

# REFLEXÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Patricia Barreto Cavalcanti<sup>1</sup>  
Natanna Lopes de Araújo<sup>2</sup>

## Introdução

Este estudo pretende travar a discussão em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Envelhecimento. Parte do seguinte questionamento: os avanços em torno da legislação voltada à saúde do idoso são acompanhados pelos serviços públicos de saúde? As mudanças no perfil etário e epidemiológico do Brasil requerem estratégias de Estado que consigam dar respostas eficazes as demandas oriundas do processo de envelhecimento, respostas em prol da ampliação dos direitos sociais e não a redução da proteção estatal pautada nos mínimos sociais.

Assim, sendo a saúde e o seu contraponto, a doença, processos que mais afetam esse segmento populacional (conforme pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha em 2014), reafirmam a importância dessa discussão, bem como, a necessidade do

---

<sup>1</sup> Docente Associado IV do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Serviço Social/PUC-SP. Bolsista de Produtividade do CNPQ. Coordenadora do SEPSASS

<sup>2</sup> Mestranda do Programa Acadêmico em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa em Política Social, Saúde e Envelhecimento.

fortalecimento do SUS em particular da atenção básica, considerada a porta de entrada dos usuários ao SUS. Há de considerar também que os idosos são os que mais consomem os serviços de saúde, dada às circunstâncias impostas pelo processo de envelhecimento.

Contudo, apesar da necessidade de um Sistema Único de Saúde efetivamente universal e de qualidade, verifica-se o desmonte dos direitos sociais na perspectiva da ofensiva neoliberal e a prevalência de políticas paliativas, com a refração das expressões da questão social.

A análise em tela é parte da pesquisa “Caracterização da Saúde do Idoso: análise a partir da realidade do município de João Pessoa/PB”, realizada com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sob o número do CAAE 23289613.8.0000.5183, cujo objetivo central foi captar a compreensão que os idosos da atenção básica do município de João Pessoa possuem a respeito do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa possui um caráter quali-quantitativo e foi realizada em 2014, numa Unidade Básica de Saúde- UBS do município de João Pessoa-PB. O procedimento metodológico constou do uso da observação com registro em diário de campo, pesquisa bibliográfica e documental e da realização de entrevistas semi-estruturadas, cujo conteúdo das questões abordadas versou sobre o grau de resolubilidade do SUS às necessidades/demandas de saúde dos idosos e o grau de dependência do idoso em relação ao serviço de saúde.

A amostra foi por acessibilidade e de um total de 52 idosos cadastrados na UBS, foram consultados 12. As entrevistas foram realizadas na própria UBS no período da manhã, considerando ser esse turno o de maior fluxo no serviço.

O tratamento do material obtido no trabalho de campo se deu através de tabelas, gráficos e de fragmentos das falas obtidas durante as entrevistas e aqui textualmente colocadas, debatendo-as à luz do referencial teórico de modo a atingir os objetivos da investigação.

O artigo está estruturado em dois eixos, nos quais se discute o processo de envelhecimento e suas singularidades em relação à prestação dos serviços de atenção básica no Brasil e as percepções dos idosos em relação à efetividade do Sistema Único de Saúde, em cotejo com os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família.

## 1. Envelhecimento e atenção básica

O processo de envelhecimento brasileiro ganhou fôlego, sobretudo, com a expressiva queda da fecundidade. A título de exemplo, em 1940 era 6,2 filhos por mulher, em 2007, esse número passou para apenas 2,01 filhos (DATASUS *apud* LEBRÃO, 2009). Um novo perfil etário firmou-se no país o que influenciou as condições de moradia, saúde, educação e renda, requerendo assim, desde então, ações governamentais que possam responder as necessidades desse segmento populacional.

De acordo com o Sistema de Indicadores Sociais (2012, p. 40-41) “[...] no período de 2001 a 2011, o crescimento do número de idosos de 60 anos ou mais de idade, em termos absolutos, é marcante: passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões [...]”, e esses dados continuam a crescer, pois a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD, 2013) aponta que o Brasil possui 13,0% de sua população composta por pessoas com idade de 60 anos ou mais, um aumento de 0,4 pontos percentual maior que no ano de 2012.

