

## A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil)\*

The net of services aiming the aged's health in Barcelona (Spain) and São Paulo (Brazilian city)

Álvaro da Silva Santos\*\*  
Úrsula Margarida Karsch\*\*\*  
Concha Menéndez Montañés\*\*\*\*

**Resumo:** Trata-se de estudo quantitativo com o objetivo de descrever e analisar o tipo de organi-

\* Artigo extraído do relatório de pesquisa de pós-doutorado com o mesmo título apresentado ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em setembro de 2008.

\*\* Enfermeiro, especialista em saúde pública, mestre em administração em serviços de saúde, doutor em ciências sociais, pós-doutorado em Serviço Social, professor adjunto na Universidade Federal da Bahia — Instituto Multidisciplinar em Saúde — Salvador/BA — Brasil. *E-mail:* alvaroenf@hotmail.com.

\*\*\* Assistente social, especialista em Administração Hospitalar, mestre em Saúde Pública e mestre em Serviço Social, doutora em Serviço Social, pós-doutorado na London University, docente na pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/SP — Brasil, supervisora de pós-doutorado.

\*\*\*\* Psicóloga, mestre em Psicologia, doutora em Psicologia, docente na Universidad de Barcelona — Espanha, cossupervisora.

zação e estruturação da rede de serviços públicos de saúde voltados ao idoso nas cidades de São Paulo (Brasil) e Barcelona (Espanha). O envelhecimento em Barcelona é mais antigo, e sua rede de serviços está em uma dinâmica muito mais biologicista. Já em São Paulo, observa-se uma melhor estruturação na atenção primária à saúde, mas ao mesmo tempo reduzida oferta de serviços voltados ao idoso. Os resultados apontam a possibilidade de troca de experiências socio sanitárias, apesar das distintas realidades.

*Palavras-chave:* Saúde do idoso. Rede de serviços socio sanitários. Idoso.

**Abstract:** This is a quantitative study to describe and to analyse the type of organization and structure of the net of public health services aiming the aged in the cities of São Paulo (Brazil) and Barcelona (Spain). The aging in Barcelona is an older phenomenon than it is in São Paulo, and the net of services in that Spanish city has a much more biology-related dynamics. On the other hand, São Paulo has a better structure as to the primary attention to health, but at the same time its availability of services for the aged is reduced. The results point to the possibility of exchange of sanitary experiences through partnership, in spite of the distinct realities.

*Keywords:* The aged's health. Net of sanitary services through partnership. The aged.

### Introdução

Há dificuldades na determinação precisa da velhice (Prado, 2002). A velhice não deve ser pensada apenas pelo critério cronológico; mas, ao mesmo tempo, tal critério serve para a definição de políticas públicas. Embora possa haver posições diferentes para a terceira idade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, no Brasil a Política Nacional do Idoso define o idoso

como a pessoa com sessenta anos e mais (Brasil, 1996). Por outro lado, países considerados desenvolvidos consideram idosos indivíduos com idade acima de 65 anos.

A velhice é um termo impreciso, dada a complexidade de análise, seja nas esferas biológica ou psicológica, e deve ser vista de formas diferentes num país com expectativa de vida de 37 anos, como Serra Leoa, ou de 78 anos, como o Japão (Veras, 1995).

Em outros aspectos de análise, o ser humano parece estar em constante envelhecimento. Assim, a partir do momento em que se nasce já passa a envelhecer. No entanto, no que concerne à qualidade de vida, é na terceira idade que os reflexos acumulados da vida se instauram, seja na esfera social, cultural, psicológica e/ou biológica.

No aspecto *social* há a determinação de *status*, de papéis e de poder sociais condizentes com a aceitação social ou não. Moragas (2004) aponta que o papel de experiente do idoso, em geral valorizado nas sociedades agrárias, desapareceu. O *status* poderia ser considerado maior no passado, já que poucos alcançavam esta fase. Se de um lado a terceira idade oferece mais tempo livre, de outro também reduz o poder social. Além disso, a situação econômica da maioria dos indivíduos idosos é desfavorável, o que pode desqualificar a vida destes (Elias et al., 2003).

No tocante à questão *cultural*, mesmo sabendo que o envelhecer é natural, há demandas que tentam relegar ao máximo essa fase, como uma necessidade de não aceitação, uma vez que tal rejeição na maioria das

sociedades é aprendida e apreendida desde a infância e, por vezes, o idoso vê esta inaceitação como natural, sem o reconhecimento de que tal condição lhe é prejudicial. A essas condições poderia se acrescentar a feminização do envelhecer (Camarano et al., 2004; Pacheco e Santos, 2004), a supressão da sexualidade, o papel da família com relação à vida do idoso, que são pontos cruciais para um envelhecer saudável e, também, com traços sociais e culturais de análise. Estas são representações e imagens que determinam o olhar sobre a terceira idade, já que a vida pode ser organizada com base em imagens e representações (Minayo e Coimbra Jr., 2002).

Na esfera *psicológica*, pesquisas mostram que a qualidade de vida do idoso também se dá pela somatória de vínculos estabelecidos, do lazer, do trabalho com prazer, da busca de sentido para a vida e da perspectiva de um futuro promissor (Carvalho Filho, 1996).

A questão *biológica* denota um grupo de alterações somadas ao longo da vida, que podem ser naturais em determinadas instâncias e, em outras, patológicas, mas em ambas as situações as três esferas citadas (social, cultural e psicológica) vão influenciar o aspecto biológico. É sabido que, na terceira idade, tem-se uma série de mudanças naturais, seja no paladar, na vascularização, na audição, na condição musculoesquelética etc. Por estas e outras condições, há incidência de certos agravos nesta fase da vida, como: hipertensão arterial, cardiopatias, *diabetes mellitus*, quedas pela redução da força muscular e outras (Cantera e Domingo, 2002; Santos,

2001). Um indivíduo idoso pode contabilizar as duas situações (alterações fisiológicas e agravos) que, em tese, denotam a somatória de estilos de viver ao longo da sua vida, sejam estes saudáveis ou não, além de sua predisposição.

Karsch et al. (2004) apontam que nos dados censitários das últimas décadas se observa que em quase todas as unidades familiares residentes nas cidades brasileiras, convivem duas ou mais gerações, o que faz com que várias pessoas idosas estejam sob cuidados de outra pessoa da família, sobretudo em situações de dependência instalada.

A questão de gênero e nível de instrução deve se associar à análise no perfil dos idosos. O estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) mostra que em todos os países onde tal investigação foi realizada, a proporção de homens que reportam boa saúde é mais alta do que as mulheres. Acresce-se a isto que a escolaridade associada à percepção sobre saúde evidencia no mesmo estudo que pessoas com menor escolaridade têm avaliação regular ou má em maior proporção (Lebrão, 2003).

