

Saúde em Debate



Todo o conteúdo do artigo, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons. Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200469&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200469&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 abr. 2018.

#### REFERÊNCIA

SILVA, Ana Paula Leal Loureiro da; NÓBREGA, Otávio Toledo; CÔRTE, Beltrina. O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: 'quem cuidará de nós em 2030?'. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 469-479, abr./jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200469&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200469&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 abr. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002014>.

# O olhar dos conselheiros de saúde da Região Metropolitana de São Paulo sobre serviços de saúde para idosos: ‘Quem cuidará de nós em 2030?’

*Health services for the elderly through the eyes of the health councilors of the Metropolitan Region of São Paulo: ‘Who will take care of us in 2030?’*

Ana Paula Leal Loureiro da Silva<sup>1</sup>, Otávio Toledo Nóbrega<sup>2</sup>, Beltrina Côrte<sup>3</sup>

**RESUMO** O estudo foi desenvolvido por meio de um recorte da pesquisa: ‘Quem cuidará de nós em 2030?’. Sob a ótica dos conselheiros de saúde buscou-se compreender a percepção sobre os serviços oferecidos hoje e os que seriam necessários em 2030 para os idosos. Ao serem questionados sobre possíveis direcionamentos de ações para os dias de hoje e para 2030, a construção e aperfeiçoamento de espaços de convivência foram os mais citados pelos sujeitos. Há clara preferência por programas que propõem fortalecimento de vínculos familiares e comunitários com atividades sócio-ocupacionais e de lazer. Foi percebido que no campo das ações preventivas muito ainda deve ser articulado para garantir qualidade nos serviços.

**PALAVRAS-CHAVE** Conselhos de saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde para idosos; Saúde do idoso.

**ABSTRACT** *This study of an excerpt of the research ‘Who will take care of us in 2030?’. From a health councilor standpoint, this study sought to understand the perception about the health services offered today and the ones expected in 2030 for the elderly. When questioned about possible directions for today and for 2030, the construction and improvement of living centers were always mentioned by the councilors. There is a clear preference for programs that strengthen family and community ties through leisure, social, and occupational activities. It was strongly perceived that large scale preventive actions are needed to guarantee the quality of the services provided.*

**KEYWORDS** *Health councils; Unified Health System; Health services for the elderly; Health of the elderly.*

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) - São Paulo (SP), Brasil.  
anapaula-loureiro@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) - Ceilândia (DF), Brasil.  
otavionobrega@unb.br

<sup>3</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia - São Paulo (SP), Brasil.  
beltrina@pucsp.br

## Introdução

Este trabalho se constitui em um recorte da pesquisa Método Delphi eletrônico para prospecção dos serviços/cuidados necessários ao idoso – ‘Quem cuidará de nós em 2030?’, que buscou retratar a percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre o cuidado oferecido hoje e em 2030 aos idosos da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP).

A pesquisa de origem objetivou explorar o consenso de três segmentos: gestores de saúde do município, conselheiros municipais de saúde e conselheiros municipais do idoso. Foi realizada, em campos, na RMSP e na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (Ride/DF), de 2010 a 2012.

O estado de São Paulo apresenta nítida transformação demográfica. Em 2000, o número de idosos para cada 100 jovens era de 23,23 subindo para 36,50 em 2010 quando no Brasil o número foi de 30,66 idosos, mostrando que a concentração de idosos no estado é maior do que na média nacional (IBGE, 2010).

Ao se tratar da RMSP, ressalta-se que, mesmo com o número de idosos aproximado na média do estado, o envelhecimento da população nesse território ocorre desigualmente em relação às diferentes regiões da metrópole. Em locais em que o perfil socioeconômico da população é mais elevado, a presença de idosos é maior do que nas regiões mais pobres (MEDEIROS; CASTRO, 2004).

A população da RMSP é formada por diferentes etnias e culturas, com uma população estimada de 20.731.917 pessoas, vivendo com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio elevado (0,828), porém com grandes discrepâncias entre municípios, demonstrando formas distintas de acesso a serviços de saúde, assistência, educação, saneamento e habitação (MEDEIROS; CASTRO, 2004).

