



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Côrte, Beltrina; Kimura, Cleber; Ximenes, Maria Amélia; Nóbrega, Otávio Toledo
Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde,
hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 3, 2017, Julho-Setembro, pp. 690-701
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017159606

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264014008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo

Determinants of elderly care by the public health system, today and in 2030: the case of the São Paulo Metropolitan Region

Beltrina Côrte

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: beltrina@pucsp.br

Cleber Kimura

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: cleberkimura@hotmail.com

Maria Amélia Ximenes

Universidade do Sagrado Coração. Programa de Mestrado em Fisioterapia. Bauru, SP, Brasil.

E-mail: maria.lima@usc.br

Otávio Toledo Nóbrega

Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Brasília, DF, Brasil.

E-mail: otavionobrega@unb.br

Resumo

Este artigo buscou identificar o perfil da atenção dispensada aos idosos na saúde a partir da escuta de 39 representantes dos conselhos de saúde dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), conforme executado hoje e desejável para 2030. Para tanto, utilizou-se o método Delphi para obtenção de consensos, assim como técnica de análise de conteúdo e discurso social com apoio do software NVivo. Os discursos sociais mostram que hoje são incipientes serviços e ações de saúde, faltam recursos humanos, há descontentamento com esferas de poder e com a forma de seleção dos funcionários, além de serem reconhecidas falhas em capacitação e morosidade na implementação de serviços. Para 2030, há o desejo de melhores espaços coletivos e de qualificação pessoal, maior articulação e comunicação entre e nas secretarias, e escuta qualificada às necessidades e experiências dos mais velhos. Conclui-se que, se nada for feito, dificilmente o quadro mudará em futuro próximo, até porque os representantes não se mostram preparados ou empoderados para exercer a gestão dos serviços públicos de saúde, principalmente em face do crescente contingente que busca serviços de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento; Serviços de Saúde; Acolhimento; Saúde do Idoso; Governo Metropolitano.

Correspondência

Beltrina Côrte

Rua Ministro Godói, 969, sala 4E-18, Perdizes. São Paulo, SP, Brasil.

CEP 05015-000.

Abstract

This article aims to identify the profile of health care directed to elderly individuals from listening 39 representatives of health councils from the Metropolitan Region of São Paulo (RMSP), as implemented today and desirable for 2030. Therefore, we used the Delphi method to obtain consensus, as well as used the content analysis and the social discourse techniques with the support of the NVivo software. Social speeches show that services and health actions are incipient nowadays, lacking human resources, and with dissatisfaction with fields of authority and with employee selection method, being in addition recognized failures in training and delays in services implementation. For 2030, there is the desire to improve collective spaces and personal skills, greater coordination and communication between and within departments, and qualified listening to the needs and experiences of older people. If nothing is done, there is a sense that this picture will hardly change in the near future, since the representatives show themselves not prepared nor empowered to engage in the management of public health services, especially in the face of the growing contingent seeking health services.

Keywords: Aging; Health Services; User Embracement; Health of the Elderly; Local Government.

Introdução

A urbanização do envelhecimento é um desafio para a saúde e a sociedade, realçando a imprescindibilidade de se refletir sobre os serviços/cuidados ao longo da vida prestados pelas esferas federal, estadual e municipal. Estima-se que assistência à saúde se tornará muito mais onerosa, por dispêndio público para cuidados médico-hospitalares para atividades preventivas e curativas que deve se elevar, tanto pela demanda por mais assistência e especialistas nesta fase da vida quanto pela incorporação de novas tecnologias.

O acolhimento vem sendo utilizado como estratégia nacional em decorrência da Política Nacional de Humanização, para redução de filas e da espera, ampliação do acesso e atendimento resolutivo com base em critérios de risco (Souza; Moreira, 2008; Silva, 2010). Essa normatização determina a estratificação das demandas, em substituição do formato tradicional de organização do atendimento segundo a ordem de chegada por nova lógica ancorada no princípio de equidade. A partir de 2006, com o advento do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde estabelece a população idosa como área prioritária, definindo modos de atuação humanizada na relação profissional-usuário-rede (Brasil, 2006a). Esse modelo passa a ser entendido pelo poder público como um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram serviços, ouvindo pedidos e assumindo uma postura capaz de escutar de forma qualificada e dar respostas mais adequadas aos usuários. Uma postura acolhedora implica estar atento e poroso à diversidade cultural, étnica e social (Brasil 2006a, 2011).