No que se refere ao aspecto *ecológico*, deve-se atentar para o ambiente não apenas como espaço físico, mas também como ambiente vivo de onde ocorrem relações, interações e por onde o indivíduo idoso participa, interage, depende e por vezes tem que se adaptar, o que em tese também pede adaptação de tal ambiente às necessidades da pessoa idosa. Pode-se falar de uma ergonomia aplicada à realidade e às necessidades do idoso.

Em estudo multicêntrico com mais de 2.143 idosos (acima de sessenta anos), considerando uma das cidades pesquisadas — São Paulo —, observou-se alguns destaques (Lebrão, 2003):

- a população idosa é mais feminina, pela maior longevidade da mulher, sendo que, dos pesquisados, os homens eram casados em 79,2%;
- a porcentagem de idosos que vivem sozinhos é maior na medida em que aumenta a faixa etária;
- 21% nunca frequentaram escola e 46,4% dos pesquisados tinham frequentado menos de quatro anos.

Em estudo realizado em 2000 pela Agência de Saúde Pública de Barcelona (2003) verificou-se, entre outros resultados, que:

- a população idosa também teve preponderância do sexo feminino, sendo que também os homens estavam casados em mais de 70% dos pesquisados;
- a porcentagem de idosos que vivem sozinhos também é maior na medida do avanço da idade, em especial as mulheres;
- acima de 20% também não frequentaram escola, valor superior para as mulheres, sendo que mais de 20% tinham primário incompleto.

Comparativamente, apesar de estar se falando de realidades diferentes do ponto de vista geopolítico, de continente, cultural e social, são observadas similaridades. A

mulher tende a ser mais longeva, mas também a ficar mais tempo sozinha, tanto quanto mais idosa for, além de ter menor escolaridade.

Com relação aos agravos, em recentes artigos verifica-se que a incidência de doenças não transmissíveis, além de serem frequentes em indivíduos acima de sessenta anos, reduz a capacidade de esses indivíduos desenvolver atividades de vida diária, o que pode denotar maior dependência de outros para viver (Menendez et al., 2005; Simões, 2002). Acresce-se a isto que os idosos com limitações funcionais não estão sendo assistidos suficientemente pela família ou corresidentes, ao mesmo tempo que as políticas públicas não suprem os déficits assistenciais (Duarte et al., 2005).

Ao considerar que a história de vida da maioria dos idosos reflete uma época em que o viver saudável foi pouco efetivo, resta nos dias atuais a construção de um envelhecer que busque possibilidades de um estar saudável, dentro dos limites da realidade existente, na necessidade de se contabilizar práticas deste viver, que leve o idoso a ser mais feliz e hígido, já que o envelhecimento populacional é notório.

Assim, a dinâmica familiar, a relação construída do indivíduo com esta, nas variadas facetas de análise (socioeconômica, cultural, psicológica e até na relação de cuidados) vão determinar potencialidades de apoio dessa família ao indivíduo na terceira idade. Por outro lado, é importante apontar que as mudanças sociais, sobretudo a urbanização; a redução do número de filhos pelas famílias; a saída da mulher

para o trabalho, na maioria das vezes com dupla jornada, entre várias situações, faz com que essa nova família crie outras relações de apoio, nem sempre suficientes às necessidades do idoso, mas aquelas possíveis de se oferecer (Rosa, 2005).

Em todos os países do mundo é característico que o cuidado dos idosos seja feito por um sistema de suporte informal. Este sistema inclui a família e esta atividade é prestada sem remuneração. Neste contexto tradicional, o cuidado familiar faz parte da cultura. Ao não assumir essa função, a família pode sofrer sanções sociais, pois é considerada negligente e/ou irresponsável. Resta saber, então, se todas as famílias dispõem nas mais variadas situações em que o idoso pode ou não estar inserido, de condições de apoiar seu geronte ou se o que faz é aquilo que é possível, o que nem sempre é suficiente para o apoio desse idoso. Pensa-se nesse apoio como algo além do cuidado instrumental, que incluía também apoio financeiro, de atenção a lazer e recreação, entre outras, deixando de olhar apenas a doença e a dependência decorrente desta. É possível que aqui a responsabilidade do Estado, no aspecto de políticas públicas voltadas ao idoso, se faça necessária.

As alternativas de políticas públicas devem ser várias, não só devido ao crescimento da população idosa, como também às mudanças que as famílias vêm apresentando. Num olhar sobre idosos asilados em recente pesquisa na Região Sul do Brasil, verificou-se que se somadas às principais causas de asilamento dos idosos tem-se: 37,4% por estarem sozinhos, 15,5%, doen-

tes, e 10,7% por abandono. Estes fatores revelam, possivelmente, dificuldades da família em assumir o seu idoso (Heredia et al., 2004).

Assim, por mais saudável que o idoso possa ser aos sessenta anos, este indivíduo tem necessidade de monitoramento/acompanhamento de seu estado de saúde, quando não há agravos, e, na presença destes, precisa de tratamento, acompanhamento, medicamentos, consultas, aparelhos ou materiais para terapias, exames em geral, entre outros, além, é claro, de suporte social, de forma que ele possa sobreviver com dignidade, como, por exemplo: aposentadoria digna, lazer, recreação, informação, relações sociais e outros.

Do apresentado até aqui, a proposta deste estudo é conhecer a capacidade instalada de serviços públicos de saúde de uma cidade latino-americana — São Paulo e de uma cidade europeia — Barcelona.

## Objetivos

Descrever e analisar o tipo de organização e estruturação de redes de serviços de saúde dirigidos ao idoso, nas cidades de São Paulo e Barcelona.

## Metodologia

### *Tipo*

Trata-se de um estudo quantitativo. Este estudo analisa, entre outros aspectos,

fatos como se fossem coisas exteriores submetidas a leis e padrões gerais, prefere a experiência e expressa a realidade (Tobar e Yalour, 2001). Nele se pretende analisar como estão organizados os serviços públicos de saúde nas cidades de São Paulo e Barcelona em relação às demandas/necessidades de indivíduos idosos, como uma realidade concreta a ser respondida por estes serviços.

### *Coleta de dados*

Na cidade de São Paulo, o referido estudo passou por aprovação do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde. Outrossim, tal investigação foi antecipada por um estágio no Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a fim de imergir na realidade de pesquisas recentes na epidemiologia do envelhecimento.

Na cidade de Barcelona houve aceite e autorização do Departamento de Psicologia da Universidade de Barcelona, que deu toda a infraestrutura e logística para as pesquisas de campo, virtual e análises críticas, bem como cedeu uma cossupervisora para acompanhar o referido estudo.

- *Local e período*: o estudo foi realizado nas cidades de São Paulo e em Barcelona. Na cidade de Bar-

celona a coleta de dados se desenvolveu de dezembro de 2007 a janeiro de 2008. Já em São Paulo os trabalhos aconteceram em fevereiro e março de 2008. O levantamento de estudos e documentos de ambas as cidades ocorreu concomitantemente.