É possível afirmar que a RMSP, por suas características, tem inegáveis vantagens em relação a outras regiões do estado, como infraestrutura, rede de serviços e

principalmente a multiculturalidade. A miscigenação das etnias produz uma soma de hábitos, costumes, conhecimento e cultura que enriquece o cotidiano da metrópole e, certamente, contribui para delinear eixos de uma nova comunidade (OLHE, 2009).

Embora seja reconhecida como local que oferece a seus moradores bom acesso a serviços públicos, incluindo os de saúde, ela reflete os contrastes e contradições do País. Os idosos se veem diante de situações que evidenciam o despreparo das cidades para acolhê-los com dignidade. Apesar de haver crescente número de serviços oferecidos pelas cidades à população idosa, eles estão dispersos ou localizados em determinadas áreas de maior concentração de renda e em número pequeno de modalidades de atendimento, deixando poucos com muitas alternativas e muitos com poucas oportunidades de acesso.

Em um mundo em forte aceleração histórica, quando se trata de políticas públicas e de planejamento, ou seja, projetar o futuro, é imprescindível se basear em observações do passado, quando o idoso era visto como passivo e dependente, a espera do final da vida. Para ele, era essencial casas de saúde e instituições de longa permanência como moradias coletivas para acolhê-lo oferecendo casa e comida (QUARESMA, 2006).

O idoso de 2030 será o adulto da atualidade, com maior acesso a informações sobre deveres e direitos de cidadania, inserido nas novas configurações sociais, com tecnologia incorporada à sua rede. A geração que estará idosa em 2030 não é um grupo homogêneo, para o qual bastam políticas generalistas. É importante não padronizar os idosos como categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas quanto qualquer outro grupo etário. Cada grupo de idosos — como os de baixa renda, de mulheres, homens, idade mais avançada, indígenas, analfabetos, da população urbana ou rural — tem exigências e interesses específicos que precisam ser tratados

diferenciadamente, por meio de programas e modelos de intervenção adequados a cada segmento (UNFPE, 2012).

Com mais acesso a informações, os desejos para um envelhecer em 2030 estão voltados à promoção da autonomia e do desenvolvimento pessoal, melhorias do local em que se vive, atrelando conceitos de segurança e acessibilidade, acolhimento profissional e especializado, e proximidade ao domicílio para situações de maior complexidade em termos de cuidados.

As expectativas desenham um cenário diferente do que se vive na atualidade. Para ser alcançado em 2030, deve haver medidas e políticas públicas que ouçam os idosos e as pessoas que estão envelhecendo, pois afinal já usam e usufruirão do que será oferecido.

Os conselhos de saúde são órgãos coletivos e permanentes formados por cidadãos, profissionais da área da saúde, instituições governamentais e prestadores de serviços de saúde. São foros políticos nos quais os participantes debatem e têm a chance de formar alianças e auxiliar as secretarias de saúde a definir prioridades e políticas (COELHO, 2007).

A força dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) deriva, em grande parte, de lei que lhes garante poder de veto em planos e na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), são particularmente importantes na gestão da saúde, que tem como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a regionalização, descentralização e participação da comunidade (GOHN, 2001).

Com a descentralização, os governos municipais assumiram grande responsabilidade no planejamento e prestação de serviços de saúde. O processo tornou o município espaço político estratégico para definir as políticas de saúde e os CMS arenas importantes para a participação nos processos decisórios (BÓGUS, 1998; LOPES, 2003).

O CMS, como instância do SUS, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. No entanto, estudos

revelam os limites da participação e do controle social nesse contexto. Grisotti, Patrício e Silva (2010), mostraram compreensões diferentes de saúde entre os conselheiros e deficiências na organização dos conselhos, na composição e na representatividade, bem como nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e em sua relação com a entidade que representa, finalizando com a ideia de que a participação popular e o controle social do SUS, por meio do CMS, estão longe de ser realidade.

