

## Políticas públicas de saúde para idosos no Brasil

*Oscar Del Pozzo*



### Considerações iniciais

O Brasil é um dos maiores países do mundo pela sua extensão territorial, equivalente a alguns continentes. Por um lado, essa vantagem pode ser considerada um fator favorável ao bom desenvolvimento. Todavia temos problemas graves, que precisam ser equacionados para beneficiar sua população. A saúde é o item mais importante e necessário, a despeito das grandes distâncias, com rios e estradas que têm milhares de quilômetros de extensão.

A Organização Mundial de Saúde define: “a saúde é o bem estar físico, mental e social é, não somente a ausência de doenças. A saúde é o bem mais importante de qualquer ser humano”. A nossa constituição determina: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. Por sua vez, o Estatuto do Idoso é categórico: “cabe ao Estado assegurar a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Como se vê, desde a ONU, a Constituição Brasileira de outubro de 1988 e o Estatuto do Idoso versam e insistem na absoluta necessidade de oferecer um atendimento completo de saúde aos mais de 200 milhões de brasileiros. Atualmente a população idosa brasileira é de cerca de dois milhões de pessoas, ou 11% da população. Desse total, 200.000 apresentam várias dependências e fragilidades. Pois bem, dentro desse ultimo contingente, há pelo menos, na melhor das hipóteses, vinte mil que estão permanentemente acamados, impossibilitados de se movimentar por várias causas. Suas famílias, principalmente as de classe mais pobre, não têm recursos ou conhecimentos para tentar minorar o sofrimento de seu ente querido.

É um acidente (uma condição inesperada) que deixa a família desesperada, apavorada, não sabendo a quem recorrer. Algumas acabam colocando seu idoso em um asilo ou casa de repouso que, gratuitos ou não, oferecem um péssimo cuidado aos idosos ali residentes. Excluídos do convívio familiar, vivendo em um ambiente completamente estranho, sem conhecer ninguém, ele vive isolado, esquecido, completamente abandonado.

Para os idosos internados, a morte é a única possibilidade de acabar com seu sofrimento, é esperada com ansiedade, já que não há a mínima possibilidade de sobreviver. Equivale a um verdadeiro martírio, cruel, desumano e muito lento. Triste fim, para quem lutou, trabalhou e deu seu quinhão para o sustento da família.

Essas casas de repouso, 90% clandestinas, funcionam em bairros da periferia e quando fiscalizadas pela Vigilância Sanitária recebem uma intimação para procederem a grandes mudanças na sua forma de funcionar. Muitas vezes a Vigilância Sanitária não fecha o estabelecimento porque não tem onde colocar os idosos, mas, mesmo quando adotam tal medida, na semana seguinte a casa muda, para outro bairro ou local distante da anterior, e continua funcionando.

Essas rápidas pinceladas ainda não demonstram a extensão e a gravidade da situação. É preciso, a partir da abundante legislação pertinente, pesquisar, nos detalhes, no campo e nas cidades como está sendo feita, realmente, a aplicação dessas diretrizes. Elas não podem ser letra morta, com regras e medidas que ainda esperam a sua efetiva aplicação. Infelizmente, é isso que está acontecendo.

## Legislação

### ***1) Nível federal***

Segundo as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso, as soluções já foram sobejamente anunciadas, veiculadas por cadeias nacionais de rádio e TV, em cerimônias cercadas de pompa, com a presença de políticos e dos dirigentes governamentais. O sociólogo brasileiro José de Souza Martins, em seu livro *O Poder do Atraso*, afirma que a história da sociedade brasileira é inacabada e inconclusiva, que não se faz, está sempre por fazer. (1994)

A estrutura do Serviço Único de Saúde (SUS) é perfeita: todas as idades, todas as possibilidades dos problemas de saúde estão muito bem apresentadas. Os maiores problemas para a sua real concretização são: o enorme território de nosso país, as grandes disparidades regionais, a má aplicação das verbas federais, estaduais e municipais, que seriam suficientes caso fossem criteriosamente usadas. O anúncio de qualquer medida para beneficiar a população no campo da saúde é habilmente orquestrada, mas o tempo demonstra que era apenas propaganda enganosa. Leis, Projetos, Regulamentos e Portarias existem em quantidade e qualidade mais do que suficiente para equacionar e resolver essa vergonhosa realidade, porém não são efetivados. Abaixo indicamos a legislação já existente

### ***Saúde do idoso - Legislação Federal Específica***

- Constituição Federal de 1988.
- Lei 8842/94 - Política Nacional do Idoso.
- Portaria GM/MS nº 280/1999 – Acompanhante Hospitalar de Idoso.
- Decreto No. 1948, de 3/7/1996 – Regulamenta a Política Nacional do Idoso e especifica no seu parágrafo 4: “instituir Centros de Convivência, Centros Dia e Hospitais Dia para evitar que os idosos sejam colocados em ILP – Instituições de Longa Permanência (asilos e casas lar)”.