Nessa direção, pesquisadores da área da Gerontologia elaboraram a pesquisa *Quem cuidará de nós em 2030?*¹, buscando identificar os determinantes da atenção dispensada aos idosos na saúde a partir da escuta dos representantes dos serviços

1 Esta investigação é um recorte da pesquisa *Quem cuidará de nós em 2030?* Método Delphi eletrônico para prospecção dos serviços/cuidados necessários ao idoso, desenvolvida em parceria com os Programas de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia e Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; Universidade Católica de Brasília e Escola de Artes e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, com fomento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal e do Ministério da Saúde (Processo FAPDF PPSUS EFP-00002974). O projeto de origem foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina - UnB, CEP-FM 059/2009.

ofertados pelas secretarias de saúde dos municípios que compõem a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)². O objetivo principal deste estudo consistiu em levantar os serviços/cuidados dirigidos à pessoa idosa, além de prospectar aqueles necessários e/ou desejados para 2030³, sob o ponto de vista dos gestores de saúde da RMSP.

Percurso

Para identificar os determinantes da atenção dispensada aos idosos em saúde na RMSP, a partir do *método Delphi*⁴, buscou-se entrevistar membros do Conselho de Saúde – com preferência pelo(a) secretário(a) de Saúde ou um representante designado por este(a) – dos municípios que compõem a RMSP. Cada entrevista foi realizada por uma equipe de pesquisadores, agendada por telefone para acontecer nas dependências do local de melhor conveniência para cada participante voluntário.

Utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, para ordenamento das informações sociodemográficas levantadas com as entrevistas, para tratamento frequencial dos dados obtidos (Camargo, 2005). Para a execução e análise, utilizaram-se as entrevistas com a categoria representantes dos serviços de saúde da RMSP.

A fim de restringir a análise ao conteúdo mais relevante à pesquisa, todas as entrevistas foram transcritas, e cada transcrição foi lida para seleção das falas mais representativas das respostas obtidas a partir da seguinte relação de questões elaboradas para a pesquisa de origem: a) *Qual sua opinião sobre os serviços e as ações na saúde que*

seu município oferece particularmente ao idoso?; b) *Quais críticas o(a) senhor(a) teria aos serviços de saúde que o seu município destina ao idoso?*; e c) *Diante das críticas, que serviços ou ações o(a) senhor(a) considera que deveriam ser oferecidos ao idoso de seu município? O que falta?* Em seguida, estes textos foram analisados com o software para pesquisa qualitativa NVivo (QSR International Pty Ltd).

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977) e o discurso social de Geertz (1978), por entender-se que: 1) a fala dos entrevistados é por si só interpretativa; 2) o que as falas interpretam é o fluxo do discurso social; 3) a interpretação consiste em salvar o dito num discurso; e 4) é microscópica. Trata-se de “ler o discurso social por cima dos ombros de quem os escreve”. Todos os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos foram rigorosamente seguidos, conforme as normatizações da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época.

Quem são os representantes dos serviços de saúde da RMSP

O perfil sociodemográfico dos representantes dos serviços de saúde da RMSP apresenta as seguintes características: 21 (53,8%) homens e 18 (46,2%) mulheres; 21 (53,8%) encontravam-se casados ou em união estável, enquanto 12 (30,8%) eram solteiros e 6 (15,4%), separados ou divorciados; a maioria (n=33; 85,0%) relatou ter cursado ensino superior completo (média ≥ 15 anos de estudo). A idade mínima foi de 28 anos, e máxima de 66 anos (média = 44,6 ± 10,3 anos). Apenas uma minoria (n=6; 15,4%) relatou morar só (média de residentes

2 Franco da Rocha, Mananciais, Grande ABC, Rota dos Bandeirantes, Alto do Tietê, Guarulhos e São Paulo. Ver <http://www.fsp.usp.br/observasaude/>

3 Este horizonte temporal foi selecionado por coincidir com projeções feitas por Alan Greenspan (ex-presidente do *Federal Reserve*, o banco central americano) que, em seu livro *A era da turbulência*, equipara um ataque nuclear e o envelhecimento populacional até 2030 como duas variáveis que devem comprometer o crescimento da economia norte-americana. O mesmo ano é apontado por John Maynard Keynes (em um exercício de futurologia) como limiar de capacidade de seu país para controlar a inflação em uma conjuntura de novas demandas sociais (ver: <<http://jofelongevidade.blog.ig.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2008). Por fim, 2030 é apontado por projeções do IBGE com ano a partir do qual o Brasil terá pela primeira vez mais pessoas com 60 anos ou mais de idade que jovens com 15 anos ou menos (ver: <<https://goo.gl/OX3kJ1>>. Acesso em: 14 abr. 2015).

4 De modo geral, este método se distingue por três características básicas: anonimato, interação com *feedback* controlado e respostas estatísticas do grupo. O produto final é uma previsão que contenha o ponto de vista da maioria. De acordo com a praxe do Método Delphi, o primeiro *round* é composto de questões totalmente abertas.

5 O valor do salário mínimo em 2011, período das entrevistas, era de R\$ 545,00.

no domicílio=3±1). A amplitude da renda familiar variou entre R\$ 700,00 e R\$ 30.000,00 (renda média de R\$ 7.460,00±R\$ 5.400,00)⁵.

