

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Natanna Lopes de Araújo; Patrícia Barreto Cavalcanti (orientadora)

Universidade Federal da Paraíba-Pós-Graduação em Serviço Social. Contatos: natanna-ita@hotmail.com; patriciabcaval@gmail.com.

RESUMO

O estudo versa sobre Sistema Único de Saúde 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. Constatou-se que mulheres são as que mais buscam serviços de saúde; 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.

ABSTRACT

The study will focus on the Unified Health System 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 LauroWanderley. 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.

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende travar a discussão em torno do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Envelhecimento, afinal, 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 requer estratégias de Estado que consigam dar respostas eficazes as demandas oriundas do processo de envelhecimento, respostas em prol de direitos sociais e não de mínimos sociais.

Assim, sendo a saúde o problema que mais afeta esse segmento populacional, conforme

pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha (2014), destaca-se a importância dessa discussão, como ainda a necessidade do fortalecimento do SUS e 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 do processo de envelhecimento.

Nesse sentido, apesar da necessidade de um sistema único de saúde efetivamente 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.

Diante disso, o presente estudo, é parte da pesquisa realizada “Caracterização da Saúde do Idoso: análise a partir da realidade do município de João Pessoa/PB”, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, e número do CAAE 23289613.8.0000.5183. Traz a perspectiva dos usuários idosos da atenção básica do município de João Pessoa, PB, sob o Sistema Único de Saúde. Desse modo, focar-se-á nas variáveis: gênero, dependência do serviço de saúde – público ou privado -, e se o SUS oferece respostas às necessidades de saúde dos idosos. Busca assim, trazer o olhar dos usuários idosos do sistema único de saúde, afinal, como está funcionando o SUS?, traçando, portanto, a discussão a partir dos dados coletados pelos usuários, da legislação vigente e de estudiosos do assunto.

METODOLOGIA

Corresponde a um estudo descritivo avaliativo, quanti-qualitativo, dentro da perspectiva analítico crítica. Foi realizado junto à Unidade Integrada de Saúde Nova Esperança da rede de serviços de saúde de João Pessoa/PB. A coleta de dados ocorreu em Janeiro de 2014, contemplando 12 idosos usuários do SUS, com 60 ou mais anos de idade, escolhidos aleatoriamente.

Os dados desse estudo foram alcançados mediante a realização da pesquisa de campo, por meio da entrevista semiestruturada com uso de um roteiro previamente elaborado. A leitura estatística descritiva da população de estudo foi realizada a partir da distribuição de frequência, cujos resultados serão descritos em forma de tabelas e os dados qualitativos apresentados a partir da aproximação da análise de conteúdo por categorização temática conforme o método de Bardin (a partir dos fragmentos de fala dos usuários entrevistados) .

Este estudo é um recorde de uma pesquisa maior; parte do projeto de pesquisa

“Caracterização da Saúde do Idoso: análise a partir da realidade do município de João Pessoa/PB”, referente ao período em que a autora participou da Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. ENVELHECIMENTO E ATENÇÃO BÁSICA

O processo de envelhecimento brasileiro ganha fôlego sobretudo com a violenta queda da fecundidade. Por exemplo, em 1940 era 6,2 filhos por mulher, em 2007, esse número passou para apenas 2,01 filhos.⁽¹⁾ Um novo perfil etário firma-se no país o que vai influenciar nas condições de moradia, saúde, educação e renda, requerendo assim ações governamentais que possam responder as necessidades desse segmento populacional.

De acordo com o Sistema de Indicadores Sociais “[...] 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 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.⁽²⁾

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.⁽³⁾

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.⁽⁴⁾ Para além dessas considerações, o perfil epidemiológico e demográfico que se instaurava no país desde 1960, como ainda a mobilização dos aposentados (na passagem dos anos de 1960 aos anos de 1970), contribuíram para a produção de novos significados para a velhice.⁽⁵⁾ Nessa concepção, a saúde brasileira também é permeada por novos projetos e diretrizes diante do movimento da reforma sanitária, o que vai corroborar para a criação do Sistema Único de Saúde, onde neste os serviços de saúde encontram-se organizados por complexidades.⁽⁶⁾

Para Starfield⁽⁷⁾ 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 essa autora⁽⁷⁾, 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”.

É possível dizer 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.⁽⁸⁾ 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.⁽⁹⁾ Assim, o 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.⁽¹⁰⁾ Este Programa 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.⁽¹¹⁾

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. Nesse 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), onde 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, outros, seu trabalho exprime um dos princípios diretores do SUS, a universalização.