Gerschman (2004), com base em resultados sobre descentralização e inovações na política de saúde, em municípios que alcançaram maior desenvolvimento no setor no estado do Rio de Janeiro, observou que os representantes das comunidades nos conselhos reforçam os aspectos relativos ao exercício da representação em sociedades desiguais. Percebeu, também, que há o predomínio de uma elite diferenciada formada por homens mais velhos, mais bem educados e com salários maiores do que a média da comunidade.

A ideia de controle social como fundamento dos conselhos é dificilmente compreendida pelos conselheiros. O exercício da representação torna-se difuso, às vezes acontece por meio da designação do conselheiro pelas associações comunitárias e, em outras ocasiões, por eleições em assembleias ou designação de instâncias institucionais da política de saúde (GERSCHMAN, 2004).

Percebe-se, mediante os estudos que os conselhos ainda são espaços em construção, que exigem grandes investimentos pedagógicos e de cunho político para ampliar a atuação. Para a efetiva aplicação do controle social e participação comunitária nas decisões e execução de ações no SUS, há um grande caminho a ser percorrido. Deve-se reconhecer, porém, a importância do contato comunitário e a relação estreita que os conselheiros mantêm com os serviços prestados em seu município. Esses talvez sejam os únicos munícipes que se dedicam, no Brasil, a discutir o funcionamento e questionar

possibilidades de transformação do SUS, por isso devem ser ouvidos e valorizados.

O estudo teve como objetivos: compreender, sob a ótica dos conselheiros de saúde, a percepção sobre os serviços de saúde oferecidos hoje e sobre o que esperam que seja oferecido em 2030 aos idosos da RMSP; identificar, sob a ótica dos conselheiros de saúde, os serviços existentes no setor público atualmente e os serviços que esses conselheiros consideram relevantes para a execução nos serviços de saúde em 2030.

## Metodologia

A abordagem escolhida foi a qualitativa, que possibilita uma melhor compreensão da realidade. A corrente qualitativa não se preocupa em quantificar, mas em entender e compreender os meandros das relações sociais consideradas essenciais, resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida a partir do cotidiano da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2004).

A amostra foi composta por 37 sujeitos, usuários do serviço de saúde pública, investidos da função de conselheiros municipais de saúde. Houve, com cada conselheiro, uma entrevista individual e semiestruturada, primeiramente gravada e posteriormente transcrita na íntegra, para as análises. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, pois sua estrutura permite perguntas fechadas (estruturadas) e abertas (MINAYO, 2004).

A escolha por esse tipo de entrevista se deu por ela permitir o acesso de forma abrangente às informações de interesse do pesquisador, garantindo a fidedignidade da fala dos entrevistados. Cada entrevista foi conduzida por um pesquisador ligado à pesquisa de origem, por meio de um roteiro. As entrevistas ocorreram nas dependências do local de melhor acesso para cada sujeito. Para a coleta de dados, os entrevistados

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os aspectos éticos foram seguidos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília e aprovado sob parecer 059/2009, de 12 de fevereiro de 2010.

Para a análise das entrevistas, foi usada a técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin (1997) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e produção/percepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para a pré-seleção do conteúdo das entrevistas utilizou-se do *software* NVivo, o qual a partir de palavras-chave, seleciona as passagens mais relevantes. Após a pré-seleção, realizou-se leitura do material para identificar, segundo o objetivo deste estudo, os temas presentes nos discursos dos conselheiros, para associação das unidades que apresentam semelhanças temáticas, buscando a construção de eixos temáticos.

Foram analisadas quatro das 18 perguntas do questionário da pesquisa original, por serem as mais relevantes ao objetivo deste estudo: (1) Qual a sua percepção sobre os serviços e as ações em saúde que seu município oferece particularmente à pessoa idosa? (2) Em sua avaliação, quais críticas o senhor teria ao modelo de atenção à saúde que hoje o seu município destina à pessoa idosa? (3) Quais serviços e ações o senhor considera que deveriam ser oferecidos à pessoa idosa em seu município? O que falta hoje? (4) Quais serviços e ações o senhor considera necessários para atingir um atendimento eficiente e bom à pessoa idosa em 2030?

