de Ajustamento Orçamentário, os CAIMIs deixaram de receber recursos financeiros, pois foram retirados da Unidade Orçamentária. Dessa forma, a SUSAM recebe os recursos financeiros via Ministério da Saúde, os quais ficam retidos no Fundo Estadual de Saúde para posterior repasse a outras unidades, via licitação, o que demanda seis a oito meses. Assim, para os CAIMIs não fecharem as portas, os profissionais cotizam materiais de expediente, conserto e manutenção de materiais e limpeza do terreno das Unidades. Além disso, realizam bazar com doações de usuários do CAIMI e feijoadas para arrecadação de verba para a Unidade não deixar de realizar os atendimentos aos idosos, o que revela a precarização dos serviços.

Somado a isso, existe a limitação das especialidades médicas nos serviços disponíveis junto aos CAIMIs. Com o passar dos anos muitos contratos foram rescindidos, ocorreram aposentadorias, alguns profissionais voltaram para sua terra natal e outros foram exonerados sem a reposição da força de trabalho por contratação eventual e/ou concurso público.

#### **4.1.2 Fundação de Apoio ao Idoso Doutor Thomas (FDT) e Parque Municipal do Idoso (PMI)**

Sob a designação de Sociedade Asilo de Mendicidade de Manaus, a Fundação de Apoio ao Idoso Doutor Thomas (FDT) foi criada em 1909, passando a se chamar, em 1932, de Asilo de Mendicidade Doutor Thomas, como forma de homenagear o médico canadense Harold Howard Shearme Wolferstan Thomas.

Em 1905, o Dr. Thomas foi enviado pela Escola de Medicina Tropical, de Liverpool, a Manaus para estudar a febre amarela, vindo a falecer em 1931, aos 56 anos, após ter se dedicado não somente à pesquisa de doenças tropicais, mas, também, ao cuidado de pacientes carentes. O médico prestava serviços filantrópicos na Santa Casa de Misericórdia, e transformou parte de sua residência em enfermaria para atendimento de ingleses que trabalhavam no porto de Manaus e na Companhia de Transportes, dedicando maior atenção à população idosa e em situação de mendicância.

A Câmara Municipal de Manaus, por meio da Lei nº 995, de 30 de novembro de 1967, autorizou a criação da FDT com caráter filantrópico, sendo mantida pela Prefeitura de Manaus. No ano seguinte, o Lions Clube, que já era colaborador da Fundação, iniciou os trabalhos de ampliação do espaço físico da instituição, cuja capacidade inicial era de apenas

20 abrigados e após as obras passou a atender 200 pessoas, contando com seis pavilhões. A obra foi concluída em 1970 e contou com a colaboração financeira da maçonaria (Figura 27).

Figura 27 – Instalações da Fundação Doutor Thomas (FDT) na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Nesse período, a FDT foi a única instituição filantrópica de Manaus e uma das poucas em toda a região Norte do Brasil que prestava atendimento de forma gratuita a idosos que se encontrassem em risco social, que não possuíam vínculo familiar ou residência, que tivessem sofrido maus tratos e violência e cuja família não dispusesse de recursos financeiros para prestar o devido cuidado.



A partir de outubro de 2010 a FDT passou a ser vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMASDH) e a integrar a administração indireta do Poder Executivo. Com a instituição da Política Nacional do Idoso, por meio da Lei nº 8.842, de 1994, a FDT inaugurou a política efetiva aos idosos e passou a ser coordenadora da Política Municipal do Idoso de Manaus. Dentre as suas competências estão a coordenação, avaliação e o acompanhamento da execução de ações relacionadas à Política Municipal do Idoso, a articulação junto às esferas federal e estadual a fim de fortalecer a Rede de Proteção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa e o planejamento e execução de ações de inclusão social em consonância com as demandas originadas pelos idosos da capital amazonense.

Além disso, a FDT é responsável por instituir três grandes programas em Manaus e que estão vigentes até hoje, que são: o Programa de Longa Permanência, especificamente para a institucionalização de idosos; o Programa de Atendimento Domiciliar (PADI), que faz a busca ativa dos idosos no domicílio; e o Programa Conviver, que trabalha com o envelhecimento ativo da população idosa independente no Parque Municipal do Idoso.

A implantação desses programas se deu por meio de demandas da população idosa por institucionalização, pela oferta de informações relacionadas ao processo de envelhecimento em seu domicílio, e pela necessidade de criação de um espaço multiprofissional voltado ao envelhecimento ativo de uma parcela significativa da população.

Além desses programas, a FDT também desenvolve pesquisa científica e cursos de formação na área de envelhecimento humano por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento em Manaus (NEPEM). Esse núcleo busca a produção de conhecimento científico, multidisciplinar e interdisciplinar e promove a integração, socialização e divulgação de ações institucionais e interinstitucionais desenvolvidas por profissionais do segmento idoso. Realiza, também, capacitação de equipes multiprofissionais e cuidadores de idosos, além de oficinas, palestras e orientação de pesquisas monográficas e seminários.

O NEPEM também é responsável pela coordenação do curso de Cuidador de Idoso – Cuidadoso, oferecido pela FDT desde 2006, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Secretaria Municipal de Administração, Planejamento e Gestão (SEMAD) e Escola de Serviço Público Municipal e Inclusão Socioeducacional (ESPI). Trata-se de um curso muito procurado na FDT, tendo em vista que a atividade de Cuidador de Idosos, em 2000, foi classificada como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego, passando a constar na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações.

A FDT também disponibiliza o curso de Capacitação de Cuidador Comunitário em parceria com o Conselho Municipal do Idoso, destinado aos familiares de idosos, desenvolvido nas comunidades.

Além de uma limitação de recursos humanos, o orçamento destinado à FDT normalmente é menor do que o necessário. O recurso vem do Governo Federal que o distribui para o Estado que, por sua vez, o repassa aos municípios e à FDT – entidade e organização de assistência social – que recebe sua parcela de recursos da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMASDH).

A instituição FDT possui apenas um carro para atender as demandas dos três programas, o que gera inconvenientes que vão desde a necessidade de remarcação de consultas médicas dos idosos pela indisponibilidade do carro, falta de motorista e/ou de combustível ou, então, o custo gerado ao idoso com o taxi pelo deslocamento para a consulta médica, já que a instituição não dispõe desse valor. Cabe destacar que todos esses acontecimentos ficam registrados em sistema eletrônico de rádio táxi, o que gera confiança ao idoso e atesta a idoneidade da FDT frente à sociedade e todos os órgãos fiscalizadores.

Somado a isso, a FDT tem que administrar uma demanda do PADI por institucionalização maior que o quantitativo já institucionalizado. Ou seja, existe uma fila de espera com aproximadamente 200 idosos aguardando vaga para residir na instituição, sendo que a mesma possui 125 idosos admitidos atualmente. Assim, apesar de a instituição ter sido reformada recentemente, é visível a necessidade de ampliação de recursos humanos e de suas instalações em, no mínimo, mais dois pavilhões, além de reforço no orçamento para dar conta dessa procura por institucionalização.

#### *4.1.2.1 Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI)*

O Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI), que é a FDT propriamente dita, constitui-se numa ação permanente de assistência à pessoa idosa em risco social, sem vínculo familiar ou com vínculo, cuja família seja carente de recursos financeiros ou que tenha sido vítima de violência. É a única Instituição de Longa Permanência para idosos em Manaus nos três graus de dependência e a única pública da Região Norte do Brasil.

O grau de dependência de um indivíduo é analisado a partir de sua capacidade funcional, a qual se observa através da investigação da execução das Atividades de Vida Diária (AVD). Essas, são as tarefas básicas de autocuidado que classificam os indivíduos em independentes ou com média ou alta dependência para as AVD que vão desde alimentar-se, ir

ao banheiro, vestir-se, cuidar da higiene pessoal e banhar-se até andar e realizar transferências (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas) (FREITAS et al., 2016).

A institucionalização é o propósito desse programa, mas ela ocorre de forma diferenciada. Sua maior preocupação consiste no melhor atendimento aos idosos e, para isso, busca trabalhar a individualidade de cada um, mesmo estando numa coletividade. A sociedade reconhece esse programa como um serviço de excelência, pois desmistifica a ideia de que em uma instituição de longa permanência para idosos todos os residentes são tratados da mesma forma e sem qualquer distinção ou identidade.

A instituição é considerada uma rede de apoio social, pois, muitas vezes, é a única família desses idosos e, na medida em que ela detém a sua tutela enquanto Estado, preza por resguardá-los de todas as violências possíveis, garantindo a integralidade de sua saúde e proteção.

A FDT possui, atualmente, 125 idosos participantes do Programa, sendo 75 homens e 50 mulheres, divididos em graus de dependência (independente, média dependência e alta dependência). Esses participantes recebem alimentação (seis refeições diárias), atendimento e acompanhamento médico e de enfermagem, psicológico, fisioterapêutico, nutricional, acompanhamento social e atividades ocupacionais de recreação e cultura.

A maior demanda é de idosos que realizam suas Atividades de Vida Diária de forma parcial, necessitando de algum auxílio, e dos que dependem de cuidador para realizar as suas necessidades. Os independentes moram em apartamentos e os demais em pavilhões coletivos.

Pode-se afirmar, então, que o maior público do Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI) são pessoas que possuem inúmeras comorbidades decorrentes de doenças crônicas e que, por essa razão, demandam cuidados específicos da equipe multiprofissional da instituição.

Quanto à estrutura física, a FDT tem dois pavilhões (um masculino e um feminino) de idosos independentes, totalizando 19 apartamentos, contudo, em razão de haverem poucos idosos independentes, a maioria dos apartamentos se encontra desocupada. Os pavilhões de média dependência são dois (um masculino e um feminino) e de alta dependência são três (um feminino e dois masculinos).

Em relação à questão financeira, os residentes da FDT não realizam nenhuma contribuição para garantir a sua estada e, por isso, muitos acabam fazendo uma “poupança” pela não utilização de seus rendimentos, uma vez que mesmo após o óbito desse indivíduo, a instituição não se apropria dos seus valores. A maioria dos idosos recebe, no máximo, um salário mínimo mensal (aposentadoria ou benefício socioassistencial) e deste valor pagam

apenas algumas medicações não disponibilizadas pelo SUS, algum exame médico quando de urgência ou compram algo para uso pessoal não disponibilizado pela casa.

Atualmente, a FDT tem aproximadamente 400 funcionários entre concursados e celetistas, os quais atendem aos três programas. Os recursos financeiros são recebidos em forma de assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), enquanto que com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) existem apenas parcerias.

De acordo com a Lei nº 1.515, de 06 de outubro de 2010, o Fundo Municipal de Direitos do Idoso está vinculado diretamente à FDT, e constitui-se num instrumento de captação, repasse e aplicação de recursos destinados a propiciar suporte financeiro à implantação, manutenção e desenvolvimento de planos, programas, projetos e ações voltadas aos idosos no município de Manaus.

Sua destinação é liberada por meio de projetos, programas e atividades devidamente aprovados pelo Conselho Municipal do Idoso (CMI). Para tanto, existe uma conta bancária específica em instituição financeira oficial que faz a movimentação dos recursos financeiros do Fundo, sendo gerado, mensalmente, balancete demonstrativo da receita e despesa, o qual é publicado na imprensa oficial após apresentação e aprovação do CMI.

As receitas constituem recursos diversos, provenientes de órgãos da União ou dos Estados vinculados à Política Nacional do Idoso, de transferências do município, doações do setor privado, pessoas físicas ou jurídicas (permitindo que sejam deduzidas do Imposto de Renda), contribuições dos governos e de organismos estrangeiros e internacionais, dentre outros.

#### *4.1.2.2 Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (PADI)*

O Programa de Atendimento Domiciliar (PADI), criado em 1997, atua sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Manaus, é executado pela FDT e integra a Política Municipal do Idoso. Atende, atualmente, pessoas de ambos os sexos a partir de 60 anos do perímetro urbano da cidade de Manaus (BRASIL, 1997b).

Sua atuação se caracteriza pela realização de visita domiciliar de uma equipe multiprofissional constituída de advogado, enfermeiro, técnico em enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Essas visitas são realizadas quando solicitadas por meio do Disque Idoso 165, por demanda espontânea e, ainda, por meio da Rede de Proteção à Pessoa Idosa, constituída pelo Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (CIPDI); a Defensoria Pública do Estado do Amazonas, que possui um Núcleo Especializado de Defesa do Idoso; a



Delegacia Especializada em Crimes contra o Idoso (DECCI), articulados com o Conselho Municipal do Idoso (CMI), o Conselho Estadual do Idoso (CEI) e todos os demais serviços de referência à população envelhecida.

O PADI tem como objetivo principal transmitir informações, propor intervenções e práticas de cuidados sobre o processo de envelhecimento, possibilitando melhor qualidade de vida aos idosos, cuidadores e seus familiares. Contribui, dessa forma, para que o idoso permaneça no seio familiar pelo maior tempo possível, pois na maioria das vezes, a falta de informação e conhecimento sobre o processo de envelhecimento prejudica o convívio familiar e faz com que a violência com o idoso se torne frequente nas famílias. Diante disso, a equipe realiza reuniões familiares na residência do idoso, esclarece dúvidas, informa sobre a importância do cuidador familiar e cuidador formal e, também, verifica a possibilidade de um familiar contratar um cuidador.

Quando, porém, o setor admissional do PADI identifica que determinado idoso mora sozinho ou com um filho que não tem condições financeiras de cuidá-lo, ou que sua família não consegue assegurar a sua proteção, ele se torna um candidato à admissão no Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI).

O PADI também recebe demandas de determinação judicial de idosos em trânsito na comunidade, que são aqueles em condições de vulnerabilidade. Com auxílio da Polícia Militar, identifica idosos andarilhos que possam ter se perdido de suas casas, ou que suas famílias estejam à sua procura ou, então, em situação de rua que estejam nessa condição em decorrência de algum processo patológico, como da Doença de Alzheimer, por exemplo.

Com auxílio da equipe multiprofissional, o PADI transmite informações sobre o cuidado do idoso no seio familiar, pois a missão da Política Nacional do Idoso é que essa família tenha condições de cuidar do seu idoso em seu domicílio, mesmo que não venha a ser institucionalizado. O PADI também garante direitos assistenciais ao idoso, como a utilização de fraldas, medicamentos, dentre outros, e faz os devidos encaminhamentos para os Serviços de Saúde. Casos, porém, em que o idoso se encontre em situações de vulnerabilidade social são analisados e encaminhados ao Programa Longa Permanência do Idoso (ILPI) para a sua institucionalização na FDT.

#### *4.1.2.3 Programa Conviver*

O Programa Conviver, previsto na Política Nacional do Idoso, é executado nas dependências do Parque Municipal do Idoso (PMI), inaugurado em 2002. O Decreto Federal

nº 1.948/1996 justifica a sua criação mediante a alegação de que o Centro de Convivência de Idosos se trata de um espaço destinado à permanência diurna de idosos. Desde então, circulam em suas dependências cerca de 3.500 idosos (Figura 28).

Figura 28 – Instalações do Parque Municipal do Idoso (PMI) na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

O PMI conta com uma área total de 54.000 m<sup>2</sup> e 11.500 m<sup>2</sup> de área construída. Sua gestão se dá por meio de uma Gerência Geral à qual está subordinada a Gerência

Socioeducativa, que supervisiona as atividades dos Núcleos, dando suporte necessário ao melhor rendimento das atividades oferecidas pelo Programa Conviver.

Equipado com ampla infraestrutura, o PMI conta com piscina climatizada e coberta, academia aberta, ginásio coberto, auditório com 250 lugares, pista de caminhada, academia coberta, salas de aula, salão de beleza e lanchonete. Por meio da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS) oferece restaurante comunitário “Prato Cidadão”, que comercializa refeições ao valor simbólico de R\$ 1,00, atendendo prioritariamente a demanda dos idosos e se estendendo à comunidade em geral. Anualmente, no mês de janeiro, o Parque entra em recesso por 40 dias, cujo período é destinado à sua manutenção.

O objetivo da implantação do Parque foi ofertar espaço físico adequado à população com idade igual ou superior a 60 anos, em atendimento ao art. 2º da Lei Federal n. 8. 842/94 (Política Nacional do Idoso). Nesse sentido, são desenvolvidas atividades culturais, recreativas, físicas, educativas e associativas a fim de que o idoso se sinta ativo e melhore a sua autoestima por meio da interação com seus pares e com outras gerações, pautado pelo respeito mútuo e com vistas a um envelhecimento saudável.

O PMI oferece atendimento psicossocial, palestras socioeducativas, dinâmicas de socialização, bailes, tarde dançantes, festas em datas comemorativas, aulas de alfabetização e de idiomas, passeios e excursões. São aproximadamente 9.000 idosos matriculados, dos quais 3.500 frequentam assiduamente o Parque, conforme dados do ano de 2019.

A organização do Parque se dá por meio de setores, como Psicologia, Assistência Social, atividade física e eventos. Dessa forma, uma equipe multiprofissional planeja e adequa as atividades para benefício de milhares de idosos por meio de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais e de educação para a cidadania, todas disponibilizadas de forma gratuita.

Dentre as competências do PMI, estão: viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso; estimular a prática de atividades físicas com vistas à manutenção e ampliação de sua independência e autonomia; oportunizar o convívio social e o aprimoramento pessoal por meio de atividades socioeducativas, culturais, artísticas e de lazer; oferecer informações e desenvolver conhecimento acerca do processo de envelhecimento; estimular atividades de comportamento voltadas ao envelhecimento com qualidade de vida; promover a valorização, integração e participação do idoso na vida familiar e comunitária; e desenvolver ações que favoreçam a construção de pleno exercício da cidadania.

Seu foco principal é manter o maior número possível de idosos ativos e, para isso, os incentiva a frequentarem o Parque Municipal e a realizarem atividades diárias. Na medida em

que isso ocorre, permanecem e/ou se tornam cada vez mais independentes na sua vida diária e passam a não necessitar com tanta frequência dos serviços médicos ou do auxílio familiar.

Para que o idoso possa ingressar nas atividades realizadas no Parque Municipal ele deve se dirigir, primeiramente, ao Setor Administrativo, onde preenche uma ficha cadastral e recebe uma listagem de exames a serem realizados anualmente. De posse dos resultados e, principalmente, de um Atestado Cardiológico informando a sua condição física, o idoso será considerado apto a realizar as atividades do PMI e assinará o Termo de Conduta, que informa sobre os seus direitos e deveres, bem como as atribuições dos profissionais nas dependências do Parque. Dentre essas estão a exigência de uma vestimenta adequada, pontualidade no horário de início de cada atividade ou oficina e o controle de faltas que, se excedidas em 50% e sem justificativa, o idoso perderá a sua vaga na atividade. Além disso, o Termo disponibiliza o contato de algum responsável pelo idoso, caso necessário.