O Estado da Paraíba também apresenta um elevado número de idosos, contendo 12% de sua população formada por idosos, estando atrás apenas do Rio Grande do Sul (13,6%) e do Rio de Janeiro (13%). João Pessoa, PB, é a 10ª capital do Brasil com maior número de idosos com 60 anos ou mais (IBGE, 2011).

Segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2011, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 195 municípios da Paraíba que dispunham de políticas ou programas voltados para a pessoa idosa, 104, o que representa 53,3%, não incluíam ações de enfrentamento à violência

contra os idosos, por exemplo. Para as autoridades, as condições de infraestrutura e programas de apoio governamentais ainda são insuficientes para promover a qualidade de vida dos mais de 452,386 mil idosos que moram na Paraíba, com idades de 60 a 100 anos ou mais, conforme apontou o Censo de 2011. De acordo com a citada pesquisa, do total de municípios com programas de assistência aos idosos, 74 não possuíam medidas que garantissem acessibilidade a espaços públicos de esporte e lazer e 141 não ofereciam melhorias de acessibilidade nos transportes públicos.

Autores como Mendonça e Pereira (2013) afirmam que os idosos consomem mais os serviços de saúde e da assistência social do que as pessoas de outras faixas etárias, acarretando, portanto, em maiores gastos públicos. Para além dessas considerações, o perfil epidemiológico e demográfico que se instaurou no país desde 1960, bem como, a mobilização dos aposentados (na passagem dos anos de 1960 aos anos de 1970), contribuíram, para a produção de novos significados para a velhice conforme aponta BE-BERT (*apud* GROISMAN, 2014).

Nessa concepção, a saúde brasileira também é permeada por novos projetos e diretrizes diante do movimento da reforma sanitária (POLIGNANO, 2005), o que vai corroborar para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado por níveis de complexidades diversos.

Para Starfield (2002), o modelo em saúde instituído em níveis de complexidades surgiu na década de 1920, na Grã-Bretanha, o qual serviu de base para a organização dos sistemas de saúde de vários países. No entanto, apenas em 1978, com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) é que a Atenção Primária entra na pauta das discussões. Ou seja, foram propostos acordos e metas entre os países membros para atingir o maior nível de saúde possível para todos os povos até o ano 2000 através da Atenção Primária em Saúde (APS).

Ainda segundo esse autor a atenção primária caracteriza-se enquanto abordagem que forma a base e determina o trabalho de

todos os outros níveis do sistema de saúde. Ela “aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar” (p.28, 2002).

É possível dizer, conforme Matta e Morosini (s/d), que no Brasil a APS incorpora sua formatação através dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e legalizados pelo SUS, o que resulta na Atenção Básica em Saúde, sendo a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a base da Atenção Básica brasileira (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994 torna-se a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde, constituindo-se enquanto centro de comunicação com a rede de atenção à saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Importante sinalizar que, este propunha a reorganização do modelo tradicional de atenção à saúde da população, a partir da Atenção Básica em Saúde.

Essa nova compreensão em saúde visa superar o caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, conduzidas às populações de territórios delimitados (BRASIL, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, s/d).

A atenção básica é, portanto, o modelo em saúde que se encontra mais próximo da comunidade, das condições ambientais e de moradia, dos recursos sociais e culturais do território. Esse novo perfil de cuidado à saúde é desenvolvido pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família/eSF, e outras modalidades de equipes de atenção básica), nas quais as Unidades de Saúde da Família dispõem de um importante papel, sobretudo, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão cotidianamente nos espaços do território.

Os ACS têm a importante função de promover o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, inclusive daquelas

impossibilitadas de buscar o serviço, pessoas com deficiências, idosos, dentre outros e seu trabalho exprime um dos princípios diretores do SUS - a universalização (MALFITANO; LOPES, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) as Unidades Básicas de Saúde (UBS), locais onde são realizadas as ações de saúde, visam englobar a promoção, proteção e prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e promova a autonomia das pessoas, considerando os determinantes e condicionantes em saúde.

Nesse processo, o atendimento junto a Estratégia de Saúde da Família-ESF apresenta-se como referência para o cuidado, na priorização de fatores e grupos de riscos, na atenção ao domicílio, nas ações intersetoriais e integrada à rede de serviços de saúde e na promoção da qualidade de vida dos usuários, entre eles, os idosos.

