

Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde



Policies of attention to the elderly according to the voice of the municipal managers of health
Políticas de cuidados a los ancianos en la voz de los gestores municipales de salud

Daniela Zen^a
Marinês Tambara Leite^b
Leila Mariza Hildebrandt^b
Luiz Anildo Anacleto da Silva^b
Isabel Cristina Pacheco Van der Sand^b

Como citar este artigo:

Zen D, Leite MT, Hildebrandt LM, Silva LAA, Van der Sand ICP. Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e62502. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.62502>.

RESUMO

Objetivo: Analisar o entendimento de gestores municipais de saúde acerca das políticas públicas destinadas a população idosa e a forma de como elas são efetivadas no município.

Método: Estudo qualitativo, desenvolvido com 14 gestores municipais de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados conforme os preceitos da análise de conteúdo.

Resultados: Os resultados evidenciam a carência de saberes dos gestores municipais de saúde, relativos a políticas públicas de atenção aos idosos. Também, a atenção prestada a idosos nos municípios estudados centra-se em medidas de controle dos agravos à saúde.

Conclusão: Os municípios não possuem políticas específicas de atenção à saúde da população idosa. Assim, estes resultados podem subsidiar reflexões acerca da atenção a idosos nos serviços de saúde, sua relação com a legislação e a aplicabilidade das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Idoso. Políticas públicas. Gestão de recursos. Política de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the understanding of municipal managers of health about public politics destined to elderly population and the way of how they are affected by city.

Method: Qualitative study, developed with 14 municipal managers of health. The data were collected through a semi-structured interview and analyzed according the precepts of analyze of content.

Results: The results show the lack of knowledge of the municipal health managers, related to public policies of attention to the elderly. Also, the attention given to the elderly in the studied municipalities focuses on measures to control health problems.

Conclusion: The municipalities do not have specific health care policies for the elderly population. Thus, these results can support reflections about care for the elderly in health services, their relationship with legislation and the applicability of public health policies.

Keywords: Aged. Public politics. Resources management. Health policy.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la comprensión de los gestores municipales de salud acerca de las políticas públicas para la población de ancianos y la forma como ellas entran en vigor en la ciudad.

Método: Estudio cualitativo, que se llevó a cabo con 14 gestores municipales de salud. Los datos fueron recogida a través de entrevistas semiestructuradas y analizados de acuerdo con los preceptos de análisis de contenido.

Resultados: Los resultados muestran una falta de conocimiento de los administradores de salud locales, en relación con la atención política pública para los ancianos. Además, la atención a las personas mayores en los municipios estudiados se centra en las medidas de control de problemas de salud.

Conclusión: Los municipios no tienen cuidado de la salud específica de las políticas de población de edad avanzada. Por lo tanto, estos hallazgos pueden subvencionar reflexiones sobre la atención a las personas mayores en los servicios de salud, su relación con la ley y la aplicación de políticas de salud pública.

Palabras clave: Anciano. Políticas públicas. Gestión de recursos. Política de salud.

^a Hospital Beneficente São João. Arvorezinha, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões, Departamento de Ciências da Saúde. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno constatado mundialmente. Enquanto em países europeus levaram próximo de 100 anos para a população idosa aumentar de 7% para 14%, o Brasil está experimentando essa mudança demográfica em menos de 30 anos. Diante disso, o País tem um menor tempo para organizar a infraestrutura necessária para atender as demandas oriundas dessa população⁽¹⁾.

Destaca-se que até a década de 2020 o Brasil terá uma estrutura etária com crescimento e predomínio de adultos, redução da população infantil e aumento do número de idosos, mas sem maiores impactos na população total. No entanto, de acordo com as estimativas, a partir da década de 2030 haverá uma inversão da pirâmide etária, com diminuição paulatina da população em idade produtiva e predomínio de idosos em relação ao número de crianças, podendo chegar, em 2040, a 23,8% da população total⁽²⁾.

Os fatores responsáveis pela longevidade populacional foram construídos pela sociedade e decorrem, em parte, de políticas públicas e incentivos sociais, ancorados no progresso tecnológico. Contudo, suas consequências causam preocupação, pois implicam em mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados e, também, pela associação entre envelhecimento e dependência para realização de atividades diárias.