Dessa forma, não há fila de espera, pois a cada mês o Setor de Atividades Físicas e Esportivas contabiliza as desistências e/ou faltas, e as vagas em aberto são ofertadas para que outro idoso as preencha. Com isso, o idoso não necessita aguardar até o próximo ano para ingressar nas atividades do Parque. Esse Núcleo é responsável por coordenar, controlar, supervisionar e avaliar o desempenho e desenvolvimento das atividades físicas, assim como assessorar os profissionais de Educação Física que estão à frente das atividades.

As atividades físicas são classificadas por alta, média ou baixa intensidade. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, só é permitido a cada idoso realizar uma atividade de alta intensidade, como a hidroginástica, a qual será complementada pelas demais oficinas.

Dentre as atividades ofertadas estão a caminhada orientada, ginástica, alongamento, hidroginástica, pilates (funcional e solo), natação, ginástica elaborada, ginástica terapêutica, dança de salão, dança coreográfica, academia ao ar livre, sala de musculação, teatro, canto coral (“Vozes de Ouro”), flauta doce, violão, oficina da memória e da cidadania, empreendedorismo, artesanato, seresta, prosa, poesia, dominó, sinuca, tênis de mesa, psicoterapia, karaokê, e as terapias chinesas Tai Chi Chuan, yoga, meditação e Lincoln.

Somado a isso, e em parceria com a ESPI, o PMI dispõe de oficinas especializadas que oferecem aulas de idiomas (espanhol, inglês e francês), zumba, fotografia (gera exposições) e gerontovolei. Uma nova oficina está prevista – a de Tecnologia da utilização de *Smartfone*.

O PMI possui equipe multiprofissional de aproximadamente 40 colaboradores, formada por profissionais celetistas, estatutários, comissionados e autônomos, constituída de assistentes sociais, psicólogos, professores de Educação Física, instrutores, auxiliares de Enfermagem e funcionários dos setores técnico e administrativo que orientam as atividades.

No turno da manhã são admitidos no Parque Municipal, idosos a partir de 60 anos e, no turno da tarde, a partir de 2012, o Projeto Envelhecer Feliz permitiu que adultos a partir de 50 anos também fossem admitidos. As atividades mais procuradas são pilates e hidroginástica e, anualmente, é realizada avaliação física de cada participante do Parque Municipal, objetivando verificar o seu impacto na manutenção e/ou melhoria de sua qualidade de vida.

Aliado à avaliação física e ao convívio diário com os idosos, o setor de Psicologia tem detectado algumas singularidades. Dentre elas destacam-se alterações funcionais, tais como dificuldade de deambulação e alterações de equilíbrio e as demências como a doença de Alzheimer em alguns idosos frequentadores assíduos do Parque Municipal, dificultando-os a desenvolverem sozinhos suas atividades. O PMI está autorizando seus acompanhantes e/ou cuidadores a estarem presentes nas atividades e auxiliá-los, entretanto, na medida em que se percebe que o idoso já não se encontra apto para tal atividade, a sua família é informada e os devidos encaminhamentos realizados.

O Parque Municipal possui um Setor de Eventos, responsável pelas festas e passeios de grupos de Terceira Idade. Dentre as festas estão o tradicional Carnaval de Manaus e a Festa Junina, que reúnem em torno de 2.000 idosos dos mais de 100 grupos de Terceira Idade de Manaus, sem contar o público em geral. Já os passeios são organizados mensalmente pela equipe que acompanha os idosos até os locais de banho (balneários), monitora as suas atividades durante o dia e depois retorna com eles até o Parque para que voltem às suas residências.

Em relação ao deslocamento dos idosos até o PMI, este é facilitado por uma linha de ônibus com parada no interior do Parque Municipal, passando por dois terminais de Manaus. Os terminais mais distantes, todavia, ainda não integram essa modalidade de acesso.

O Programa Conviver é diferenciado dos demais, pois trabalha com atividades de socialização, grupos de convivência e integração da sociedade. O público idoso que frequenta o programa é diferente, pois é aquele que mora em sua casa, com sua família ou até mesmo sozinho, mas que vem ao Parque Municipal nos seus dias de aula e nas festividades, realiza as atividades e depois retorna à sua casa, o que caracteriza um público idoso independente.

A convivência é diária, a família se faz presente e os valores afetivos são velados pelas relações intergeracionais, ou seja, a representação familiar se torna algo muito além do vínculo sanguíneo. Os programas de convivência aproximam os idosos uns dos outros e trazem a família, de forma harmoniosa, para junto de seu convívio.

Dessa forma a proposta da não institucionalização dos idosos se concretiza na medida em que essa população que frequenta o PMI se mantém ativa, em plena saúde física e mental,

residindo em seus domicílios. O trabalho realizado pelos Programas, o Estatuto do Idoso e a Política Municipal do Idoso se complementam, pois, na medida em que o idoso se encontra ativo e participante das atividades ofertadas pelo Programa Conviver, dificilmente necessitará do serviço do PADI ou virá a ter um perfil de admissão no Programa Longa Permanência.

A FDT, portanto, faz valer o que preconiza a Política Nacional do Idoso, concretizando a necessidade da elaboração e execução de programas de lazer, atividades físicas e práticas de esportes. Promove, assim, a melhoria da qualidade de vida da população idosa, estimula a sua participação comunitária de forma ativa e deixa claro à sociedade que a responsabilidade do cuidado do idoso é, primeiramente, da família, depois da sociedade e por último do Estado.

#### **4.1.3 Centro Estadual de Convivência do Idoso (CECI)**

O Centro Estadual de Convivência do Idoso (CECI), situado no bairro Aparecida, Zona Sul de Manaus, possui 8.000 m<sup>2</sup>, onde disponibiliza múltiplos serviços e atividades voltadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos de Manaus (Figura 29).

Também oferece atendimento especializado em Gerontologia nas áreas psicossociais, socioeducativas, artísticas, culturais, esportivas e de geração de emprego e renda, bem como atua na prevenção da velhice senil, admitindo em suas atividades indivíduos a partir de 40 anos, de ambos os sexos.

O CECI Aparecida está vinculado à Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), que visa prevenir as vulnerabilidades inerentes à pessoa idosa. Busca transformar a vida daquele idoso que não tinha conhecimento dos seus direitos e que, muitas vezes, estava em casa, em isolamento social, adoecendo e sem realizar atividades.

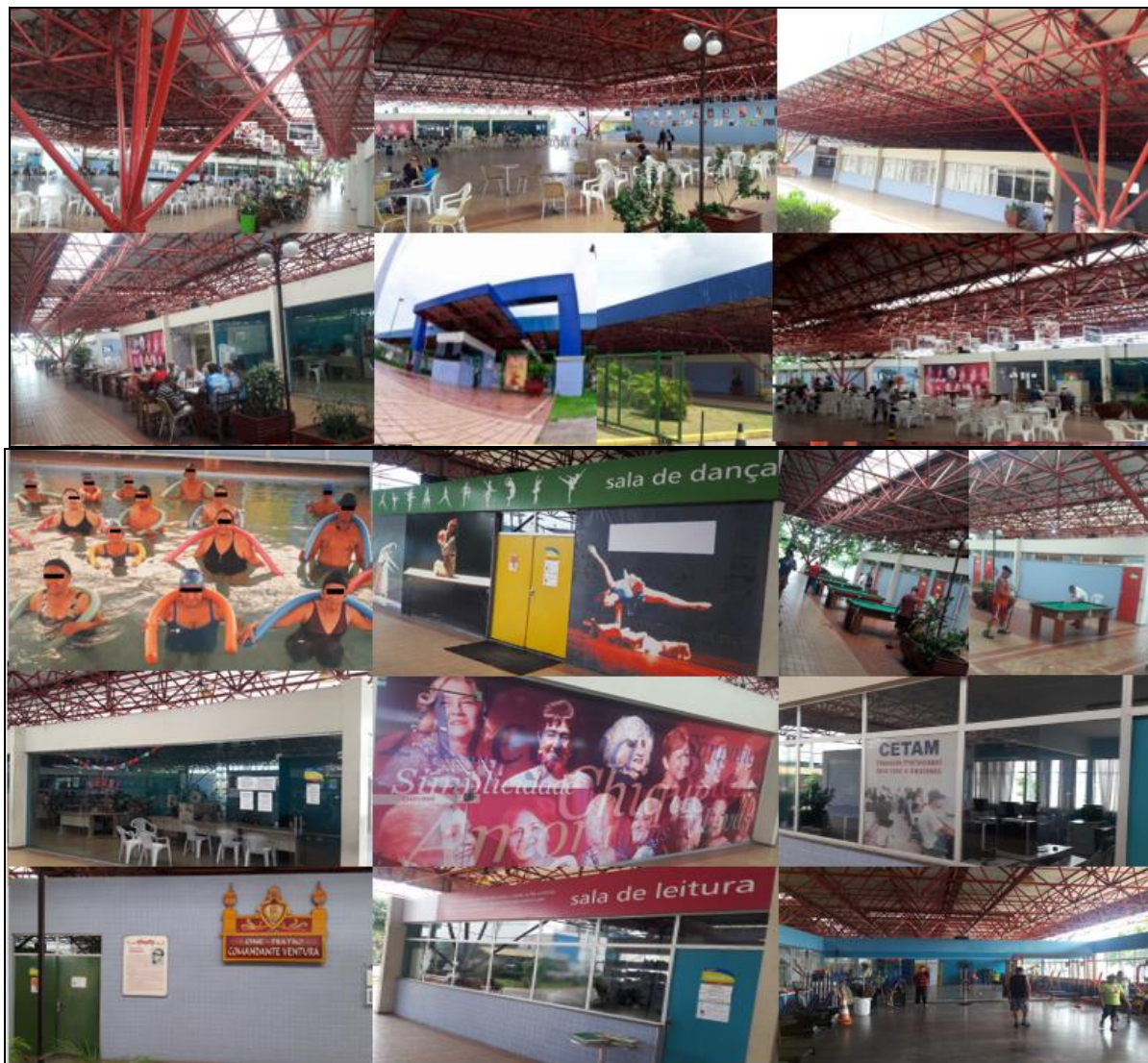
O principal objetivo do CECI é fortalecer os vínculos, tanto comunitários quanto familiares, por meio da interação entre os idosos e suas famílias. Isso se dá por meio da disponibilização de inúmeros atrativos aos idosos, oriundos da gestão compartilhada desse Centro de Convivência.

Inaugurado em 2008, o CECI Aparecida possui uma equipe multiprofissional formada por administradores, assistentes sociais, psicólogos, estagiários, assistentes administrativos e auxiliares de serviços gerais. O acompanhamento dos idosos nas atividades é realizado, principalmente, pelos psicólogos e assistentes sociais, que trazem as famílias para junto da realidade desse idoso, especialmente nas visitas domiciliares para detecção de possíveis demandas psicossociais.



O CECI Aparecida tem relação com a Política de Assistência Social e, em consonância com os seus referenciais teóricos e legais, faz com que os idosos se apoderem cada vez mais dos seus direitos e deveres frente à sociedade.

Figura 29 – Instalações do Centro de Convivência do Idoso Aparecida (CECI Aparecida) na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Em relação à gestão, essa se dá de forma compartilhada, ou seja, a Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS) atua na administração do Centro, sendo a principal mantenedora do serviço, mas existem inúmeras parcerias com outras secretarias e órgãos estaduais, como: a Secretaria de Estado de Juventude, Esporte e Lazer (SEJEL), que proporciona as atividades de esporte; a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM); a Secretaria de Estado de Cultura (SEC), que proporciona as atividades culturais, como dança, música, violão, dentre outras; a Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade

(FUnATI), que oferece oficinas de línguas (inglês, francês e espanhol), pilates, artesanato; e o Centro Tecnológico do Estado do Amazonas (CETAM), que oferece cursos de qualificação.

O Centro de Convivência, portanto, oferece várias alternativas de atividades lúdicas, de lazer e profissionalizantes aos idosos, enquanto a SEAS trabalha a questão dos direitos dos idosos, de acordo com a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso. Com isso, busca o empoderamento desses indivíduos a partir do acesso à informação e, dessa forma, traz maior segurança quanto às possíveis violações de direitos que a sociedade possa lhes apresentar.

Na Secretaria de Estado de Juventude, Esporte e lazer (SEJEL) atuam profissionais de Educação Física e fisioterapeutas, os quais, respectivamente, realizam aulas de musculação, ginástica, treino funcional, hidroginástica e caminhada orientada, bem como reabilitação e pilates.

A Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM) presta serviços preventivos de aferição de pressão arterial e atendimento médico clínico básico e técnico de enfermagem. A Secretaria de Estado da Cultura (SEC) atua com as aulas de dança, teatro, canto coral e violão, além de proporcionar entretenimento com espetáculos nos fins de semana.

A FUnATI trabalha com oficinas lúdicas e de estimulação física, cognitiva, funcional, e possui instrutores de artesanato, espanhol, violão e fisioterapia, os quais oferecem oficinas trimestrais. Além disso, existe, também, um espaço destinado às aulas de culinária, onde são confeccionados doces, salgados e bolos artísticos.

O Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM), por sua vez, é responsável por cursos profissionalizantes e de qualificação nas áreas de inclusão digital, geração de renda, recepcionista, informática, libras, organizador de eventos, almoxarife, embelezamento, corte e escova de cabelo, manicure, designe de sobrancelha e artesanatos diversos. Possui um diferencial em relação aos demais, pois em algumas turmas as vagas não são disponibilizadas apenas para o público idoso, mas, também, à sua família.

Ao analisar as potencialidades do CECI Aparecida percebe-se uma mudança em relação ao empoderamento dos usuários que, anteriormente, ocorria de forma distorcida, ou seja, os idosos não viam o CECI como a “sua casa” e, dessa forma, não tinham os devidos cuidados com a sua higiene e manutenção.

Diante disso, a gestão do CECI realizou um trabalho de revitalização do Centro e de sensibilização diária junto aos idosos usuários para que eles tenham consciência de que se os espaços públicos forem preservados e acabam por tornarem-se mais agradáveis de convivência, além de constituir fonte de representação pessoal, cultural e social desses indivíduos.



#### **4.1.4 Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) e Policlínica Gerontológica FUnATI**

A Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) foi criada como um Núcleo de Ensino e Extensão da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e, posteriormente, por meio do Decreto-Lei nº 3.595, de 11 de abril de 2011 (GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS), passou a ser um Órgão Suplementar da UEA. Suas atividades iniciaram em 2007 como um anexo da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA/UEA), onde desenvolveu suas atividades durante oito anos.

O objetivo da FUnATI é conscientizar a sociedade sobre a importância de envelhecer com qualidade por meio da oferta de cursos de extensão e pós-graduação na área de envelhecimento.

Desde a sua criação, a FUnATI estabeleceu parcerias com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade de Brasília (UnB), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Metropolitana de Tóquio, Pontifícia Universidade Católica de Valparaíso, Universidade de Leon, Universidade de Barcelona, Universidade de La Matanza, Universidade de Toronto, Universidade do Porto e Universidade do Chile.

Além disso, por meio do seu Polo Telessaúde, realiza mensalmente conexões por videoconferência com diversas instituições de ensino, universidades, hospitais e centros de saúde com o objetivo de capacitar e atualizar profissionais ligados às áreas de Geriatria e Gerontologia. A iniciativa de congregar centros de ensino e pesquisa de todo o país para discutir o envelhecimento humano surgiu em 2005 na disciplina de Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Desde então, ininterruptamente, são realizadas reuniões e palestras sobre teses de doutoramento, resumos de eventos, detalhamento de projetos e experiências clínicas, com abordagem de temas relevantes para o cuidado do idoso e debates entre os centros participantes. Essa troca de experiências a distância originou o Projeto denominado TeleGero, que já comemora 15 anos de sucesso de trabalho colaborativo, multicêntrico e multiprofissional.

Desde 2015, a UnATI está em nova sede, localizada no bairro Santo Antônio, Manaus (AM). O local possui área física de 400 m<sup>2</sup> e suas instalações comportam oito salas de aula, policlínica com ambulatórios médicos e de especialidades, sala de Fisioterapia, Laboratório de Informática, além de auditório com capacidade para 100 pessoas. Em 2018, por meio da aprovação do Projeto de Lei nº 125/2018, a Assembleia Legislativa do Amazonas criou a Fundação da Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) (Figura 30).

Figura 30 – Construção das Instalações da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI)



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Em virtude da nova organização jurídica e independência técnica adquirida, a UnATI/UEA passou, então, a ser denominada FUnATI. A Fundação, entretanto, ainda não apresenta um quadro de profissionais contratados em virtude de indefinição orçamentária por parte do Governo do Estado do Amazonas.

A FUnATI atua como um centro de referência de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde voltado às questões inerentes ao envelhecimento. Desenvolve a formação de recursos humanos por meio de cursos de formação e de especialização na área de Gerontologia e Saúde do Idoso, direcionados a profissionais, pessoas idosas, familiares,

estudantes e todos os demais indivíduos interessados na atuação ou esclarecimento sobre o processo do envelhecimento humano (Figura 31).

São ofertadas, semestralmente, cerca de 3.000 vagas gratuitas para pessoas a partir dos 50 anos, distribuídas entre 40 cursos e oficinas livres, além de cursos de formação em Noções Básicas em Gerontologia e Educador Social do Envelhecimento Humano e Curso de Especialização *Lato-Sensu* em Gerontologia e Saúde do Idoso. A Fundação viabiliza, também, Programas de Planejamento para Aposentadorias (PPAs), desenvolvidos junto a instituições públicas e privadas de Manaus para inserção sociocultural, promoção/prevenção da saúde e manutenção e/ou melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Figura 31 – Instalações da Fundação da Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI) na cidade de Manaus (AM), 2019



Fonte: arquivo pessoal da autora.

Em relação aos cursos e oficinas livres, esses oferecem: caminhadas orientadas e alongamento, dança livre, zumba, musculação, treino funcional, natação, *hatha yoga*, *tai chi chuan*, hidropilates, hidroginástica, pilates, espanhol e inglês básicos, arte com linhas, pinturas, pérolas e tecidos, bordados diversos, customização, canto coral, violão, flauta doce, equilíbrio corporal, fisioterapia preventiva, massoterapia, Oficina de Oração e Vida, informática básica para idosos, redes sociais, Geronturismo, Gerontovolei, Exercitando a Memória, *coaching* para idosos, teatro, seresta, bioinstrumentos, saúde do corpo e da mente,

Oficina Mente Ativa em Ação, Oficina de Saúde e Bem-Estar, Oficina de Reciclagem, horta, dentre outros.