## Resultados

Dos 39 municípios da RMSP, apenas de dois (Caieiras e Juquitiba) não houve

representante de usuários na pesquisa. Foram entrevistados 23 homens e 14 mulheres, com média de idade igual a 57,76 anos, sendo que 19 dos 37 sujeitos já são idosos e, possivelmente, sentem os reflexos da experiência de serem atendidos pelo sistema público de saúde brasileiro. Em 2030, a média de idade desses conselheiros sobe para 75,76 anos, e apenas 5 dos entrevistados ainda não terão 60 anos ou mais, portanto, falam de serviços que gostariam de ter em seu próprio envelhecimento para 2030.

Quanto à nacionalidade, 35 são brasileiros, um representante é português e um é alemão. Os números demonstram a pouca diversidade encontrada entre os conselheiros em relação à nacionalidade, destoando das características descritivas da RMSP, composta por grande número de imigrantes. O dado gera o questionamento se os serviços públicos oferecidos hoje e para 2030 são planejados e preparados para receber usuários de nacionalidades distintas, pois entre os conselheiros a representatividade é baixa.

Doze sujeitos têm o ensino médio completo, nove o fundamental incompleto, quatro o fundamental completo, três o ensino médio incompleto e apenas dois chegaram ao ensino superior, porém não o concluíram. A média de anos de participação no conselho foi de 2,17 anos, tendo como participação máxima 18 anos e mínima 6 meses. Os dados encontrados revelam que a grande maioria tem experiência como conselheiro.

As falas foram agrupadas em dois eixos temáticos que mostram os principais problemas, percepções e soluções para os serviços existentes voltados ao idoso.

## Atendimento

O atendimento médico aparece como um problema para os conselheiros. *“Se os médicos faltam, esse é o maior problema, porque médico é fogo de lidar com eles”* (BM); *“Os médicos atualmente tratam o idoso como uma coisa qualquer. Chega lá, eles falam: o que*

*o senhor tem? E escrevem lá sem nem olhar na cara do idoso. É como um objeto”* (RP).

Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006) detectaram a carência de instrumentos e equipamentos de suporte para o atendimento médico na Atenção Básica. Em entrevista com médicos, perceberam que existe falta de um sistema de encaminhamento e apoio específico para agendamento e marcação de consultas. No mesmo estudo, destacou-se o baixo número de profissionais, insuficientes para cobrir todas as exigências. Não foram identificados na literatura, entretanto, artigos que abordam a frequência dos médicos e a qualidade do tratamento oferecido a pacientes idosos.

Os resultados deste estudo corroboram os dados encontrados por Brehmer e Verdi (2013) que perceberam implicações éticas oriundas das práticas cotidianas na atenção à saúde dos usuários do SUS. O acolhimento nas realidades pesquisadas revelou contextos permeados por conflitos éticos que emergem do dia a dia das ações nos serviços de saúde. Mostraram ainda distanciamentos técnicos e conceituais e limitações estruturais.

Na voz dos usuários, sobressaíram diferenças entre o que se caracterizou como o desejo de se sentir acolhido com respeito, atendidas suas necessidades e as frustrantes experiências no cotidiano dos serviços, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde. *“Acho muito errado um paciente chegar, já vai debilitado para o Centro Médico, ser mal atendido pela recepção ou pelo corpo médico, e é o que temos visto todos os dias”* (RP);

*Acho que o idoso não é respeitado, ele não é bem acolhido, tratam o idoso como pessoa de segunda qualidade, não dão muita importância, se ele fala muito, ah, ele está caduco.* (SP).

Esses dados revelam a ausência de princípios do SUS como a universalidade no acesso, a integralidade na atenção e a garantia do direito à saúde. Em vários relatos,

evidenciou-se a preocupação quanto à urgência de atendimento diferenciado não como prioridade, mas no que se refere ao olhar voltado ao envelhecimento: *“Atenção diferenciada não só no quesito de fila, hoje não existe isso, nem geriatra para realmente ouvir o idoso e dar um encaminhamento mais pontual”* (M).