Contudo, há que se registrar que ao longo de sua implementação a citada estratégia tem apresentado problemas que se relacionam a suas várias dimensões, dentre as quais se destacam: a político-ideológica; a operacional ou de gestão e por fim a de organização e divisão do trabalho em saúde.

Segundo Salum (1999) o PSF (atualmente ESF) apresenta-se como um reforço ao projeto de ajuste estrutural que emergiu nos últimos anos no Brasil, conduzido pelas agências financeiras internacionais (BID, FMI). Tal projeto, no que se refere a assistência pública à saúde, defende programas focais destinados a camada da população que é excluída socialmente, num movimento contrário ao movimento proposto pelo SUS, que reconhece a saúde como direito social e público. Representa também, uma releitura da dominação do modelo clínico em saúde, ou seja, como a ESF centra-se na assistência médica, observa-se que a tal propalada hegemonia médica é mais uma vez reforçada. Ademais, pode ser facilmente constatada uma reedição contemporânea da divisão técnica do trabalho, já que o serviço incorpora o trabalho intelectual

e de comando aos profissionais de nível superior e o trabalho manual executado pelos agentes comunitários de saúde.

Autores como Merhy & Franco (2000), também já sinalizavam há muito, as inconsistências da ESF que envolve desde a precarização do processo de trabalho, a produção do cuidado em saúde ofertado de modo pulverizado em razão das limitações de composição das suas equipes, até a dificuldade de se constituir de fato em “Porta de Entrada” do Sistema e produzir os movimentos de referência e contra-referência, tão necessários.

Ademais, a ESF incorpora historicamente ações de natureza micro que sobrepõem ou não dialogam com as de natureza macro, que se escondem através do rotulo da humanização das práticas, do acolhimento, e até mesmo da Promoção da Saúde que se reveste em sua perspectiva mais reduzida e se dilui num conjunto de atividades ditas “educativas”.

Outras questões tem se colocado como pertinentes ao debate, ou seja, a necessidade urgente de modificar as práticas e as concepções teóricas dos agentes sociais envolvidos (profissionais, gestores, usuários), num resgate de uma formação que resgate a noção de cidadania, direito social e de participação política. Questões como a noção de território e espacialidade das práticas ainda precisam ser exploradas principalmente na interface com a promoção da saúde, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade. A hierarquização do conhecimento na saúde e nas práticas dentro das equipes é outro aspecto que merece destaque, bem como, entender a construção do conhecimento em suas bases epistemológicas, seus rompimentos e rearranjos, numa conjuntura fecunda a análises técnicas e assépticas de perspectiva crítica se faz necessário frente a ofensiva neoliberal.

Quando nos reportamos de modo nuclear a saúde do idoso, observamos que no plano institucional um importante avanço à saúde do idoso foi o Pacto pela Vida (2006), através do qual a saúde do idoso passou a compor (em tese) as prioridades dos gestores.

Contudo, pelo caráter multifacetado que as demandas dos idosos incorporam, em relação ao cuidado em saúde, constatamos que o Pacto pela Vida não foi construído acompanhado de um

pacto político que apoiasse sua implementação, produzindo desde então, poucos impactos na melhoria dos serviços ofertados, em particular aqueles voltados aos idosos.

Importante também elucidar que tal entrave não se restringe ao campo da assistência pública à saúde. As políticas destinadas ao idoso e ao envelhecimento no Brasil em geral, não apresentam historicamente, uma abordagem ampla e integralizada a setores como: educação, esporte, economia, mercado de trabalho, habitação e previdência social, além da promoção de programas de capacitação de profissionais nas áreas de geriatria, gerontologia. Decerto, este hiato forjado entre a visibilidade da velhice na década de 1990 no país e a operacionalização dos avanços legais, passa concretamente pela exclusão do idoso do processo produtivo e pelo tênue protagonismo, ou baixo poder de pressão e organização desse segmento no tecido social.

Assim, apesar da criação de um leque de instrumentos normativos criados em defesa do direito à saúde do idoso, quais sejam: a Lei n 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), a Lei n° 10.741/2003 que discorre sobre o Estatuto do Idoso e a Portaria n° 2.528/2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006); Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (2010), dentre outros, persistem os problemas assinalados anteriormente.