Em relação à assistência, a FUnATI possui nas suas dependências, uma Policlínica Gerontológica que presta assistência à saúde da população idosa de Manaus por meio de atendimento multiprofissional. A maioria dos seus profissionais atua na condição de prestadores de serviço autônomos e realizam, em média, 40 atendimentos especializados por dia nas áreas de Clínica Médica, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Oftalmologia. A demanda é constituída por encaminhamentos do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

A principal fragilidade da FUnATI é a sua manutenção financeira, uma vez que possui independência técnica, mas não tem definição orçamentária por parte do Governo do Estado do Amazonas. Isso a mantém em uma situação de grande fragilidade, comprometendo a manutenção dos vínculos empregatícios pendentes na instituição.

A Policlínica Gerontológica tem relevância na medida em que não se preocupa apenas em prestar os atendimentos médicos e de especialidades, mas qualificar a equipe para que o atendimento dos idosos seja realizado por pessoas preparadas para prestar o cuidado ampliado a essa população.

Serve, também, de espaço de ensino à formação de profissionais que irão atuar, com qualidade e excelência, na Atenção ao Idoso dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cuidado é fundamentado na prática baseada em evidências científicas para a aplicação na prática clínica, ou seja, a equipe da Policlínica, além de prestar o atendimento clínico, tem acesso à produção teórica por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

A FUnATI é reconhecida nacional e internacionalmente pelo desenvolvimento de pesquisas sobre o envelhecimento do homem da floresta e das populações ribeirinhas amazônicas, tendo em vista que essas apresentam processo singular de envelhecimento. A perspectiva é a construção de espaços que ampliem a sua área de atuação e, dessa forma, grande parte das pesquisas que hoje são conduzidas nas universidades colaboradoras localizadas em outros estados do Brasil possam ser transferidas para o Amazonas. Para isso, está em andamento o projeto de implantação de um Centro de Análises Clínicas, Pesquisa e Inovação em Gerontologia (CPG) juntamente às suas atuais instalações.

O CPG tem como perspectiva implantar atividades que não só contribuam para a formação de recursos humanos de alta qualificação técnica em Gerontologia e cuidado do idoso, mas, também, que possuam capacidade potencial de ampliar a autossustentabilidade da própria FUnATI e auxiliem no desenvolvimento socioeconômico do estado do Amazonas.



Para isso, prevê a implantação de um Laboratório de Análises Clínicas que atenda demandas da Policlínica da FUnATI e que esteja cadastrado junto ao MS.

Além disso, o CPG visa incluir entre as atividades da Pró-Reitoria de Extensão desenvolvidas com os alunos idosos da FUnATI, alguns exames bioquímicos preventivos e gratuitos, incluindo glicose, colesterol total, HDL-colesterol e triglicerídeos. O Laboratório de Análises Clínicas também servirá de suporte para a realização de exames bioquímicos de pesquisas populacionais e outras a serem realizadas na FUnATI.

Soma-se a isso, a perspectiva de a FUnATI implantar uma Residência Multidisciplinar em Saúde que contribuirá para a formação de recursos humanos qualificados na área da Gerontologia e Saúde do Idoso, a serem implementados em serviços hospitalares, Instituições de Longa Permanência, Laboratórios de Análises Clínicas, Clínicas de Fisioterapia, de Psicologia, entre outros, do estado do Amazonas. Programas de pós-graduação *Lato Sensu* mais específicos na área Farmacêutica e Biomedicina também poderão ser potencialmente desenvolvidos nas dependências do CPG. Prevê, ainda, um espaço para a incubação de projetos tecnológicos voltados ao desenvolvimento de produtos, tanto para uso humano como veterinário, com perspectivas de gerar *royalties* via depósito de patentes.

A construção da Incubadora Tecnológica em Saúde Humana e Animal visa estimular e consolidar cadeias produtivas emergentes, como é o caso do camu-camu, e desenvolver produtos à base de resíduos industriais hoje considerados poluentes, a exemplo das sobras da produção de bebidas à base de guaraná. Cabe destacar que já está previsto, a partir de colaboração prévia com a *Tokyo Metropolitan University* (TMU), a construção e execução de projetos voltados ao desenvolvimento de suplementos para peixes japoneses baseados em frutos amazônicos, a ser potencialmente financiado pela *Japan International Cooperation Agency* (JICA). Para que isso se consolide é de fundamental relevância que o CPG seja implantado, tendo em vista o interesse bilateral entre países, como é o caso do Brasil e Japão.

O reconhecimento da instituição em nível nacional, internacional e local, portanto, é inquestionável. Além disso, a relação direta da FUnATI com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e as demais Universidades privadas faz com que a academia se faça presente nas atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, enriquecendo a busca pelo trabalho de excelência em Gerontologia.

A população idosa tem a FUnATI como um espaço de convivência que proporciona melhora de sua qualidade de vida, pois oferece um ambiente de socialização e de ocupação do tempo com atividades dinâmicas e interativas, promovendo bem-estar e autoestima. Dessa

forma, muitos idosos se sentem tão bem acolhidos e motivados a frequentar a FUnATI que a tornam uma extensão de suas casas e não dispensam o comparecimento diário à instituição.

#### **4.1.4 Conselho Estadual da Pessoa Idosa do Amazonas (CEI/AM)**

O Conselho Estadual do Idoso (CEI), criado pela Lei nº 2.422/1996, com jurisdição em todo o estado do Amazonas, é um órgão colegiado, consultivo, vinculado à Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), com a finalidade precípua de coordenar a Política Estadual do Idoso.

Constituído de 13 Secretarias, três instituições governamentais e três da sociedade civil, o CEI aguarda reordenamento do Estado para que haja nova eleição, tendo em vista que devido uma questão jurídica, em um ano o estado do Amazonas teve três governadores em exercício, algumas Secretarias deixaram de existir e outras foram remanejadas, passando à Subsecretaria.

O papel do CEI é fiscalizador, deliberativo e articulador, ou seja, ele discute as políticas e toma as decisões, mas para a sua execução depende da aprovação de orçamento ou, então, necessita buscar parceiros tanto em nível governamental quanto na sociedade civil.

Dentre os integrantes do CEI encontram-se empresários, Secretários de Assistência Social e prefeitos dos 62 municípios que compõem o estado do Amazonas, os quais patrocinam os deslocamentos dos representantes do Conselho. Na maioria das vezes, para se chegar a determinado município, o deslocamento é oneroso, leva dias e necessita de vários meios de locomoção, como carro, avião e barco. Além disso, o Conselho busca há anos a regulamentação do Fundo Estadual do Idoso, pois este será o captador de recursos, essencial à execução da política.

Dessa forma, na medida em que leva informação a diversos municípios do estado do Amazonas, o CEI busca, sobretudo, empoderar as pessoas idosas para que se tornem protagonistas de sua própria história, tenham conhecimento de todos os seus direitos previstos na legislação e, sobretudo, busquem a sua execução.

Diariamente, o CEI recebe *feedback* positivo da população em relação à sua atuação na coordenação da Política Estadual do Idoso. Reconhecido como espaço de ação dos usuários e pela parceria com os demais Conselhos, seu trabalho é tido como referência, dinamismo e comprometimento na busca pela garantia da legalidade e da melhora na qualidade de vida das pessoas envelhecidas no estado do Amazonas.

Cabe destacar que o CEI já recebeu premiação de Honra ao Mérito da Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas, da Câmara Municipal de Manaus, do Conselho Nacional do Idoso e da Câmara dos Deputados do Estado do Amazonas, além de ser homenageado por escola de samba em Manaus.

Algumas dificuldades, entretanto, são identificadas por parte de alguns membros quanto ao papel do controle social, pois, além de fiscalizador, o Conselho também é deliberativo. O conselheiro, nesse cenário, é responsável pela melhoria da qualidade de vida dos idosos, o que se dá por meio da discussão, debate e participação enquanto sociedade civil organizada.

A maioria dos conselheiros esbarra na disponibilidade de tempo para se dedicar às responsabilidades do Conselho, tendo em vista que a função não lhes assegura a dispensação de suas atividades laborais para estarem à disposição do Conselho. Dessa forma, a grande maioria cumpre seu horário de trabalho normal e ainda precisa encontrar tempo para se dedicar ao Conselho. Somado a isso há a questão da inexistência de remuneração dos conselheiros, pois são considerados agentes públicos sem remuneração, o que dificulta trabalhar a Política Participativa com dedicação exclusiva.

A importância do CEI está no direito de trabalhar especificamente a Política da Pessoa Idosa, atuando como órgão fiscalizador e protetor dos direitos. Ainda, por meio da Política Participativa, fazer valer, na prática, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso.

#### **4.1.5 Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI)**

O Conselho Municipal do Idoso (CMI), criado pela Lei nº 628/2001, é um órgão colegiado de caráter consultivo e controlador da Política de Defesa dos Direitos do Idoso, vinculado à Fundação Dr. Thomas, responsável pela coordenação e execução da Política Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso.

Constituído por 16 membros, sendo oito da sociedade civil e oito governamentais, o CMI tem suas eleições realizadas a cada dois anos e o próprio colegiado elege o seu presidente. Não oferece remuneração a seus membros, pois é uma organização sem fins lucrativos, em que todos os membros abraçam a causa do idoso de forma voluntária em defesa da Política do Idoso.

Dentre as suas competências estão: a definição de diretrizes, deliberação, acompanhamento e controle da Política Municipal do Idoso (PMI) e a proteção e defesa dos Direitos do Idoso. Ao observar a legislação em vigor, corrobora para a sua plena inserção na



vida socioeconômica e político-cultural do Município de Manaus, com vistas à eliminação de preconceitos.

O CMI é importante para a sociedade porque representa o controle social, ou seja, é o órgão que orienta e posiciona o gestor na Política do Idoso de modo a adequá-la de acordo com o Estatuto do Idoso, a Constituição Federal de 1988 e a Política Nacional do Idoso.

As instalações do CMI estão previstas para serem construídas em anexo à Casa de Passagem de Manaus. O projeto, quando concretizado, disporá de uma sala e auditório para o CMI no mesmo terreno da FDT. Assim, o CMI estará ainda mais próximo da coordenação da Política Municipal do Idoso, apertando ainda mais os laços entre a Política do Idoso e os Conselhos de direito.

Até há pouco tempo, o Conselho Municipal do Idoso convivia com a falta de recursos humanos, materiais e patrimoniais, o que dificultava a realização de seu trabalho. Em 2019, por meio de recursos do Governo Federal e do Fundo Nacional do Idoso, as buscas ativas e visitas domiciliares aos idosos foram atenuadas pela Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (CEJUSC) que fez a entrega de um carro ao CMI.

#### 4.2 CATEGORIA 2 – RELAÇÕES, ARTICULAÇÕES E INTERLOCUÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM)

Ficou evidente que os gestores reconhecem a existência de uma Rede de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, apontada como resultante da singularidade da gestão que buscou alternativas para responder à crescente demanda da população idosa por atenção. Dessa forma, inúmeros serviços exclusivos para idosos foram implantados, implementados e sustentados pela qualificação da equipe e articulados entre si, constituindo a Rede de Atenção.

*[...] Nós realmente temos uma rede de atenção diretamente lincada, que são as instituições, a Defensoria Pública, o Ministério Público e a Delegacia do Idoso... todos fazendo um trabalho fantástico de parcerias e participando dessa rede (P6).*

*[...] tudo começou lá com um governador que teve uma atitude visionária de tratar os idosos de forma exclusiva, de forma especial e, nessa época, surgiram os outros serviços da rede. Desde a questão da convivência que começou lá atrás com o nosso Parque do Idoso, que é um sucesso e aí com esse boom foram-se criando as outras unidades, como na área das delegacias, na questão do Ministério Público, da Justiça, do direito do idoso e de repente nós estávamos com uma rede formada e os profissionais que atuavam começaram a correr atrás e mergulhar, estudar, se capacitar. Foram fazer pós-graduação em Gerontologia (P5).*

A compreensão de que trabalham em uma Rede se fundamenta nas relações interinstitucionais e interpessoais, chamadas por eles de “parcerias” e utilizadas como apoio

nas dificuldades e na rotina de funcionamento. Nesse sentido, não foi possível detectar atributos formadores de uma Rede de Atenção e, sim, elementos que caracterizam fortes vínculos de trabalho e de amizade entre os gestores que, na maioria das vezes, estão há anos atuando na área de envelhecimento humano. Assim, as relações tornam-se mais fáceis, as angústias profissionais são divididas entre si, os problemas socializados e os entraves encontrados acabam se amenizando.

*[...] A gente tá fazendo de tudo para que a nossa rede balance. Isso de balançar quer dizer que a gente tem mãos para segurar nas mãos dos outros colegas da Rede e fazer com que dê certo. Fazer com que a gente caminhe. (P1).*

*[...] A gente sabe pra onde encaminhar e muitos desses profissionais se conhecem, né, porque quem trabalha com idoso geralmente trabalha há muito tempo e acaba um conhecendo o outro e se ajudando. (P3).*

Alguns participantes manifestam a solidariedade que sustenta e norteia a gestão dos serviços. Isso significa que há protocolos clínicos e fluxos instituídos que realmente representam um percurso capaz de constituir uma Rede que assegure ao idoso o seu atendimento integral diante de qualquer demanda existente.

*[...] Podemos dizer que existe uma rede solidária, mas não exatamente uma rede estruturada, institucionalizada e conformada. A gente vê uma rede solidária. A gente vê um complexo que faz atendimento numa área social... a gente vê um centro de apoio integrado relacionado à Delegacia do Idoso... a gente vê os CAIMIs na atenção ambulatorial... a gente vê que todo o idoso acessa a Atenção Básica tanto pela UBS quanto pela Saúde da Família. A gente vê que o idoso acessa a Rede de Urgência e Emergência. Então acesso ele tem, mas esse desenho de conformação da rede, o fluxo instituído... nós não temos. (P17).*

Ao analisar o modelo de implantação e implementação dos diversos serviços voltados exclusivamente aos idosos, os gestores, por percepção pessoal, tratam-no como algo singular, desconhecido no Brasil e possivelmente no mundo. Isso pode ser percebido no relato das suas experiências fora da Capital que culminam no despertar de dúvidas e questionamentos a respeito da real existência e funcionamento desses serviços.

*[...] A gente viaja, conta nos congressos como é aqui e todo mundo pergunta se é verdade. Porque a gente está no Norte e as pessoas não compreendem como é que Manaus, uma capital dentro da selva Amazônica, consegue ter e criar um Centro de Atenção Integral à Melhor Idade trabalhando em rede. (P3).*

*[...] O trabalho já existe há tempo dentro do Estado do Amazonas, mas infelizmente é pouco conhecido de algumas pessoas. (P15).*

Percebe-se, também, que a principal motivação para a criação dos inúmeros serviços foi a contribuição do SUS que reduziu a superlotação de idosos nos hospitais e a sobrecarga

na Rede de Urgência e Emergência. Assim, após a instalação dos serviços, gestores e pesquisadores investiram na promoção da saúde e prevenção de doenças como alternativa de uma possível redução da procura por atendimento em unidades hospitalares pela consequente melhora da qualidade de vida dessa população envelhecida.

*[...] A gente tinha que achar uma alternativa para desafogar a Rede de Urgência e Emergência porque antes só se pensava no PS 28 de Agosto, que é o principal pronto socorro de Manaus e que vem muita gente de fora do município, o pessoal do interior pra cá e precisa de atendimento médico. (P3).*

*[...] Estudaram o fluxo, estudaram a população que envelhecia aqui no Amazonas, era crescente o número de velhos, era crescente o problema dentro dos pronto-socorro, aqueles idosos abarrotados nos hospitais e que para fazer uma consulta simples enchia o 28 de Agosto e lá passava o dia inteiro. Era preciso criar uma alternativa para melhorar tudo isso e daí veio essa Rede. (P1).*

São apontados entraves para a execução dos serviços, tais como a mudança de gestão e a carência de apoio político, ambos relatados pelos gestores e relacionados diretamente à escassez de recursos humanos e de investimento na estrutura física dos serviços.

*[...] Aqui existe muita boa vontade. Temos vários órgãos e muita boa vontade dos profissionais que estão na Rede, mas a gente ainda precisa muito de apoio do Poder Público. Porque não adianta só boa vontade para gente fazer uma ação de qualidade. (P9).*

*[...] A Rede não é 100%, temos entraves e a gente vê muitos órgãos sucateados, falta médico, falta estrutura física. Então a gente precisa mais, porque a Política do Idoso é excelente e a Política de Assistência, o SUS, são maravilhosos. O problema é que a gestão política não deixa que ele seja efetivado da forma correta. Não dispensa a verba e o cuidado necessário para que ela aconteça. Porque no papel ela existe, a gente não precisa criar nada, a gente não precisa estar criando mágica. É só mesmo preciso ter a atenção para executar o que já existe. (P5).*

A sociedade Manauara percebe os serviços e/ou a Rede de Atenção à Pessoa Idosa e evidencia que houve um período de descaso com a população. Isso ocorreu devido ao desconhecimento da importância dos serviços, principalmente dos CAIMIs, mas após divulgação e esclarecimento, a população aderiu aos serviços da melhor forma possível.

*[...] nós viemos trabalhando em dois anos de gestão para levar à comunidade o que realmente é o CAIMI porque muitas vezes as pessoas daqui achavam que era um hospital só para idoso, que era um lar para idoso, as pessoas não tinham compreensão de que se é idoso, é CAIMI. Então nós começamos a sair, eu enquanto gestora, sair para a comunidade e dizer olha o CAIMI é uma clínica, é um ambulatório que atende idosos com agenda marcada, mas não é pronto-socorro. Se estiver passando mal, precisa ir para o pronto-socorro, se tiver febre, vômito, queda é pronto-socorro e depois que vão encaminhar para o CAIMI. (P1).*

*[...] a sociedade, ela tem o CAIMI como referência, mas hoje eu percebo que os usuários notam que houve uma queda. Percebem a queda da oferta de serviços. Porque o que a gente oferece ainda tem muita qualidade. Graças a Deus a gente tem o geriatra, tem o cardiologista, a gente tem uma equipe na Clínica Médica, tem os profissionais da Psicologia, o Serviço Social, Fisioterapia, então eles nos têm como referência. Mas eles também sabem que a unidade já ofereceu muito mais. (P3).*

Esses espaços se tornaram locais de referência na Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, uma vez que não realizam apenas atendimento de saúde, mas também de socialização diária, considerados por muitos idosos como a extensão de seus lares. A família também se faz presente nas diversas atividades de lazer, de promoção de saúde e de prevenção de doenças que são realizadas e, com isso, a melhora da qualidade de vida não é apenas do idoso, mas de todo o grupo familiar.