Concomitantemente ao envelhecimento populacional ocorre mudança no cenário epidemiológico, isto porque na população brasileira, a maior parte dos idosos convive com doenças crônicas e, alguns, com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade comum a uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Além disso, a crescente demanda da atenção para a população idosa, no sistema de saúde, requer formação profissional da equipe de saúde nesta área do conhecimento⁽³⁾.

Na contemporaneidade, a realidade demográfica e epidemiológica brasileira requer urgência em termos de mudanças e inovações nos modelos de atenção à saúde da população idosa, representadas por ações diferenciadas e criativas, a fim de melhorar a efetividade do sistema, que proporcione ao idoso usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Desse modo, o au-

mento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de forma substancial no Brasil, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Diante disso, é imperiosa a inversão da lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já instaladas, muito mais do que em ações de prevenção⁽⁴⁾.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas, com vistas a assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo⁽⁴⁾.

A revolução demográfica brasileira constitui uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e a sociedade. É decisivo investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse contingente populacional formado por idosos, assim como prover atenção adequada às suas necessidades. Este novo momento requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade, uma vez que esta população idosa continuará aumentando até os anos 2050⁽⁵⁾.

É preciso preparar idosos, famílias e comunidades para o enfrentamento da realidade que está posta. Portanto, faz-se necessário contar com serviços de saúde de qualidade na atenção básica, de média e alta complexidade e de saúde suplementar. Assim, o setor saúde deve estar apto, tanto na esfera pública quanto na privada, para promover saúde, com vistas ao envelhecimento ativo⁽⁶⁾. Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve considerar estes aspectos e garantir atenção a todos.

Na prospecção de ações efetivas, o País, os Estados e os Municípios se valem das políticas públicas, entendidas como diretrizes, princípios norteadores de ações, regras e procedimentos, que mantêm as relações entre poder público e sociedade. Estas são sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) orientando ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder, a minimização do conflito social nos processos de decisão, assim como a repartição de custos e os benefícios sociais⁽⁷⁾.

Neste cenário, o Pacto pela Vida se constitui em um compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação às prioridades que possuem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, incluindo os idosos. Também, o processo de descentralização

ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-o de maior complexidade e atribuindo aos gestores desafios, para a organização de uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada qualificada em termos de gestão⁽⁸⁾.

Frente ao processo de envelhecimento da população brasileira, a questão que norteou esta pesquisa foi: O que os gestores municipais de saúde conhecem acerca das políticas públicas com foco na população idosa e sua aplicabilidade em seu município? Assim, os objetivos deste estudo foram: caracterizar os gestores municipais de saúde e analisar o entendimento de gestores municipais de saúde acerca das políticas públicas destinadas a população idosa e a forma de como elas são efetivadas no município.

■ METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do qual participaram os secretários municipais de saúde dos 14 municípios, cuja sede é Soledade/RS, que compõem a 19ª Região de Saúde. Conforme o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, do Estado do Rio Grande do Sul, uma Região de Saúde constitui-se em espaço geográfico contínuo formado por agrupamentos de Municípios limítrofes, demarcado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, a fim de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, pertencente à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul.

Vale destacar que estão no território de responsabilidade da 6ª CRS 62 municípios, os quais se subdividem em quatro regiões de saúde, em que municípios sedes são: Passo Fundo, com 21 municípios; Sananduva/Lagoa Vermelha, 20 municípios; Soledade com 14 e Carazinho com sete municípios. O critério de inclusão dos participantes do estudo foi: ser secretário municipal de saúde de um dos municípios da 19ª Região de Saúde. Como critério de exclusão, não concordar em fazer parte da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada composta por questões fechadas (de caracterização dos gestores) e abertas (referentes ao tema desta pesquisa). O rol destas perguntas foi: Fale o que você conhece sobre as políticas públicas de saúde de atenção ao idoso? Que ações voltadas para este segmento etário, tendo por base as políticas públicas, estão implementadas neste município? Quais os serviços de atenção aos idosos existem em seu município? Possui ações intersetoriais para o público idoso? Se sim, quais? Se não, por quê? Dispõe de políticas municipais com foco na população idosa? Fale so-

bre isso. As entrevistas foram realizadas no espaço da Secretaria Municipal de Saúde de cada município, previamente agendadas para este fim. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de uma hora. Os dados foram coletados de fevereiro a maio de 2015, gravados digitalmente e, após, transcritos na íntegra. Para assegurar o anonimato dos participantes do estudo, as entrevistas foram codificadas pela letra E (entrevistado) seguida de número arábico seguindo a ordem de realização das entrevistas.