A própria Política Nacional de Atenção Básica (2012) é bastante clara em relação a produção do cuidado voltado a população idosa quando infere algumas ações:

- [...] ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários; - [...] garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de



ser referência para o seu cuidado [...] - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos e integrar as ações programáticas e a demanda espontânea; articular as ações de promoção à saúde, prevenir agravos de vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins [...] (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 20)

Apesar de todas essas atribuições, observa-se em contrapartida que a equipe mínima deve (sob a ótica legal) ser composta, apenas por médico e enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, “podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal” (IBIDEM, p. 55, 2012). Verifica-se assim, o quão mínimo é essa equipe para atender a demandas tão imensas e multifacetadas, dadas às diretrizes que orienta essa política.

Outro ponto em destaque é a proporção de pessoas que devem ser cobertas por essas equipes, ou seja, ainda de acordo com a PNAB, cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 mil, o que é considerado um número expressivo para o tamanho da equipe. Levantamentos realizados pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2008) apontam que existe na saúde uma desproporção entre a oferta, a capacidade de atendimento e a demanda na atenção básica, o que corrobora para a descontinuidade na atenção e no acesso à rede de serviço (SOUZA *et al*, 2008).

No tocante a atenção dirigida aos idosos, nas USF perpetuam-se serviços voltados ao controle de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; informações e orientações sobre rede de serviço de saúde, direitos em saúde; serviço de atenção em domicílio; encaminhamentos à rede de serviços de saúde (média e alta complexidades) e vacinação, corroborando assim, com as colocações de Cavalcanti, Carvalho e Medeiros (2012) que sinalizam

a semelhança de tais ações ao modelo campanhista (pontual e sazonal), e não destinadas exclusivamente a população idosa.

Assim, ainda que se constate um arcabouço normativo que proponha ações de atenção básica integrais, intersetorias e resolutivas, no cotidiano desses serviços destaca-se a inoperância da política de atenção básica em saúde, fruto do contexto estrutural do SUS e das diversas expressões da questão social, ali encontradas.

Ademais, o itinerário que o idoso tem que percorrer para obter resolutividade em suas demandas mais corriqueiras (a maioria delas vinculadas ao cuidado em saúde) é pautado em inacessibilidade ou em vivências em ações sobrepostas, ora de gestões municipais, ora de ações estatais, visto que não existe ainda uma sincronia entre os agentes e políticas voltadas para o segmento, notadamente as de corte social (Assistência Social, Previdência, Saúde, Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa).

É importante porquanto, ressaltar que, em relação aos níveis de média e alta complexidade a situação se agrava, tendo em vista o contexto mais amplo de violação do direito à saúde para a população de modo geral. São nestes níveis de atendimento, que as redes de atenção mais têm sentido os impactos do projeto privatizante na saúde.

Não é sem razão, que são nesses espaços que o processo de judicialização da saúde tem se expandido. Em relação ao atendimento prestado pelo SUS (PNSPI) aos Idosos, percebe-se claramente a não utilização dos princípios da universalidade, equidade e integralidade e o descumprimento sistemático do Estatuto do Idoso em seu capítulo IV que trata diretamente do direito à saúde, ou seja, o acesso universal, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; a diminuição das desigualdades com discriminação positiva e a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, não são observadas.

Como sinalizado na Política de Humanização (2006), dentre os desafios do SUS estão: a fragmentação do processo de trabalho; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de

referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e no fomento à cogestão e, ainda, desrespeito aos direitos dos usuários, dentre outros.

Desse modo, a Atenção Básica encontra-se em um cenário distante de abarcar as questões de saúde que englobam o processo de envelhecimento de forma que garanta a resolubilidade das necessidades em saúde dos idosos. Nessa direção, a realidade do município de João Pessoa, PB, não se distancia dessa conjuntura.

## **2. Velhice na Atenção Básica: O SUS oferece respostas às necessidades em saúde dos idosos?**

Nessa seção trataremos do resultado de nosso estudo, notadamente, sobre o que os usuários idosos da Atenção Básica, especificamente, da Unidade de Saúde da Família Nova Esperança, localizada no município de João Pessoa, PB, informaram sobre as condições dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Como foi assinalado anteriormente, participaram da pesquisa de campo 12 usuários idosos, no período de janeiro a fevereiro de 2014, sendo 100% do sexo feminino, havendo a prevalência de pessoas com idade entre 60 e 64 anos e 75 e 80 anos, conforme aponta tabela abaixo.