*[...] Nossa, a sociedade ficou maravilhada com o surgimento dos serviços. Ficou muito feliz com a Prefeitura, principalmente, porque criou um lugar onde as pessoas que estavam em casa poderiam sair. Ali se tornou um ponto de encontro que é até hoje e aí a família ficou feliz porque o idoso começou a dar menos trabalho em casa, a requerer menos atenção e a qualidade de vida melhorou para todo mundo da família, e principalmente para o idoso. (P8).*

*[...] Aqui no Parque é todo dia idoso para todo lado. Uns vem para piscina, outros jogar carta, jogar dominó, tem os que vêm dançar, fazer ginástica, artesanato, pilates, enfim, é sempre muito movimentado. Tem aqueles que gostam de namorar e aqueles que só vêm aqui para encontrar os amigos e jogar conversa fora. Mas assim, eles fazem isso todo dia com uma alegria de dar inveja. Elas se arrumam, se maquam para vir para cá porque eles amam isso aqui e no final do ano sofrem muito quando a gente entra em férias. É uma choradeira, vou te contar. (P8).*

*[...] O público da FUnATI dá muito valor, mas a comunidade em geral dá pouco valor pelo tamanho que somos. Se você comparar o número de atendimento de um CAIMI para o da Policlínica da FUnATI ou com um atendimento diário de uma UBS daí você vê que nós atendemos pouca gente ainda. (P10).*

*[...] A Fundação Dr. Thomas é uma referência em atendimento em todos os aspectos relacionados ao idoso. Quando se fala em atendimento da pessoa idosa, as pessoas já lembram da Fundação Dr. Thomas. E sabe por quê? Por conta da equipe. Há muitos anos que eu faço parte disso tudo e a gente vinha se mantendo como uma equipe profissional muito boa de formação, de conhecimento, de estar buscando se atualizar para que a gente realmente continue fazendo com que as pessoas lá fora nos percebam como profissionais que trabalham dentro de uma política correta no atendimento à pessoa idosa. (P6).*

Em relação aos serviços, os gestores descrevem que o investimento diário em capacitação, qualificação das equipes multiprofissionais e atendimento humanizado estão diretamente ligados à crescente procura diária dos idosos pela oferta dos serviços.

*[...] Eles gostam do jeito que a gente atende. Por isso a gente sempre bate na tecla do atendimento humanizado, da atenção, da escuta, porque muitas vezes o idoso*

*não consegue que o filho leia, que entenda direito aquele documento e aí a gente vai, pega os papéis e olha, organiza, escuta e explica direitinho. (P1).  
[...] Apesar disso ainda existem falhas, com certeza, mas a gente tá sempre preocupado em fazer o melhor, em dar essa atenção ao idoso, em ser diferente. A atenção ser diferenciada, mesmo. Do jeito que os idosos gostam de ser tratados. (P3).*

Com o passar dos anos, o respeito aos direitos e deveres da população idosa tornou-se algo visível na cidade de Manaus. Isso é fruto do trabalho exclusivo que se empenhou em levar esclarecimento e conscientização à população em geral de que os idosos são cidadãos que necessitam de um olhar diferenciado em todos os espaços que adentram.

*[...] Então a gente vê que hoje a população vê esse público. Hoje ela enxerga mais o idoso. Enxerga que a Prefeitura, que o poder do Estado está fazendo alguma coisa para essa população e entende também que tem uma obrigação enquanto sociedade civil. (P11).*

*[...] Hoje as pessoas têm mais essa consciência. Elas começaram a ver de uma outra forma o idoso. Não como alguém que está ali atrapalhando, mas como uma pessoa que já contribuiu por muito tempo e que hoje ele precisa de uma atenção maior da população. (P13).*

A sociedade Manauara manifesta o melhor *feedback* possível à gestão dos serviços. Na medida em que os frequenta diariamente, deixa clara a sua importância e os supervaloriza a ponto de reivindicar publicamente contra qualquer ameaça de possível extinção dos serviços exclusivos aos idosos na cidade de Manaus.

*[...] Então, deixa eu te falar, anos atrás eram quase 100 grupos de idosos instituídos só na cidade de Manaus e hoje já são muito mais! Daí quando aconteceu o movimento de extinção, de querer fechar as unidades, eles foram os primeiros a vestir a camiseta e ir para a rua literalmente, pedindo, clamando para que isso não acontecesse. E por sorte, isso realmente não aconteceu. Isso tem aí uns quatro anos atrás. Foi o maior movimento. E por pouco que isso não foi concluído porque já estava em fase mesmo de tramitar pela Assembleia para que isso acontecesse. E devido a todo o clamor da sociedade isso não aconteceu. (P5).*

*[...] A sociedade abraçou mesmo e pode-se dizer que a extinção das unidades dos CAIMIs só não aconteceu pelo clamor da sociedade. Principalmente pelos grupos de idosos que aqui em Manaus são muito fortalecidos e foram para as ruas implorar pela permanência deles. (P15).*

Com a implantação e implementação desses locais de lazer e socialização dos idosos, algumas famílias surpreenderam a gestão ao manifestarem atitude de desaprovação em relação aos idosos frequentarem esses espaços. Isso decorreu da transferência das obrigações impostas aos idosos nas famílias, uma vez que assumiam o cuidado dos netos, abrindo mão do seu próprio cuidado de saúde e bem-estar.

Diante disso, a gestão dos serviços realizou um trabalho com as famílias sobre a importância da não inversão de papéis e da não transferência de obrigações. O idoso pode ajudar a todos no seio familiar, mas de forma alguma tem obrigação de abrir mão das suas atividades diárias de lazer, prazer e/ou autocuidado.

*[...] Tinha muito idoso que chegava chorando e dizendo: professora eu estou muito triste porque na próxima aula eu não vou poder vir porque minha filha vai deixar as crianças comigo e o mês que vem eu vou ter que ficar o mês todo com as crianças. (P4).*

*[...] Criou-se muito essa versão dos fatos e muitos idosos melhoraram em relação a isso, não se deixando levar pela família no sentido de só trabalhar, trabalhar, trabalhar e não cuidar de si. Porque na verdade, na hora em que o idoso não tiver mais condições de cuidar de si e nem de ajudar o outro, ele fica meio à parte do sistema. Essa é a verdade. Porque enquanto você é útil, você tem um filho, um tio, uma prima, mas quando você já não produz nada e mesmo fisicamente até para cuidar de uma criança, aí a gente percebe que o idoso fica à mercê. A verdade é essa. (P11).*

*[...] E a mesma coisa o idoso que tem dinheiro, não vai dizer que é igual que não é. O idoso pode ter 100 anos, mas se ele tiver muito dinheiro, ele vai estar rodeado de pessoas da família. Já quando não tem dinheiro nenhum ou pouco dinheiro a família ainda tira o pouco que ele tem e, muitas vezes, é apenas uma aposentadoria e ainda divide entre todos. (P9).*

Quanto à percepção do sistema de Atenção ao idoso em Manaus, é consenso de que é diferenciado se for comparado ao restante do país. Isso se deve, principalmente, à singularidade anunciada de alguns serviços.

*[...] Nós aqui de Manaus temos a percepção de termos muitas coisas boas para os idosos e que poucas pessoas conhecem. (P1).*

*[...] Eu acredito que o atendimento ao idoso, e não só na saúde, seja dessa forma porque existe um olhar do Estado dentro de Manaus. A gente tem Centro de Convivência voltado só para o idoso, tem Centro de Convivência da Família, que realiza muitas atividades para o idoso também, a gente tem o Parque do Idoso por parte da Prefeitura, a gente tem os CAIMIs, a FUNATI, e, embora Manaus seja uma metrópole de quase três milhões de habitantes e ainda seja pouco o que temos, eu acredito que nós somos um município que temos, sim, um serviço mais desenvolvido do que muitos outros quando se fala em atenção ao idoso. (P14).*

*[...] Os CAIMIs só existem aqui. Não tem em lugar nenhum. Só aqui em Manaus mesmo. Então a gente vê que realmente a gente está à frente. Claro que precisa de mais e sempre vai precisar, mas a gente já está bem avançado em relação a muitos lugares. (P9).*

*[...] Eu já estive em outros Estados e vi que a Universidade Aberta da Terceira Idade tem em outros Estados do Brasil e que funcionam, mas CAIMIs e Centros de Convivência do Idoso com essa proporção daqui são poucos. A gente sabe que existem Centros de Convivência que a gente vê pela Internet, mas são grupos pequenos em espaços pequenos para reuniões. Já aqui o CECI tem mais de 2.000 idosos fazendo atividades e a gente desconhece que tenha em outros Estados uma estrutura tão grande. (P13).*

O desconhecimento dos serviços se pauta, sobretudo, na escassez de publicações referentes à implantação e implementação das ações realizadas. Além disso, os gestores relataram que quando participam de eventos fora do Estado do Amazonas, normalmente são surpreendidos com projetos apresentados como inovadores na atenção à população envelhecida, mas que estão em pleno desenvolvimento nos serviços de Manaus há anos.

*[...] Quando a gente vai para fora, para congresso, a gente observa que o que falam nas palestras eu já faço. Isso aí eu já faço lá no meu Estado! Eu já faço isso lá na minha unidade! Então o grande problema é que a gente não tem o hábito de escrever e isso é muito nosso, é cultural daqui. Hoje já está tendo uma outra vertente que estão pesquisando mais, escrevendo mais, e a gente como gestor está cobrando mais porque temos que divulgar. Já está na hora da gente fazer isso. (P12).*

*[...] Nós, os profissionais, quando vamos a outros Estados fazer cursos, participar de simpósios e eventos, a gente verifica que os profissionais de fora não acreditam no que a gente conta e daí a gente convida eles para vir aqui para conhecer as instituições e eles falam... olha, na minha cidade não tem um Parque do Idoso! Não tem uma Fundação! Não tem esses serviços! Como que tudo isso estava aqui e a gente não conhecia? (P9).*

A singularidade na Atenção ao Idoso fez com que alguns gestores buscassem conhecer novas experiências de serviços similares em outros Estados brasileiros. Dessa busca puderam verificar que a forma de implantação e implementação dos serviços em Manaus é diferenciada, tanto na estrutura física quanto pelo órgão gestor de cada serviço.

*[...] Em 2002 nós tínhamos em Manaus os três CAIMIs já em pleno funcionamento com uma equipe completa atuando e atendendo os idosos, sendo aqui na época uma população de uns dois milhões de habitantes. Eu fui a São Paulo conhecer um CRIs (Centros de Referência ao Idoso) em São Miguel Paulista, no subúrbio de São Paulo e vi que era um serviço semelhante ao do CAIMI, mas com uma estrutura mais deficitária no sentido de não ter sido planejada para esse tipo de serviço, tipo que foi aproveitado o espaço. Ele também tinha uma equipe completa, por sinal os serviços eram semelhantes e eu peguei muita coisa de lá e pude comparar e ver que naquela época o CAIMI da cidade de Manaus já era até mais completo do que esse CRI de São Paulo. (P5).*

*[...] A gente sabe que em São Paulo tem uma estrutura da USP muito boa, mas do Estado e do Município não tem nada. No Rio de Janeiro só a UERJ com a UNATI e não tem mais nada na periferia da cidade fazendo essa instrumentação. Em Brasília tem a UnB que faz a formação dos recursos humanos, mas em nível de atenção só privada, não tem nada público. Então nós somos diferenciados, com certeza. (P10).*

Associado às percepções anteriores, questões como regionalidade, limitação territorial e os costumes próprios da população do Estado do Amazonas foram pontuadas pelos participantes da pesquisa. Foi pautada a singularidade do idoso da comunidade Manauara que se vê frente a inúmeros desafios diários quando se trata de isolamento territorial, o que lhe

exige adaptação socioambiental agregada à dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços ofertados na capital Manaus. O estado do Amazonas é formado por 62 municípios localizados distantes uns dos outros e muitos com acesso apenas de barco.

*[...] Nós temos as doenças tropicais, o que não nos favorece muito, temos um clima quente e úmido que também não nos favorece e mesmo junto com toda a nossa questão geográfica não impediu a gente de ter Manaus como uma das cidades de referência no que diz respeito em saber lidar com quem envelhece. Te digo isso porque tem gente de fora que vem para cá e fica impressionada com tudo que nós temos aqui. Eles perguntam como que no meio da floresta vocês conseguem ter serviços desse porte para atender os idosos? (P7).*

*[...] Temos uma questão importante que é o idoso que está isolado pela distância dos municípios. É por isso que aqui em Manaus a gestão está buscando trabalhar isso para levar para o interior essa atenção ao idoso também. Porque a gente sabe que aqui no Amazonas, com os seus 62 municípios, levar assistência para o interior é algo de muita dificuldade. Exceto os municípios da região metropolitana, os demais só têm acesso de barco, e que muitas das vezes dura oito dias para chegar nesses municípios de barco. Então, o acesso é difícil porque nem todo município tem aeroporto, na verdade poucos municípios têm, então a nossa política ela é bem diferenciada, considerando a dimensão do nosso Estado. (P1).*

A forma de acolhimento e o olhar ampliado por parte dos profissionais dos serviços de Atenção aos Idosos da cidade de Manaus também são apontados como diferenciais. Dessa forma, os profissionais conseguem, por meio do vínculo, gerar proximidade com o idoso e, com isso, atender as suas demandas diversas.

*[...] A nossa política do idoso aqui de Manaus não trata só a questão saúde e, sim, o idoso como um todo. Se chega na nossa unidade o idoso e a gente percebe que o problema dele não é na saúde propriamente dita, mas que ele está mal, que ele está se queixando, que está entristecido ou o profissional percebe que o problema dele vai muito além e que é social, a gente não deixa passar e encaminha ele para a Rede. (P5).*

*[...] Em Manaus, a gente consegue trazer o idoso para perto, não só o idoso doente, mas a gente procura descobrir, trabalhar a causa dessa doença e a causa desse adoecimento, digamos assim, que muitas das vezes não é a doença propriamente dita. (P1).*

Ao buscar compreender, sob a ótica dos gestores, os elementos que favoreceram a implantação e a implementação dos serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus, constatou-se unanimidade ao referirem a vontade política como o ponto capital para a criação e o funcionamento dos serviços. Aliado a isso está o estudo sobre o perfil epidemiológico de envelhecimento mundial que exige cada vez mais atenção específica para essa faixa etária populacional envelhecida que, muitas vezes, sobrecarrega as unidades hospitalares com demandas que serviços de Média Complexidade poderiam dar conta, por exemplo.



*[...] Manaus saiu na frente pensando em envelhecimento, porque a gente sabe muito bem que em 2050 nós seremos praticamente a sexta população mais envelhecida. E isso vai influenciar muito os Estados que não se preocuparem com o envelhecimento. Os que não criarem alternativas vão ficar em maus lençóis. Sem dúvida alguma que foi o olhar governamental das pessoas que estavam governando naquele momento que fez toda a diferença. Manaus tá de parabéns. (P8).*

*[...] Eu vejo que muitos interesses estiveram envolvidos. Primeiro a gente tem aí o estudo do panorama do envelhecimento no país, do grande número de idosos aqui na nossa região sempre precisando de atendimento e de espaços para cuidar da saúde. Depois teve também a necessidade de desafogar a Rede de Urgência e Emergência porque antes só se pensava no PS do 28 de Agosto, que é o principal pronto-socorro de Manaus, que vem muita gente de fora do município... do interior para cá e precisa de atendimento médico, de tratamento. E, por último, e certamente o ponto mais importante de todos é a vontade política. (P3).*

*[...] Eles estudaram o fluxo, estudaram a população que envelhecia aqui no Amazonas e o grande boom... o grande despertar de tudo... eu creio que tenha sido a vontade política de fazer. Porque, de repente, um governador abraçar um projeto desses e fazer três CAIMIs e lançá-los de uma só vez... veio da necessidade sim, mas a vontade política de gerir e de dar atenção ao envelhecimento na cidade de Manaus. Isso foi fundamental e nos colocou na ponta... lá na frente... para virar referência dentro do Estado. (P5).*

Associa-se, ainda, que o olhar diferenciado, a sensibilidade do gestor às demandas relacionadas ao envelhecimento humano e a visão de futuro favoreceram o estabelecimento e o funcionamento desses serviços de Atenção.

*[...] Eu acredito que um dos elementos foi esse olhar especial para o envelhecimento. De como é que está o envelhecimento e principalmente pensar como que vai estar tudo daqui uns anos. Porque o mundo está envelhecendo bem rápido e o gestor que tiver esse olhar diferenciado vai conseguir fazer o que fizeram em Manaus. (P8).*

*[...] A preocupação do governador, na época, era com o envelhecimento diferenciado, com aquele olhar ampliado no atendimento para que a atenção ao idoso pudesse acontecer da forma completa. (P2).*

*[...] Olha... as leis existem... são federais e tudo isso não é específico do Amazonas. Mas precisa ter um olhar, precisa ter uma sensibilidade pela causa do idoso. Quem estava na pasta da assistência naquela época teve esse olhar. Então eu acho que pessoas são as peças-chave para tudo acontecer. Precisa de pessoas comprometidas com a causa, sabe. Pessoas que tenham esse olhar de ver diferente a questão do envelhecimento. (P13).*

Outro aspecto pontuado pelos gestores é a necessidade da correta divulgação da cidade de Manaus, o que se deve ao fato de que a capital do Amazonas normalmente é referenciada como sendo a Floresta Amazônica. Terra de população predominantemente indígena, que não utiliza vestes e que vive à mercê da tecnologia, quando na verdade é uma capital com quase três milhões de habitantes e que apresenta singularidades que deveriam servir de modelo e referência na Atenção à população idosa para o restante do Brasil e do mundo.

*[...] A partir do teu trabalho de doutorado, de tu conseguir escrever a tua tese, eu realmente espero que Manaus seja reconhecida enquanto uma cidade que tem vários locais de atendimento ao idoso e que vai servir de referência para o resto do país. Eu te digo isso porque já está na hora de alguma coisa servir para que o resto do Brasil possa tornar Manaus uma cidade reconhecida. E não só como o lugar que tem onça, que dizem que a gente anda pelado, que é tudo um bando de índio. Porque é isso que a gente escuta! É uma vergonha! Eu me envergonho de outras pessoas que falam isso. Ah, Manaus tem índio mesmo andando na rua? Tem tanto quanto na cidade da criatura que está falando isso. (P2).*

*[...] Olha, eu vejo que hoje ainda é como se a gente estivesse crescendo aqui no meio da Amazônia, esquecido de tudo, sabe? E aí quando expandir, quando o Brasil realmente ficar sabendo que a gente existe... o povo vai dizer... nossa, mas tinha tudo isso para idoso lá. Estava onde? Em que maloca estava escondida? Tipo assim... que maloca o Centro de Convivência estava escondido? Olha... é uma tristeza nos dias de hoje você ouvir noticiários falando de Manaus como se fosse a Floresta Amazônia. Não se fala de Manaus como se fala do Rio Grande do Sul. Não se fala de Manaus como se fala do Rio de Janeiro, como se fala de São Paulo. Se fala de Manaus como a Amazônia. E nós estamos aqui servindo de modelo para o resto do Brasil. (P7).*

Ao refletirem sobre a possibilidade de reproduzir os serviços de Atenção ao Idoso em outros cenários brasileiros, os gestores foram unânimes ao confirmar essa possibilidade. Para isso, manifestam a necessidade de realizar um estudo epidemiológico do envelhecimento de cada região, associado ao comprometimento dos profissionais e, sobretudo, alicerçado à vontade política de transformar tais projetos em realidade.