Para a análise dos dados utilizou-se os constructos teórico do arcabouço legislativo da política nacional de atenção ao idoso e o referencial metodológico da análise de conteúdo. Nessa perspectiva, esta consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que visou descrever o conteúdo das mensagens e permitiram a dedução de conhecimentos relativos às políticas pública de atenção aos idosos na voz de gestores municipais de saúde. Assim, três etapas foram contempladas: pré-análise, fase em que se organizou o conjunto de dados obtidos e sua leitura flutuante. A segunda etapa consistiu na realização da releitura dos dados produzidos e sua classificação em categorias. A terceira etapa foi constituída pelo exame dos dados obtidos e conseqüente interpretação, remetendo-se o significado ao contexto investigado. Nesse sentido, foram realizadas interpretações, a partir das políticas de atenção ao idoso, bem como inferências que contribuíram no esclarecimento dos achados da pesquisa⁽⁹⁾. Após leitura e releituras do conteúdo das entrevistas emergiram duas categorias de análise, quais sejam: Saberes de gestores municipais relativos a políticas públicas de atenção aos idosos; Atenção aos idosos na voz de gestores municipais de saúde.

Os aspectos éticos foram observados, respeitando-se a Resolução CNS 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição - CAAE: 39022114.4.0000.5346/2014, com Parecer Consubstanciado Nº 909.980/2014. Vale destacar que todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 14 secretários municipais de saúde dos municípios pertencentes à 19ª Região de Saúde do RS. A idade dos participantes variou de 23 a 64 anos, quatro são do sexo feminino e, os demais, masculino. Cinco têm o ensino médio completo, quatro o curso superior incompleto, cinco têm graduação (um possui o curso de farmácia, um enfermagem e os demais administração de empresas). Um destes possui pós-graduação. Em relação ao tempo de exercício na atividade de gestor público de

saúde, este intercala de um a 17 anos, sendo que a maioria desempenha a atividade há mais de cinco anos.

Quanto aos municípios nos quais os gestores atuam, o mais populoso tem em torno de 30 mil habitantes e o de menor população conta com 1.800 moradores. O total de habitantes da Região de Saúde estudada é 115.495 pessoas. Todos os municípios têm percentual de idosos acima da média nacional que é 12,6%⁽¹⁰⁾. Em relação aos serviços de saúde, cinco municipalidades possuem hospitais, dois deles com capacidade superior a 100 leitos, nove não têm instituições hospitalares e, destes, dois contam somente com serviço de pronto atendimento.

Saberes de gestores municipais relativos a políticas públicas de atenção a idosos

No presente contexto, em que o envelhecimento populacional é uma realidade e a necessidade de assistência e de tratamento cresce continuamente, precisa-se pensar em políticas públicas que possam proporcionar saúde, independente da idade, incluindo a promoção de vida saudável, ambientes saudáveis, prevenção de doenças e aperfeiçoamento de tecnologias de assistência. Além disso, os cuidados com reabilitação e que podem minimizar ao longo do tempo as incapacidades relacionadas à velhice, as quais impactam nos orçamentos financeiros governamentais⁽³⁾.

Ao analisar as falas identifica-se que os gestores têm dificuldades de expressar o que seja uma política pública de atenção à população idosa. Neste quesito as suas respostas foram genéricas, desconexas e com fuga do assunto. Além disso, a maior parte citou ações que desenvolvem ou não, ao invés de versar diretamente sobre o que é uma política pública.

No geral a gente não tem essa política, não que a gente não está voltado, não tem políticas específicas, mas está sempre voltados a essas situações de observar os estatutos e os direitos das pessoas. Então o idoso, para nós, tem uma atenção especial. (E3)

Embora possuam dificuldades em descrever as políticas públicas de atenção à pessoa idosa, os gestores reconhecem que esta parcela da população requer olhar específico, em termos de cuidado, o que está na perspectiva de suas ações. Em virtude de serem municípios pequenos, e dada as dificuldades enfrentadas pelos mesmos, admitem que a política de atenção aos idosos é pouco discutida e, por isso, não implantada com tal.