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹¹⁾ 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 as Estratégias de Saúde da Família 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. Um importante avanço à saúde do idoso foi o Pacto pela Vida, no qual a saúde do idoso passou a adentrar as prioridades dos gestores, no entanto, isso não ocorreu acompanhado da delimitação de orçamentos específicos, metas e prazos.⁽¹²⁾ Como também das condições das unidades básicas de saúde, isto é, (equipe ínfima, perfil profissional incompatível com a visão do serviço, condições trabalhistas, dentre outros), e ainda a estrutura da política de saúde.

Outros instrumentos normativos também são 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 nº 10.741/2003 que discorre sobre o Estatuto do Idoso e a Portaria nº 2.528/2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).⁽¹³⁻¹⁵⁾ Somam-se a esse aparato, documentos normativos sobre a atenção à saúde do idoso na básica em saúde, quais sejam: Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006); Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (2010), dentre outros.⁽¹⁵⁾

Com base na Política Nacional de Atenção Básica⁽¹¹⁾ destacamos as seguintes diretrizes que norteiam o funcionamento das unidades básicas de saúde:

[...] 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, Política Nacional de Atenção Básica, 2012, p. 20).

Apesar de todas essas atribuições, observa-se em contrapartida que a equipe mínima deve 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”.⁽¹¹⁾ Verifica o quão mínimo é essa equipe para atender a demandas tão imensas, 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 no ano de 2008 pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte 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.⁽¹⁶⁾

No tocante à atenção dirigida aos idosos, nas USFs perpetuam 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 no domicílio; encaminhamentos à rede de serviços de saúde e vacinação. Tais serviços são considerados pontuais, vez que se vinculam ao modelo campanhista, por exemplo, as vacinas de imunização do idoso e, até mesmo o controle das doenças crônicas que são destinados a toda população.⁽¹⁷⁾

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

Como sinalizado na Política de Humanização⁽¹⁸⁾, 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 cobertura das necessidades de saúde dos idosos. E, a realidade do município de João Pessoa, PB, não se distancia dessa conjuntura.

1.1 O SUS OFERECE RESPOSTAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS IDOSOS?

Nessa seção trataremos do resultado de nosso estudo, o que irá incidir 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, disseram sobre as condições dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

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

IDADE	N	%
60-64	4	33,4
65-69	2	16,6
70-74	2	16,6
75-80	4	33,4
TOTAL	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.⁽¹⁹⁾ Nesse contexto, a feminização da velhice já é um fenômeno que vem se destacando nos estudos sobre idosos⁽²⁰⁾, sendo ratificada sua importância de políticas públicas que abarquem 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, o que afeta diretamente a estrutura de classes e as relações de gênero.⁽²¹⁾ Os papéis femininos na velhice são retratados no trecho que segue:

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 (Delgado; Flor, 2012, p. 79)

As mulheres vivem mais tempo, sozinhas, com mais doença crônicas não fatais, incapacidades e limitações funcionais, são quem mais utilizam os serviços de saúde e apresentam maior taxa de morbidade. Outro fator que merece destaque é o impacto das desigualdades de gênero tracejado ao longo da vida, como por exemplo, a discriminação com relação ao emprego.⁽¹⁹⁾

Para Papaléo Netto, médico e gerontólogo referência no estudo do envelhecimento, em entrevista à Revista Portal de Divulgação, não há dúvidas de que a velhice masculina e a velhice feminina são diferentes. Ele afirma ainda que as 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.⁽²²⁾

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 os entrevistados foi com relação à Rede de Atendimento Médico Hospitalar que o usuário é dependente, ou seja, que ele 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

devido à demora em conseguir via SUS, e outras 16,6% usuárias alegaram também serem assistidas pelo Instituto de Assistência à Saúde do Servidor (IPEP) da Paraíba.

Estudo realizado em 2010 com mil paciente idosos revelam que cerca de 84% dos idosos dependiam exclusivamente do sistema único de saúde.⁽²³⁾ 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 rebater diretamente na saúde desse segmento populacional. Sabendo disso, questionou-se aos entrevistados se os serviços de saúde públicos oferecem respostas efetivas às necessidades dos idosos? E por quê? Obtiveram-se as seguintes repostas, conforme tabela abaixo:

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

	N	%
SIM	2	16,6
NÃO	10	83,4
TOTAL	12	100

Fonte: dados primários.