*[...] Eu acredito muito que esse modelo poderia ser replicado em outros lugares. Com certeza! Inclusive locais onde existam instituições muito mais fortalecidas como Santa Maria, que eu conheci. É um município tão pequeno comparado à Manaus, mas com tantas universidades, tantos cursos superiores, um campus da UFSM gigantesco. Na minha opinião, seria facilmente estabelecido e fortalecido lá essa rede que a gente tem aqui e acredito que com muito mais sucesso, porque como é uma cidade muito menor, seria muito mais fácil de se organizar os serviços voltados para os idosos. (P14).*

*[...] Fazer isso tudo em outros lugares é sim possível porque se nós aqui no Norte, com todos os nossos entraves e todas as dificuldades e, principalmente, a distância, nós conseguimos manter as coisas dentro de um padrão... claro que não 100%, mas funcionam, eu acredito que qualquer município, qualquer Estado consegue também. (P1).*

*[...] Eu acho que podem e devem ser reproduzíveis. O importante é ter a vontade política de fazer tudo acontecer. Digo isso porque estudiosos do país inteiro, de forma tão humilde, digna e responsável já vieram aqui buscar e tentar descobrir respostas sobre que modelo de atenção é esse aqui de Manaus? A gente tem espaços tão bacanas que seria fantástico ter em outros lugares do país. Temos os estudiosos no nosso Brasil que podem e devem auxiliar os gestores a implementar os Centros. Foi assim que aconteceu aqui em Manaus. (P3).*

*[...] Esses nossos equipamentos são reproduzíveis em outros cenários e estamos lutando para levar para o interior também. Porque as pessoas se empolgam quando chegam no Parque do Idoso e veem a referência de algo que não tem em lugar nenhum do mundo. O Parque já serviu de exemplo para Portugal e Espanha, porque eles vieram aqui para aprender como fazer. Aqui dentro do próprio Brasil*

*foi construído um Centro de Convivência em Roraima, sendo que foi uma referência daqui porque eles vieram fazer estudo aqui, e em Tocantins, que o pessoal de lá veio fazer o estudo aqui e hoje já tem lá também. Não igual, mas nós servimos como referência. Aí você tem um Centro em que trabalham várias Secretarias juntas num único lugar, como o Centro de Convivência do Idoso da Aparecida, que deve servir como parâmetro não só para o Brasil, mas também para fora dele. (P15).*



***Estou Crescendo...***  
***(Evany Nascimento)***

*E assim eu sigo crescendo,  
 Me espalhando cada vez mais.  
 O Centro é apenas um bairro,  
 Fora dele tem muito mais.  
 Todos os jornais contam  
 Quantos bairros foram surgindo.  
 Dia 24 de outubro  
 Quando desperto sorrindo.  
 Cresci tanto que precisei  
 De uma ponte muito cara.  
 Vou até Irlanduba, pertinho,  
 Mas a imagem nem se compara.  
 E já é uma grande marca  
 De beleza e progresso.  
 Fico em dúvida, mas enfim,  
 Essa ponte faz sucesso.  
 Outra coisa que tenho muito  
 Nesses tempos de modernidade  
 São shoppings centers espalhados*

*Pelas zonas da cidade.  
 Agora, sim, tenho orgulho  
 E guardo bem no coração  
 As duas universidades  
 Símbolos da educação.  
 A UFAM veio primeiro,  
 Até centenária ela é,  
 Vem formando para o mundo  
 O meu forte povo baré.  
 A UEA é uma potência que  
 A virada do século plantou.  
 Tanto orgulho tenho dela  
 Que no Amazonas se espalhou.  
 E é claro que me emociono  
 Vendo meu povo estudar.  
 Na capital ou no interior  
 UFAM e UEA vão encontrar.  
 E continuo crescendo,  
 Faz parte do meu jeito de ser,*

*Viver conflitos e coisas boas,  
Sei que muito ainda vai acontecer.*



## 5 DISCUSSÃO

No cenário mundial, o número de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que o de qualquer outra faixa etária em todo o mundo. A população de idosos cresceu 7,3 milhões entre 1980 e 2000, totalizando 14,5 milhões em 2000. O Brasil, até 2025, será o sexto país em número de idosos (WHO, 2005).

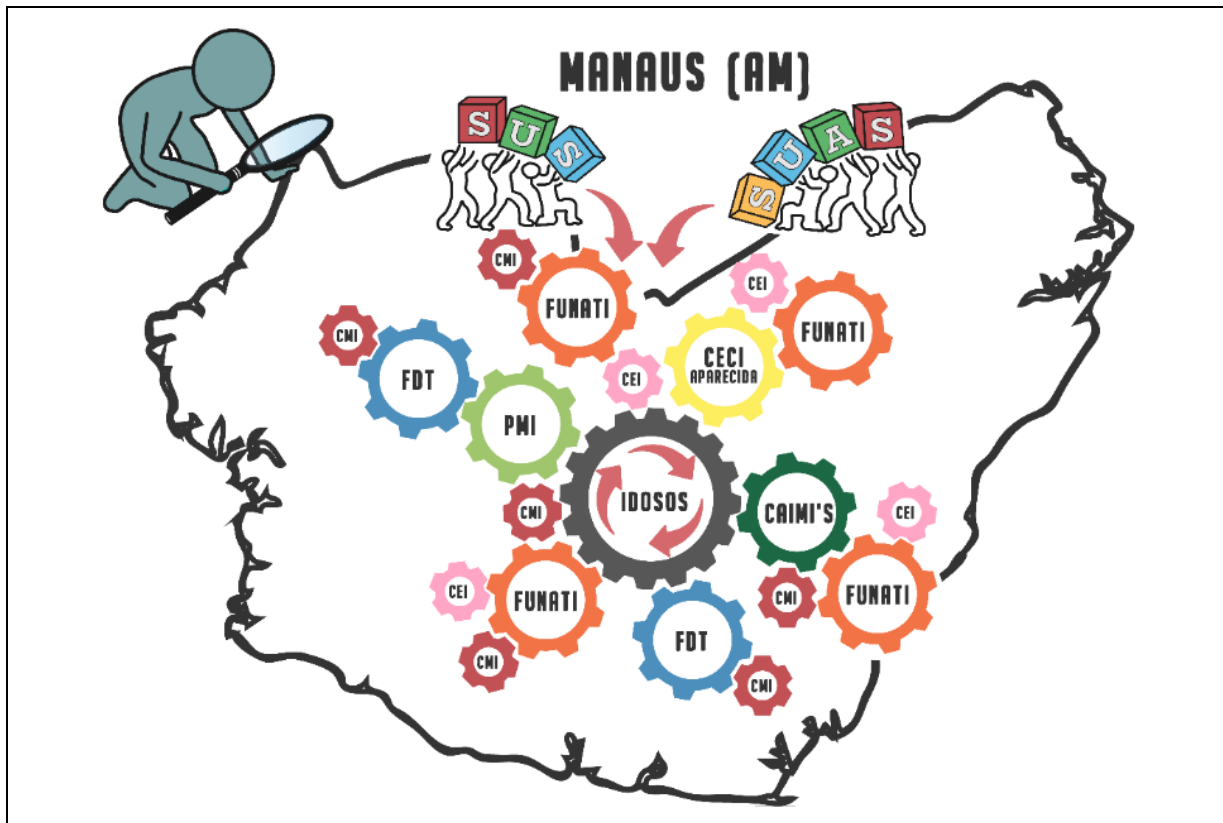
O aumento do número de anos é decorrente da redução nas taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Observam-se quedas abruptas nas taxas de fertilidade e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Atualmente, 70 países já possuem taxa de fertilidade menor que o nível de reposição, sendo que em 1975 apenas 22 países possuíam esse índice (WHO, 2005).

O envelhecimento com qualidade engloba as características físicas do envelhecer, com o horizonte desejável de redução de doenças e a manutenção da capacidade funcional, mas não apenas isso. Um fator determinante para o envelhecimento saudável é a manutenção dos direitos do idoso, a sua autonomia, independência e inserção num espaço social que o respeite como indivíduo e o inclua no seu cotidiano, permitindo a criação de vínculos com a sociedade.

Mais do que envelhecer, todavia, é preciso acrescentar qualidade aos anos adicionais de vida (CLOSS; SCHWNAKE, 2012). Para isso, a União e os Estados, juntamente com os municípios, precisam estar comprometidos com a longevidade da população e alicerçar Políticas Públicas que garantam tais demandas, além de lhes ofertar atenção integral em espaços dos quais participam, conforme previsto na PNI (PEDRO, 2013).

Nesse contexto, a partir dos resultados deste estudo, a Figura 32 – Representação visual dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus-AM – traz, analogicamente, o conjunto de serviços identificados no local do estudo, representados por engrenagens que se articulam para compor múltiplos serviços especializados no envelhecimento humano.

Figura 32 – Representação visual dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)



Fonte: arquivo pessoal da autora.

O olhar direcionado a esses serviços torna evidente a presença dos idosos como o elemento central do sistema que possibilita movimento a todas as demais engrenagens. Observou-se, porém, que apenas algumas partes do todo se articulam entre si, ou seja, nem todas elas se inter-relacionam. No cenário investigado identificou-se que alguns serviços estabelecem interface uns com os outros, mas não foi possível identificar a efetivação de um trabalho conjunto em prol da qualidade de vida da população idosa de Manaus.

O funcionamento desses serviços se dá sob a perspectiva da comunicação vertical e horizontal entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), estando a implantação e implementação dos serviços legalmente amparados pelas políticas públicas brasileiras.

A partir da análise do cenário supracitado, verificou-se que este não traduz uma rede de atenção na sua integralidade, tendo em vista que em Manaus são os idosos que migram nos serviços e esses não se interrelacionam na sua totalidade. Isso ocorre porque uma Rede de Atenção não se caracteriza apenas por múltiplos pontos de atenção/portas de entrada, mas é



preciso haver interrelação entre eles e estarem voltados a uma população específica, na tentativa de superar a fragmentação de sistemas, ações e serviços de saúde, além de garantir a integralidade do cuidado (MENDES, 2011). A integralidade, do ponto de vista jurídico-institucional, pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

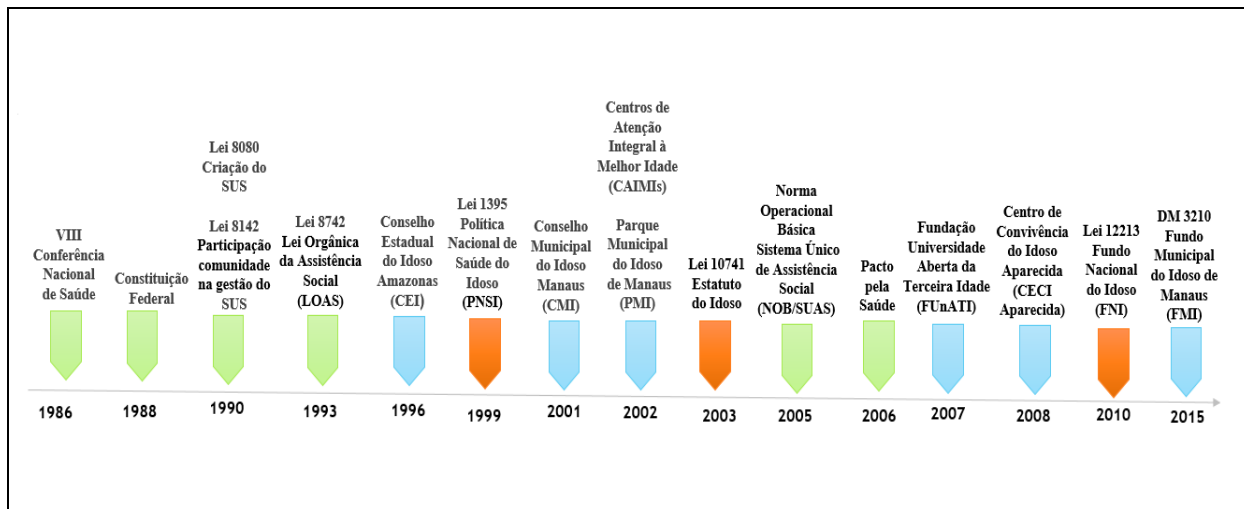
Conceitualmente, os sistemas fragmentados de Atenção à Saúde se organizam a partir de um conjunto de pontos de atenção (portas de entrada) isolados e incomunicáveis entre si. Por consequência, tornam-se incapazes de prestar uma atenção contínua à população de forma a lhes garantir a integralidade do atendimento. Ademais, não existe uma população adscrita para cada serviço, constituindo-se em referência de responsabilização com o cuidado, o que impossibilita a gestão baseada na população, e faz com que os níveis de Atenção à Saúde não se comuniquem fluidamente entre si e tampouco com os sistemas de apoio. Assim, o centro de comunicação, a coordenação do cuidado e a continuidade da Atenção tornam-se ilusórios (MENDES, 2011).

Os múltiplos pontos de Atenção identificados remetem ao questionamento quanto aos fatores desencadeantes desse cenário, suas fontes de financiamento de recursos e os motivos que levaram à implantação de tais serviços em Manaus (AM). Isso porque a organização, constituição e disposição desses serviços trazem uma possível singularidade de modelo de atenção à população idosa instalado no território brasileiro.

Na tentativa de dar maior visibilidade ao cenário investigado, analisou-se o percurso das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social no Brasil, e se constatou que os serviços foram progressivamente instituídos na medida em que as Políticas públicas também foram sendo implementadas ao longo do tempo e, dessa forma, deram sustentação legal às ações (Figura 33).

As Políticas Públicas dizem respeito ao conjunto de ações implementadas exclusivamente pelo Estado a fim de suprir as demandas que emanam de toda a sociedade, indo ao encontro dos interesses públicos. Suas ações articulam-se com as do setor privado e da comunidade, informando e fomentando pesquisas para atender aos anseios da sociedade (MARJEWSKI, 2013).

Figura 33 – Linha de tempo: Políticas Públicas e Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)



Fonte: arquivo pessoal da autora.

### No entendimento de Secchi (2012, p. 2), uma Política Pública

[...] é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. [...] é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública; uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.

A compreensão de Políticas Públicas, portanto, perpassa as ações direcionadas à organização e funcionamento de setores e da sociedade que tenham a chancela governamental. Elas têm se conformado em arranjos mais complexos que envolvem redes e parcerias com atores estatais e não estatais como estratégia de desenho e implementação ancorada em novos arranjos institucionais voltados a políticas que envolvem diferentes atores intra e intergovernamentais (GOMIDE; PIRES, 2014).

Ao analisar o processo evolutivo das Políticas Públicas no Brasil verifica-se que elas surgiram a partir da década de 1970, com a promulgação da Lei nº 6.179, de 11 de novembro de 1974, a fim de garantir assistência aos cidadãos beneficiários do Sistema Previdenciário com idade igual ou superior a 70 anos. Posteriormente, com a Portaria nº 25, de 09 de novembro de 1979, os beneficiários foram ampliados, passando a contemplar, também, idosos não contribuintes.

Na década de 1980 esse cenário ganhou impulso com o processo de redemocratização política, quando os movimentos sociais conseguiram dar maior visibilidade aos Projetos de

Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Nesse contexto, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco da ascensão da agenda de reformas, visto que culminou com a aprovação de diversas propostas encaminhadas pelos usuários e trabalhadores da área da Saúde, que influenciaram no processo constituinte subsequente e na inclusão da Saúde entre os direitos sociais garantidos pelo Estado. O Relatório Final propôs a implantação do SUS e previu a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária com vistas a defender as propostas do relatório junto à Assembleia Nacional Constituinte.

A partir disso, a Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à Saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais. Nesse contexto, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, público, participativo, descentralizado, integral e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da Atenção à Saúde.

Na sequência, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Instituiu, também, os Conselhos de Saúde e conferiu legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais, como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e municipais, como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 1990). Incorporou, ainda, a concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência.

A Constituição Federal de 1988, portanto, trouxe um somatório de conquistas no que se refere à proteção social do idoso e à garantia de direitos à saúde. Legalizou, também, a participação popular na Administração Pública, a qual promoveu a instituição do Conselho Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994), com a função de elaborar, acompanhar, supervisionar e avaliar as políticas nas três esferas governamentais, contribuindo para a efetivação dos direitos já conquistados.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1992, por meio da Resolução nº 46/91, instituiu os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, que consistem em cinco itens, a saber: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Essas iniciativas refletem-se na Lei Orgânica de Assistência Social, promulgada pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que em seu art. 20 passou a garantir aos brasileiros maiores de 65 anos e aos portadores de necessidades especiais a renda mínima de um salário mínimo mensal, em substituição à renda vitalícia de 1974.

Essas conquistas, entretanto, só se tornaram efetivas a partir da Lei nº 8.842/1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), cuja principal finalidade é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, bem como a criação do Conselho Nacional do Idoso.

Com a criação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, foram regulamentados os arts. 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, que dispõem sobre os princípios, diretrizes, organização e gestão, prestações e financiamento da Assistência Social, trazendo um novo significado à Assistência Social enquanto Política Pública, prevendo, também, um sistema de gestão descentralizado e participativo.

Esse alicerce legal trouxe condições para a formação do Conselho Estadual do Idoso do Amazonas (CEI), vinculado à Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), cuja finalidade é coordenar a Política Estadual do Idoso por meio da Lei nº 2.887/04 e criar o Conselho Municipal do Idoso de Manaus (CMI), veiculado à Fundação Doutor Thomas, responsável pela coordenação e execução da Política Municipal de Defesa dos Direitos do Idoso.

Na perspectiva de somar as políticas propostas pela PNI, foi instituída em 1999, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), instituída pela Portaria nº 1.395/1999, a qual incorporou diretrizes que reconhecem a necessidade de atender com qualidade a crescente população idosa, provendo recursos técnicos, materiais e humanos.

Sustentada nessas Políticas Públicas e na Portaria 249/02, do Ministério da Saúde, que trouxe a instituição de normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, Manaus passou por um Programa de Revitalização da Saúde em 2002, resultado de um amplo diagnóstico de sua situação de saúde, que permitiu planejar e reorganizar a Rede de Serviços de Saúde para atender as necessidades da população (BRASIL, 2002b).

Em 2002, foram criados em Manaus três Centros de Atenção Integral à melhor Idade de Manaus (CAIMI's) que passaram a funcionar como “portas de entrada” do atendimento de saúde do idoso, capazes de prestar o atendimento básico a essa população, com garantia de referência e retaguarda especializada em nível ambulatorial, fazendo parte do conjunto de unidades que compõem o SUS do estado do Amazonas. Ainda naquele mesmo ano, apoiado no inc. I do art. 4º do Decreto Federal nº 1948, de 03 de julho de 1996, foi criado o Parque Municipal do Idoso que caracterizou o Centro de Convivência de Idosos como um espaço destinado à permanência diurna de idosos.