A maioria apresentava escolaridade com formação superior, com preponderância em cursos da área de Saúde, a saber: 7 (17,9%) em Enfermagem; 5 (12,7%) em Medicina; 3 (7,7%) em Odontologia; 2 (5,1%) em Farmácia; 2 (5,1%) em Pedagogia; 2 (5,1%) em Direito; 2 (5,1%) em Administração; 2 (5,1%) em Magistério; 1 (2,6%) em Psicologia; 1 (2,6%) em Educação Física; 1 (2,6%) em Biomedicina; 1 (2,6%) em Biologia; 1 (2,6%) em Relações Públicas; 1 (2,6%) em Serviço Social; 1 (2,6%) em Gestão do SUS; e 1 (2,6%) em Recursos Humanos. Apenas 2 (5,1%) representantes não informaram sua área de formação, enquanto 4 (10,3%) declararam não ter formação superior.

A maioria (n=29) dos entrevistados relatou ser proveniente do segmento gestor. Dentre estes representantes das secretarias de saúde, 7 (24,1%) eram os próprios secretários municipais de Saúde. Dos entrevistados do segmento gestor, 8 declararam exercer a Presidência do Conselho de Saúde, 3 declararam a Vice-Presidência, 3 exerciam o papel de secretário(a) do Conselho, enquanto 1 declarou participar de comissão de fiscalização. Os demais 15 entrevistados não declararam exercer funções concernentes ao Conselho de Saúde. Quanto aos demais conselheiros entrevistados (n=10), todos eram pertencentes ao segmento trabalhador. Destes, 5 não souberam ou não declararam exercer função em direção ou em comissões do Conselho, enquanto 1 exercia a Presidência, 1 a Vice-Presidência, 2 o papel de secretário(a) e 1 a função de articulador.

Ressalta-se que, em 2030, os representantes entrevistados terão em média 63,710,4 anos de idade, sendo a idade mínima igual a 47 anos e a máxima, 85 anos. Considerando-se que o tempo de trabalho na vida das pessoas se estenderá em consequência do aumento da expectativa de vida, além da atual legislação de servidores públicos que prolongou para 75 anos a idade da aposentadoria compulsória, provavelmente alguns dos representantes entrevistados tanto farão parte do quadro de servidores ativos quanto serão usuários dos serviços de saúde dirigidos a idosos da metrópole.

Dos serviços e ações de saúde hoje...

A Política Nacional do Idoso, em seu Artigo 10, assinala que a garantia da assistência à saúde do idoso nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde é de competência dos órgãos e entidades públicos relativos à área da saúde. O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) ratificam que são atribuições do gestor municipal de saúde planejar, organizar, controlar e avaliar as ações do município, organizando o SUS para viabilizar o desenvolvimento de ações de saúde. As competências e responsabilidades de cada município variam de acordo com os compromissos assumidos (Kimura, 2012).

Quanto aos serviços e às ações de saúde oferecidas particularmente ao idoso na RMSP, 27% dos representantes disseram não existir ações/serviços específicos ao atendimento deste segmento, enquanto 34% categorizaram suas iniciativas como incipientes. Ademais, 21% responderam que as ações existem, mas insuficientes para o atendimento integral desta população; e 82% reconhecem deficiências nos serviços dirigidos aos idosos de seus municípios.

De acordo com o discurso social de um representante de saúde - 37 anos e com formação superior, que trabalha na área há mais de quatro anos -, deixam de ser atendidos três mil idosos pela falta de médico geriatra na rede: *Nós não temos um geriatra na rede. Num município que tem mais de três mil idosos, isso é lamentável. Precisamos melhorar.* (Entrevistado 1). Essa mesma lacuna é destacada pelo discurso de outro representante - 31 anos, sem formação superior ou capacitação na área da saúde ao idoso -, que reclama da falta de serviços específicos: *Para os idosos não temos nada, nada, nada. A prefeitura não oferece nada. O que ela oferece é o geral, no coletivo; especificamente para o idoso, não* (Entrevistado 2).

Observa-se que, apesar das leis especificarem a responsabilidade dos serviços de saúde municipais, essas diretrizes estão longe de ser cumpridas. Para a efetivação do acolhimento da pessoa idosa, de acordo com o Caderno de Atenção Básica 19 (Brasil, 2006b), os profissionais de saúde devem

compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa, rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais. Esses aspectos não foram identificados nas falas de quaisquer dos respondentes. Menções veladas à integração entre rede básica e sistema de referências, à falta de facilitação de acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção e ao baixo investimento na qualificação dos atuais trabalhadores para atenção à saúde da pessoa idosa foram observadas. Destaca-se em meio às análises a completa ausência de qualquer menção à preocupação em realizar o acolhimento à pessoa idosa, no sentido de este atuar como uma tecnologia de reorganização dos serviços (Franco et al., 1999) ou de ferramenta assistencial vinculada às relações humanas e habilidades interpessoais dos profissionais que atendem os usuários (Miranda; Miranda, 1996).