**Tabela 1 – Quanto à Idade dos usuários entrevistados**

<b>IDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>60-64</b>	4	33,4
<b>65-69</b>	2	16,6
<b>70-74</b>	2	16,6

<b>75-80</b>	4	33,4
<b>TOTAL</b>	12	100

Fonte: dados primários.

O envelhecimento populacional ocorre de maneira diferente entre os membros da população, diferenças essas caracterizadas por questões etárias, de gênero e socioeconômicas, conforme aponta Daniel, Simões e Monteiro (2012). Nesse contexto, há que se registrar que a feminização da velhice já é um fenômeno que vem se destacando nos estudos sobre o idoso, como o de Fernandes e Soares (2012) que sinalizam a importância de políticas públicas que considerem a questão de gênero no processo de envelhecimento da população brasileira.

Decerto, as modificações no mundo do trabalho no contexto de reestruturação produtiva alteraram o conjunto da sociedade, com a precarização do trabalho, desemprego, novas exigências de qualificação e escolarização (BEHRING *apud* DELGADO; FLOR, 2012), afetando diretamente a estrutura de classes e as relações de gênero.

Ainda para Delgado e Flor (2012, p. 79),

As mudanças contemporâneas se configuram como contexto em que o envelhecimento feminino vem sendo construído diferencialmente em relação a épocas anteriores. [...] Ao mesmo tempo, as idosas assumem papéis e responsabilidades crescentes na provisão e chefia familiar, bem como no cuidado de gerações mais jovens [...] Do mesmo modo, as condições objetivas das mulheres mais velhas para a vivência dessa etapa da vida, além de reproduzirem as diferenças de classe de nossa sociedade, reproduzem as desigualdades de gênero, pelo menos no tocante à questão da proteção social a essas idosas.

De acordo com Monge, Nunes, Snyder e Wong (*apud* DANIEL; SIMÕES; MONTEIRO, 2012) as mulheres vivem mais tempo, sozinhas, com mais doença crônicas não fatais, incapacidades e limitações funcionais. Estas, de acordo com esses autores,

correspondem àqueles que mais utilizam os serviços de saúde e apresentam maior taxa de morbidade. Outro fator em destaque é o impacto das desigualdades de gênero tracejado ao longo da vida, como por exemplo, a discriminação com relação ao emprego (CEDAW *apud* DANIEL; SIMÕES; MONTEIRO, 2012).

Papaléo (Médico e Gerontólogo, referência no estudo da Ciência do Envelhecimento) em entrevista à Revista Portal de Divulgação (2012) afirma que estatísticas mostram em todo o mundo que a mulher tem uma sobrevida de cinco a sete anos maior que o homem. E um dos motivos é que as mulheres, desde a adolescência, cuidam melhor de sua saúde, ao contrário, dos homens, que em sua maioria, desde a juventude, se submetem a diversos fatores de risco, tais como: tabagismo, etilismo, acidentes, dentre outros. Ainda de acordo com Papaléo, não há dúvida de que a velhice masculina e a velhice feminina são diferentes.

Desse modo, a partir da concepção dos autores supracitados verifica-se que a prevalência de mulheres idosas nos serviços de saúde perpassa por uma série de condições sociais, econômicas, culturais, políticas e históricas que atravessam a conjuntura de gênero no país.

Outra variável levantada entre as entrevistadas foi com relação à Rede de Atendimento Médico Hospitalar da qual a usuária é dependente, ou seja, o que ela busca quando necessita de um atendimento em saúde. Constatou-se que 100% alegaram depender “exclusivamente” do Sistema Único de Saúde. No entanto, 58,4% das usuárias relataram buscar algum serviço privado de saúde face à demora em conseguir acesso via SUS, e outras 16,6% das usuárias alegaram também serem assistidas pelo Instituto de Assistência à Saúde do Servidor (IPEP) da Paraíba.

A esse respeito Louvison et alii (2008, p.2).colocam que;

A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Nestes, em especial, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos domiciliares pouco continentais. Isso gera necessidade de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às

novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores familiares ou não. As doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias.

No entanto, um paradoxo estrutural se coloca, qual seja: como construir ações equânimes se as políticas de proteção social brasileira (especialmente a de saúde) vêm se estruturando de formas seletivas e com inúmeras condicionalidades? Como promover a equidade no atendimento a segmentos ultra vulneráveis (como o dos idosos) num contexto de gestão de políticas públicas caracterizado por iniquidades seja a partir da base de financiamento, seja pela insuficiência de recursos humanos capacitados?