Em 2003 foi aprovado e sancionado o Estatuto do Idoso, que representou a ampliação da resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, além de ser um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, o Estatuto do Idoso trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas (BRASIL, 2003a).

No que se refere à Política de Assistência Social, pode-se afirmar que a Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo momento no modelo de gestão dessa política, passando a reconhecê-la como um direito do cidadão e dever do Estado, e como uma política integrante do Sistema de Seguridade Social, em conjunto com as Políticas de Saúde e Previdência Social. Sua regulamentação e a definição de suas disposições legais, entretanto, se deram somente a partir de 1993, com a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei nº 8.742 – que dispõe sobre a organização da política em todo território nacional, e com a implementação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), em 2005, que disciplinou o regime de gestão e a operacionalização da política a partir de um pacto entre os entes federativos, sob o paradigma da proteção social dos cidadãos e da defesa dos usuários.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) veio materializar o conteúdo da LOAS, tendo como eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar; a descentralização político-administrativa e a territorialização, estabelecendo novas bases para a relação entre Estado e sociedade civil; financiamento; controle social com participação popular e normas definidas para informações de monitoramento e avaliação; além de política de recursos humanos própria. Cabe destacar que o SUAS teve amparo na Portaria nº 7.052/02, do Ministério da Saúde, que instituiu a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Social do Idoso no país.

Em 2006, as ações de saúde para os idosos seguiram em pauta como uma das principais prioridades do Governo Federal, gestores estaduais, municipais, trabalhadores e usuários. O Pacto pela Saúde/Portaria nº 399/GM foi publicado como um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com vistas a promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS.

Naquele mesmo ano, a Política Nacional da Saúde do Idoso foi atualizada pela Portaria nº 2.528, que reconheceu que essa população tem suas especificidades, e que para promover a saúde é necessário conhecê-las e pautar ações em cima delas. Além disso, a Portaria buscou garantir atenção adequada e digna aos idosos brasileiros e estabelecer estratégias para a promoção de saúde, seguindo a recomendação da OMS a respeito do envelhecimento saudável e ativo, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Nos anos seguintes, com base nessa sustentação teórica e legal, foram criadas em Manaus, a Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI), em 2007, e o Centro de Convivência do Idoso Aparecida (CeCI Aparecida), em 2008, com a perspectiva de abordagem multiprofissional e atenção integral ao idoso, também contemplados pelo aporte de políticas instituídas que lhes trouxeram subsídios legais, técnicos e políticos.

Em 2010, a Lei n. 12.213 instituiu o Fundo Nacional do Idoso e a autorizar a dedução do Imposto de Renda (IR) devido pelas Pessoas Físicas e Jurídicas nas doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso. Esse Fundo foi destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas a assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010b).

Em consequência, em 2015, por meio do Decreto Municipal nº 3.210, foi regulamentada a gestão e a operacionalização do Fundo Municipal de Direitos do Idoso (FMDI), conforme dispõe o art. 3º da Lei nº 1.515/2010. O Fundo é instrumento de captação, repasse e aplicação de recursos públicos e privados destinados a propiciar suporte financeiro à implantação, manutenção e desenvolvimento de planos, programas, projetos e ações voltadas aos idosos no Município de Manaus, tendo as suas atividades sempre aprovadas pelo Conselho Municipal de Direitos do Idoso (CMI).

Ao analisar a instituição dessas políticas públicas percebe-se que elas contribuíram de modo significativo com as conquistas relativas ao cuidado, à promoção de saúde e à garantia de direitos à população idosa, seja em nível nacional, regional e local, pois a sociedade se tornou envelhecida e, com isso, novas demandas vieram a desafiar os órgãos gestores. Mais do que leis que envolvam esse segmento etário, entretanto, a criação e manutenção de espaços que oferecem assistência de saúde e estimulem ao convívio e participação social do idoso parece ser algo sublime.

Nesse sentido, verificou-se que Manaus atingiu esse feito ao instituir serviços voltados à atenção da população idosa, os quais são capazes de promover assistência à saúde e direitos sociais, estimular a autonomia e independência da população envelhecida e buscar, sobretudo,

formas de melhoria da qualidade a vida e capacidade de realização das funções relacionadas ao cotidiano e ao lazer desses indivíduos nos diversos espaços disponibilizados.

Inúmeros desafios, no entanto, foram enfrentados por gestores, trabalhadores e usuários para que as ações pudessem sair do campo da propositura e adentrar no cenário das políticas públicas de fato. Uma Política Pública só vai existir na medida em que houver a definição de prioridades, bem como o controle social se efetivar por meio da discussão da sociedade frente às suas demandas e os órgãos de fiscalização desenharem a sua aplicação de recursos amparados na transparência.

Corroborando com o supracitado, a Constituição Federal de 1988, além de prever esses pontos, tornou a Assistência Social uma Política Pública que passou a compor o tripé da Seguridade Social juntamente com a Saúde e a Previdência Social. Em seu art. 194, a Carta Magna esclarece que o tripé da seguridade social “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e das sociedades, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” O mesmo artigo define, também, a Seguridade Social como um conjunto de políticas públicas destinadas a assegurar os direitos coletivos (BRASIL, 1988). Desse modo, ao mencionar que essas políticas devem funcionar de modo articulado no atendimento à população e criar um orçamento específico para o sistema, separado do orçamento da União, a CF/88 estabelece as bases de uma atuação intersetorial.

Essa conjuntura remete à intersetorialidade das Políticas Públicas, capazes de dar subsídio à estrutura verificada em Manaus e amparar o funcionamento desses serviços, além de direcionar um modelo singular de gestão baseado em uma Rede de Atenção Integral e integrada de ações à população envelhecida (MONNERAT; SOUZA, 2014).

[...] a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. É nos territórios que a intersetorialidade se materializa como condição essencial para a implementação de serviços públicos integrados, como resposta à multidimensionalidade de demandas da população. (JUNQUEIRA, 2005, p. 4).

A intersetorialidade também pode ser entendida como integração, articulação de saberes e serviços ou mesmo a formação de redes de parcerias entre os sujeitos coletivos no atendimento às demandas dos cidadãos (INOJOSA, 2011). Trata-se de uma nova lógica de gestão pública, que busca superar a fragmentação das políticas, considerando o indivíduo como um todo (JUNQUEIRA, 2005).

Associado a esses conceitos e considerando que o Estatuto do Idoso enfatiza a interface entre intersetorialidade e direito à saúde, pode-se afirmar que as ações direcionadas à atenção aos idosos em Manaus estão de acordo com o previsto na PNSPI. Ademais, partindo do pressuposto de que a intersetorialidade é um dos princípios da promoção da saúde e que esses conceitos são indissociáveis, verificou-se que Manaus conseguiu articular e implementar as Políticas Públicas quando se trata da população envelhecida.

De acordo com Nascimento (2010), são variadas as expressões que remetem à intersetorialidade. Sua atuação fica evidenciada de modo implícito em conceitos/palavras como articulação, integração, cooperação, parcerias, ação conjunta, interação, participação, dentre outros, que expressam a realização de um trabalho integral, mas que necessariamente não abrangem a intersetorialidade em toda a sua totalidade.

Isto se deve ao fato de que a intersetorialidade não é uma iniciativa individual de profissionais ou equipes, mas que requer decisões institucionais e políticas nos níveis de planejamento e execução, associadas a um cenário de transparência e comprometimento dos órgãos gestores. Busca, ademais, romper com a cultura política da setorização marcada por práticas de negociação de cargos em nome da governabilidade, sem um programa de ação integrado (WANDERLEY; MARTINELLI; PAZ, 2020).

Seguindo nessa lógica, o envelhecimento humano traz consigo a importância das ações intersetoriais que respondem a essa fase da vida por meio de um olhar ampliado ao idoso. Além disso, tais ações informam o caminho para a resolução de problemas complexos, tendo em vista que o processo de envelhecer abarca um conjunto de situações complexas e singulares a cada indivíduo. Essa nova forma de gestão requer que os espaços produzam uma nova forma de saúde, objetivando a redução do adoecimento da população idosa, uma vez que o custo das internações hospitalares de idosos é elevado e o SUS não está preparado para essa demanda crescente.

O mérito da constituição dos serviços prestados à população idosa de Manaus é que os gestores (governantes) investiram em Políticas Públicas e implementaram serviços que podem ser reproduzidos em outros territórios brasileiros. Guardada a singularidade de um país com dimensões continentais, que se estrutura a partir de uma República Federativa formada pela união de 26 Estados Federados, 5.570 municípios e do Distrito Federal (IBGE, 2020), está se falando da quinta maior população mundial que, no conjunto de cada território, conformam-se serviços de Atenção ao Idoso, direcionados às especificidades de cada localidade.

Em relação às fragilidades encontradas no cenário do estudo, os vínculos empregatícios merecem destaque. Isto porque em alguns espaços os trabalhadores não são



concurados e a rotatividade dos profissionais torna-se inevitável. O fato compromete questões centrais do SUS, como a integralidade da Atenção, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

A descontinuidade da gestão vai de encontro ao SUS, pois parece que a cada governo os serviços deixaram de receber investimentos, perderam profissionais e não foram realizados novos concursos. O continuísmo não é garantia de qualidade do serviço, mas está de acordo com a política local, estadual e, por vezes, federal, ou seja, na medida em que se tem uma descontinuidade, o serviço não é tratado como uma Política Pública e, sim, como uma ação decorrente do partido político que ocupa provisoriamente a gestão pública, ou seja, uma política partidária, que é algo bem diferente.

A feição de política de governo, portanto, assume no espaço local mais do que o Estado, deixando, muitas vezes, os trabalhadores e usuários da Rede de Serviços ao sabor dos ventos de interesses privados. No momento em que não existe um plano de carreira que prevê a inclusão de servidores públicos e se opta por contratos precários de trabalho, no qual o trabalhador é um prestador de serviços, tem-se toda a Política Pública comprometida, pois não é possível assegurar o acesso, a integralidade da Atenção e a coordenação do cuidado. Ademais, a cada alternância de poder há a eminência de substituição dos trabalhadores que atuam com os idosos, rompendo o princípio da impessoalidade e a continuidade do Serviço Público.

Nesse sentido, verifica-se que a adesão das Políticas Públicas, tanto dos Estados quanto dos municípios, normalmente envolve um componente político partidário, cuja atividade é realizada em proveito de algo ou alguém. Ou seja, nem todos os municípios no território nacional aderem da mesma forma e as diferenças e singularidades ora ganham maior representatividade num lugar e menor noutra, comprometendo a garantia do direito constitucional dos idosos brasileiros de ter assegurada a sua condição de maior vulnerabilidade econômica, social e fisiológica.

Isso tem a ver com a tradição brasileira de falta de continuidade das Políticas Públicas e de apropriação e cooptação dos entes públicos e privados da coisa pública, a qual se revela distinta, complexa e, por vezes, de alto custo para toda a sociedade, não só no cenário estudado, mas para o país como um todo. Cabe destacar que a experiência construída no cenário de Manaus possivelmente poderá servir de pano de fundo para um conjunto de municípios que desejam tomar o tema do envelhecimento para pensar em Políticas Públicas de Estado ou de governo.

Os serviços investigados apontam para uma potente força que pode e poderá pensar e repensar a sua organização, tendo em vista a existência de pessoas sensíveis (trabalhadores, gestores, usuários) e investigadores que aprofundam a compreensão das questões que envolvem o complexo processo de envelhecimento em uma sociedade tão díspare como é o caso de Manaus e do Brasil como um todo.

É preciso considerar, todavia, que essas pessoas são passageiras nesses lugares, o que leva a questionar: como se assegura a sua manutenção? Um gestor que não queira lidar com idosos não vai dar a devida atenção ao problema. Mas há que se reconhecer que quando se tem uma política de Estado que passa por uma legislação Estadual e Municipal, essa irá além da criação de serviços e garantirá vínculos empregatícios capazes de dar a continuidade de atenção nesses serviços.

É preciso, enfim, ousar e lograr produzir uma gestão baseada no conhecimento e em informações relevantes sobre o perfil epidemiológico de cada território, com vistas a orientar o agir político frente às Políticas Públicas que amparam as demandas populacionais. Por fim, só será possível assegurar a integralidade da Atenção, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado se a sociedade for capaz de efetivar Políticas Públicas em oposição a políticas de governos. Com o passar do tempo, essas políticas sopram como o vento, ora mais forte, ora mais leve, bem como as suas respectivas interações e reciprocidades.



### *Sou Plural...*

*(Evany Nascimento)*

*Sou hoje todas as misturas  
Que vivi e que me trouxeram:  
Índio, negro, europeu  
E tantos povos que aqui vieram.  
Se tenho nas ruas a moldura  
Da parte europeia trazida aqui,  
Tenho os hábitos indígenas  
Na comida e na rede de dormir.*

*Sou Manaus de muitas cores,  
De muitos cheiros e sabores.  
Sou Manaus dos peixes fartos,  
Sou Manaus em pleno ato.  
Sou cabocla e cosmopolita,  
Cidade na selva, Veneza Tropical.  
Não me conformo a um só nome,  
Pois meu nome é plural: Manaus!*



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, o processo de envelhecimento é complexo e envolve inúmeros fatores, tanto individuais como coletivos, os quais perpassam as condições de saúde, assistência e previdência social. É inegável que a Constituição Federal de 1988 foi essencial na ampliação e garantia dos direitos dos idosos, mas ainda são inúmeros os desafios para alcançar a plena efetivação das políticas voltadas ao público envelhecido, visto o descompasso do ritmo acelerado das mudanças demográficas e epidemiológicas por que passa o país.

Nesse processo, as Políticas Públicas têm a sua devida importância, mas também é preciso reconhecer que ainda é longo o caminho a percorrer. Cabe refletir sobre a educação das gerações mais novas para que valorizem a população idosa e incentivem as ações intergeracionais como estratégias para uma melhor convivência na sociedade atual e futura. Isso significa valorizar os idosos como aquelas pessoas que muito fizeram pela sociedade e que merecem ter o seu espaço garantido.

O direito a envelhecer com saúde e dignidade certamente não se inicia nem se conclui aos 60 anos, mas a sua efetivação necessita, sobretudo, de uma legislação que dê subsídios para que tal processo se confirme. Para tanto, é necessário garantir o acesso à saúde, oferecer espaços de incentivo à convivência social e disponibilizar atividades relacionadas à promoção de saúde voltadas diretamente à manutenção e/ou melhoria da autonomia e independência das pessoas idosas com vistas ao alcance da melhor qualidade de vida possível.

A legislação, entretanto, por si só não é capaz de assegurar a efetivação desses direitos, sendo necessário atentar para a formulação, implementação e avaliação de ações concretas que possibilitem a execução das Políticas Públicas apoiadas no exercício da cidadania para os idosos.

Para finalizar este estudo, cabe retomar os questionamentos da pesquisa, os objetivos gerais e específicos, bem como a tese norteadora, a fim de corroborar o alcance das metas estabelecidas e verificar os resultados encontrados.

O objeto deste estudo foram os Serviços de Atenção aos Idosos na cidade de Manaus (AM), enquanto os questionamentos da pesquisa que conduziram ao seu delineamento foram: Como se configuram os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)? Os Serviços se articulam para atender às demandas dessa população? De que forma? Os Serviços existentes conformam uma Rede de Atenção? Como ocorre a gestão desses Serviços e dessa Rede? É possível reproduzi-los em outros cenários?

Os questionamentos conduziram à formulação do objetivo geral e dos específicos e, para fins de clareza e apresentação, passa-se a apresentar, primeiramente, os resultados alcançados quanto aos objetivos específicos para, após, ser possível compreender o objetivo geral.

Objetivou-se **descrever e espacializar os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)**, o que foi possível a partir da descrição da sua implantação e espacialização da estrutura física de cada Serviço, de forma a situar o leitor quanto à sua localização. Além disso, o contexto da implementação dos serviços trouxe a descrição das equipes multiprofissionais, bem como a forma como desenvolvem a Atenção Especializada pautada no atendimento humanizado, acolhimento e olhar ampliado para além dos indivíduos que levam à formação de vínculos e, conseqüentemente, facilitam o atendimento às demandas dos idosos usuários desses serviços.

Objetivou-se, também, **analisar a forma como se realiza a gestão dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)**. Nesse sentido, verificou-se que alguns serviços estão sob a gestão do Estado, outros do Município, sendo a Fundação Doutor Thomas responsável pela efetiva inauguração da Política dos Idosos por meio da Lei nº 8.842/94, passando a coordenar a Política Municipal do Idoso de Manaus (AM). Adveio, então, a responsabilidade de articular junto às esferas federal e estadual a garantia dos direitos da pessoa idosa, bem como o planejamento e execução de ações que estejam em consonância com as demandas da população idosa da cidade de Manaus (AM).

Além disso, objetivou-se **identificar se os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM) conformam uma Rede**. Inicialmente, os dados deste estudo, obtidos a partir das falas dos participantes, pareciam corresponder a tal objetivo, no entanto, de acordo com o referencial teórico utilizado foi possível identificar que as informações não procediam. A constatação se deu pelo fato de que para conformarem uma Rede de Atenção, os serviços precisariam se inter-relacionar na sua totalidade e não apenas os usuários percorrerem os Serviços para que, por meio dos múltiplos pontos de Atenção às Ações e Serviços de Saúde pudessem garantir a integralidade do cuidado à população idosa da cidade de Manaus (AM).

Somado a isso, objetivou-se, também, **analisar as relações, articulações e interlocuções entre os Serviços de Atenção ao Idoso em Manaus, na perspectiva do referencial das Políticas Públicas, de Redes de Atenção e do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Sendo assim, os resultados mostraram que apenas alguns serviços se articulam entre si, ou seja, os dados não permitiram identificar a concretização de trabalho conjunto de todos

os serviços de modo a ofertar atenção integral aos idosos na cidade de Manaus (AM). Desse modo, a atuação dos serviços não se dá sob a forma de uma Rede de Atenção.

Em relação às Políticas Públicas, essas deram o subsídio legal para a implantação dos serviços especializados na Atenção aos Idosos na cidade de Manaus (AM), apoiadas no investimento dos gestores (governantes) que conduziram as ações nesse território. A linha de tempo apresentada nos resultados deste estudo permitiu a visualização dos avanços nas Políticas Públicas a partir da década de 1970 e, de modo mais significativo, após a Constituição Federal de 1988 (Figura 32), apoiadas na comunicação do SUS e do SUAS, visando a integralidade da Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM).

Essa reflexão possibilita lançar um olhar para o objetivo principal do estudo que visou **analisar os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM)**, e concluir que o mesmo foi atingido, uma vez que os serviços voltados aos idosos foram desbravados, bem como as suas formas singulares de acolhimento, cuidado e atendimento em saúde.