É uma política que em nosso município, na verdade acho que a rigor em todos os municípios pequenos, até pela

própria dificuldade de equipe, é uma política pouco promovida, esta é grande a realidade. (E4)

Este entendimento não está em consonância com as estratégias preconizadas pela Organização Mundial de Saúde em que a população envelhecida requer olhar prioritário. Tais estratégias são: compromisso com o envelhecimento saudável, o qual exige sensibilização a respeito do valor do envelhecimento, compromisso e adoção de medidas sustentáveis para formulação de políticas que reforcem as capacidades das pessoas idosas; ajustamento do sistema de saúde com as necessidades das pessoas idosas; estabelecimento de sistemas de saúde as situações crônicas; criação de espaços adaptados para pessoas idosas; e melhorar o acompanhamento e as investigações relativas ao envelhecimento populacional⁽¹⁾.

Também, parte dos entrevistados menciona a existência de legislação com foco na atenção a população idosa, contudo, não tem clareza sobre as mesmas, embora mantenham a afirmação de que conhecem os programas destinados a este contingente populacional.

Eu acho que conheço... têm vários programas, mas ainda eu acho que é pouco, pouco acesso, porque falta organização, falta dar mais valor para o idoso, mais acompanhamento. (E5)

Pelas manifestações dos gestores, identifica-se que a legislação de atenção ao idoso não tem sido eficazmente aplicada. Isto se deve, em parte, pelo desconhecimento do seu conteúdo e a forma tradicional, centralizadora e segmentada das políticas públicas, o que favorece a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para este estrato populacional. Estudo evidencia que a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa deve ser na Atenção Primária à Saúde (APS), de tal forma que possa atender as progressivas demandas dos idosos, contemplando suas especificidades. Daí a necessidade de domínio da temática pelos gestores, que devem viabilizar e sistematizar esta e as demais políticas na atenção básica, com vistas a integrar o trabalho em rede⁽³⁾. Por sua vez alguns sujeitos reconhecem claramente que não possuem conhecimento das políticas ou, então, que não estão realizando ações específicas com foco na população idosa.

Tenho pouca referência.... (E10)

Idoso na verdade a gente não tá trabalhando, política de idoso ainda não temos esse segmento. (E9)

Mesmo com a inquestionável significância do Estatuto do Idoso no arcabouço legal brasileiro, o qual estabelece as diretrizes de atenção aos idosos, com o objetivo de prevenir doenças, manter sua saúde e autonomia, somente dois gestores fizeram referência ao mesmo. Salienta-se que, mesmo assim, o Estatuto do Idoso foi à única política citada.

No dia-a-dia a gente sempre procurou cuidar mais dos estatutos, entende? A gente procura cuidar, dar atenção específica pra esses casos. (E3)

A gente sabe que tem o estatuto do idoso, que envolve bastante situações que são pro idoso, mas nós estamos há dois anos nessa administração. (E2)

Ao serem indagados sobre seu conhecimento acerca das políticas com foco nos idosos, muitos fizeram referência às ações desenvolvidas na prevenção e controle das doenças crônicas, explicitando que relacionam esta atividade às políticas de atenção ao idoso. Os gestores de saúde confundem a competência promoção da saúde e prevenção de doenças com monitoramento de grupos e morbidades específicas⁽¹¹⁾.

Considerar hipertensos e diabéticos, isto considero também como política do idoso, porque vamos pensar assim: '95% dos hipertensos e diabéticos são idosos'. Entendo como uma política das doenças crônicas sim, mas também não deixa de ser. (E4)

Nós temos grupos de idosos, como nós temos outros grupos, de hipertensos, diabéticos, então, as coordenações das ESFs acabam trabalhando nessa política do idoso. (E11)

Embora a maioria dos gestores desconheça as políticas públicas de atenção ao idoso e poucos conhecem fragmentos de algumas delas, fica evidente que eles têm consciência sobre o progressivo envelhecimento populacional e expressam a responsabilidade cabível ao setor saúde.

A gente tem que se preparar com os municípios para ter muitos idosos, montar uma estrutura de equipe que vincule a saúde do idoso, porque vai ser muito mais idoso do que jovem, isso em poucos anos. A gente sente que a preocupação com o idoso é grande. (E2)

É notória a necessidade de preparar e qualificar os gestores públicos, especialmente da saúde, sobre e para as questões do envelhecimento. Estudo mostra que a percepção do gestor é a visão que permeia as práticas de saúde

de locais. Desta forma, é necessário que os gestores sejam capacitados na perspectiva da Promoção da Saúde e preparados para operacionalizar políticas públicas, no intuito de que operem mudanças que impactem positivamente na qualidade de vida da população⁽¹¹⁾.