Como afirma Veras (2009, p.3):

O dilema para o gestor do sistema de saúde está dado no texto da Constituição, ao garantir a saúde como ‘um direito de todos e um dever do Estado’. A questão, portanto, é como se pode respeitar as leis ‘universalistas’ frente à escassez de recursos disponíveis, o que leva a alguma forma de priorização, ou de ‘focalização’ das ações. O suposto antagonismo entre universalização e focalização deve ser integrado numa concepção dialética de justiça, entendida como ‘igualdade’ de princípio e ‘focalização’ de fato, o que corresponde a ‘justiça com equidade’.

Estudo realizado em 2010 com mil pacientes idosos revela que cerca de 84% dos idosos dependiam exclusivamente do Sistema Único de Saúde (BALDONI; PEREIRA 2011). Sendo assim, observa-se que o SUS é o grande responsável por atender as demandas dos usuários idosos, logo, a qualidade de seus serviços irá impactar diretamente na saúde desse segmento populacional.

Com base em tais prerrogativas, questionamos as entrevistadas se os serviços de saúde públicos oferecem respostas efetivas às necessidades dos idosos? E por quê? A esse respeito, obtivemos as seguintes repostas, conforme tabela abaixo:

**Tabela 2 – Quanto ao SUS atender as necessidades de saúde dos idosos**

	N	%
<b>SIM</b>	2	16,6
<b>NÃO</b>	10	83,4
<b>TOTAL</b>	12	100

Fonte: dados primários.

Observa-se que a maioria das usuárias não está satisfeita com os serviços ofertados pelo SUS, tendo em vista que estes não conseguem atender integralmente as suas necessidades. Nesse sentido, apesar dos avanços tecnológicos que permitem a possibilidade de melhor tratar as doenças que mais acometem os idosos, verifica-se em contrapartida o enfretamento de dificuldades dos sistemas nacionais de saúde (não apenas no Brasil, mas no mundo em geral) em tornar novos tratamentos acessíveis à maioria das pessoas, bem como, problemas relativos as estratégias pensadas apenas para um curto prazo e contenção de custos. Tais condições contribuem para as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços (KALACHE, 2008).

As fragilidades do Sistema Único de Saúde repercutem no fragmento das falas das usuárias, como é possível constatar:

“Porque muitas vezes os idosos não têm suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde”. (Entrevistada n° 01)

“Porque deixa muito a desejar, falta interesse dos gestores. Falta vaga nos hospitais, falta medicamentos”. (Entrevistada n° 02)

“Embora o SUS venha ofertando muita coisa aos idosos, ainda há muitas fragilidades. Temos que brigar muitas vezes para conseguir algo”. (Entrevistada n° 03)

“Porque ainda há muita coisa que precisa melhorar, por exemplo, a medicação falta, tenho muitas vezes que comprar”. (Entrevistada n° 04)

“Porque é muita demora para ter atendimento médico, a marcação demora, o atendimento demora. A saúde para o idoso ainda precisa melhorar muito”. (Entrevistado n° 10)

“Como o idoso é bem atendido? Falta medicação ou demora a chegar; marcar exames e consulta a demora é ainda maior. O idoso tá longe de ser prioridade”. (Entrevistado n° 11)

Para Gerschman (*apud* JUNQUEIRAI; COTTA; GOMES *et al*, 2009), dentre os problemas enfrentados pelo SUS está à condição dos gestores do sistema local, pois estes atuam sob pressão política do governo municipal e esquecem que não há lugar “para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos – recursos humanos, equipamentos, infraestrutura dos serviços e demandas sociais – estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local” (p. 129). Ou seja, as ingerências dos gestores, juntamente com a predominância de condutas antiéticas, assistencialistas e paternalistas influenciam na oferta dos serviços de saúde ofertados.

Ferreira e Teixeira (2014) vão além dos problemas “micros” e trazem um olhar “macro” da situação das políticas de saúde brasileiras. Para elas há a necessidade de reconstrução do Sistema Único de Saúde levando em consideração suas bases medulares, ou seja, requer mudanças estruturais, sobretudo na prática sanitária. As autoras afirmam ainda, que o direito à saúde é bastante violado, tendo em vista o sucateamento da saúde evidenciado na realidade cotidiana das instituições em saúde, tal concepção corrobora com as falas das entrevistadas.