Observa-se que a maioria das usuárias não estão satisfeitas 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 para tornar novos tratamentos acessíveis à maioria das pessoas, como ainda problemas relativos a estratégias pensadas apenas para um curto prazo e contenção de custos; tais condições contribuem para as disparidades no acesso e na qualidade dos serviços.

As fragilidades do sistema único de saúde repercutem no fragmento das falas das usuárias:

“Porque muitas vezes os idosos não têm suas necessidades atendidas pelos serviços de saúde”. (Entrevistada nº 01)

“Porque deixa muito a desejar, falta interesses dos gestores. Falta vaga nos hospitais, falta medicamentos”. (Entrevistada nº 02)

“Embora o SUS venha ofertando muita coisa aos idosos, ainda há muitas fragilidades. Temos que brigar muitas vezes para conseguir algo”. (Entrevistada nº 03)

“Porque ainda há muita coisa que precisa melhorar, por exemplo, a medicação falta, tenho muitas vezes que comprar”. (Entrevistada nº 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 nº 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 nº 11)

Dentre os problemas enfrentado 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”.⁽²⁴⁾ 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⁽²⁵⁾ vão além dos problemas “micros” e trazem um olhar “macro” da situação das políticas de saúde brasileira, 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 nos seus serviços.^(24, 26)

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 às necessidades dos idosos.⁽¹⁵⁾ Destarte, é sabido que o SUS perpassa 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 emerge 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 fragilidades e precários, incapazes de suprir a suas necessidades.

E a porta de entrada do usuário ao SUS, atenção básica, que deveria ser o elo entre os demais serviços de saúde, como ainda com o território e demais políticas sociais, não consegue ultrapassar serviços rotineiros e “micro”, pois abarcam uma grande demanda e todo um contexto de implementação estrutural, seja do SUS, seja do programa saúde da família. Em meio a “era da resolutividade, produção e tempo”, os cuidados “paliativos” tomam o lugar do cuidado integral, 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, reconhece que esse precisa de melhores cuidados, cuidados que extrapolem “a doença” e atinjam diretamente “à saúde” da população.

REFERÊNCIAS

Artigo de revista:

1. Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. BIS Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). 2009;23-6.
4. Mendonça JMBd, Pereira PAP. Envelhecimento, redes de serviços e controle democrático no capitalismo recente. Textos & Contextos 2013;12(1): 142 - 51.
5. Groisman D. Envelhecimento, direitos sociais e a busca pelo cidadão produtivo. . Argumentum. 2014;6(1):64-79.
6. Polignano MV. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. Universidade Federal de Minas Gerais. 2005. p. 1-14.
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades em saúde, serviços e tecnologia: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
8. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2006. p. 23-8.
15. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010;63:279-84.
16. Souza ECFd, Vilar RLAd, Rocha NdSPD, Uchoa AdC, Rocha PdM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de saude publica. 2008;24:s100-s10.
17. Cavalcante P, Carvalho RN, Medeiros KT. Intersetorialidade, Políticas Sociais e Velhice no Brasil: entre a falácia e a efetivação do direito social. Polêmica [Internet]. 2012; 11(4). Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/4330/3145#>.
19. Daniel F, Simões T, Monteiro R. Representações sociais do «Envelhecer no masculino» e do «Envelhecer no feminino». Ex aequo. 2012:13-26.
20. Fernandes MTdO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012;46:1494-502.

21. Delgado J, Flor CSV. Políticas Sociais para Idosos: algumas reflexões a partir do enfoque de Gênero. *Mediações*. 2012;17(2):73-91.
22. Netto MP. Com mais de 70: legados de ideias e ideais. In: Rocha GS, editor. *Revista Portal de Divulgação*. 2012. p. 91-7.
23. Baldoni A, Pereira L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 2012;32(3):313-21.
24. Junqueira TdS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SdFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009;33:122-33.
25. Ferreira AP, Teixeira SM. Direitos da pessoa idosa: desafios a sua efetivação na sociedade brasileira. *Argumentum*. 2012;6(1):160-73.
26. Araujo VRd, Valença AMG, Rocha AV. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o olhar do usuário. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012;16(2):195-204.

Documento Jurídico

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Sistema de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2012.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro. 2011.
9. Brasil. Para entender a gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.. Brasília. 2003.
10. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.
11. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. 2012.
12. Portaria nº 699. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão,. 2006.
13. Brasil. Lei nº 8.842/1994. 1994.
14. Brasil. Lei nº 10.741/2003, (2003).
18. Brasil. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2006.



4º CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