- Lei 1.048/00 (promulga) Decreto nº 5296/04 (regulamenta) – Dá prioridade de atendimento a pessoas que especifica e estabelece normas gerais de critérios básicos para a promoção de acessibilidade.
- Lei Federal 10.048, de 19/12/2000 – Estabelece normas e critérios para acessibilidade de portadores de deficiência física e ou com mobilidade reduzida).
- Portaria GM/MS nº703/2002 – Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer.
- Lei 10741, de 1º de Outubro de 2003 – Estatuto do Idoso.
- Lei 399/06 – Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e suas Diretrizes Operacionais.
- Portaria 2.528/06 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Portaria 2.529/06 – Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.
- Lei 11433/06 – Dia Nacional do Idoso.

Vamos começar fazendo uma rápida descrição da estrutura do SUS – Serviço Único de Saúde.

- As unidades básicas de Saúde UBS - atendem pessoas de todas as idades. É o chamado “primeiro atendimento”, e é primeira etapa a que as pessoas recorrem;
- Programa da Saúde Familiar – PSF – são equipes que prestam assistência domiciliar a todas as pessoas, incluindo as idosas;
- Equipes de Saúde Familiar – ESF – outras equipes que orientam as famílias sobre campanhas ou outros assuntos para a população em geral;
- Assistência Médica Ambulatorial – AMA – atende a casos de média complexidade encaminhados pelas UBS;
- Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades – AMAE – atendimento com especialistas e exames subsidiários;
- Unidade de Referência em Saúde do Idoso – URSI – sua função é atender casos de idosos encaminhados pelas UBS: portadores de várias doenças crônicas e os que têm idade acima de 80 anos, considerados fragilizados;
- Centro de Especialidade Odontológica – CEO – atendimento odontológico em pacientes selecionados pelas UBS;
- Núcleo Integral de Reabilitação Física – NIR – cuidados para pessoas portadoras de deficiências físicas, também enviadas pelas UBS;
- Unidade de Assistência Domiciliar UA – destinada a atender pessoas com deficiências e que não têm condições de ir até as UBS;
- Equipes de ação externa – são mais voltadas para orientar a população como evitar as doenças epidêmicas como: dengue, gripe e outras;
- Prontos Socorros conveniados. PS – são unidades para atendimentos de urgência, mal súbito, acidentes, etc
- Hospitais públicos ou conveniados - constituem a frente terciária na cadeia de atendimento da população.

Cada uma dessas unidades tem suas atribuições bem fixadas e compõem a rede de atendimento do SUS.

A Constituição Federal (Carta Magna), de 1988, estabelece o seguinte, sobre a assistência de saúde do povo brasileiro:

Seção II – Da Saúde:

- Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso total e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
- Além desses, outros artigos tratam das ações e serviços públicos, da rede regionalizada, além da participação dos governos estaduais e municipais e outros detalhes. Como se vê, a nossa Constituição não é um livro de histórias, uma letra “morta”. É de suma importância que a conheçamos e participemos ativamente nessa construção e consolidação da cidadania.
- Para tanto, é necessário ressaltar ainda que o SUS é oficialmente regulamentado pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde, de 1990 (Lei 8080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (CNS, 2011). (Fonte: Campanha da Fraternidade 2012 – A saúde pública no Brasil).
- O Estatuto do Idoso, Lei No. 10.741, de 1º. De Outubro de 2003, dispõe em seu Capítulo IV – Do Direito à Saúde – Parágrafo 1º. – A preservação e a manutenção da saúde dos idosos serão efetivadas por meio de: atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas ou filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

O Estatuto, que já completou oito anos da sua promulgação, só existe no papel, sem regulamentação e aplicabilidade, deve estar provavelmente dormindo eternamente em berço esplêndido, como diz nosso hino. O berço é alguma gaveta de burocratas de gabinete, que nunca saíram do conforto e comodidade da sua repartição, para pôr seus os pés na estrada e constatar “in loco” a situação calamitosa dos idosos com grandes dependências e acamados.