Culturalmente a população não está habituada a procurar o serviço de saúde no sentido de manutenção do bem-estar ou prevenção de agravos. Assim, para efetivar ações de promoção à saúde, que superam o modelo assistencial que está posto, são necessários gestores e equipe multiprofissional mobilizados em prol da canalização de investimentos no campo da saúde dos idosos.

Às vezes as pessoas falam 'ah não tem dinheiro'. Não! Tem, só que tem que ser bem aplicado, pois muitas vezes você acaba gastando em coisas que não são necessárias e não trazem nada de bem pro município. (E2)

A maioria dos participantes refere dificuldades de financiamento, bem como certo distanciamento entre município e estado. Fica evidente que os gestores esperam da Coordenadoria Regional de Saúde capacitações sobre as políticas e áreas em que devem investir. Além disso, espera, dos demais entes federados, verbas para que os programas sejam viabilizados financeiramente. Assim, mesmo tendo consciência do envelhecimento populacional e da necessidade de ações de promoção à saúde, estão pouco sensibilizados para realizar investimentos financeiros na área.

Eu acho que ainda nós estamos com déficit, esse elo de ligação está muito longe, do município ao estado. Sempre com o apoio do estado, mas eu vejo a dificuldade do Estado de chegar a essas regiões. (E2)

A gente sabe que os nossos valores, as verbas que vêm são poucas, não tem quase nada pra idoso. (E5)

Embora demonstrem preocupação com a promoção da saúde, o conteúdo das entrevistas da maioria dos gestores aponta para a supremacia do modelo biomédico de atenção à saúde, visto que nos seus municípios as ações coletivas são reduzidas, têm foco nas doenças crônicas e há priorização de investimentos em ações individuais, a exemplo de pagamento de exames, consultas especializadas, medicamentos, internações, compra de próteses e órteses. Cabe destacar que tais investimentos são onerosos e seus resultados são imediatos e limitados, uma vez que solucionam somente situações pontuais.

É o assistencialismo, nós temos fama de autorizar tudo. O idoso entrou aqui, não foi resolvido o problema, encaminhada para exames, ou, se tiver que ser encaminhado para média, alta complexidade, o que não tem SUS, a gente tem convênio, a gente autoriza. (E8)

Mesmo que o atual modelo de atenção à saúde prevê articulação de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, o modelo hegemônico nas instituições de saúde ainda é o biomédico. As práticas de saúde centram-se nas queixas dos indivíduos e no tratamento das doenças. Desta forma, a promoção da saúde não é prioridade, o trabalho é fragmentado, com predomínio de práticas hierarquizadas⁽¹²⁾.

Quanto à viabilização das ações de atenção aos idosos de modo intersetorial, houve menção, pela maioria dos gestores, de que há maior interface com a Secretaria Municipal de Ação Social (SMAS). Isto porque a Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso prevê, e o Estatuto do Idoso reforça, ser a atenção aos idosos de competência da assistência social (LOAS) e saúde (SUS). Desta forma, os dois sistemas devem atuar intersetorialmente. A coordenação do serviço de atenção ao idoso em rede implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção na rede de serviços por meio de mecanismos de integração, tecnologias de gestão clínica e instrumentos para a comunicação entre profissionais⁽¹³⁾.

Identifica-se que os gestores de saúde consideram que a maior responsabilidade pelas ações destinadas à população idosa é da SMAS, enquanto a secretaria de saúde se constitui como coadjuvante nesse cenário.

É mais vinculado à assistência social, porque eles trabalham mais com idoso. Então fica essa parte para eles, e a gente dá um apoio. (E1)

Muitos gestores deixaram explícito que as ações realizadas pela SMAS se limitam a atividades consideradas de entretenimento - socialização e recreação -, e não as consideram parte do trabalho em saúde. Isso evidencia que não relacionam tais atividades à promoção de saúde, envelhecimento ativo e proteção da autonomia.

Tem um grupo de idosos bem organizados aqui, mas é mais a nível assim de diversão mesmo. (E14)

Observa-se que há pouco conhecimento dos pesquisados acerca das políticas de atenção a idosos. Mesmo havendo reconhecimento sobre o aumento da população idosa, os gestores não estão preparados e mobilizados no

sentido de agir nesta realidade. O modelo de atenção à saúde predominante é o biomédico, o saber do gestor em muitos casos se limita a ações de controle de doenças crônicas e, em sua maioria, pontuais.