Para a efetivação da Política Nacional de Humanização do Ministério de Saúde (BRASIL, 2004), os profissionais de saúde e gestores devem entender as especificidades do idoso e a legislação brasileira, estando preparados para lidar com o processo de envelhecimento, particularmente a dimensão subjetiva do idoso, perceber que o atendimento deve ser integrado, a fim de facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de atenção, além de investir na qualificação dos trabalhadores.

No acolhimento à pessoa idosa, os profissionais de saúde devem atentar para a criação de uma relação respeitosa, a partir da experiência de vida e dignidade e prudência, essenciais ao atendimento ao idoso, segundo o pressuposto de que este é capaz de compreender e receber orientações, chamá-lo pelo nome e manter contato visual, preferencialmente de frente, em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo, além de utilizar linguagem clara, evitando termos técnicos que podem não ser compreendidos (BRASIL, 2006).

Os conselheiros sentem a importância de os usuários saírem satisfeitos do serviço, porém em poucos municípios são apresentadas estratégias para isso: *“Ele tem que sair satisfeito. A gente analisa tudo. Nós fazemos pesquisa da satisfação do cliente, e é importante para saber o que está acontecendo”* (G). Em alguns municípios existem conselheiros que realmente tentam fazer o papel de mediadores da relação: *“Faço um trabalho de intermediação dos velhos que sentem dificuldades em algumas coisas”* (D).

Em pesquisa que revela dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso e satisfação quanto aos serviços de saúde, Carreira e Rodrigues (2010)

encontraram problemas da não continuidade das ações, quando se muda a gestão e com a frequente alteração dos membros da equipe de saúde, podendo levar à descontinuidade do tratamento e ao rompimento do vínculo entre a população e os profissionais de saúde.

## Serviços de saúde para 2030

Observa-se que os serviços desejados como essenciais para 2030 são limitados, como a sugestão de especialidades: *“O que eles precisam, você quer dizer, acho que é mais o cardiologista, por conta da hipertensão e diabetes”* (FM). Mas outros indicam a oferta de atendimento de saúde na residência para os idosos fragilizados: *“Acho que deveria existir atendimento na residência”* (BM). Segundo Floriani e Schramm (2004), o atendimento domiciliar ao idoso tornou-se, nos últimos anos, importante instrumento de assistência nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para Queiroz, Lemos e Ramos (2010), é estratégia que oferece a possibilidade de prevenção da negligência doméstica.

Segundo Lemos *et al.* (2011), essa modalidade de assistência executada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, com propostas de intervenções multifatoriais, seria o ponto-chave do planejamento do atendimento domiciliar, que prevê a qualidade de vida do idoso como uma das principais medidas de eficácia.

A oferta de serviço especializado para idosos é citado por alguns sujeitos como já existente no município, em outros ainda está em construção como possibilidade de atendimento ao idoso:

*Ele tem que ter um centro de idoso, que é novo ainda, a gente espera que se faça acompanhamento dos idosos e dê qualidade de vida, porque saúde não é emergência, é qualidade de vida.* (G).

*“A Secretaria tem um plano, ainda não acontece, que acolhe essas pessoas, que se chama CRI – Centro de Referência do Idoso”* (D).

Observou-se que em alguns municípios o modelo de atenção como a moradia do idoso é reivindicado como alternativa para usuários que não têm ou não conseguem permanecer com a família, que é o da Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi): “Mas ficam com dificuldade de alguma coisa, a família não acolhe de acordo, e eles têm lugar para ficar satisfatoriamente” (D). Segundo Camarano e Kanso (2010), no Brasil não há consenso sobre o conceito de Ilpi. Sua origem está ligada aos asilos, daí o preconceito em relação a essa modalidade de atendimento, voltado para a demanda localizada não na saúde, mas na assistência social.

É comum associar Ilpi a instituições de saúde como estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, mas o papel dessas atividades é promover algum grau de integração entre os residentes e ajudá-los a exercer um papel social. Entende-se Ilpi como residência coletiva, que atende aos idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, e àqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que exigem cuidados prolongados (CAMARANO; KANSO, 2010).