Desse modo, o descumprimento do que versa o SUS repercute na qualidade dos serviços ofertados e na satisfação das usuárias idosas, que correspondem a uns dos maiores demandantes do sistema público de saúde. Vale destacar ainda, que a atenção básica é um dos serviços que mais apresentam fragilidades conforme apontam os estudos de Junqueira, Cotta, Gomes, Silveira, Siqueira-Batista, Pinheiro (2009), Melo, Araújo, Valença e Rocha (2012).

Camacho e Coelho (2010) prescutam ainda que há a necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se



principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde, para o atendimento adequado as necessidades dos idosos.

Destarte, é sabido que o SUS é atravessado por problemas oriundos, sobretudo, do contexto estrutural sob o qual foi criado e é implementado, o que repercute nos serviços ofertados e no acesso ao direito a esse elemento fundamental à vida, a saúde. Tal contexto ecoa na não validação do direito à saúde do idoso e, por conseguinte, na qualidade de vida dessa população. São, portanto, desafios cotidianos que emergem exigindo, portanto, um posicionamento do conjunto da sociedade (gestores, políticos e sociedade civil) frente à luta por uma saúde pública de qualidade, que faça validar o que rege a vasta legislação.

## Conclusão

Considerando a saúde como um componente indispensável à vida, o acesso aos serviços de saúde de qualidade é um direito inquestionável. Todavia, desde a criação do SUS, há 25 anos, observamos um Sistema Único de Saúde que ora avança, ora retrocede. Atualmente vivenciamos a alteração da lei 8.080/1990, com a abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviço à saúde, o que é considerado um recuo ao direito à saúde pública.

E nessa conjuntura de fortalecimento da rede privada de saúde, os serviços públicos de saúde não conseguem cumprir o que rege seu arsenal de documentos normativos e a legislação, portanto, garantido o mínimo à população. E sendo assim, o idoso se vê no contexto de negação do direito integral a uma saúde de qualidade, esbarrando-se em serviços fragilizados e precários, incapazes de suprir a suas necessidades.

E a porta de entrada do usuário ao SUS, a atenção básica, que deveria ser o elo entre os demais serviços de saúde, não consegue ultrapassar serviços rotineiros e “micro localizados”, pois envolvem uma grande demanda e um contexto estruturalmente complexo, seja do SUS, seja do Programa/Estratégia Saúde da Família. Em

meio a “era da resolutividade, produção e tempo”, os cuidados “paliativos” tomam o lugar do cuidado integral, preventivo, equânime e universal.

Decerto, presenciamos um período de expansão de leis a favor dos direitos sociais aos idosos, mas, em contrapartida o seu descumprimento, como também a ausência de mobilização da sociedade civil em prol da validação desses direitos e do SUS. Portanto, o presente trabalho ressalva a importância do sistema de saúde público para atender as necessidades dos idosos. No entanto, reconhecemos que esse precisa de melhores cuidados, que extrapolem “a doença” e atinjam diretamente “à saúde” da população.

## Referências

ARAUJO, V.R DE; VALENÇA, A M G; ROCHA, A. V. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o olhar do usuário. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Volume 16 Número 2, Páginas 195-204 2012.

BALDONI, A.O.; PEREIRA, L.R.L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. em **Ciênc Farm Básica Apl.**, 2011;32(3):313-321. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1505/1173](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1505/1173). Acesso em: 10 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.741/2003**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974**. Brasília, 1974. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6179.htm)>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 de Fevereiro, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.842/1994**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**, s/d. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 699**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União, 30 mar. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 279-84.

CAVALCANTI, P; CARVALHO, R N; MEDEIROS, K T. Intersetorialidade, **Políticas Sociais e Velhice no Brasil**: entre a falácia e a efetivação do direito social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Laboratório de Estudos Contemporâneos. *Polêmica*, v. 11, n. 4, outubro/dezembro 2012.

DANIEL, F; SIMÕES, T; MONTEIRO, R. Representações sociais do «Envelhecer no masculino» e do «Envelhecer no feminino». **Ex aequo** n° 26. Vila Franca de Xira 2012. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087455602012000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087455602012000200003&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 10 de Fevereiro de 2015.