Atenção aos idosos na voz de gestores municipais de saúde

Ao arguir os gestores sobre as ações de atenção aos idosos operadas em seus municípios, somente um deles afirmou possuir Conselho Municipal do Idoso, órgão que formula, organiza e controla as políticas públicas e ações voltadas a população idosa.

Nós temos Conselho do Idoso no município, é uma política que não está devidamente... como é que eu vou dizer... regrada, mas ela acontece. (E4)

Com relação à assistência à população idosa pelos serviços de saúde, a maioria dos respondentes menciona o atendimento preferencial aos idosos, o que é preconizado pelo Estatuto do Idoso⁽¹⁴⁾.

Diante do crescente e progressivo aumento da população idosa, faz-se necessário refletir sobre a forma como se dá a prioridade a este estrato populacional. Isto porque a maior parte dos frequentadores das instituições de saúde é idoso, desse modo, este não será mais um critério que atenda adequadamente à demanda. Esta situação é considerada a partir do momento que o gestor modifica a forma de prestar o atendimento, passando da ordem preferencial para a avaliação da gravidade da condição de saúde do usuário, isto é, com o acolhimento e classificação de risco.

Nós não temos uma política que priorize o atendimento ao idoso, a nossa política é de acolhimento. Então, o acolhimento da pessoa que vem na unidade de saúde é por classificação de risco. (E12)

Acolher o idoso no serviço de saúde não é simplesmente tirá-lo de uma fila, mas implica em ofertar espaço de escuta e de cuidado, associado à postura ética. Quem acolhe assume a responsabilidade de proteger e cuidar do outro em suas demandas. Desse modo, acolhimento difere de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão, que não se esgota na etapa da recepção, mas que ocorre em todos os locais e momentos do serviço de saúde⁽¹⁵⁾. Isso implica em escuta e postura empática, ética e política, por parte dos profissionais, com vistas a intervir de modo resolutivo junto às demandas dos usuários.

Sobre as ações voltadas ao público idoso, observa-se que há prevalência daquelas que buscam atender as doenças crônicas, principalmente grupos de hipertensos e diabéticos. Esta conduta está em consonância com a Portaria do Ministério da Saúde nº 371/2002, que trata do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* e do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil, uma vez que ela se destina a toda população, incluindo os idosos⁽¹⁶⁾.

Embora atividades educativas na forma de grupos possam ser questionadas por ter seu enfoque, na maioria das vezes, na patologia, esta é uma importante modalidade de intervenção com vistas à promoção do envelhecimento ativo. Ademais, é necessário o manejo adequado de morbidades como a hipertensão arterial sistêmica e do diabetes *mellitus*, uma vez que elas acometem um elevado percentual dos adultos e idosos e seus agravos são onerosos para o paciente e ao sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que, para promover o envelhecimento ativo, as instituições de saúde precisam ter uma perspectiva de curso de vida, com vistas à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso igualitário a cuidado primário e de longo prazo. As políticas e programas de promoção da saúde que visam à prevenção de doenças crônicas e diminuem o grau de incapacidade entre idosos, contribuem para que eles vivam de forma independente e com autonomia por mais tempo⁽¹⁷⁾. Aliada a esta perspectiva identifica-se que elas estão em consonância com as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, política de atenção ao idoso e no Pacto pela Saúde^(8,15).

Os entrevistados manifestam que tentam implementar ações contidas nos diferentes programas e políticas de atenção ao idoso, porém não são aqueles que possuem foco neste estrato populacional e cuja ênfase permanece na hipertensão arterial e diabetes *mellitus*:

Eu aqui desenvolvi com a farmacêutica a assistência farmacêutica não ao idoso, mas para o hipertenso e diabético, que também considero uma política do idoso. (E4)

Nós temos formados os grupos que nós chamamos de terceira idade, onde são visitados uma vez por semana, que vai a enfermeira e uma professora, que daí eles veem a diabetes, pressão, fazem exercícios, conversam. (E13)

Os achados permitem identificar que os gestores reconhecem a potência de atividades de natureza coletiva para educação e promoção à saúde, em especial por meio da formação de grupos. Nesses espaços, os profissionais

de saúde desenvolvem ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos naquelas situações em que há uma doença já instalada. Contudo, a maior parte das doenças crônicas que acomete a pessoa idosa tem na própria idade seu principal fator de risco. Deste modo, os desafios são diversos e vão desde a estruturação da atenção primária a saúde, a oferta de assistência nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção, o registro das informações de forma clara e objetiva, com o propósito de delinear metas factíveis de prevenção e controle das principais doenças crônicas, até a intervenção profissional junto aos idosos, com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com inclusão da família⁽¹⁸⁾.