- *População e amostra:* alguns diretores ou outros profissionais (pessoas-chave) por eles indicados dos serviços de saúde, das duas cidades foram entrevistados (quinze de Barcelona e cinco de São Paulo), a fim de apresentarem a história do serviço de saúde, bem como a estrutura e as características das ações oferecidas aos idosos.
- *Instrumentos de coleta de dados:* os dados observados dos serviços de saúde foram anotados em diário de visita aos serviços de saúde, bem como dados documentais transcritos. Por outro lado, um breve roteiro de questões voltadas aos diretores dos serviços foi aplicado por meio de entrevista, em oportunidades de visita do pesquisador.

### *Análise de dados*

Os dados, apresentados de forma descritiva, são oficiais, obtidos de agências de saúde, ou ainda de estudos das referidas cidades, com interlocuções analíticas por parte do pesquisador.

## Resultados

### *Aspectos da situação de saúde do idoso na cidade de São Paulo*

A cidade de São Paulo é considerada a de maior densidade demográfica da América Latina e uma das maiores do mundo. Como polo industrial, comercial, econômico, entre outros, tem na atualidade importantes interesses nos aspectos ligados a saúde dos idosos, bem como a possibilidade de influenciar o restante do país.

Um estudo multicêntrico de 2000 que incluiu São Paulo mostrou a realidade desta megacidade. O referido estudo foi desenvolvido com 2.143 idosos e de forma similar em mais outras seis cidades da América Latina (Lebrão, 2003). Alguns dados merecem destaque para a cidade de São Paulo:

- 67,5% consideravam a disponibilidade de dinheiro insuficiente;
- 53,8% dos idosos pesquisados referiram que seu estado de saúde era regular ou ruim;
- 53,3% tinham hipertensão arterial e, destes, 19,4% não tomavam medicação; outrossim mais de 60% dos pesquisados tinham dor no peito, edema de MMII, falta de ar, vertigem e cansaço grave;
- 31,7% tinham doenças reumáticas, em especial no sexo feminino, com quase 40% tomando medicação e 4,6% das mulheres e 1,1% dos homens já tendo realizado cirurgias devido à alteração reumática;
- 28,6% referiram já ter tido episódio de quedas após os sessenta anos;

- apenas 26,5% realizavam atividade física;
- 19,5% apresentavam problemas cardíacos, com predominância nos homens;
- 17,9% referiram diabetes e, destes, 64,3% usavam medicação oral e 12,7% usavam insulina. Os principais sinais e sintomas apresentados em mais de 20% dos que tinham diabetes foi: sudorese excessiva, edema de MMII, dor no peito, tontura e cansaço persistente;
- 12,2% tinham doenças crônicas respiratórias, sendo que, destes, 17,8% apresentavam muita limitação de atividades, com predominância de homens, e forte relação ao hábito de fumar.

De forma relevante, observa-se a falta de estudos sistemáticos de morbidade e mortalidade, que se restringem àqueles feitos por algumas agências públicas, em especial do Ministério da Saúde ou algumas Secretarias de Saúde municipais ou estaduais de grande porte, que tem por prática o acúmulo de informações, divulgação e por vezes a análise, o que permite a tomada de decisões políticas interventivas que busquem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

### *Em destaque a saúde dos idosos na cidade de Barcelona*

A Espanha, assim como vários outros países da Europa, já experimenta o

envelhecimento populacional há muitas décadas.

Deve-se também destacar que na Espanha há uma quantidade elevada de municípios muito pequenos, alguns chegando a ter menos de cem pessoas (905 municípios), de 101 a 500 habitantes (2.986 municípios), e nesses locais o número de idosos pode ultrapassar 40% (Ministerio del Trabajo, 2003).

No conjunto populacional a Espanha apresenta uma esperança de vida (EV) ao nascer de 79,9 anos, superior inclusive à EV da União Europeia (UE). A população idosa representa 16,7% da população acima de 65 anos (Ministerio de la Sanidad y Consumo, 2006).

Em 2003, Barcelona, em estudo com 10 mil idosos, revela o estado de saúde da população desta cidade catalã e espanhola, a saber:

- Quanto à saúde percebida: as mulheres apresentam pior percepção, e em ambos os sexos há uma redução de boa percepção na medida que se esteja mais idoso(a). Os indivíduos de classes menos favorecidas, com menor escolaridade, que estavam sozinhos, e que não tinham apoio social percebiam sua saúde como pior (má ou muito má).
- 90,7% dos pesquisados tinham no mínimo um transtorno crônico (87,2% homens e 92,9% mulheres). Quanto ao número de transtornos crônicos, cabe destacar que a presença de quatro transtornos ou mais teve a seguinte apresentação:

**TABELA 1** Idosos: quatro transtornos ou mais por sexo e faixa etária (Barcelona, 2000)

<b>Sexo/Idade</b>	<b>65 a 74 anos</b>	<b>75 a 84 anos</b>	<b>85 anos e mais</b>
Homens	35%	58%	66%
Mulheres	59%	62%	75%

Fonte: Ajuntament de Barcelona, 2003.

**TABELA 2** Principais agravos em idosos por sexo e grupos etários (Barcelona, 2000)

<b>Agravo crônico</b>	<b>Homens 65-74 anos</b>	<b>Mulheres 65-74 anos</b>	<b>Homens 75-84 anos</b>	<b>Mulheres 75-84 anos</b>	<b>Homens 85 anos e +</b>	<b>Mulheres 85 anos e +</b>
Problemas reumáticos	28,9%	63,6%	43,2%	63,0%	32,1%	64,8%
Alterações circulatorias	20,5%	45,1%	31,8%	45,4%	48,1%	53,9%
Problemas de visão	23,5%	34,1%	34,3%	36,4%	37,7%	54,5%
Hipertensão arterial	25,1%	32,9%	27,4%	34,5%	27,6%	33,9%
Dor cervical	19,8%	46,4%	22,4%	43,0%	26,7%	43,8%
Catarata	13,8%	17,1%	33,4%	35,2%	40,1%	50,9%
Varizes de MMII	11,0%	37,0%	13,3%	31,6%	12,9%	24,9%
Alterações emocionais	9,4%	26,2%	17,2%	26,1%	12,7%	33,8%
Problemas de audição	15,5%	15,1%	28,7%	22,7%	50,3%	49,7%
Alterações cardíacas	14,2%	13,8%	23,1%	20,8%	25,4%	17,6%
Bronquite crônica	14,7%	8,5%	22,4%	9,2%	21,8%	16,5%
<i>Diabetes mellitus</i>	13,1%	10,7%	10,3%	12,2%	7,2%	9,1%

Fonte: Ajuntament de Barcelona, 2003.



É interessante observar a maior prevalência de agravos em mulheres e que no caso dos doze agravos citados apenas três deles se apresentam em maior proporção nos homens, a saber: problemas de audição,

alterações cardíacas e bronquite crônica. Todos os demais são maiores nas mulheres, em algumas situações chegando ao dobro.