Os mais citados como alternativa ideal de atendimento em saúde foram os Espaços de Convivência ou Centro de Convivência, principalmente pela importância do contato e das trocas de experiências.

*Estamos criando a Casa de Convivência do Idoso, que dá atendimento ao idoso, tem lazer para os idosos, fazem jogos, dominó, torneios de truco, no parque, no parque tem aparelhos e professor de educação física que dá aula duas vezes por semana. É isso aí. (J).*

*Na verdade, o grande problema do idoso é ser ouvido, é por isso que acredito que deve ter uma política voltada para o idoso, porque acredito que boa parte do problema do idoso é atenção, até porque hoje ele tem todo esse acompanhamento de medicação quase gratuita de diabetes, pressão alta; então, não vejo outra situação que não*

*seja essa, boa parte que vejo, da minha experiência com idoso, é realmente o problema da atenção, se trabalhasse um pouco melhor a atenção, a gente diminuiria muito o atendimento nos postos, muitas vezes o idoso vai falar com o médico e você repara que o médico não está atendendo, está conversando, o idoso está buscando uma atenção. (M).*

Em pesquisa que buscava identificar as representações sociais da velhice entre idosos que participavam de grupos de convivência, Araujo, Coutinho e Carvalho (2005) já observaram a importância dos grupos de convivência para essa população, caracterizando-se como espaços por excelência, cujas práticas sociais desenvolvidas contribuem para os idosos exercerem o papel de cidadãos. Um local no qual utilizam capacidades, em que há sempre alguém que os escute, propiciando a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo para o restabelecimento da autoimagem positiva, pois, em geral, o contexto familiar não favorece a utilização de seus talentos.

Deve-se salientar que é premente a manutenção dos grupos existentes e a implantação de outros, para atender a um número maior de idosos e às comunidades que não dispõem do serviço, pois as estatísticas demográficas indicam crescimento progressivo e gradual da população idosa brasileira e mundial. Por isso, a demanda por grupos certamente aumentará, tendo em vista a difusão de representações positivas acerca do bem-estar propiciado no espaço de trocas sociais. Galisteu *et al.* (2006) constataram em seu estudo que a participação em grupos de convivência promoveu entre idosos o desenvolvimento e a satisfação pessoal, além de melhora na qualidade de vida.

Pelos relatos e achados na literatura que subsidiaram a opinião dos conselheiros, é urgente que os diversos setores da sociedade discutam formas de oferecer uma velhice com dignidade, pois são direitos assegurados na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999) e no

Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), e que merecem serem postos em prática.

Uma contribuição deste estudo é a certeza de que se deve pensar e elaborar espaços de convivência para a população idosa que tem como demanda expressiva estabelecer relações sociais e comunitárias.

*O idoso acaba ficando sozinho em sua residência ou mesmo perambulando sem ter um destino, sem ter uma ocupação, então é necessária uma política mais centrada com relação a isso no nosso município. (I).*

Nesses espaços, deve haver estratégias de sensibilização das famílias para os efeitos do processo do envelhecimento. Com isso, os que serão atendidos e os que envelhecem desfrutarão do maior tempo possível de contato com filhos, netos e demais parentes: *“Se não tiver o acolhimento dos familiares bem pacientes, não há medicação que cure, então a medicação é o cuidado da família também” (P).*

Estratégias de divulgação e disseminação das informações e serviços oferecidos pelo poder público devem ser pensadas, pois os idosos podem não ter a iniciativa de buscá-las. A proposta, portanto, deve chegar a eles:

*Pessoas que utilizam não têm informações suficientes para buscar melhores recursos, então, acho que o problema maior está na divulgação junto às pessoas necessitadas desses atendimentos. (M).*

Constata-se ainda que programas de convivência e fortalecimento de vínculos, como os espaços de convivência, não se configuram como saúde, sendo essenciais investimentos nas demais esferas de serviços: *“Mas nós temos aqui caminhadas, jogos, bailes, temos tudo isso, mas se formos ver, é algo que não vem especificamente com o profissional de saúde voltado para aquilo” (TS).*