A tese defendida de que os Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM) estão articulados e alinhados ao referencial das Políticas Públicas, das Redes de Atenção e do SUS foi confirmada em partes. Não é possível afirmar, todavia, que os serviços voltados aos idosos na cidade de Manaus (AM) estão de acordo com o referencial das Redes de Atenção na sua integralidade.

## 6.1 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Este estudo contribuiu, primeiramente, com o desafio de adentrar o cenário de envelhecimento da região Norte do Brasil e desvelar novos arranjos de atenção ao idoso numa perspectiva ampliada, de modo a considerar elementos regionais que afetam direta ou indiretamente o processo de envelhecer dessa população. Mostrou, também, a contínua possibilidade de novas pesquisas no campo do envelhecer humano, uma vez que o perfil epidemiológico mundial é marcado pelo acelerado envelhecimento, trazendo consigo novas demandas e, conseqüentemente, novos arranjos da gestão local, municipal e estadual, que se reinventam diariamente para atender às novas exigências advindas do processo de envelhecer.

O conjunto de políticas, consideradas no todo, estatutariamente, marca um compromisso nacional com o fortalecimento da democracia, dos direitos humanos e da oferta de espaços de convivência e de saúde. Essas políticas, na medida em que trazem o amparo legal para a implantação de Centros de Convivência de Idosos, Universidades Abertas para a

Terceira Idade, bem como Centros de Atenção Integral ao Idoso, dentre outros serviços, reafirmam o compromisso com o reconhecimento explícito do direito à saúde e respeito à vida dos idosos. Trata-se, portanto, de afirmar o compromisso constitucional e democrático de cuidado dos cidadãos, sem distinções fundadas em preferências de gerações etárias, buscando o fortalecimento e o respeito de todos.

Nesse sentido, ao tratar das Políticas para Idosos no Brasil, percebe-se que são inegáveis os avanços ocorridos e espera-se que assim devam seguir, em consonância com a realidade do país cada vez mais envelhecido. É preciso primar por uma política que reconheça a cidadania dos idosos e que consolide o direito ao invés de favores, uma vez que o direito concede a cidadania e todos se tornam cidadãos de fato ao romperem com uma tradição histórica do país, em que o favorecimento normalmente vem em troca de algo ou benefício de alguém.

É necessário, portanto, incentivar um movimento capaz de colocar questões afetas à vida dos idosos e incentivá-los a desempenhar papéis sociais até o fim de suas vidas. É possível ser feliz com o envelhecer, principalmente se o envelhecimento for regado de autonomia, bem-estar e funcionalidade, representando um processo leve e harmônico frente às inúmeras alterações biopsicossociais, inevitáveis a todos os indivíduos. Além disso, é necessário construir, efetivamente, uma identidade para os mais velhos e, dessa forma, mostrar ao Estado e à sociedade que ser idoso não é sinônimo de invalidez e dependência, mas, sim, um período da vida florescido de novos desafios e inúmeras oportunidades de se reinventar frente a uma fase tão impregnada de conceitos negativos.

A implantação de espaços destinados ao convívio de idosos na cidade de Manaus (AM) vem ao encontro dos Serviços de Saúde, na medida em que incentiva a população idosa a participar da Política e a frequentar universidades abertas, grupos de convivência, fóruns e conselhos dos idosos, fazendo diferença na forma como cada indivíduo envelhece. Na medida em que os idosos estão dançando, namorando, viajando, fazendo teatro, canto, artes plásticas, dentre outras atividades, eles estão, sobretudo, vivendo a vida na sua plenitude e, conseqüentemente, desmitificando a construção de uma velhice sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer.

A visão distorcida do envelhecimento como sinônimo de doença e perdas deve caminhar para a concepção de que se trata de um momento propício às novas conquistas e à continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. As experiências e os saberes acumulados ao longo da vida devem ser vistos como ganhos a serem otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. Nessa perspectiva, a velhice passa a



ser considerada uma fase boa da vida, não rotulada apenas pelas perdas, mas também, reconhecida pelos ganhos e pela administração das transformações, cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e de sua identidade.

Este estudo demonstrou, ainda, que a atuação das equipes multiprofissionais é essencial nesse processo. Seu papel vai além da superação dos limites de cada núcleo profissional, pois agrega a participação ativa do usuário, família, sociedade e governo, já que a gestão do cuidado produzida por uma equipe isolada não é suficiente para dar conta de todas as demandas do processo de envelhecimento.

Nesse contexto, cabe destacar as amplas possibilidades de participação do profissional fisioterapeuta na Atenção à Saúde do Idoso, seja na prevenção de doenças e promoção da saúde ou na clássica reabilitação. Esse profissional pode realizar o diagnóstico de necessidades, organizar demandas, promover a conscientização da população para mudança do enfoque do tratamento, buscar parcerias para intervenção e enfrentamento de problemas de saúde, organizar grupos de ações de práticas de cinesioterapia/atividade física e contribuir para a elaboração e implantação de Políticas Públicas Integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços destinados à população idosa.

Há, portanto, uma tendência contemporânea de se contrapor à representação do envelhecimento como um processo de perdas, promovendo a sua dissolução em vários estágios que passam a ser tratados como novos começos, como oportunidades a serem aproveitadas na exploração das identidades. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que proporcionam aos mais velhos a oportunidade de adquirir mais conhecimentos, viver novas experiências e, sobretudo, dissolver os dramas da velhice ainda presentes no estereótipo do senso comum das sociedades.

## 6.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante pontuar algumas limitações deste estudo. Conforme descrito anteriormente, os dados foram obtidos por intermédio das entrevistas realizadas com os gestores dos Serviços de Atenção ao Idoso na cidade de Manaus (AM), as quais foram conduzidas nos próprios locais de trabalho. Em função disso e do fluxo diário dos serviços, algumas entrevistas tiveram duas ou mais interrupções para que os entrevistados pudessem atender às demandas do serviço. Algumas entrevistas foram realizadas num período de tempo

superior a 60 minutos, levando a possíveis desgastes da pesquisadora e do entrevistado que a cada momento tinha que retomar suas ideias.

Além disso, o cenário de estudo foi desenhado por meio do olhar da gestão, o que indica que se essas informações fossem agregadas à escuta dos profissionais dos Serviços de Atenção ao Idoso e dos usuários idosos, possivelmente novos desfechos pudessem ser encontrados.

Ressalta-se, ainda, a facilidade de acesso da pesquisadora aos serviços e o acolhimento da equipe multiprofissional, sendo que tanto os gestores quanto os profissionais dos serviços demonstraram interesse e comprometimento em fornecer as informações solicitadas e responder aos questionamentos. Além disso, exteriorizavam a todo momento ser de suma importância para os Serviços de Atenção dos Idosos na cidade de Manaus (AM) a realização deste estudo com vistas à divulgação de sua experiência em periódicos nacionais e internacionais.

### 6.3 RECOMENDAÇÕES PARA NOVOS ESTUDOS

Primeiramente, é importante destacar que o paradigma qualitativo não permite generalizar resultados e conclusões, mas, sim, aproximá-los de outras realidades. Neste sentido, este estudo pode ser replicado em outros cenários e ocasiões, evidenciando facetas ou nuances que não se fizeram presentes neste momento.

É possível considerar que a produção de conhecimento sobre o envelhecimento também venha apresentando incrementos importantes. O meio científico, entretanto, ainda carece de publicações que tragam informações de abrangência nacional e internacional acerca das atividades desenvolvidas nas Universidades Abertas da Terceira Idade (UNATIs), nos Centros de Convivência para Idosos, nos CAIMIs e em outros espaços, muitos dos quais ainda não identificados.

É possível que se esteja mais próximo dos caminhos que conduzem às iniciativas voltadas à constituição da área da Gerontologia, contudo, parece que ainda não se tem reunido forças para usufruir da árvore do conhecimento, apesar de todo o destaque já conquistado em outros campos.

O aumento da produção de artigos científicos na área do envelhecimento humano pode representar um maior número de pesquisadores e, ainda, o incentivo do governo em políticas de apoio à pesquisa científica e à formação de recursos humanos para a pesquisa no País. Essa é uma atividade científica cada vez mais necessária para o planejamento e a definição de

diretrizes de políticas científicas, de fomento para as pesquisas e grupos de pesquisadores, assim como para a avaliação da qualidade da produção científica, consolidação e avanços sobre um determinado tema, determinada área de conhecimento e até mesmo de um grupo de pesquisa ou de um pesquisador.

Destaca-se, assim, que a formação de profissionais de saúde orientados para o SUS torna-se essencial na incorporação do ideário do sistema nos processos de construção do conhecimento na Atenção Integral ao idoso. Há necessidade de capacitação de recursos humanos não só no âmbito de profissionais de saúde e demais áreas, como entre os leigos, junto às organizações comunitárias e famílias, às quais cabe, muitas vezes, o cuidado de idosos comprometidos.

Nesse sentido, há de se estimular as Instituições de Ensino Superior (IES), os centros formadores de opinião, bem como as entidades governamentais a priorizarem a instrumentalização dessas pessoas que, quase sempre, são cuidadores informais de idosos com pouca ou nenhuma informação.

Aliado à preocupação com a formação e capacitação de recursos humanos em nível profissional e familiar, são igualmente importantes e precisam ser estimulados Programas de Educação Permanente, destinados a pessoas em processo de envelhecimento, que forneçam orientações básicas para o desenvolvimento do autocuidado. Todos são corresponsáveis pela construção de uma velhice ativa e saudável, cuja construção deve ter início na própria infância. Escolas, empresas, organizações comunitárias e órgãos públicos devem assumir iniciativas nesse sentido, conforme recomendação da ONU, no documento “Madri 2002”, elaborado a partir das conclusões da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Somente quando todos os segmentos da sociedade brasileira tiverem a plena consciência de que a velhice é apenas mais uma fase do ciclo da vida e como tal deve ser tratada, e respeitarem o seu espaço no contexto social, será possível afirmar que todos estão caminhando para uma sociedade ética e justa para todas as idades.



## REFERÊNCIAS

AGRANOFF, R.; LINDSAY, V.A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. **Public Administration Review**, n. 43, 1983, pp. 227-38.

ALBUQUERQUE, E.M. Avaliação da técnica de amostragem “*Respondent-driven Sampling*” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro, 2009, 99 p.

ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016, 615 p.

ANDRADE, A.T.S.; SAMPAIO, S.P.S.; GOIS, C.F.L.; MATTOS, M.C.T.; CAMPOS, M.P.A.; RESENDE, G.G.S.; SANTOS, L.V. O ensino da enfermagem gerontogeriátrica nas universidades federais brasileiras. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, 2013, pp. 19-23.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um país mais velho: implicações do envelhecimento populacional sobre o crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços**. Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento. Washington, D.C., 2013.

BARROS, I.F.O. **Quedas em idosos brasileiros: morbimortalidade e projeção de internações hospitalares no Estado do Rio Grande do Sul (1998-2020)**. 2016, 135 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

BARROS, I.F.O.; PEREIRA, M.B.; WEILLER, T.H.; ANVERSA, E.T.R. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Kairós Gerontologia** – Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, 2015, v. 18, n. 4, pp. 63-80.

BEARD, J.R.; OFFICER, A.; CARVALHO, I.A; SADANA, R.; POT, A.M.; MICHEL, J.P. et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, n. 10033, 2016, pp. 2145-54.

BENGOA, R. Curar y cuidar. In: BENGOA, R.; NUÑO, R.S. **Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar**. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

BISOL, C.A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estud. Psicol.** Campinas, SP, v. 29, 2012, pp. 719-26.

BRAGA, L.S.; MACINKO, J.; PROIETT, F.A.; CÉSAR, C.C.; LIMA-COSTA, M.F. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, 2010, pp. 2307-15.

BRASIL (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. **Lei nº 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/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. **Lei n. 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. Brasília, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. **Relatório final: SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1997a, 34p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95 MS/GM, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) [Internet]. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702/SAS/MS, de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_702.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_702.pdf). Acesso em: 28 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n. 249, de 12 de abril de 2002**. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=537](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=537). Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs%20de%20Art.%2060%20\(sessenta\)%20anos](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm#:~:text=LEI%20No%2010.741%2C%20DE%201%C2%BA%20DE%20OUTUBRO%20DE%202003.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Estatuto%20do%20Idoso%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs%20de%20Art.%2060%20(sessenta)%20anos). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_2.528%20de%2019%20de%20outubro%20de%202006.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2.528%20de%2019%20de%20outubro%20de%202006.pdf). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010**. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do Imposto de Renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso. Brasília, 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/112213.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/112213.htm). Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília, 2010c.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a, 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, 177 p. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conass, 2015, 127 p.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Consultoria Legislativa. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017a, 283 p. (Edições Câmara. Série Estudos Estratégicos; n. 8).

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 2.436 MS/GM, 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). Brasília, 2017b. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 14 set. 2017.

BRASIL. Poder Executivo. **Lei nº 4.625 de 13 de julho de 2018**. Autoriza o Poder Executivo Estadual a instituir a Fundação a Universidade Aberta da Terceira Idade – FUnATI. Diário Oficial [do] Estado do Amazonas, 13 jul. 2018a. Seção 1, pp. 2-4. Disponível em: [file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/D.O.%20Institui%20-%20FUNATI%20-%20EXTRA%C3%8DDO%20\(1\).pdf](file:///D:/Usu%C3%A1rio/Downloads/D.O.%20Institui%20-%20FUNATI%20-%20EXTRA%C3%8DDO%20(1).pdf). Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa: no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, 2018b.

BRASIL, V.J.W.; WOYTUSKI, J.; BATISTA, N.A. O ensino de Geriatria e Gerontologia na Graduação Médica. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 2015, pp. 344-51.

CANÊDO, A.C.; LOPES, C.S.; LOURENÇO, R.A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatr. Gerontol. Int.**, v. 8, n. 8, 2018, pp. 1280-5.

CARVALHO, A. **Política de assistência social ao idoso**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – Emescam. Vitória, 2011, 100 p.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, v. I, 2000.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha do cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e Unidades Federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2012, pp. 443-58.

COELHO, L.P.; MOTTA, L.B.D.; CALDAS, C.P. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, 2018, 19 p.

COLEMAN, J.S. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Human Organization**, v. 17, 1958, pp. 28-36.



- CORREA, M.R.; FRANÇA, S.; HASHIMOTO, F. Políticas Públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 15, n. 2, 2010, pp. 219-38.
- COUTINHO, A.T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na Estratégia de Saúde da Família: visão da equipe. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2013, pp. 628-37.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stoclm: Institute for Future Studies, 1991.
- DAMASCENO, C.K.C.S.; SOUSA, C.M.M. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **R. Interd.**, v. 9, n. 3, 2016, pp. 185-90.
- DEPP, C.A.; JESTE, D.V. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. **Am. J. Geriatr. Psychiatry.**, v. 14, n. 1, 2006, pp. 6-20. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 12 nov. 2018.
- DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012, pp. 529-32.
- EACH. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. **Projeto Político-Pedagógico do curso de Gerontologia**, 2008.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 8, 2005, pp. 187-93.
- FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, 2012, pp. 1494-502.
- FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, 2012, pp. 513-18.
- FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; SILVA, A.O.; SANTOS, W.S.; MOREIRA, M.A.S.P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, 2010.
- FLEURY, S.M.T.; OUVERNEY, A.M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.
- FONSECA, S.C. (Orgs.). **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal Edições. Envelhecimento, 2016.
- FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2011, pp. 389-94.

FREITAS, E.V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMIDE, A.Á.; PIRES, R.R.C. Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas. In: GOMIDE, A.Á.; PIRES, R.R.C. (Orgs.). **Capacidades estatais e democracia: arranjos institucionais de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014, pp. 15-30.

GONÇALVES, C.D. Envelhecimento bem sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre, v. 20, n. 2, 2015, pp. 645-57.

GONÇALVES, K.D.; SOARES, M.C.; BIELEMANN, V.L.M. Grupos com idosos: estratégia para (re)orientar o cuidado em saúde. **Revista Conexão UEPG**, v. 9, n. 2, 2013, pp. 218-25.

GOODMAN, L.A. Snowball sampling. **The Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, 1961, pp. 148-70.

GOVERNO DO AMAZONAS. Secretaria de Estado da Saúde – SUSAM. **Manual de procedimentos do Centro de Atenção à Melhor idade – CAIMI**. Manaus: Secretaria Estadual de Saúde, 2002, 150 p.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. **Lei nº 2.887, de 04 de maio de 2004**. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso. Manaus, AM: Assembleia Legislativa, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. Poder Legislativo. Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas. **Lei nº 3.595, de 11 abr. 2011**. Altera, na forma que especifica a Lei Delegada nº 114, de 18 de maio de 2007, que dispõe sobre a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), definindo sua estrutura organizacional, fixando o seu quadro de cargos comissionados e estabelecendo outras providências. Disponível em: [https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2011/8050/8050\\_texto\\_integral.pdf](https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2011/8050/8050_texto_integral.pdf). Acesso em: 15 abr. 2020.

GRATAO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, 2013, pp. 137-44.

I CNDPI. I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. **Anais...** Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016, 146 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 36).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projeçãoda-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: jul. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 146 p. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 36).

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Divisão Político-Administrativa e Regional. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/18310-divisao-politico-administrativa-e-regional.html>. Acesso em: jul. 2020.

II CNDPI. II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: avanços e desafios. In: Conferência Nacional da Pessoa Idosa. **Anais...** Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2010.

INOJOSA, R. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, n. 22, 2011, pp.102-10.

IPHAN. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. **Mapa do patrimônio cultural do Brasil**. Brasília, 2015.

JACOB, L. Envelhecimento da população. In: JACOB, L.; SANTOS, E.; POCINHO, R.; FERNANDES, H. (Eds.) Envelhecimento e economia social: perspectivas atuais. **Viseu: Psicossoma**, 2013, pp. 43-9.

JUNQUEIRA, L.A.P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: **X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Santiago, Chile, oct. 2005.

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World Health**, v. 50, n. 4, 1997, pp. 4-5.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016, 511 p.:il.

LIMA, C.F.M.; RIVEMALES, M.C.C. Corpo e envelhecimento: uma reflexão-artigo de revisão. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2013, pp. 153-66.

LINHARES, J.E. et al. Capacidade para o trabalho e envelhecimento funcional: análise sistêmica da literatura utilizando o PROKNOW-C (Knowledge Development Process - Constructivist). **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2019, pp. 53-66.

LISBÔA, S.M. **A Política Pública para idosos na cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Manaus, AM, 2011, 164 p.

MAIA, L.C. et al. Idosos robustos na atenção primária. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 54, 2020.

MAJEWSKI, C.C. Políticas públicas de promoção e garantia dos direitos dos idosos. In: TERRA, N.L.; BÓS, A.J.G.; CASTILHOS, N. **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013, pp. 555-68.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINS, J.J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007, pp. 371-82.