Quanto às limitações das atividades de vida diária, tem-se o seguinte:

**TABELA 3** Limitações nas atividades de vida diária em idosos, por sexo e faixa etária (Barcelona, 2000)

Idade/Sexo	Homens	Mulheres
65 a 74 anos	15,3%	27,5%
75 a 84 anos	35,0%	53,2%
85 anos e mais	51,4%	76,8%

Fonte: Ajustament de Barcelona, 2003.

Verifica-se que o número de mulheres com limitações é maior que o de homens, ao mesmo tempo que tais limitações são mais evidentes com o avançar da idade e em classes sociais menos abastadas.

As limitações de vida diária levam ao maior nível de dependência, o que acarreta por vezes custos e sobrecarga de atividades, em especial para a família que em geral é a primeira provedora de cuidados.

- 18% dos pesquisados referiram ter sofrido acidente de qualquer tipo no último ano (10,3% de homens e 23,0% de mulheres). Curiosamente, as classes mais abastadas sofrem mais acidentes e há aumento com a idade.

Vê-se, a partir dos dados apresentados, que os desafios na busca de qualidade de vida dos idosos é palavra de ordem em

Barcelona, sobretudo no que se refere aos cuidados dos idosos, às questões de apoio social, ao alívio de dores, ao monitoramento e tratamento de agravos instalados, mas também na prevenção de incapacidades etc.

#### *A capacidade instalada de serviços voltados ao idoso na cidade de São Paulo*

A cidade de São Paulo que faz parte do estado de São Paulo está localizada na Região Sudeste e é a maior da América Latina, do Brasil, e a quinta maior do mundo. Tem 1.509 km<sup>2</sup>, com uma população, em 2005, de 11 milhões de habitantes, dos quais 10% são idosos. Assim, o número de idosos na cidade é de mais de 1 milhão de indivíduos, com idade superior a

sessenta anos e mais (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2004).

Na área de saúde, é importante centro terapêutico e assistencial, sobretudo no que se refere à atenção de nível secundário e terciário e de tecnologia de ponta no setor, além, é claro, de investimentos, do grande parque de pesquisas e da formação de um grande número de profissionais de saúde.

Do ponto de vista da administração pública, a cidade é dividida em 31 subprefeituras, que têm certa autonomia no nível local. Em todos os diferentes setores sociais há uma grande monta de serviços, o que faz que a estrutura seja de alguma forma pesada. Como exemplos temos as áreas de transporte, educação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, saúde etc.

A cidade de São Paulo é dividida em cinco Coordenadorias de Saúde e 25 Supervisões Técnicas de Saúde, com uma rede de atenção primária à saúde de quase quinhentas Unidades Básicas de Saúde, uma rede hospitalar com catorze hospitais gerais e um infantil, 13 prontos-socorros (PS) gerais e três pronto-atendimentos (PA), e uma rede de 120 unidades mistas, na sua maioria associada às UBS, que são as unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) (prefeitura da cidade de São Paulo, 2004).

Cabe destacar que as UBS estão quase 100% municipalizadas, ou seja, são de gestão direta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de São Paulo, com exceção da estrutura específica de AMA, que pode ocupar espaço de uma UBS, mas

é gerenciado pela iniciativa privada. Já a municipalização de hospitais não é algo concreto ainda. Ou seja, no território da cidade de São Paulo há vários hospitais públicos estaduais que não têm administração direta da SMS. Fala-se aqui de mais de quinze outros hospitais, ou seja, a cidade dispõe de mais de trinta hospitais públicos ligados à área de saúde. Isto porque na verdade os hospitais-escolas são ligados às Secretarias de Educação, nas mais diferentes instâncias.

Isto faz com que se tenha uma complexidade administrativa importante no que se refere à resolução de necessidades de saúde da população da cidade de São Paulo. A par do exposto, só a Atenção Primária à Saúde está municipalizada. Há extensa rede de serviços privados, onde o lucro e a alta tecnologia são as molas mestras, estando desta forma em certo desacordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), que é a política atual.

Considerando a estrutura política de que o Brasil comunga (o SUS), bem como as próprias influências internacionais (novos conceitos de saúde, de promoção da saúde, de empoderamento), a atenção à saúde do idoso não deve ser pensada no escrutínio do setor saúde, já que ter saúde envolve outros setores sociais traduzidos não na ausência de doenças ou no adequado tratamento delas e alívio de dores, que pode predominar nas representações sociais do ter saúde, mas avançar para questões de qualidade de vida. Em outras palavras, ser ativo, sentir-se útil, feliz, ser participativo nos seus interesses, mas

também influenciando os rumos de sua comunidade, ter acesso aos bens sociais necessários à vida, ter oportunidades de fazer na terceira idade o uso mais saudável possível do ócio, situação que antes poderia não ser tão evidente assim, dado o número de obrigações que a vida adulta tem. Discorre-se aqui sobre qualidade de vida, cidadania, solidariedade, gregária e outros, para além de cuidar de doentes.

Do exposto, fica claro que buscar melhores padrões de vida para a comunidade idosa, sobretudo num percentual numérico que a cidade de São Paulo tem (mais de 1 milhão de idosos), significa aqui grandes desafios. Assim, buscar uma vida saudável para o idoso sai do escopo do setor saúde que na prática acaba assumindo mais estados de doença do que de saúde.

A atenção à saúde do idoso no que tange à APS não separa setores para atendimento, mas sim aborda o ancião dentro da unidade de saúde, que deve estar preparada para as necessidades de toda a população, incluindo aí o idoso. Na prática, sabe-se que de fato o idoso é o indivíduo que mais consome os serviços de saúde, em especial as mulheres.

Uma UBS, considerada a porta de entrada do sistema de saúde, deve oferecer: ações de educação em saúde, que busquem levar o idoso a hábitos saudáveis de vida; atividades de convivência (caminhadas, cursos, oficinas e outros), que possam melhorar sua sociabilização e interação com demais idosos e possibilitar o reconhecimento de que outros também podem ter similaridades em termos de necessida-

des e possibilidades de apoio; interação cidadã com outros recursos sociais (muitas vezes a área de saúde em determinada região pode estar mais mobilizada), no sentido de buscar recursos e respostas aos interesses dos indivíduos na terceira idade.

Por outro lado, à UBS cabe também o atendimento com vários profissionais de saúde; a realização de exames diagnósticos; o tratamento de patologias crônicas; além de acompanhamento (por meio da visita domiciliar — VD) daqueles idosos que porventura não possam acessar os serviços de saúde, dadas as limitações físicas e até emocionais, ou que de alguma forma a família não consegue prover a eles os cuidados necessários.