Apesar de não haver espaços de convivência em todos os municípios, constatam-se

melhorias na saúde e qualidade de vida dos usuários por eles assistidos: *“Temos 20 grupos de idosos aqui no município para essas atividades [...], pois a preocupação é que ele saia de casa para não entrar em depressão” (EA);*

*Nós dizemos, vamos dançar, porque alimenta a alma, a vida, a doença daí vai demorar a chegar, porque nós, idosos, temos que ter a consciência que o corpo físico tem data de validade, mas quanto mais a gente puder estender esse prazo de validade, melhor. (TS).*

Percebe-se a consciência da importância de criação de estratégias que, além de prolongar a qualidade de vida do idoso, reduzem os custos com a saúde, evitando maiores gastos concentrados em hospitalizações.

O ‘Relatório Envelhecimento do Século XXI: Celebração e Desafio’ (UNFPA, 2012) revela que a qualidade de vida e a boa saúde devem ocupar lugar central na resposta da sociedade ao envelhecimento populacional. Assegurar que as pessoas, ao viver por mais tempo, tenham vida saudável, resultará em maiores oportunidades e baixos custos para os idosos, família e sociedade:

*Esses movimentos do município visam isso. Quanto mais prazo de validade, menos custo vou ter com esse idoso. Mas tudo isso faz parte de uma coisa que é estratégia da saúde da família; você vai preparar a família para que ela saiba que vai ter um idoso em casa. Todo mundo tem o idoso, que não produz, porque está ali encostado, ganhando a aposentadoria. Essa é a maior dificuldade para fazer uma política do idoso. (TS).*

Como revelam alguns relatos, percebe-se o início de um raciocínio centrado em propostas intergeracionais, contra a criação de guetos, núcleos específicos para atendimento a idosos, que empobreceriam as trocas que ocorrem em espaços mistos:

*Nós temos uma UBS que tem pista de corrida. Lá tem um programa de palestras para fazer*

*exercícios, aqui na cidade não tem. Tem professor que vai no final da semana, faz caminhada. Mas é o que eu falo, não é só para o idoso, é para toda a população.* (G).

*“A gente pode oferecer uma vida mais saudável, para o idoso especificamente, mas para toda a população também”* (SBC).

Entendendo um possível desequilíbrio entre as ofertas de serviços que incidem em convivência e fortalecimento de vínculos para a população, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2013) lançou o Reordenamento dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, com o objetivo de equalizar a oferta desses serviços para as faixas etárias de 0 a 17 anos e acima de 60 anos, unificando a lógica de financiamento e estimulando a pesquisa de exigências entre os municípios e o atendimento prioritário ao público que dele mais carece.

O município tem condições, portanto, de ser protagonista nas escolhas e ofertas de serviços, a partir de um planejamento de acordo com a demanda local, equilibrando as expectativas. Se houver mais idosos sem atendimento, será possível ajustar metas para ampliar os serviços (BRASIL, 2013). Entretanto, na descrição da equipe técnica do Reordenamento, a equipe mínima de atendimento foi reduzida de três para apenas um técnico, em comparação à Tipificação Nacional de Serviços (BRASIL, 2009), o que faz refletir sobre a qualidade do atendimento a ser oferecido nos próximos anos. O mesmo questionamento se dirige à assistência social: com apenas um técnico, ela terá viabilidade? São questões conflitantes e que preocupam ao se pensar que é um desenho para a garantia de atendimento em 2030. Pergunta-se: como será possível? Quais os resultados, hoje, das mudanças na saúde e assistência? Quais resultados teremos a partir das mudanças e estratégias em 2030? Este estudo não tem a pretensão de responder a essas perguntas, mas, a partir do que foi analisado,

deve-se interrogar o que está sendo planejado para a velhice de amanhã, da qual, com certeza, faremos parte.

## Conclusões

Verificou-se nas falas dos sujeitos que a modalidade de atendimento voltada para espaços de convivência é sempre citada quando apresentam soluções direcionadas para os idosos hoje e para 2030. Há claramente a preferência por programas que propõem o fortalecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários a partir de atividades sócio-ocupacionais e de lazer.