Outro representante - 34 anos, farmacêutico, que trabalha na área há mais de 4 anos - disse não dispor de atendimento específico ou especializado em seu município, embora sua clientela maior seja de pessoas idosas e com foco no atendimento curativo:

Hoje a gente contempla bastante as necessidades da pessoa idosa. Não tem um trabalho específico para eles. Por exemplo, se tem um idoso que não tenha nenhuma doença [...], ele não está contemplado nesse programa. [...] Quanto às questões de prevenção, ainda não tem esse foco. Nós temos o foco mais curativo do que preventivo, mas a maioria está contemplada no programa. Mais de 60% das pessoas do programa são idosas. (Entrevistado 3)

Há uma reclamação em relação ao serviço prestado no seu município, relatado no discurso social de certo respondente - 29 anos, com formação em enfermagem e cursos na área do envelhecimento promovidos pelos governos estadual e municipal: *Já desenvolvemos, sim, algumas atividades específicas, mas considero que elas são insuficientes e elas*

precisam se aprimorar e melhorar, porque, como já disse, é uma demanda crescente. (Entrevistado 4). Mesmo nos municípios que apresentam equipamentos e serviços específicos aos idosos, nota-se referência frequente à falta da integralidade da atenção, por ausência de linhas de cuidado ou de fluxos de referência e contrarreferência na região, e privilegiando sempre aqueles que têm maior facilidade de acesso aos serviços.

...Das críticas ao serviço...

Dentre as principais críticas dos discursos sociais sobre o serviço de saúde dos municípios, destaca-se sobremaneira a referência à falta de recursos humanos qualificados (sobretudo “médicos geriatras”), ou seja, pessoas com conhecimentos especializados na atenção à saúde da pessoa idosa, com 14 citações (35,9%) ao todo, caracterizando, desta forma, o mais importante modo de crítica dos representantes aos seus sistemas operacionais de saúde.

Um teor de autocrítica é percebido em alguns discursos, a exemplo de um relato de um representante - 51 anos, com formação em psicologia e sem conhecimento ou capacitação na área do envelhecimento - referente à morosidade associada à burocracia:

Eu acho que as críticas têm que ser para nós mesmos, à nossa atuação, nós temos a consciência disso, mas muitas vezes a gente não faz no prazo que deveria fazer. Tem uma morosidade que envolve uma série de coisas e, às vezes, a morosidade associada à burocracia. Seja o que for, acho que é uma questão ruim. Acho que a gente ainda não sensibilizou todos os nossos profissionais da saúde para essa temática do idoso. Tem vários motivos, mas seria isso: todos os profissionais estão sensibilizados para a questão do idoso? Não, por mais que eu reconheça que avançou muito. (Entrevistado 5)

A despeito de o discurso demonstrar descontentamento para com a situação vivenciada, o mesmo representante também discorre acerca de sua esperança por melhorias no sistema:

O que me deixa otimista e que me consola é que eu acho que isto está faltando numa questão macro de um olhar muito maior pra gente implementar: não é, isoladamente, o meu município não conseguir. Agora, eu espero que o primeiro município a dar conta disso seja a gente, que se trabalhe para isso e que se consiga, não falte vontade política. (Entrevistado 5)

Nesses discursos sociais, os representantes demonstraram descontentamento com esferas superiores de poder e frisaram como são reféns de divergências entre os governos federal, estadual e municipal, responsáveis pelas verbas destinadas à saúde. Reclamam também da maior responsabilidade dos municípios na questão da saúde, como explicitado por um participante – 63 anos, com formação em Medicina e com conhecimentos advindos de cursos da área do envelhecimento:

Eu acho que nós precisamos ampliar o serviço farmacêutico. É assim, nós atendemos três ou duas vezes o sistema farmacêutico, que é aquela assistência básica exigida pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde. Incluímos itens que nenhuma dessas esferas incluiu. [...] Por exemplo, você tem, hoje, insulina de última geração, bombas de infusão de insulina, você tem remédios caríssimos e isso não existe em lista nenhuma do Ministério ou do Estado. O Estado distribui insulina comum e os equipamentos para medir. O município sofre ações cautelares da promotoria, em relação a compras de insulina de ação mais lenta, que não é contemplada. Isso precisaria ser incluído. Agora, essa é uma política que pode ser do município, mas agregada ao Ministério também. Quer dizer, o município está cada vez mais comprometido no seu orçamento com a saúde e com o serviço farmacêutico específico. [...] O município não aguenta. [...] Há uma crítica muito grande, ao estado de São Paulo especificamente, que não repassa valores aos municípios, repassa serviços. (Entrevistado 6)

Com a Constituição Federal de 1988, os municípios foram elevados à condição de ente federado,

com autonomia para organizar e gerir uma série de serviços públicos que passaram à sua competência, transformando assim sua agenda de responsabilidades. O cenário é, na realidade, de deficiências e falta de integração em todos os níveis de atenção à saúde: primária (atendimento deficiente nas unidades de saúde da atenção básica), secundária (carência de centros de referência com atendimento por especialistas) e terciária (atendimento hospitalar com abordagem ao idoso centrada na doença) (Freire Neto, 2014).