Num evoluir do processo de adoecimento e na necessidade, o idoso pode ser encaminhado a um serviço ainda ambulatorial chamado no município de São Paulo de Ambulatório de Especialidades (AE), no qual, sem a necessidade de internação e de ir muito longe de sua residência, possa consultar um especialista e fazer exames mais sofisticados. Na cidade de São Paulo existem mais de vinte AE, que, óbvio, não atendem só o idoso. Numa outra situação, se ele tiver uma necessidade especial, como por exemplo HIV/Aids, pode ser atendido ainda em outra estrutura ambulatorial chamada de Ambulatório Especializado, que difere do anterior no sentido de que só atende uma patologia. Neste caso, no momento são raros os tipos. Citamos aqui os Ambulatórios de DST/Aids e Ambulatórios de Saúde do Trabalhador, que há vários pela cidade.

No tocante ao idoso, tem-se uma estrutura recente, que pode estar nesta última classificação, que são os Centros de Referência em Saúde do Idoso (CRI), que são estaduais e em número de dois, ou as Unidades de Referências em Saúde do Idoso (Ursi), em número de nove até o momento e que estão na instância municipal. Os CRI e Ursi foram criados de fato como ambulatórios de saúde do idoso. Neles há preferência para idosos acima de oitenta anos, e, fora desta idade, para aqueles que apresentam muitas patologias ou mesmo deficiências. Além disso, alguns estão oferecendo ações de atenção domiciliar e acompanhante geriátrico (experiência piloto). Quando se fala de serviços de internação domiciliar (Programa de Internação Domiciliar — PID), ou atenção domiciliar (Programa de Atenção Domiciliar — PAD), a situação é ainda muito incipiente, sobretudo porque nos locais onde há tais serviços (outros municípios) o idoso não é o único cliente.

No outro extremo do sistema de saúde tem-se aquele idoso que adoeceu e não conseguiu resolver suas necessidades em nenhum dos serviços anteriormente citados, motivo pelo qual necessita de internação. Na verdade, ele entra nos hospitais públicos como qualquer grupo vulnerável para seu atendimento. Vale destacar que, na prática, os idosos também são os que mais consomem os serviços de saúde na área hospitalar, além do que consomem um número importante de procedimentos de alta tecnologia, invasivos e caros. Este é um grupo que necessitaria de estudos aprofundados de consumo de serviços

como um todo, mas especialmente os hospitalares, a fim de rever necessidades e quem sabe otimizar a ação de níveis como a APS e os ambulatórios de especialidades ou especializado.

Outra estrutura na área de saúde que pode atender o idoso são os Centros de Convivência e Cooperativa (Cecco) que desenvolvem ações ligadas a cultura, esporte, saúde, educação e assistência social. Dados de maio de 2008 mostram que a cidade de São Paulo dispõe de vinte Ceccos (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2004).

Um equipamento importante é o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que funciona como ambulatório de saúde mental e pode receber idosos que tenham alterações emocionais. A cidade dispõe de quinze CAPs. Outros equipamentos, como Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), também podem atender o idoso, para tratamento da saúde bucal (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2004).

Existem outras áreas sociais que também dispõem de equipamentos que atendem o idoso. A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) tem vários núcleos de convivência para o idoso, além de desenvolver diversas atividades com o idoso morador de rua por meio de albergues diurnos e noturnos.

Há uma proposta em estudo de desenvolvimento de áreas de convivência nos Centros de Ensino Unificados (CEU), em parceria com a Secretaria Municipal de Educação. A cidade de São Paulo dispõe ainda do “Grande Conselho Municipal do

Idoso”, que é um espaço de articulação de interesses dessa faixa etária para a cidade, além do que monitora ações estratégicas para o idoso.

Outro importante equipamento social é a “Coordenadoria do Idoso” que é ligada à prefeitura da cidade de São Paulo. Dentre outras coisas, esta Coordenadoria tem um trabalho intersetorial integrando as várias áreas sociais de interesse ao idoso, a saúde inclusive.

### *Os serviços sociais e de saúde para o idoso na cidade de Barcelona*

A Espanha se divide em autonomias, que têm liberdade de ação, como se fossem países independentes. A Catalunha, que é uma autonomia, tinha em 2004 quase 7 milhões de habitantes e a esperança de vida ao nascer em 2002 era oitenta anos em média, sendo para as mulheres 83,2 e para os homens 76,6 (INE, 2006). A Catalunha se divide em sete grandes regiões sanitárias, sendo Barcelona uma delas (Servei Catalã de Salut, 2006).

A região sanitária de Barcelona inclui a Grande Barcelona, e não só a cidade de Barcelona. Em outras palavras, os serviços de saúde são de orientação da Comunidade Autônoma da Catalunha, mesmo que em tese existam alguns serviços municipais de saúde. Outrossim, mesmo com a existência desses serviços municipais, os mesmos estão ligados a um consórcio chamado “Consórcio Sanitário de Barcelona”, que inclui na respectiva cidade todos

os serviços de saúde, sejam municipais ou do Serviço Catalão de Saúde. Na verdade, poucos são os serviços assistenciais regidos pelo município. Em tese são mais aqueles ligados a vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, segurança alimentar, saúde ambiental, zoonoses e alguns programas especiais, como: tabagismo, drogadição, imunização e certas doenças transmissíveis (DT). Desta forma, a descentralização envolve apenas o que poderia se chamar de federação (que não é o caso, pois o regime de governo é diferente) para a Comunidade Autônoma. Desta forma, o município (chamado de *ayuntamiento*) é quase totalmente dependente da Comunidade Autônoma.

Para efeitos desta investigação interessam apenas os serviços que estão localizados na cidade de Barcelona, que tinha aproximadamente 1.595.110 habitantes em 2006 (Servei Catalã de Salut, 2006). É a capital da Catalunha e a segunda maior cidade da Espanha. Com relação ao setor saúde, Barcelona é dividida em três setores sanitários e dez distritos de saúde. Cada setor sanitário tem um coordenador e compreende a cobertura aproximada de 500 mil habitantes. Apresenta-se a seguir o tipo e número de serviços:

- 54 Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPs);
- 31 Unidades de Atenção Sociossanitária, incluindo aí dez Pades;
- 16 Centros de Atenção Continuada;
- 5 residências privadas conveniadas ao Serviço Catalão de Seguridade Social;

- 13 hospitais, sendo 8 públicos e 5 conveniados ao Serviço Catalão de Saúde;
- 50 Unidades de Saúde Mental, com uma diversidade que inclui atenção a idosos, adultos, adolescentes, hospital psiquiátrico, Serviço de Reabilitação Comunitária, Centro-dia etc.

### *As características dos serviços de saúde em Barcelona*

Os Centros de Atenção Primária à Saúde (Caps) têm proposta similar às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no Brasil, funcionando como porta de entrada do sistema de saúde. Na cidade de Barcelona há 54 serviços desse tipo, sendo que alguns comportam outras propostas assistenciais, como o caso do Centro de Atenção Continuada, que na verdade funciona como pronto-atendimento. A título de contato com a realidade, visitamos um Caps, cujos aspectos salientamos a seguir.