Alguns gestores são conhecedores de um conjunto de ações que favorece a preservação da capacidade funcional em idosos e as estimulam para que sejam realizadas, atuando também em interface com as demais secretarias municipais.

Nós temos oficinas terapêuticas de aulas de violão, música e dança, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Assistência Social. Oficinas de trabalhos manuais, onde também existe a participação de idosos. A última oficina que foi colocada em funcionamento, e que está havendo a participação de idosos, é a de informática. Daí eles têm pela secretaria de educação um professor de música e um professor de aeróbica. (E3)

Uma prática não recomendada e, ainda, utilizada em alguns municípios é a necessidade de vinculação e participação dos idosos nos grupos de educação em saúde realizados para a obtenção de medicamentos que são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.

O pessoal que não participa no grupo, não ganha o remédio. Então, mesmo os diabéticos, a gente disponibiliza o HGT, mas se eles não participam do grupo, não tem o HGT. Claro que isso é uma forma de a gente barganhar, ter eles na mão. Mas é muito boa a participação, inclusive a gente leva os remédios junto dos hipertensos, diabéticos, as receitas todas, pessoal que vai pro grupo já vai com tudo prontinho. (E14)

Esse tipo de imposição nega a produção da atenção orientada pelo reconhecimento de indivíduo, pessoa e sujeito, a qual contribui na superação do modelo biomédico. No reconhecimento do indivíduo, considera-se que ele é detentor de direitos, neste caso da terapia medicamentosa. No reconhecimento da pessoa, valoriza-se seu pertencimento a um *ethos*, a uma cultura, a um grupo que define

os significados do “eu” e, nesta perspectiva, do adoecimento e da busca ou não pelas alternativas terapêuticas. A noção de sujeito remete-se ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões. Daí a importância da reflexão acerca de quem goza do *status* de pessoa e de sujeito no conjunto da atenção prestada nos serviços de saúde, bem como a relevância do questionamento acerca dos capitais de protagonismo e autonomia dos diferentes atores envolvidos na produção de cuidados, bem como das margens e mecanismos de negociação e ampliação dessas fronteiras⁽¹⁹⁾.

Assim, aliar ações de promoção da saúde com prevenção de agravos se constitui em uma tarefa contínua e com muitos desafios. O convívio nos grupos voltados para a terceira idade é um espaço importante para desencadear, tanto na pessoa idosa quanto na comunidade, mudança de mentalidade que oportunize a inserção e o fortalecimento do papel social do idoso e, também, no sentido de diminuir os riscos ambientais ou pessoais que possam predispor a doenças.

Dentre os municípios estudados, quatro gestores afirmaram possuir equipe vinculada ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Este apoio apresentou-se como importante forma de operacionalizar ações de promoção à saúde, para ampliar e fortalecer as ações desenvolvidas pela atenção básica de saúde.

Temos a academia com professora que é do NASF. (E1)

Com a contratação no NASF a gente conseguiu contratar uma nutricionista, o que ajudou bastante a gente. Porque essa é uma dificuldade que os municípios têm: contratar. (E2)

Vale destacar que atenção básica de saúde necessita de maiores investimentos nas ações e na definição de critérios de atendimento a população idosa, possibilitando acesso igualitário, intervenções nas demandas específicas desta clientela e capacitação profissional, entendendo que este modo de cuidado baliza o percurso desses indivíduos nos diferentes níveis de atendimento à saúde⁽²⁰⁾.