Outro tema abordado nas críticas dos representantes foi a forma de seleção dos funcionários e sua capacitação após a nomeação. Para um respondente – 43 anos, graduação em Geografia, mas sem formação em envelhecimento – não há capacitação sobre esta temática para a área da saúde que seja acessível a todos os servidores:

Há, com mais frequência, capacitação para a educação. Para a saúde precisaria também, porque o pessoal passa no concurso, te jogam lá pra fazer uma rotina e não há uma evolução dos profissionais, a pessoa entra lá e vai fazer o mesmo trabalho de quem já está lá há 10, 15 anos. (Entrevistado 7)

Os discursos sociais destacam os fatores que levam à demora na implantação de projetos ou na melhoria dos já implantados. Segundo outro representante – 58 anos, formação em Medicina, com cursos na área do envelhecimento promovidos pelos governos estadual e municipal – a maior crítica diz respeito à morosidade do serviço público: *A gente leva sete anos para fazer duas unidades e um pronto-socorro; então, a coisa pública é muito morosa. E os sonhos que a gente tem, o que eu sonhava 30 anos atrás ainda não deu para colocar em prática.* (Entrevistado 8). A morosidade e a burocracia impedem a eficiência do serviço público e, embora este tenha sofrido grandes transformações ao longo do tempo, seu maior desafio continua sendo tornar-se mais eficiente, a fim de atender os anseios da sociedade. A este respeito, corrobora com Gastão Wagner⁶, ao assinalar que

6 Ver: <<https://goo.gl/tZTRv7>>.

o desenvolvimento precisa estar articulado com o ser humano, quando os serviços de saúde terão prioridade, com eficácia, presteza e profissionais devidamente qualificados. Ou, como aponta Minois (1999), adaptar a sociedade às necessidades do ritmo do processo de envelhecimento.

...Às necessidades e expectativas para 2030

Nos discursos sociais em relação ao que os representantes desejariam que seus municípios tivessem em 2030, destaca-se sobremaneira a percepção da necessidade de espaços coletivos e integrados para atenção especializada ao idoso, seguido das demandas por maior quantidade de recursos humanos qualificados (incluindo médicos geriatras), maior articulação entre as secretarias e serviços multidisciplinares.

Os espaços coletivos de inclusão do idoso, assim como a intersetorialidade, são desejos realçados no relato de um dos 39 representantes, de 51 anos, com formação em psicologia e sem capacitação na área do envelhecimento:

A gente precisa de espaços coletivos que incluam mais o idoso, pra toda política que for pensar no município, tem que incluir o idoso. [...] Eu acho que as políticas precisam ser ampliadas, a gente tem que parar de pensar só em projetos pilotos, temos que ter a ousadia de disseminar as políticas. (Entrevistado 9)

O mesmo representante ainda chama a atenção para o desejo de maior participação dos idosos no desenho e implantação de ações e projetos em saúde na metrópole. Explica também que as exigências dos mais velhos não são levadas em conta na idealização de políticas, projetos e equipamentos voltados para eles, apesar de o *Estatuto da Cidade* (Brasil, 2004) determinar que a gestão democrática da cidade, bem como todo e qualquer organismo gestor das regiões metropolitanas e aglomerações urbanas, devem contar com a participação dos diferentes segmentos da população. Portanto, todo e qualquer ato que cerceie esse direito é ilegal e inconstitucional.

E vou dizer: se só o gestor pensar ou só o trabalhador quiser dar ideias, nós vamos errar muito. Nós temos que chamar o idoso pra dizer o que ele quer, às vezes o que ele quer é bem mais simples do que a gente está querendo oferecer. [...] Geralmente, quem projeta são pessoas novas, então ela projeta imaginando o que o idoso precisa. Então eu acho que, se a gente escutar um pouco o idoso... A gente fala tanto que chegar em certa idade é experiência, e na hora que a pessoa está na idade dela ninguém chama pra ouvir. Se ela é tão experiente assim, onde ela vai colocar essa experiência? Eu acho que pra cada projeto desse deveria abrir numa mesa e chamar os idosos, e eu vou ter que ter abertura de modificar meu projeto. Aqui no município a gente tem orçamento participativo também, tem a participação dos idosos. (Entrevistado 9)

O Caderno de Atenção Básica 19 (Brasil, 2006b) recomenda que, no acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para o estabelecimento de relação respeitosa, considerando a experiência de uma vida, em que as pessoas desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso. Para Derrida, “o acolhimento é sempre o acolhimento do outro” (apud Duque-Estrada, 2008, p. 42), pois trata-se de uma “receptividade do receber como relação ética” (p. 43), ou seja, um acolher que “recebe para além da capacidade do eu” (p. 43), o que, no pensamento levinasiano, implica afirmar que “o acolhimento acolhe para além dele-mesmo, deve na verdade acolher sempre mais do que ele pode acolher” (Derrida, 2008, p. 78).