O Centro visitado é um dos dez que estão passando por um processo de gestão conjunta com a iniciativa privada. A par das respostas do entrevistado, percebeu-se certa valorização da atuação privada, com críticas a unidades de gestão puramente públicas. A equipe é composta por 33 médicos, dezessete enfermeiros, quatro dentistas, um assistente social, quatro auxiliares de enfermagem, quinze trabalhadores administrativos e um tecnólogo em informática. O entrevistado informou que nos Caps totalmente públicos o número de funcioná-

rios é maior, em especial enfermeiros, que em geral é o mesmo número de médicos. Todos os profissionais trabalham quarenta horas semanais, com dois turnos. A unidade funciona das 8 às 21 horas.

O serviço tem como maior usuário o idoso, mas também atende crianças, portanto tem clínico geral e pediatra. No caso de saúde da mulher e saúde mental, o atendimento acontece em outras unidades referenciadas.

A procura se dá por parte do cliente, e não há estudo de territorialidade nem visitas que não sejam clínicas ou para procedimentos (que são raras). O usuário pode marcar consulta pela internet, por telefone ou na recepção, e não há agenda escrita e menos ainda prontuário. Na verdade tudo é virtual, mas isto há apenas cinco anos. Os prontuários antigos estão guardados e não são mais manipulados.

As ações de vigilância epidemiológica se restringem a raras notificações e ao medicar em casos especiais. Quando se está próximo de um surto, a responsabilidade fica a cargo da Agência de Saúde Pública, que no caso é municipal.

Não há coleta de exame de papanicolaou por ninguém, já que o programa de saúde da mulher está em locais pontuais. Da mesma forma, não há grupos educativos de nenhuma espécie, apesar de haver uma sala de reuniões muito ampla, com todos os recursos audiovisuais. Essa sala é usada no período de 14 às 15 horas, já que há encontro das duas equipes nesse período. Então ocorrem reuniões de planejamento, de equipe, capacitações.

Na saúde bucal não há trabalho comunitário, com um elenco básico de ações. No entanto, se o cliente puder pagar, pode-se fazer até implante.

Os Caps fazem parte da atenção primária à saúde, e todos os demais serviços são considerados de atenção especializada, mesmo que ambulatoriais.

Na área hospitalar, a cidade de Barcelona dispõe de oito hospitais públicos e cinco outros privados que oferecem de alguma forma serviços, leitos para a iniciativa pública, recebendo verbas na prestação de tal serviço, em geral pagas pelo Cat Salut e o Consórcio de Saúde de Barcelona. Esses hospitais podem em determinado momento ter serviços anexos a eles como Pades, CSS e outros, tendo por vezes certa polivalência.

Os treze hospitais citados são, via de regra, generalistas, mesmo que tenha alguma forte especialidade. Tais equipamentos estão territorial e estrategicamente distribuídos ao longo da cidade e de seus distritos e setores de saúde.

O idoso também é um dos principais usuários desse serviço, mas ao mesmo tempo existem muitos outros equipamentos que de alguma forma aliviam a rede hospitalar, oferecendo ações antes só desenvolvidas no hospital, como é o caso dos Centros Socioassistenciais (CSS).

### *A atenção socioassistencial na cidade de Barcelona*

A lei que regula a ação da assistência socioassistencial é de 20 de novembro de 1981. Já em 30 de maio de 1986 foi criado

o Programa Vida aos Anos, que implementa especificamente a Atenção Socioassistencial aos idosos com agravos, com atuação conjunta com o Instituto Catalão de Saúde e o Instituto Catalão de Seguridade Social (Generalitat de Catalunya, 2004).

Em 17 de setembro de 1987 foram criadas reorientações para a atenção socioassistencial e revisto o número de leitos, estabelecendo-se unidades de pagamento para cada tipo de assistência (longa permanência ou residência assistida) e, finalmente, determinada como seria a apuração econômica do usuário para a assistência socioassistencial assistida. Em 30 de julho de 1990 foi promulgada a Lei n. 215, de promoção e financiamento da atenção socioassistencial. Aos 13 de dezembro foi publicado um novo sistema de pagamentos aos CSSs. Define-se, assim, um módulo de suporte sanitário com tarifas em três diferentes níveis, conforme grau de dependência e complexidade terapêutica do usuário. Este módulo visava cobrir gastos da atenção sanitária (médica, de enfermagem, reabilitação, medicação etc.). Em todos os casos é financiado pelo Departamento de Sanidade e pelo Departamento de Seguridade Social (Generalitat de Catalunya, 2004).

A perspectiva da Atenção Socioassistencial é permitir que indivíduos em situações crônicas recebam atenção em saúde, mas também na área social, que envolva assistência, acolhimento, ações recreativas, quando possível, alívio do papel do cuidador, em especial a família. Mesmo que o idoso não seja o único usuário desse equipamento, é com certeza o maior consumi-



dor dos serviços oferecidos. Tal tipo de atenção foi criada para aliviar o sistema hospitalar e ambulatorial, mas também para criar um espaço de atenção à saúde combinada com a atenção social.

A equipe é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, psicólogos, farmacêuticos, religiosos, voluntários e outros que podem se agregar. As Unidades Sociossanitárias são consideradas de atenção especializada, ambulatorial ou de internação.

#### *Os Centros Sociossanitários (CSSs):*

Estes serviços prestam assistência transitória ou permanente. Têm como característica dispor de pessoal sanitário ou não, que sejam capacitados a oferecer trabalho reabilitador, profilático, paliativo ou de suporte a indivíduos que necessitem melhorar sua autonomia.

Estes centros diferem-se de *pronto-socorros* onde há poucas possibilidades de atenção e cura em estados mais prolongados. Outro serviço diferente são os *centros residenciais sociais*, que requerem mais adaptação tanto na estrutura como na equipe. Os CSSs devem ser polivalentes e evitar a especialização. Os objetivos terapêuticos desses centros são a reabilitação e o conforto, sem deixar o diagnóstico. O retorno do usuário à comunidade e sua alta devem ser sempre uma busca (Generalitat de Catalunya, 2004).

- Tipos de usuários:

#### *Longa Permanência*

- doença crônica com problema de reabilitação funcional, dependên-

cia, déficit ou necessidade de suporte familiar e social;

- doenças crônicas, evolutiva e progressivamente invalidantes.

#### *Psicogeriatría*

- indivíduos com doenças psíquicas crônicas, em especial a demência senil.

#### *Cuidados paliativos/Aids*

- doenças oncológicas e indivíduos com aids em quadro terminal, podendo ter outros agravos associados;

#### *Convalescença*

- indivíduos que superaram a doença na sua fase aguda ou com grau moderado de dependência e que necessitem de reabilitação antes de se reintegrar à comunidade.

#### *Centro residencial social*

- pessoas em situação de exclusão social e insuficiência econômica.