As unidades de Assistência Domiciliar, subordinadas às UBS, são em número muito distante do ideal, e é necessário e urgente ampliar seu número, subordinando-as às UBS. A Internação Domiciliar feita pelo SUS, já

determinada no Estatuto, que poderia ser uma boa solução para esse angustiante problema, foi anunciada solenemente pelo Ministério da Saúde em 1996, também não foi efetivada.

A internação domiciliar teria uma tripla vantagem: - para o idoso: poderia permanecer em sua casa; - para a família, que estaria sempre junto ao seu idoso e, finalmente, para os cofres públicos, já que seriam evitadas muitas internações hospitalares onerosas e desnecessárias, com grande economia e que permitiria a aplicação desses recursos em outras áreas. Cansamos de ouvir que os recursos da saúde não são suficientes, mas este não é o quadro real, eles são, sim, mal administrados e mal aplicados. A estrutura do SUS, como veremos adiante, é quase perfeita. O problema principal está na gestão dos recursos públicos que bem aplicados, e sem superfaturamentos e desvios, seriam adequados.

Nos Estados Unidos, onde o Home Care (atendimento domiciliar) atende esses casos, o número de internações hospitalares de idosos teve uma queda de 50%. No Brasil, esse procedimento economizaria muitos recursos, permitindo um diagnóstico precoce e um tratamento mais eficaz das moléstias crônicas da terceira idade. Faltam gestores competentes e devidamente preparados, não apadrinhados políticos que pouco ou nada entendem e que não fazem absoluta questão de conhecerem os reais problemas.

Não se pode deixar de elogiar as campanhas periódicas de vacinação de idosos contra as gripes, uma boa medida. Todavia, é preciso ressaltar que não é concebível, nos dias de hoje, que os outros procedimentos de medicina preventiva não sejam adotados, e a vacinação não pode ser a única ação nesse sentido. Deve, isso sim, ser a porta de entrada para controlar periodicamente a saúde das pessoas, conseguindo, dessa maneira, um diagnóstico precoce de algumas doenças crônicas e permitindo que sejam tomadas medidas para tratamento e orientação para uma vida saudável, com isso evitando o agravamento do quadro.

Será que o check-up anual é dispensável ou é privilégio dos mais ricos? Há ainda, outro ângulo da questão: toda moléstia crônica deveria ter o seu protocolo, isto é, um procedimento previamente programado para o controle da evolução da doença e o resultado da medicação usada, além de recomendações para hábitos de vida mais saudáveis. O Ministério da Saúde já preparou há vários anos esses protocolos, bastaria pô-los em prática.

### **Centros de Assistência Social**

São compostos por 31 unidades, e oferecem orientação, encaminhamentos, provisão de benefícios e inserção na rede de serviços pública, ou em outros serviços público-privados.

Núcleos e Centros de Convivência - são 106 unidades que atendem cerca de 7.860 idosos.

Creci - Centro de Referência da Cidadania do Idoso - serviço de referência, proteção e defesa de direitos da pessoa idosa. Oferece atendimento de modo individual e coletivo e estimula a participação social.

É espaço difusor de conhecimento e intercâmbio de experiências inovadoras, objetivando fortalecer as políticas públicas e disseminar práticas qualificadas para os demais parceiros da rede de proteção ao idoso. Além da atenção direta a eles, é referência para qualificação institucional e defesa dos direitos, mantendo estratégias de trabalho articulado com a rede de proteção social aos idosos.

#### *Centros de Intergeracionais de Convivência*

Espaços de convívio e desenvolvimento relacional e encontro de gerações, através de trabalhos sociais e socioeducativos da população do distrito em que está instalado. São 15 os centros de convivência Intergeracional, que juntos atendem cerca de 1.089 idosos.

#### *Apoio Sócio-Alimentar a Idosos*

Visitas domiciliares com a entrega de refeições prontas e aquecidas para idosos em situação de risco pessoal e social. A secretaria conta com este serviço na região da Sé e atende 180 pessoas.

#### *Centro de Acolhida Especial para Idosos*

São espaços de atendimento integral a idosos independentes que oferecem abrigo provisório, garantindo acolhimento digno e resgate da cidadania. A região da Sé e da Mooca contam com quatro abrigos que atendem 400 idosos.

#### *Centros de Acolhida*

A Secretaria conta com 54 centros de acolhida (albergues), sendo quatro específicos para idosos, que são espaços para abrigo provisório para idosos independentes, em situação de rua, com objetivo de acolher e preparar adultos para o alcance da autonomia pessoal e social.