O reconhecimento da importância de haver uma escuta às necessidades do idoso, a partir de sua participação em ações e projetos dirigidos ao segmento, para que sejam mais eficientes as ações do poder público, já se manifesta em algumas instâncias de poder, como a Comissão de Assuntos Sociais (CAS), que aprovou recentemente o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 62/2013, que modifica o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) fortalecendo a participação social dessa parcela da população, buscando aperfeiçoar as políticas para o setor.

O desejo de profissionais qualificados, especialmente de médicos geriatrias e atendimento

digno ao idoso nos espaços de saúde, foram citados frequentemente nos discursos sociais dos representantes, reforçando assim o modelo médico assistencial de saúde focado exclusivamente em intervenções de natureza medicocurativa, conforme as falas a seguir:

Nós precisamos de mais médicos geriatras, não temos na rede nenhum, ainda, não conseguimos contratar. (Entrevistado 10, 63 anos em 2030)

O que falta hoje é que deveria ter um médico geriatra para cuidar dos idosos, só para idosos. Um médico só é pouco, porque a demanda é grande e a saúde deles é precária. Você vê o idoso lá, esperando três, quatro horas para uma consulta que ele agendou há quatro, cinco meses. O idoso não pode ficar três, quatro horas esperando, sem nem ter um lugar direito para ele tomar a água. Não tem um banheiro decente. (Entrevistado 2, 31 anos, sem formação superior ou qualquer capacitação em Gerontologia e com 49 anos em 2030)

Falta um geriatra para fazer essa ação, criarmos espaços para eles terem exercícios físicos adequados à idade deles. (Entrevistado 11, 37 anos, formação em pedagogia e com 55 anos em 2030)

Constata-se assim que o modelo de atenção à saúde mais conhecido na metrópole é o do médico hegemônico – baseado em procedimentos e serviços especializados –, voltado para o atendimento da demanda espontânea cada vez mais crescente. É a partir desse modelo como representação da realidade de saúde que se destaca a existência de uma média de um geriatra para cada 20 mil idosos, enquanto o número de pessoas idosas aumenta ano a ano, conforme dados recentes do Conselho Federal de Medicina (CFM). Em *Carta aberta à população brasileira*, divulgada em 1 de outubro de 2014, Freire Neto (2014), presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em nome

desta, manifesta suas preocupações com o presente e o futuro dos idosos no Brasil, chamando atenção da sociedade para a necessidade de garantir a saúde como direito universal. A *Carta* assinala que “no que diz respeito à saúde do idoso, o SUS ainda não está preparado para amparar adequadamente esta população”.

A pesquisa *Demografia Médica do Brasil 2015*⁷ mostra a distribuição de médicos em municípios agrupados por estratos populacionais, revelando a existência de 1.405 geriatras no país no ano de 2014 (43ª posição de especialistas). Desse total, 461 concentram-se em São Paulo, o que demonstra uma centralização geográfica de médicos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste e nas capitais dos estados dessas regiões, lembrando que a atuação maior destes profissionais é no setor privado⁸. Há ações públicas, incipientes, preocupadas em atender essa demanda, muitas em andamento e já deliberadas, como a Lei que institui o Mais Médicos, programa do Governo Federal implantado em 2013, e a do Ministério da Educação, com a abertura de novas vagas em cursos de medicina.

Ressaltamos que esse modelo assistencial não contempla o conjunto de problemas de saúde da população, assim como demonstra o seu não comprometimento com a efetividade, qualidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde.

Quanto ao desejo de maior comunicação e articulação entre as diferentes secretarias responsáveis pela qualidade de vida dos cidadãos e uma melhor definição de assistência aos idosos, os discursos dos representantes assinalam o seguinte:

Acho que a articulação entre as secretarias para desenvolver mais atividades de prevenção para o idoso se beneficiar, seja esporte, interação mesmo, é importante. Eu falo articulação porque eu nem sei o trabalho que vem sendo feito nas outras secretarias e nem no Centro do Idoso. (Entrevistado 3, 34 anos, formação em farmácia e com 52 anos em 2030)

7 Disponível em: <<https://goo.gl/fBaJqg>>.

8 Há uma imensa desigualdade entre os setores público e privado. Em junho de 2015, de acordo com os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os clientes de planos de saúde eram mais de 50,5 milhões. Os demais, 150,5 milhões de brasileiros, recorrem exclusivamente ao SUS. Portanto, somente um quarto da população brasileira tem acesso a seguro e plano de saúde.