- Serviços alternativos:

*Hospital-dia (HD):* assistência interdisciplinar para indivíduos com doenças e incapacidades físicas ou psíquicas para tratamento durante o dia, com retorno ao domicílio no final deste. Sua arquitetura é horizontal e não deve ter barreiras.

*Programa de Atenção Domiciliar/ Equipe de Suporte (Pades):* existentes em áreas com grande número de idosos e com demandas para suporte aos Centros de Atenção Primária à Saúde (Caps, para nós UBSs) ou



os CSSs. Visa atender idosos com doenças crônicas, dependência(s) e doenças terminais, em território adstrito. Cada equipe do Pades se constitui em um médico, três enfermeiros e um assistente social. O médico tem de ser da família ou de geriatria; os demais profissionais devem ter experiência em geriatria e doenças não transmissíveis (Dants). O Pades faz conexão, quando necessário, com os hospitais de emergência, centros socio sanitários e centros residenciais sociais. De acordo com a forma de gestão, pode estar localizado em Centros de Atenção Primária à Saúde (Caps), CSSs ou até mesmo na dependência de uma instituição privada. Desenvolve ações de avaliação, consultas, alguns procedimentos, entre outras.

*Unidades Funcionais Interdisciplinares Sociossanitárias (Ufiss):* está dirigido a casos complexos em geriatria, em paliativos, consulta de profissionais, docência, criação de protocolos e integração dos recursos e profissionais externos ao centro. Tem ação interdisciplinar e sua equipe é composta por médicos, enfermeiros, assistente social e em alguns casos psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Há Ufiss de geriatria, de cuidados paliativos e mistos, a saber:

- *Ufiss Geriatria:* estão em hospitais de agudos e intervêm em

casos complexos, na formação e docência e na integração com todos os serviços comunitários em geriatria.

- *Ufiss Cuidados Paliativos:* também locado em hospitais de agudos, atende mais casos de oncologia e aqueles mais complexos, além de formação e docência e relação com outros serviços.
- *Ufiss Mistas:* assessora os hospitais de agudos, avalia pacientes, prepara o indivíduo para alta nesses hospitais e é composto por um médico e um enfermeiro.

A cidade de Barcelona dispõe de 31 unidades de atenção socio sanitária, sendo oito hospitais-dia, dezessete Pades e seis Ufiss geriátricas. Além destes, há quinze unidades de longa permanência e doze unidades de convalescença. Vale destacar que um mesmo equipamento de saúde pode ter um misto de serviços, ou seja, uma mesma unidade pode ser Caps com CSS, com atenção continuada, com Pades e outros.

No que concerne à saúde mental, Barcelona dispõe de um CSS para psicogerontologia e mais três unidades com Equipe de Avaliação Integral Ambulatorial (Eaia), que avaliam a condição ou não do paciente em hospital tanto para a alta com monitoramento de um Pades quanto para o envio a um CSS ou mesmo para uma residência. As Eaias podem ser em geron-

tologia, em cuidados paliativos e em saúde mental. No caso de Barcelona, há apenas a modalidade de transtornos cognitivos e demências (Generalitat de Catalunya, 2004).

No que se refere à atenção continuada, fala-se de unidade em geral de Caps que tem um espaço para atendimento de urgências e emergências, podendo funcionar 24 horas ou até 22 horas ou ainda apenas em finais de semana. Funcionam como pronto-atendimento ou pronto-socorro de pequena complexidade, de onde o idoso não é o único usuário. Tais serviços desafogam os hospitais e se está em nível local facilita o acesso. A cidade de Barcelona dispõe de dezesseis Unidades de Atenção Continuada.

### *As residências enquanto possíveis espaços socio-sanitários*

As residências são espaços considerados com função terapêutica e social e têm como proposta a inclusão social de idosos em situação de risco social, além de apoio à família, no sentido de que por vezes o cuidado ao idoso em situação crônica é dispendioso e pode ser desgastante do ponto de vista do cuidador familiar. As residências também são consideradas unidades de atenção socio-sanitária, mas não há gestão da saúde sobre elas. Na cidade de Barcelona há cinco residências. O Instituto Catalão de Seguridade Social (Icass) é o gestor das residências ligadas à Catalunha através da Generalitat de Catalunya (Gencat); existem residências pró-

prias (totalmente públicas), outras de gestão privada, outras que “vendem” parte de seus leitos ao serviço público (em geral de 40% a 60% destes), além daquelas que são totalmente privadas.

A cota de corte em termos de ganhos do(a) idoso(a) é de 1.300 euros, ou seja, acima disso o idoso não concorre nas modalidades descritas, restando assim só as privadas, sendo que as mais baratas estão em torno de 1.600 euros por mês. Quanto ao fluxo de entrada na residência, o idoso acessa uma assistente social na Unidade de Atenção Primária Social ou de Saúde, e a mesma faz uma avaliação social, econômica e de saúde. A partir daí, esse relatório é encaminhado ao Icass que avalia e dá o parecer negativo ou positivo; se positivo, já aponta a residência que considera plausível (em qualquer uma das três modalidades), e o idoso terá descontado de sua aposentadoria 80%, sendo que o restante é complementado pelo Icass.

Quanto aos trabalhadores, há médico e enfermeira diariamente, auxiliares de enfermagem 24 horas, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, além de cozinheiras, copeiras e pessoal da limpeza.

A característica do residente é não ter patologia aguda ou descompensada. Se isso ocorrer, ele é encaminhado ao hospital de agudos, e daí poderá ir para o Centro Socio-sanitário ou mesmo para internação hospitalar. As residências são de supervisão do Icass, e não do setor de saúde. Apesar disso, por vezes há necessidade de intercâmbios com o setor de saúde, dada a condição de saúde do residente.

Com característica similar às residências, a Diputació Barcelona cobre a rede de municípios da Grande Barcelona. Esta organização que é pública arrecada das prefeituras verbas para a condução de ações sociais. Nela há uma residência de duzentos leitos que tem o Programa Respir, que funciona como dispositivo de alívio de estresse aos cuidadores de indivíduos idosos, ou seja, há inscrição na rede municipal em questão, em que se concorre a um período de um a dois meses de inter-nação do seu geronte para ficar nessa residência, de forma a aliviar o estresse do cuidador familiar.

### Considerações finais

A cidade de São Paulo como a maior cidade brasileira e do continente latino-americano, bem como a quinta maior do mundo, carrega uma heterogeneidade ímpar que modela uma realidade que pouco se pode generalizar na própria região. Isto considerando população, densidade demográfica, capacidade instalada de serviços sociais e de saúde.

A cidade de Barcelona, considerada a maior da Catalunha e a segunda maior da Espanha, tem população muito inferior à cidade de São Paulo, é muito mais antiga e com um histórico de envelhecimento também mais antigo que São Paulo.