ILPS - São 5 Instituições de Longa Permanência (ILPS) para Idosos dependentes que atendem mais de 60 pessoas – poucas e com serviços de péssima qualidade. Estas instituições deveriam ser mais numerosas e com melhor atendimento, para que pudessem atender os idosos que foram abandonados, ou não tem família.

#### **Assistência Social**

A Secretaria Nacional de Assistência Social estabelece as diretrizes gerais que deverão ser observadas por todas as secretarias estaduais e municipais do Brasil. Elas representam um projeto que deverá ser adaptado aos diferentes estados e cidades, cada qual com uma realidade particular.

Já a SEADS, órgão estadual procura pautar suas ações pela orientação da Secretaria Nacional, para depois aplicá-las em parceria com as prefeituras do

interior. Os serviços oferecidos à população em geral, e aos idosos em particular, compõem um leque de serviços que objetiva atender a todas as situações de vulnerabilidade social, casos de violências, abandonos, maus tratos e outras.

A estrutura da secretaria está bem constituída, e presta serviços abrangentes e de qualidade a todos os assistidos, independente da idade. O antigo secretário, Rogério Amato tinha uma boa visão dos diversos problemas sociais que demandam aplicação e bom uso do dinheiro público. Também coordenou o Projeto Futuridade, uma iniciativa valiosa para centralizar recursos e serviços em um órgão único. Infelizmente a troca do governo após as eleições ocasionou a paralisação de todas as ações já iniciadas.

Assim, temos mais recursos públicos dispersados, mas fazemos votos para que o novo secretário dê sequência à aplicação do projeto. A Secretaria faz parcerias com as secretarias municipais, permitindo uma melhor aplicação dos recursos das duas esferas de governo.

## ***II) Nível estadual***

Na esfera estadual, os problemas se repetem.

A Lei 12.548, de 27/02/2007 criou o Projeto Futuridade, coordenado pela Secretaria Estadual da Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS), tendo como meta principal a criação de uma Rede Estadual de Proteção à Pessoa Idosa, com aquela secretaria orientando, coordenando e centralizando todas as ações a serem implementadas no âmbito estadual. Realmente, esse projeto seria de enorme valia e serventia para toda a população idosa do estado, além de evitar iniciativas paralelas de outros órgãos oficiais, gerando boa economia.

A criação de um único órgão a nível federal, estadual e municipal para centralizar e coordenar todo o trabalho a ser desenvolvido, pelos diversos ministérios, secretarias e outros organismos, seria um avanço. As ações dispersas, paralelas e contrastantes acabam resultando em má gestão, com gastos nem sempre condizentes com as reais necessidades dos idosos.

As áreas da Saúde, Assistência Social, Direitos Humanos, Meio ambiente, Transportes, Trabalho, Justiça, Cidades e Habitação, Planejamento, Educação, e outros, poderiam se subordinar a uma Secretaria do Idoso, a nível federal, estadual e municipal. Essa ideia está sendo aplicada na cidade de Londrina e no Estado do Rio de Janeiro. Desde a sua fundação, há 9 anos, o Movimento sustenta essa tese que, parece, os governos não conseguem perceber.

O projeto Futuridade, após 2 anos e com a troca do Secretário, ficou apenas no papel. Não se ouve mais falar do Futuridade. Os dois primeiros Centros de Referência do Idoso (CRI) foram construídos e instalados na Zona Leste (Largo de São Miguel) e na zona Norte (Hospital do Mandaqui). Foram prometidas, na inauguração do CRI Norte, a criação de mais dois CRI, nas Zonas Sul e Oeste. Foram feitas diversas reuniões na Zona Oeste e até um terreno adequado no Hospital Universitário foi disponibilizado, mas tudo não passou de mais um

projeto engavetado. Há uma enorme distância entre prometer e cumprir as promessas.

### **III) Nível municipal**

Posteriormente, a Secretaria Estadual da Saúde passou essa tarefa para a esfera municipal, que instalou 9 Unidades de Referência de Saúde do Idoso (URSI). Elas não têm estrutura semelhante aos CRI estaduais, mas prestam uma melhor assistência a idosos com várias doenças crônicas, ou com mais de 80 anos de idade e já considerados fragilizados. O quadro dos profissionais da saúde são equipes multidisciplinares com dois geriatras e outros especialistas - enfermeiras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc - e as consultas são marcadas a cada 30 minutos, o que permite dar um melhor atendimento e atenção.