Falta uma interação melhor entre os serviços dos municípios que trabalham com a pessoa idosa, até mesmo entre as secretarias que compõem a prefeitura municipal. (Entrevistado 4, 29 anos, formação em enfermagem, com cursos gerontológicos promovidos pelos governos estadual e municipal, e com 47 anos em 2030)

O desejo de espaços coletivos especializados na atenção à saúde do idoso, como centros de referência, foi proposto por representantes da RMSP:

Acho que falta um local, mesmo, de referência ao idoso, para que ele tenha informações não só referentes à saúde, mas a sua moradia, à questão financeira mesmo. Muitas vezes ele não tem e isso envolve todas as secretarias para um trabalho conjunto. (Entrevistado 12, 47 anos, formação em Administração, sem formação em Gerontologia, e com 65 anos em 2030)

Acho que precisa mesmo de um centro de idoso, com médicos, palestras e outras atividades específicas para a idade. (Entrevistado 13, 42 anos, sem formação superior, e com 60 anos em 2030)

Que tenhamos mais centros de integração da terceira idade, que nós tenhamos a casa dia, ou mais de uma, até porque não vamos precisar de um número maior de unidades, porque a população daqui é estável também. (Entrevistado 14, 81 anos em 2030)

Para 2030, o que os discursos sociais indicam são melhorias e ampliação do que existe hoje e reivindicação do funcionamento de programas e ações implantados, mas ainda não executados. Esses desejos sintetizam os principais determinantes de saúde no acolhimento ao idoso na metrópole:

Um laboratório com especialistas e exames especializados. Primeiro, temos que ter uma rede básica integrando, a palavra vai ser integração, com os equipamentos. [...] O que vai faltar até 2030 é integração, é referência e contrarreferência funcionando. (Entrevistado 15, 52 anos em 2030)

Cem por cento de cobertura de PSF, Centro de Referência de Idoso, todas as vilas maiores com uma academia ou um espaço para trabalhar exercícios físicos e lazer; acho que se você conseguir atendimento básico, cem por cento de cobertura de saúde da família, cidade toda mapeada para conseguir uma coisa que eu não consigo hoje, que é a busca do idoso que não vai para a unidade. (Entrevistado 16, 70 anos em 2030)

Ainda é possível identificar nos discursos sociais uma credibilidade do sistema e uma vontade de que ele atinja a sua filosofia: equidade, integralidade e universalidade:

O grande desafio da saúde é o acesso, porque o SUS é um dos melhores sistemas de saúde, modelo, com dificuldade de acesso. Se em 2030 nós conseguirmos chegar na filosofia do SUS, que é a igualdade, acessibilidade, universalidade, eu acho que estaremos muito bem, se funcionar como foi desenhado e projetado, e pelo que eu vejo está caminhando a passos largos, ele andou bastante nesses 20 e poucos anos, se facilitarmos o acesso, nós teremos não uma saúde para o idoso, mas os idosos com saúde. [...] Se você voltar 80 anos atrás, 80% da população não envelhecia tanto porque morria de doenças infecciosas, hoje o que mais mata são acidentes cardiovasculares, câncer, acidentes e violência; então temos que pensar em prevenção. [...] Você não precisa de grandes centros [...], eu acho que o Governo Federal tem um desafio muito grande, precisa pensar urgentemente em popularizar a medicina. (Entrevistado 16, 70 anos em 2030)

Equipes que façam assistência domiciliar, estejam mais próximas na semana, que façam o trabalho com possíveis cuidadores, porque acho que esse trabalho não pode ser feito só pela instituição saúde, precisaremos de mais apoio. O que imagino são equipes que morem perto de onde eles residem, ou que trabalhem diretamente em apoio com cuidadores. (Entrevistado 17, 77 anos em 2030)

A Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2001), ao definir saúde como o “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente

a ausência de doenças”, incorpora nesse sentido um conceito de saúde resultado de um processo de produção social, sofrendo influência de condições de vida adequadas de bens e serviços. Dessa forma, percebe-se que essa compreensão não tem sido atingida na sua plenitude nos serviços de saúde prestados aos idosos que residem na área metropolitana de São Paulo, segundo relato dos representantes dos serviços de saúde. As dificuldades citadas por estes interferem de forma direta na obtenção desse bem-estar.

Considerações finais

A gestão dos serviços de saúde na região metropolitana é uma tarefa árdua, haja vista o envolvimento de diversas variáveis como os recursos humanos disponíveis, sua capacitação, seu interesse e motivação, o excesso de demanda, recursos limitados, os entraves burocráticos e interesses políticos, entre outros (IPEA, 2011).