A cidade de São Paulo, que está em um país que é uma República federativa, segue a orientação federal no sentido de

políticas públicas, mesmo considerando as diferentes realidades do nível local. No setor de saúde, a política vigente é o Sistema Único de Saúde, que vem sendo implementado no calor dos movimentos sociais dos últimos vinte anos. Por outro lado, Barcelona segue a orientação da Catalunha. Mesmo que a Espanha tenha um ministério responsável pelas questões de saúde, há uma supremacia da Comunidade Autônoma. Se de um lado o SUS se apresenta como uma das mais contemporâneas propostas de saúde, tem dificuldades de implementação, devido à heterogeneidade de seu território e aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Apesar disto, vive uma inovação importante, que é a descentralização por meio da responsabilização pelo fazer saúde por parte do município ou municipalização, situação não verificada em Barcelona, onde, apesar da descentralização federal, não há total descentralização da Comunidade Autônoma para os municípios.

No que concerne à composição dos serviços de saúde, observa-se que na APS a intenção das duas cidades é similar, mas não a prática. A cidade de São Paulo parece se aproximar mais da realidade contemporânea, uma vez que, apesar das dificuldades, tem em suas ações não só as atividades clínicas, mas também as de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de atenção domiciliar, entre outras, enquanto a cidade de Barcelona tem uma dinâmica na APS que visibiliza as ações clínicas, em detrimento daquelas ligadas a um olhar mais coletivo e promocional. Um

exemplo disto é a não existência de estudos de territorialidade e ações de vigilância da saúde em nível local.

Em ambas as cidades a integração dos diferentes serviços na área de saúde mostra-se carente. Parece também similar o movimento de privatização que essas cidades vivem nas últimas décadas.

A expectativa de vida é conhecida-mente maior em cidades europeias, e não poderia ser diferente em Barcelona, além do que a antiguidade do envelhecimento. Isto influencia diferentes propostas assistenciais que privilegiam os indivíduos idosos, sobretudo os muito velhos.

Devido a isso, na cidade de São Paulo a capacidade de serviços instalados para o idoso é sabidamente menor, mesmo com mais de 1 milhão de idosos. Outro aspecto importante é que se a cidade de São Paulo é a que tem o maior número de serviços e inovações assistenciais, imagina-se como outras regiões podem carecer de serviços, quando se pensa na atenção ao geronte. A cidade tem mais de 1 milhão de idosos e apenas onze serviços ambulatoriais de atenção gerontogeriatrica, ou seja, cada serviço, em tese, seria responsável por aproximadamente 100 mil idosos. A cidade de Barcelona tem uma infraestrutura de atenção ao idoso que poderia ser implementada na cidade de São Paulo. Os destaques estão na Atenção Sociossanitária e nas residências com suporte da iniciativa pública, mesmo que com serviços oferecidos pela iniciativa privada. Parece também que em razão da envelhecimento populacional e da antiguidade da cidade de Bar-

celona, o fato de se ter seu geronte institucionalizado pode ser visto com mais naturalidade do que em uma cidade latina de São Paulo.

A carência de ações de promoção da saúde nos anos finais da fase adulta e início da terceira idade parece ser deficiente nas duas cidades. Isto quando se fala de tornar o idoso mais ativo, fazendo mais atividade física, se alimentando melhor, consumindo menos álcool e tabaco, entre outros. Mesmo que na cidade de São Paulo cresça cada vez mais o número de atividades que coletivizam o idoso e em razão disso possam ser alcançadas mais ações de apoio social.

A consciência de estatizar o descanso necessário a uma família com geronte dependente só existe em Barcelona. É o caso do Respir, que é uma proposta de alívio anual a uma família com idoso dependente, por intermédio da Diputación.

A cidade de Barcelona realiza estudos a cada dez anos, em média, no sentido de conhecer o perfil de seu idoso, diferentemente da cidade de São Paulo, que depende de instituições de ensino e pesquisa para investigações com indivíduos idosos.

Em síntese, a Atenção Primária à Saúde em São Paulo parece estar mais bem configurada do que em Barcelona, mas ao mesmo tempo a questão do idoso parece estar mais estabelecida em Barcelona, pelos serviços que oferece a esse grupo.

Artigo recebido em out./2009



Aprovado em mar./2010

## Referências bibliográficas

AJUNTAMENT DE BARCELONA/Sector de Serveis Personals. *Enquesta de Salut de Barcelona 2000: Estudis/Monografies 2*. Consorci Sanitari de Barcelona/Agència de Salut Pública, 2003.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto n. 1.498, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, seção I, ano 134, n. 128, 4 jul. 1996.

CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

CANTERA, I. R.; DOMINGO, P. L. Principais alterações relacionadas com o envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. Geriatria. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

DUARTE, Y. A. O. et al. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 17, n. 5/6, p. 370-8, 2005.

ELIAS, C. A. D. et al. Qualidade de vida no olhar do idoso. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (Org.). *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos: Rima Editora, 2003.

GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut i Seguretat Social. CatSalut. *L'atenció sociosanitària a Catalunya: vida als anys-2003*. Barcelona: Divisió d'Atenció Sociosanitària, 2004. 63 p.

HEREDIA, V. B. M. et al. *A realidade do idoso institucionalizado: textos sobre o envelhecimento*. Rio de Janeiro: Unati/Uerj, v. 7, n. 2, p. 9-31, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA — INE. *Datos Estadísticos por Comunidad Autónoma*. Cataluña, Madri, 2006. Cap. 9.

KARSCH, U. M. et al. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 2004. 246 p.

LEBRÃO, M. L. O projeto Sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (Org.). *Saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto Sabe no município de São Paulo — uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2003.

MENENDEZ, J. et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 17, n. 5/6, p. 353-61, 2005.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAGAS, M. R. Sociologia. In: \_\_\_\_\_. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2004.

- MINISTERIO DA SANIDAD Y CONSUMO. *Sistema Nacional de Salud*. Madri: Centro de Publicaciones, 2006. 91 p.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imsero). *Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007*. Madri, 2003. 119 p.
- PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. *Avaliação global de idosos em unidades de PSF: textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro: Unati/Uerj, v. 7, n. 2, p. 45-61, 2004.
- PRADO, S. D. *O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro: textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro, Unati/Uerj, v. 4, n. 8, p. 57-74, 2002.
- PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. *Sumário de Dados 2004*. Disponível em: <[www.prefeitura.sp.gov.br/sempla](http://www.prefeitura.sp.gov.br/sempla)>. Acesso em: 20 ago. 2008.
- ROSA, T. E. C. *Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida*. 2005. 118 p. Tese (Doutorado) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SANTOS, S. S. C. Gerontologia. In: \_\_\_\_\_. *Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa*. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.
- SERVEI CATALÀ DE SALUT. *La Regió Sanitaria Barcelona*. Barcelona, março 2006. 6 p.
- SIMÕES, C. C. S. Análise da incidência das principais causas de morte no grupo de idosos. In: \_\_\_\_\_. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2002.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. Disponível em: <[www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude](http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude)>. Acesso em: 20 ago. 2008.