As URSI constituem uma boa iniciativa, e seriam necessárias um total de vinte e cinco URSI(s), mas, no momento, são apenas dez. Elas devem ser multiplicadas na capital que tem um milhão e duzentos mil idosos, dos quais cerca de 5% já são fragilizados, dependentes ou portadores de várias moléstias crônicas, num total de sessenta mil idosos. Deveriam também ser criadas nas cidades do interior paulista, e em todo o território nacional, pois a rede de atendimento à saúde nos municípios é executada com o auxílio de verbas federais.

A atenção básica de saúde do idoso é prestada nas Unidades Básicas de Saúde UBS. Existe uma série de pedidos e sugestões para aperfeiçoar os serviços das UBS. As principais são:

- Preferência dos idosos no atendimento.
- Unidades novas, planejadas para terem instalações e equipamentos de última geração, e com acesso fácil para portadores de necessidades físicas especiais, já que as unidades atuais são sediadas em casas adaptadas e que não têm condições estruturais satisfatórias.
- Sala de espera especial para evitar que os idosos, que já possuem baixo sistema imunológico, tenham contato com portadores de doenças infectocontagiosas.
- Aprimoramento e implantação de novas tecnologias nas unidades (informática, uso habitual de cartão magnético, estrutura e capacitação) e aumento do quadro de RH.
- Em decorrência da modernização e atualização do sistema de informática, se tornará simples e possível controlar o índice de resolatividade dos atendimentos. As estatísticas atuais, baseadas apenas na quantidade de atendimentos, não têm condições de controlar sua eficiência clínica e a qualidade do atendimento prestado.

O SISAP, sistema de indicadores de saúde e acompanhamento das Políticas do idoso, instituído em novembro de 2011, baseou o seus

trabalhos no censo de 2010. No campo da saúde os dados devem ser permanentemente atualizados, o que só poderiam ser fornecidos por um sistema do Ministério da Saúde, e não pelos resultados de um censo feito há 2 anos que não avaliou o padrão de vida e da saúde dos brasileiros, e que só podem ser obtidos através de um banco de dados atualizados permanentemente. Outra grande vantagem do sistema seria o de agilizar as consultas e obter informações preciosas sobre o cumprimento de horários, principalmente dos médicos, que usualmente os descumprem.

- Os governos modernizaram toda a estrutura dos órgãos arrecadadores de impostos, como a Secretaria da Receita Federal, Ministério da Fazenda e outros órgãos fiscalizadores estaduais e municipais. Porque não aplicar esta sistemática nos serviços de saúde?
- O cartão magnético permitiria aos prontos-socorros e hospitais, em casos de urgência, ter imediato acesso a dados importantíssimos sobre consultas, doenças, tratamentos, cirurgias anteriores, etc., facilitando o diagnóstico e os atendimentos.
- Criar rotinas para a execução de procedimentos anuais, ou até em menores períodos, de medicina preventiva: exames de laboratório, radiografias, testes ergométricos, consultas com oftalmologistas, cardiologistas, urologistas, ginecologistas e outras especialidades, quando houver necessidade, (ortopedista, cardiologista, neurologista, otorrinolaringologista) e outras indicações.
- Importante também orientar os idosos sobre os procedimentos para evitar quedas, tanto nas ruas como, também e principalmente, no interior de suas casas. Os folhetos devem ilustrar e pormenorizar as adaptações necessárias para tornar suas casas mais seguras: calçados adequados para dar mais apoio; pisos antiderrapantes, sem brinquedos, animais ou tapetes; evitar pisos molhados após a limpeza; colocar corrimões nas escadas, barra de apoio nos boxes, iluminação adequada, principalmente à noite. Medidas relativamente simples e baratas.
- É preciso acabar imediatamente com o desumano sistema de quotas para exames de laboratório, mamografias e consultas com especialistas, que demoram até seis meses para a sua realização, mesmo em casos de urgência. Não é concebível que o sistema de saúde dificulte procedimentos importantes para permitir diagnósticos mais precisos e tratamentos adequados.
- Os jornais têm noticiando que a Anvisa irá exigir das empresas de seguro saúde que sejam obrigadas a limitar a lista de espera dos exames para o máximo de 30 dias. Qual a razão para que esse prazo não seja extensivo ao SUS?