Ainda, como parte dos programas e políticas de atenção a idosos identifica-se que quatro gestores mencionaram que em seus municípios há Instituições de Longa Permanência para Idosos. Destas, uma possui caráter público e quatro são filantrópicas, porém todas contam com investimentos municipais. Os participantes reconhecem que essas instituições são importantes e de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Existe no município o lar de idoso, o próprio município mensalmente faz um repasse financeiro, para esta institui-

ção e é disponibilizado fraldas que são utilizadas na instituição. O acompanhamento dos moradores é feito pela unidade de saúde. A dispensação de medicação é toda fornecida por nós, além de toda a assistência, psicólogo, assistente social, fisioterapia, tudo o que precise, o município faz esse atendimento na instituição que abriga os idosos em situação de vulnerabilidade social. Em virtude disso o município também faz essa contribuição financeira, pra ajudar a manter essa instituição. (E12)

Frente ao exposto nesta categoria, evidencia-se que as políticas públicas de atenção a população idosa são empregadas de forma restrita, devido a pouca eficiência dos órgãos gestores e administrativos, além do despreparo dos profissionais e dos setores assistenciais para atender as necessidades deste estrato populacional.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de atenção aos idosos nos municípios estudados não são sistematizadas e há pouca articulação entre os setores. Possivelmente, isto se dá pelo fato de os entrevistados desconhecerem, pelo menos em parte, as políticas existentes de atenção à população idosa.

Entende-se que as ações de atenção às populações, em especial aos idosos, devem ser intersetoriais, envolvendo diferentes profissionais. O estudo mostra que as ações de saúde para este estrato populacional se restringe ao controle e a prevenção de agravos das doenças crônicas, e não visam o entrelaçamento das dimensões da saúde física, mental, funcionalidade, interação social e aspectos socioeconômicos.

Neste contexto, identifica-se que os gestores municipais de saúde possuem limitações no conhecimento relativo às políticas de atenção aos idosos, pois não estão atentos para as especificidades que caracterizam a pessoa idosa e não operam no sentido de qualificar suas ações para dar resposta às demandas da população que envelhece.

As limitações deste estudo estão relacionadas aos participantes, pois foram ouvidos somente gestores vinculados à secretaria de saúde de municípios de uma região de saúde. Desse modo, sugere-se a realização de outras investigações abordando o mesmo tema, porém dando voz a gestores de outras áreas ou setores da sociedade, que atuam junto à população idosa. Também, ouvir a população idosa no sentido de conhecer o seu entendimento e como vivenciam as políticas públicas de atenção aos idosos em seus municípios.

A contribuição deste trabalho está centrada no avanço das discussões relativas as políticas públicas direcionadas ao público idoso na voz de gestores. Considera-se que tal

debate favorece para identificar como isso ocorre na prática cotidiana dos municípios e, também, permite compartilhar estratégias de intervenções que podem ser operacionalizadas nos diferentes espaços de atenção ao idoso.

■ REFERÊNCIAS

- World Health Organization (CH). Good health adds life to years: global brief for World Health Day. Geneva: WHO; 2012 [cited 2015 Oct 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf.
- Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saúde Pública*. 2012 [citado 2015 nov 14];28(5):955-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014.
- Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 [citado 2016 nov 10];46(6):1494-502. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=pt&tlng=pt.
- Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. 2012 [citado 2016 nov 22];28(10):1834-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201201000003&lng=pt&tlng=pt.
- Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012 [citado 2015 nov 29];28(2):208-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200001>.
- Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2014 [citado 2016 jan 15];19(8):3403-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>.
- Teixeira EC. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade [Internet]. 2002 [citado 2015 nov 11]. Disponível em: <http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. 2006 [citado 2017 abr 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013 [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado nov 2015 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/>.
- Fraccolli LA, Gomes MFP, Gryscek ALFPL. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. *Saúde Soc*. 2014;23(3):919-27.
- Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 [citado 2015 nov 16];20(6):1869-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
- Oliveira DC, Silva EM. Cuidado ao idoso em Campinas-SP: estudo qualitativo com gestores e representantes políticos. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(6):942-9.
- Presidência da República (BR). Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2015 nov 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
- Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, 2009 [citado 2015 nov 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 371, de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. [Internet]. Brasília 2002 [citado nov 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html.
- World Health Organization (CH). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana Gontijo, tradutora. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontol*. 2015;18(1):325-39.
- Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2009 [citado 2016 jan 27];13(supl.1):641-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a15v13s1.pdf>.
- Onofri Júnior VA, Martins VS, Marin MJS. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016 [citado 2017 abr 17];19(1):21-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15004>.

■ Autor correspondente:

Marinês Tambara Leite

e-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Recebido: 25.02.2016

Aprovado: 12.05.2017