Ao refletir sobre a complexidade das relações na metrópole, tentando responder aos idosos de hoje, encontramos um campo de discussão amplo e diversificado. Um dos aspectos mais sublinhados trata da maior ou menor impessoalidade nas relações sociais, ficando a metrópole no polo máximo dessa impessoalidade. O relacionamento pessoal, direto, seria típico de pequenos grupos, comunidades, aldeias etc., enquanto na cidade, especialmente na metrópole, encontraríamos a distância, a impessoalidade e o anonimato. Assim, o desejo por espaços de convivência marca o contraste entre o que se tem na metrópole e o desejo predominante de vida grupal, comunitária, com forte presença de laços familiares e parentesco, o que caminha contra o individualismo da vida metropolitana, com perda ou desagregação de redes de parentesco e de reciprocidade.

Na preferência por espaços de convivência, encontra-se um aparente equívoco, uma vez que se trata de serviços socioassistenciais relacionados ao Sistema Único da Assistência Social (Suas) e não ao SUS. Por outro lado, revela uma concepção ampliada de saúde e necessidade de ações intersetoriais, neste caso com o serviço social, para uma atenção integral ao idoso. Mais do que a ausência de doenças, entende-se a saúde como a expressão da qualidade de vida do

ser humano, que depende das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, e das escolhas que fazemos no dia a dia. A partir da articulação de serviços do SUS e Suas, nos aproximariamos desse conceito de saúde. Quando se analisa a operacionalização e gestão do modelo integrado, é possível interrogar: quem executará as ações cujo objetivo é suprir o que o idoso deseja? Verificou-se, nesta pesquisa, que no campo das ações preventivas há um longo

caminho a ser percorrido a partir de distintas articulações.

Por fim, aponta-se a necessidade de formação e orientação continuada aos conselheiros sobre a política de saúde para o idoso. Estratégias de aprimoramento, formulação e disseminação de material informativo, cursos e encontros entre conselheiros e gestores de programas de atendimento são medidas importantes para o contínuo aprimoramento e melhor resultado em sua atuação. ■

---

## Referências

- ARAUJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A. M. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 118-131, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BÓGUS, C. M. *Participação popular em saúde*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 25 nov. 2009, seção 1, n. 255, p. 1-43.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Reordenamento dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos: passo a passo*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional do Idoso. Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 dez. 1999, seção I, n. 237-E, p. 20-24.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2015.
- BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, 2013, v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, nov. 2010.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.
- CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 933-939, 2010.
- CARVALHO, K. G. *Direito constitucional: teoria do estado e da constituição*. 11. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.
- COELHO, V. S. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos Estudos*

– CEBRAP, São Paulo, n. 78, p. 77-92, 2007.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). *Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio*. Nova York: UNFPA, 2012.

GALISTEU, K. J. et al. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arq. ciênc. saúde*, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 203-207, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, dez., 2004.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GRISOTTI, M.; PATRICIO, Z. M.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

LEMOS, N. F. D. et al. Qualidade de vida de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

LOPES, D. *A trajetória de Maria Villela: A participação do idoso nas políticas sociais*. 196 f. Tese (Mestrado em

Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.

MEDEIROS, S. R.; CASTRO, Y. P. G. A existência do velho na cidade de São Paulo: Mapeando a população idosa na região metropolitana de São Paulo. *Kairós*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 23-49, jun. 2004.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OBSERVATORIO DA LONGEVIDADE HUMANA E ENVELHECIMENTO (OLHE). *Projeto Condomínio Amigo*. 2009. Mimeo.

QUARESMA, M. L. Gerontologia e gerontologia social: contributos para a análise de um percurso. *Kairós*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 19-42, jun. 2006.

QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1845-1853, set. 2006.

---

Recebido para publicação em fevereiro de 2015

Versão final em março de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: A pesquisa teve apoio financeiro da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (processo FAPDF 193.000.354/2010) assim como do Ministério da Saúde (processo FNS 25000.191.619/2010-25)