DELGADO, J; FLOR, C.S.V. Políticas Sociais para Idosos: algumas reflexões a partir do enfoque de Gênero. **Mediações**, Londrina, v. 17 n. 2, p. 73-91, Jul./Dez. 2012.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(6):1494-1502.

FERREIRA, A P; TEIXEIRA, S M. Direitos da pessoa idosa: desafios à sua efetivação na sociedade brasileira. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 160-173, jan./jun. 2014.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Sistema de Indicadores. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos & Pesquisas**, Informações Demográficas e Socioeconômicas, n. 29, 2012.

JORNAL NACIONAL. **Pesquisa revela que saúde pública é a principal preocupação dos eleitores**. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2014/08/pesquisa-revela-que-saude-publica-e-principal-preocupacao-dos-eleitores.html>>. Acesso em: 2 de Fevereiro de 2015.

JUNQUEIRAI, T.S; COTTA, R.M.M; GOMES, R.C; SILVEIRA, S.F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R; PINHEIRO, T.M. M; MELO, E.M. de. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, 2009, 33 (1):122 – 133 p.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1107-1111, 2008.

LEBRÃO, M. L. Epidemiologia do envelhecimento. **Boletim Instituto de Saúde**. Nº 47 – Abril de 2009, p. 23.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo IN **Rev Saúde Pública** 2008;42(4):733-40

MALFITANO, A.P.S.; LOPES, R.E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-7, set. 2003.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2015.

MENDONÇA, J M B DE; PEREIRA, P A P. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 142 - 151, jan./jun. 2013.

MERHY, Emerson & FRANCO , Túlio . **PSF: Contradições e novos desafios**. Mimeo IN Conferência Nacional de Saúde On-Line, <http://www.datasus.gov.br/cns>, 2000

POLIGNANO, Marcus. Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. 2005, p. 1 – 14. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude no Brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude%20no%20Brasil.rtf)>. Acesso em: 05 Fevereiro de 2015.

ROCHA, G. S. Com mais de 70: legados de ideias e ideais. **REVISTA PORTAL de Divulgação**, n.25. Ano III. Set. 2012. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2015.

SALUM, Maria Josefina Leuba. A Responsabilidade da Universidade Pública no Processo Institucional de Renovação das Práticas de Saúde: Questões sobre o Programa de Saúde da Família, texto IN **Conferência Nacional de Saúde On-Line**, [http://www.datasus.gov.br/cns\\_2000](http://www.datasus.gov.br/cns_2000).

SOUZA, E.C.F. de; VILAR, R.L.A. de; ROCHA, N.S.P.D; UCHOA, A.C; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre as necessidades em saúde, serviços e tecnologia**. / Barbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. In: **Revista Saúde Pública**, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en\\_224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf)>.

Recebido em 26/07/2015  
e aceito em 19/08/2015.

---

**Resumo:** O estudo versa sobre Sistema Único de Saúde (SUS) e Envelhecimento à luz dos idosos usuários da saúde pública, especificamente da atenção básica. Corresponde a um estudo descritivo avaliativo, quanti-qualitativo, de perspectiva analítico crítica. Parte do projeto de pesquisa "Caracterização da Saúde do Idoso: análise a partir da realidade do município de João Pessoa/PB", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley. De forma geral, constatou-se que as mulheres são as que mais buscam serviços de saúde; que 100% dos idosos são dependentes do SUS e que 83% não consideram que o SUS ofereça respostas integrais as suas necessidades de saúde.

**Palavras-chave:** SUS; Envelhecimento; Direito.

---

---

**Title:** Reflections on the Sistema Único de Saúde: the perspective of elderly users in primary care of João Pessoa.

**Abstract:** The study will focus on the Unified Health System (SUS) and Aging in the light of elderly users of public health, specifically primary care. Corresponds to an evaluative descriptive study, quantitative and qualitative, critical analytical perspective. Part of the research project "Characterization of Elderly Care: analysis from the reality of the city of João Pessoa / PB", approved by the Ethics Committee of the University Hospital Research Lauro Wanderley. It was noted that women are the most seek health services; 100% of the elderly are dependent on the SUS and that 83% do not consider that the NHS provides comprehensive answers to your health needs.

**Keywords:** SUS; aging; Law.

---