A partir dos discursos sociais dos representantes dos serviços de saúde da RMSP, é possível estabelecer o perfil da atenção dispensada à saúde dos idosos nos serviços disponíveis hoje, quais sejam: serviços e ações de saúde ausentes ou incipientes; falta de profissionais de recursos humanos qualificados na área do envelhecimento e de médicos geriatras; crítica à forma de seleção dos servidores e capacitação inacessível a todos; divergência entre as esferas de poder; morosidade e burocracia dos serviços; e foco no atendimento curativo. Para 2030, os conselheiros sugerem espaços coletivos especializados, mais articulação e comunicação entre e em meio às Secretarias, participação dos idosos no desenho e implantação de ações e projetos em saúde para o segmento, mais médicos geriatras e profissionais especializados, programas multidisciplinares específicos, agilidade dos serviços, funcionamento do SUS e integralidade na assistência.

Os discursos sociais dos representantes dos serviços de saúde da RMSP quanto ao que desejam para 2030 – ou seja, daqui a 15 anos, quando sua média de idade será de 63,7 anos – indicam melhorias e ampliação do que já existe e reivindicação do funcionamento de programas e ações implantadas,

mas não executadas ainda, demonstrando que ainda acreditam no sistema universal de saúde e na integralidade do seu funcionamento. Não houve sugestões sobre qualquer outro tipo de serviço fora do sistema atual.

O despreparo dos representantes de saúde em temas ligados à longevidade humana é visivelmente percebido – enquanto todas as projeções apontam para o rápido envelhecimento populacional e, conseqüentemente, a certeza do aumento da demanda dos serviços de saúde que deveriam ser oferecidos por suas secretarias. Não se falou das tendências do envelhecimento da RMSP, como a feminização da velhice, o morar só e desigualdades quanto à renda, escolaridade, migração e etnia (Medeiros; Castro, 2004). Contudo, essas informações são essenciais para pensar em ações e serviços específicos que levem em conta a singularidade e heterogeneidade da velhice. Assim, nota-se o despreparo de importantes atores representantes das secretarias de saúde da maior área metropolitana nacional quanto ao que estão gerindo, o que vão gerir e principalmente para quem vão gerir.

Nota-se também a insatisfação dos representantes quanto aos serviços e ações de saúde específicos existentes e oferecidos hoje, especialmente em relação à organização da assistência à saúde, embora esta seja apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante (Scliar, 2007). Com exceção de um entrevistado, os demais procuraram encontrar culpados para essa situação que não eles próprios. Entretanto, observa-se também acomodação ante as dificuldades encontradas e pouca iniciativa na busca de alternativas viáveis de resolução de problemas capazes de driblar os obstáculos. Os discursos sociais indicam que a morosidade do sistema e a burocracia dos processos legais para a execução de ações, obras, implantação de projetos e políticas na RMSP acabam por desmotivar, desanimar e diminuir o ímpeto daqueles que gostariam de fazer alguma diferença, colaborando para levá-los à descrença e impotência diante do sistema.

Embora as críticas aos serviços, as necessidades e expectativas para 2030 relatadas nos discursos sociais propiciem subsídios necessários à formulação de propostas que equacionem problemas e

impulsionem o esforço de se criar suportes sociais urbanos de proteção à velhice, há que se ampliar a abordagem tanto do acolhimento quanto da integralidade da saúde, levando-se em conta o acúmulo histórico de contribuições nessas áreas pelos diversos campos do saber e práticas sociais.

Indubitavelmente, a urbanização e o envelhecimento demográfico influenciam a organização coletiva da humanidade, assim como sua existência. Esses dois fenômenos, que impactam significativamente o campo da saúde na cidade, são desafios que a sociedade deve levar em conta ao pensar o futuro, no sentido de contribuir para a construção de uma cidade acolhedora para todos, considerando uma existência humana - complexa, heterogênea, singular e finita - cada vez mais longeva.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <<https://goo.gl/rslKi>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- BRASIL. *Estatuto da Cidade*. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental. Brasília, DF: Senado Federal, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/rXsbKc>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. I).
- CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Editora Universitária - UFPB, 2005. p. 511-539.
- DERRIDA, J. *Adeus a Emmanuel Lévinas*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- DUQUE-ESTRADA, P. C. (Org.). *Espectros de Derrida*. Rio de Janeiro: NAU, 2008.
- FRANCO, T. B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
- FREIRE NETO, J. B. *Carta aberta à população brasileira*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/2kQyrs>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Comunicados do Ipea nº 116*: desafios contemporâneos na gestão das regiões metropolitanas. Brasília, DF: Ipea, 2011.
- KIMURA, C. *Quem cuidará de nós em 2030?* Percepção dos representantes das Secretarias de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- MEDEIROS, S. R.; CASTRO, Y. P. G. Mapeando a população idosa na Região Metropolitana de São

Paulo. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 23-49, 2004.

MINOIS, G. *História da velhice no Ocidente: da Antiguidade ao Renascimento*. Lisboa: Teorema, 1999.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. *Construindo a relação de ajuda*. 10. ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, F. T. *A prática do acolhimento na organização do processo de trabalho*. 2010. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Bocaiuva, 2010.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

Contribuição dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Recebido: 09/02/2016

Reapresentado: 20/08/2016

Aprovado: 25/08/2016