MENDES, A.M.C.P. et al. Políticas públicas, desenvolvimento e as transformações do Estado brasileiro. In: SILVA, C.L.; SOUZA LIMA, J.E. (Orgs.). **Políticas Públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Saraiva, cap. 1, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MENDES, J.L.V.; SILVA, S.C.; SILVA, G.R.; SANTOS, A.R. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura **Rev. Educ. Meio Amb. Saúde**, v. 8, n. 1, 2018, pp. 13-26.

MENDES, M.R.S.S.B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul. Enfermagem**. São Paulo-SP, v. 18, n. 4, 2005, pp. 422-6.

MINAYO, M.C.S. Herança e promessas do ensino das Ciências Sociais na área da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, 2012a, pp. 2367-72.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012b, pp. 621-6.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, 2017, pp. 01-12.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, 244 p.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr., C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2016, pp. 507-19.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Intersetorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, R.G. (Orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MONTAGNINI, R.M. et al. Position statement on interdisciplinary team training in geriatrics: an essential component of quality health care for older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 62, n. 5, 2014, pp. 961-65.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E.N. The frail elderly and integral health management centered on the individual and the family. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, 2017, pp. 307-8.

MORAN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 101, jan./mar. 2010, pp. 95-120.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. 4. ed. Campinas, SP: Alínea, 2001.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

NETTO, M.P. História da velhice no século XX: histórico, definição do campo e temas básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; NÉRI, A.L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, pp. 1-12.

OLIVEIRA, O.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2017, pp. 625-34.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects 2019**. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>. Acesso em: 05 set. 2017.

ONU. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. **World Population Prospects 2019**. 2019a. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Pyramid/76>. Acesso em: 05 set. 2017.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005, 60p.: il.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington: OPAS, 2013.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. 3. ed. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

PAVARINI, S.C.I.; MENDIONDO, M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VAROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, 2005, pp. 398-402.

PEDRO, W.J.A. Reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, 2013, pp. 9-32.

PELHAM, A.; SCHAFER, D.; ABBOTT, P.; ESTES, C. Professionalizing Gerontology: why AGHE must accredit Gerontology Programs. **Gerontology & Geriatrics Education**, v. 33, n. 1, 2013, pp. 6-19.

PINTO, F.N.; OLIVEIRA, D. Capacidade funcional e envolvimento social em idosos: há relação? **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.12, n. 1, 2015.

POCINHO, R.S.P. **Mayores en contextos de aprendizaje: caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal**. Tese (Doutorado em Psicogerontologia) – Universitat de València. Valencia, 2014.

POLDONY, J.M.; PAGE, K.L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology**, n. 24, 1998, pp. 57-76.

PORTER, M.; KELLOGG, M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 1, 2008.

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, 2006, pp. 491-501.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Plano Integrado de Ação Municipal para o desenvolvimento da Política Municipal do Idoso**. Fundação Doutor Thomas – FDT, 1999.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Lei nº 531, de 3 de maio de 2000**. Renomeia para “Programa Médico da Família” o “Programa Saúde da Família”, referido na Lei nº 470, de 21 de janeiro de 1999. Manaus, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Decreto nº 5.482, de 7 de março de 2001.** Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso e dá outras providências. Manaus: Diário Oficial do Município nº 227, 2001, pp. 1-3.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Mapa de Manaus.** 2010. Disponível em: <https://mapademanaus.manaus.am.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. **Linha de Cuidado da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde (APS).** Manaus, 2020.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2017, pp. 793-7.

RIBEIRO, E.; VERAS, R.P.; VIEGAS, K.; CALDAS, C.; RIBEIRO, E.; ROCHA, M. et al. Projeto Idoso da Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2013, v. 11, n. 3, pp. 307-26.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das Redes de Atenção: uma revisão integrativa. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 2, 2014, pp. 343-52.

RODRIGUES, N.C. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estud. Interdiscip. Envelhec.** Porto Alegre, v. 3, 2001, pp. 149-58.

RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOT, L.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S.C.C.; ROSSET-CRUZ, I.; LANGE, C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, 2007, pp. 536-45.

ROZENDO, A. **Construção social do envelhecimento e experiências da velhice.** 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. São Paulo, 2010.

SANTOS, L.V. O ensino da Enfermagem Gerontogerátrica nas universidades federais brasileiras. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, 2014, pp. 19-23.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVA, H.P.; MOTA, P.H.S. **Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: evidências sobre o atual estágio de conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na perspectiva dos municípios brasileiros.** Novos Caminhos. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. [S.l.], n. 11, 2016.

SILVA, J.A. **Avaliação de desempenho individual como estratégia de gestão na administração pública: o caso da Secretaria de Saúde do Município de Manaus.** Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Recife, 2009, 148 p.



SILVA, J.P.F. et al. Identidades, discursos e fronteiras: (re)pensando o envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2014, pp. 599-607.

SILVA, M.C.Q. **Programa de Assistência à Saúde do Idoso em Manaus em Nível Ambulatorial: uma análise crítica**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Subprograma de Mestrado Interinstitucional da Capes – Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Amazonas – UFAM. Manaus, AM, 2004. 91 p.

SILVA, M.V.S.; MIRANDA, G.B.N.; ANDRADE, M.A. Diverse meanings of comprehensiveness: between the presupposed and the experienced in a multi-disciplinary team. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 62, 2017, pp. 589-99.

SILVA, S.F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços**. São Paulo: Instituto de Direito Sanitário (IDISA). Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS), 2008, 202 p.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011, pp. 2753-62.

SMITH, K.B.; LARIMER, C.W. **The public Policy Theory Primer**. Boulder: Westview Press, 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 16, dez. 2006, pp. 20-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 mar. 2019.

SUSAM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Projetos e Programas**. 2018. Disponível em: <http://www.aades.am.gov.br/projeto/projeto-de-apoio-as-atividades-nos-centros-estaduais-de-convivencia-da-familia-e-do-idoso-na-cidade-de-manauis--cafs/>. Acesso em: 10 out. 2018.

TEIXEIRA, S.M. Envelhecimento na agenda pública brasileira. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, v. 7, n. 1, 2003, pp. 113-36.

TORRES, C. et al. Diálogos em torno dos significados do corpo no envelhecimento: um estudo com pessoas idosas inscritas num programa de atividade física. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2014, pp. 155-72.

TURATO, V.G.G.; SILVA, J.R.; RIBEIRO, L.C. Avaliação da função cognitiva de idosos após a realização de um programa de exercícios físicos. **Colloquium Vitae**. São Paulo, 2013.

UEA. Universidade do Estado do Amazonas. **Resolução nº 020, de 29 de novembro de 2007 – CONSUNIV**. Dispõe sobre a criação e instalação da UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade no âmbito da Universidade do Estado do Amazonas – UEA. 29 novembro 2007. Disponível em: <http://data.uea.edu.br/ssgp/area/1/res/581-14.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.



UFSCar. Universidade Federal de São Carlos. **Projeto Político-Pedagógico do curso de Graduação em Gerontologia**, 2008.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2012, v. 21, n. 4, p. 10.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018, pp. 1929-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2020.

VIANA, A.L.A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018, pp. 1791-8.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, v. 1, 1998, pp. 2-4.

WANDERLEY, M.B.; MARTINELLI, M.L.; PAZ, R.D.O. Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 137, jan./abr. 2020, pp. 7-13.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 20 ago. 2018.

WHO. World Health Organization. **World Report on Ageing and Health**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>. Acesso em: 10 fev. 2019.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

Data: \_\_\_\_\_ Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário de término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
Serviço: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Formação profissional: \_\_\_\_\_
5. Pós-graduação: sim ( ) não ( ) Qual: \_\_\_\_\_
6. Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_
7. Cargo ou função que exerce e/ou exerceu no serviço: \_\_\_\_\_
8. Tempo de atuação no cargo ou função que exerce e/ou exerceu: \_\_\_\_\_
9. Se exerceu outra atividade de gestão no município/Estado/União: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

1. Qual a importância do seu Serviço na Atenção à população idosa?
2. Como o(a) Sr.(a) descreve seu Serviço de Atenção ao Idoso em Manaus? Como ele foi constituído (gestão, núcleos profissionais, projetos, fluxos, demanda, etc.)? E qual a sua relação com o SUS?
3. O Sr.(a) fez parte do processo de implantação e/ou implementação deste serviço? Poderia contar como foi sua participação?
4. Como os idosos acessam o serviço? Quais suas principais demandas? Que estratégias o serviço utiliza para atendê-las?
5. Na sua avaliação, existe uma rede de atenção à população idosa em Manaus? Se sim, quais foram os elementos que contribuíram para que ela se efetivasse? Se não, por quê?
6. Quais são as potencialidades e limitações encontrados no processo de implantação e/ou implementação deste serviço?
7. Na sua avaliação, como a sociedade Manauara percebe o serviço e/ou a rede de atenção à população idosa?

8. O Sr.(a) identifica que o sistema de atenção ao idoso em Manaus é diferente de outros lugares do Brasil? Se sim, baseado em que aspectos? Se não, por quê?
9. Na sua opinião, quais foram os elementos que favoreceram a implantação e implementação de inúmeros serviços especializados na atenção ao idoso na cidade de Manaus, diferentemente do restante do Brasil? Esses elementos são reproduzíveis em outros cenários? De que forma?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO

O estudo atenderá aos preceitos éticos vigentes para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Serão respeitados os trâmites e as recomendações previstas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

- **Título do Projeto:** Serviços de Atenção ao Idoso na Cidade de Manaus-AM: um estudo de caso.
- **Pesquisadora orientanda:** Iarema Fabieli Oliveira de Barros
- **Pesquisadora responsável:** Profa. Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
- **Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Centro De Ciências da Saúde e Departamento de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado.
- **Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-8473. Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1305B, 97105-970- Santa Maria- RS.
- **Local de coleta dos dados:** Manaus, AM.

Eu, Carmem Lúcia Colomé Beck, responsável pela pesquisa “Serviços de Atenção ao Idoso na Cidade de Manaus-AM: um estudo de caso” e a doutoranda Iarema Fabieli Oliveira de Barros o convidamos a participar deste estudo de forma voluntária.

A seguir, apresentamos algumas informações sobre a pesquisa.

- **Objetivo:** analisar os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM.
- **Método:** será um estudo do tipo Estudo de Caso e serão realizadas entrevistas semiestruturadas e 3 grupos focais com os gestores dos serviços de referência destinados à atenção aos idosos na cidade de Manaus que participaram da implantação, implementação e atuam/atuaram nesses serviços nos últimos 05 anos, a fim de obter informações sobre a constituição dos serviços de atenção à saúde do idoso nesse território. Além disso, também será realizada pesquisa documental nos serviços.
- **Procedimentos:** Sua participação constará em responder a uma entrevista individual e participar de 03 grupos focais.
- **Riscos:** A pesquisa não apresenta potenciais riscos diretos aos participantes, porém é possível que aconteçam desconfortos durante sua participação. Em caso de desconforto, o

respondente poderá interromper a participação na pesquisa, retomando-a em outro momento ou não, conforme desejar.

- **Benefícios:** A sua participação é totalmente voluntária e não apresenta benefícios diretos. Ao final do estudo, as pesquisadoras farão a devolutiva dos resultados aos participantes e aos serviços, se for da vontade dos entrevistados. Como benefícios indiretos, menciona-se que os resultados da pesquisa poderão contribuir para a adoção de medidas institucionais que favoreçam a importância da atenção à saúde do idoso.
- **Sigilo:** Os instrumentos de pesquisa e os bancos de dados oriundos destes serão armazenados por cinco anos na sala 1305A, do prédio 26, Centro de Ciências da Saúde (CCS)-UFSM, sob a guarda da pesquisadora responsável, após esse período serão destruídos.

Os dados coletados serão organizados e analisados, os resultados serão divulgados e publicados de forma a garantir o anonimato das identidades dos participantes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgados os resultados coletivos, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o anonimato sobre sua participação.

### Demais considerações éticas

- Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida ou solicitar informações e esclarecimentos. Para isso, entre em contato o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou com os responsáveis pela pesquisa.
- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.
- Os custos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores.
- Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa.

### Autorização

Eu, \_\_\_\_\_  
 após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a opção de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Manaus, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dra. Carmem Beck  
 Professora Coordenadora

\_\_\_\_\_  
 Iarema Barros  
 Orientanda



---

Para maiores informações:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DOS DADOS

#### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

- **Título do Projeto:** Serviços de Atenção ao Idoso na Cidade de Manaus-AM: um estudo de caso.
- **Pesquisador responsável:** Profa. Enfa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
- Instituição/Departamento:** Departamento de Enfermagem – Universidade federal de Santa Maria (UFSM) – Programa de Pós-Graduação em enfermagem (PPGEnf).
- **Telefone para contato:** 3220-8263
- **Local da coleta de dados:** Manaus – AM

A pesquisadora do presente projeto se compromete em preservar a privacidade dos participantes. As informações serão obtidas por meio de entrevistas com os Gestores dos serviços de referência, destinados à atenção aos idosos da cidade de Manaus, que participaram da implantação, implementação e atuam/atuaram nesses serviços. Estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados serão mantidos em arquivos confidenciais no computador de uso exclusivo da pesquisadora responsável, localizado na Av. Roraima, 1000-97105-900- Santa Maria- RS, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, 3º andar, sala 1305 A, sob a responsabilidade de Carmem Lúcia Colomé Beck, por um período de cinco anos. Após esse período os dados serão destruídos.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Carmem Lúcia Colomé Beck  
CPF 437.890.560/49

---

Para maiores informações:

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 - Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br). Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

**ANEXOS**



**ANEXO A****CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
(CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NA CIDADE DE MANAUS-AM. UM COTUDO DE CASO

**Pesquisador:** Carmem Lucia Colomé Beck

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17635419.0.0000.5348

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.514.174

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria tendo por objeto do estudo os serviços de atenção aos idosos na cidade de Manaus-AM.

Aborda a temática do envelhecimento humano, antes considerado um fenômeno e que hoje faz parte da maioria das sociedades.

Trata-se de uma pesquisa do tipo Estudo de Caso que será desenvolvido na capital do Estado do Amazonas, Manaus. A coleta dos dados será realizada no segundo semestre de 2019 por meio de entrevista semiestruturada, grupos focais e pesquisa documental. Os participantes do estudo serão os gestores dos serviços de referência destinados à atenção aos idosos na cidade de Manaus-AM que participaram da implantação, implementação ou atuaram/atuam nesses serviços nos últimos 05 anos, a fim de obter informações relevantes acerca dos serviços de atenção à saúde do idoso nesse território. A análise dos dados será feita utilizando-se o referencial de Minayo.

Total de participantes: 17

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO GERAL:** analisar os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM.

Endereço: Av. Progresso, 2700 - prédio de Pesquisa - UF-SM  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA e-mail: ror@ufsm.br  
 Telefone: (51)3220-9362



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.514-174

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- descrever e especializar os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM;
- analisar como se realiza a gestão dos serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM;
- identificar se os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus atuam em rede;
- descrever as potencialidades e limitações identificadas pelos serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM para a constituição do trabalho em rede;
- verificar se os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM levam em consideração questões como a cultura do povo, a constituição geográfica da região e a presença de povos indígenas;
- analisar as relações, articulações e interações entre os serviços de atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM, na perspectiva do referencial das políticas públicas, de redes de atenção e do Sistema Único de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios estão descritos e adequados no projeto e no TCLE quais sejam: risco de causar algum desconforto ao entrevistado durante sua participação. Em caso de desconforto, o respondente poderá interromper a participação na pesquisa, retomando-a em outro momento ou não, conforme desejar. Rerefine: destaca-se que o estabelecimento de um momento de escuta dos participantes em relação à sua participação da implantação, implementação e/ou atuação nos serviços de referência na atenção ao idoso na cidade de Manaus-AM, como um momento importante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante com problemática, justificativa e fundamentação teórica adequadas e que trará contribuições para a área em estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- O termo de confidencialidade foi apresentado e está assinado pela pesquisadora responsável.
- A autorização institucional possui assinatura em anuência dos serviços e dos pesquisadores envolvidos.
- Apresenta TCLE adequado.

**Recomendações:**

.

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio de Direito - 91100-000  
 Bairro: Camobi CEP: 91.105-910  
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cnp.ufsm@ufsm.br  
 Telefone: (51) 4420-0000



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA



Continuação do Parecer: 3.214.174

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas pelos pesquisadores.

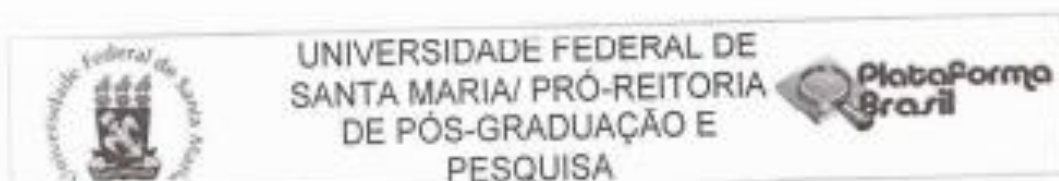
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1306640.pdf	14/08/2019 12:08:17		Aceito
TCLE / Termos de assentamento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO.pdf	14/08/2019 11:58:54	IAREMA FABIEMI OLIVEIRA DE BARROS	Aceito
Outros	TC_NOVO.pdf	24/07/2019 09:49:34	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_CEP_NOVO.pdf	24/07/2019 09:48:38	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_CEP_UFSM.pdf	13/06/2019 12:11:47	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	13/06/2019 12:10:37	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_FDT_PM_4.pdf	13/06/2019 12:09:19	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_FDT_PM_3.pdf	13/06/2019 11:59:54	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_FDT_PM_2.pdf	13/06/2019 11:59:29	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_FDT_PM_1.pdf	13/06/2019 11:58:46	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_SEAS_2.pdf	13/06/2019 11:58:18	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	termo_SEAS_1.pdf	13/06/2019 11:55:49	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	autor_FDT_PM.pdf	13/06/2019 11:54:03	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	autor_FUNATI.pdf	13/06/2019 11:51:08	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	autor_SUSAM.pdf	13/06/2019 11:50:47	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito
Outros	autor_SEAS.pdf	13/06/2019 11:49:00	Carmem Lúcia Colomé Beck	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - cidade de Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (51)3330-9360 E-mail: [prograd@ufsm.br](mailto:prograd@ufsm.br)





Continuação do Parecer 3.514.174

Outros	comprovante_registro_GAP.pdf	13/06/2019 11:45:05	Carmem Lucia Colomé Beck	Avulso
Vistos	termo_beneficiabilidade_Jarama.pdf	13/05/2019 11:44:38	Carmem Lucia Colomé Beck	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 18 de Agosto de 2019

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio de reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: uap-efm@gmail.com  
 Telefone: (55)3220-5362