- Criação de uma nova e / ou ampliação das UAD - Unidades de Atendimento Domiciliar - já existentes, e implantação do sistema de Acompanhante do Idoso nas UBS.
- O SUS tem a obrigação de fornecer para idosos que não tem condições de ir até as UBS (Estatuto), Cama Hospitalar, Cadeira de Rodas ou de Banho, Torpedos de Oxigênio, Inaladores e medicamentos, e atendimento pelo Programa de Assistência Familiar (PSF), ligado às UBS. Mas este é um processo muito lento em que os pedidos podem ser atendidos ou postergados.
- Criação e/ou ampliação das atividades de práticas corporais assistidas: Tai Chi Chuan, caminhadas, aulas de alongamento, acupuntura, Lian Gong, ginástica, ioga, capoeira, dança sênior, homeopatia, relaxamento, tapotagem, grupos de dor, etc. Essas práticas são rotina em algumas UBS, mas devem ser generalizadas, já que os benefícios para os usuários são enormes.
- Organização de grupos de portadores de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, obesidade e sedentários para participarem de atividades físicas, palestras e informações mais detalhadas, organizadas pelos médicos das unidades, prática que poucas UBS utilizam algumas por absoluta falta de espaço físico. Trabalhos publicados em revistas científicas comprovam a validade e a necessidade de tal prática.
- Transformação das UBS e URSI em locais acolhedores, confortáveis e agradáveis, com paisagismo e ambientação. Com prédios construídos com esse objetivo, e seria recomendável e interessante criar uma UBS padrão, modelo que paulatinamente poderia ser usado nas demais.
- Distribuição obrigatória de folhetos ilustrados, com explicações em linguagem acessível para orientações sobre a vacinação e outras campanhas de prevenção de epidemias como Dengue, Aids e outras doenças. Os portadores de moléstias crônicas beneficiados pelos protocolos já mencionados, também deveriam receber folhetos com informações detalhadas sobre a sua doença, e os hábitos a serem desenvolvidos para controlar o agravamento problemas, sintomas e complicações que possam ocorrer.
- Realização de cursos de formação de cuidadores informais de idosos em todas as subprefeituras, medida que habilitaria familiares, e outros interessados, a serem cuidadores de idoso em seus domicílios, prestando bons serviços a idosos permanentemente acamados.

Como é fácil se notar, é no âmbito municipal que surgem as maiores e mais frequentes queixas e reclamações sobre o atendimento do SUS. Os gestores têm melhores condições de aquilatar a qualidade dos serviços prestados, diretamente na origem, exatamente quando e onde acontecem. Muitas vezes a

razão da pouca qualidade do atendimento é justificada pelo fato das verbas orçamentárias serem insuficientes, mais uma razão, para que as mesmas sejam criteriosamente aplicadas. Várias medidas apontadas aqui deveriam ser rotina para melhoria da saúde dos usuários, com menos despesas para o sistema.

Outro fator a considerar é que a população mais simples, e de baixa escolaridade, têm critérios próprios para avaliar o atendimento recebido do SUS. Para as pessoas pobres e carentes de tudo qualquer atendimento é ótimo. A maioria não participa dos conselhos gestores e não formula queixas, pois temem ser vítimas de represálias, perdendo o direito de serem atendidos em outras ocasiões.

Os Conselhos Gestores das UBS precisam contar com a participação de mais pessoas, instrumento útil na promoção de uma melhor qualidade nos atendimentos prestados nas Unidades. Tudo o que foi relatado antes, nos faz chegar a uma melancólica conclusão: O SUS na sua idealização, em sua estrutura é um bom plano que, bem aplicado, com fiscalização constante e acompanhamento adequado dos recursos aplicados, poderia dar conta da sua árdua tarefa. As dificuldades enfrentadas podem ser mínimas, com gestão capacitada.

Corrupção e saúde são incompatíveis uma com a outra. A primeira e urgente medida a ser tomada é acabar com a corrupção, em todos os níveis, e os superfaturamentos para permitir o dispêndio racional e criterioso dos altos impostos extraídos de pobres e ricos da população brasileira. Na cidade de São Paulo, o SUS ainda precisa de algumas correções, mas é notório que procura prestar um serviço de razoável e de boa qualidade. Há aspectos positivos dos serviços prestados à saúde na capital. Os gestores têm planos para melhorar esse quadro, eles conhecem todos os pontos que podem e devem ser corrigidos, porém sentem-se engessados, incapazes de alterar a realidade. A burocracia atravanca e retarda tudo e todos em nossa pátria.

### **Encontro Nacional de Idosos**

Ao final do evento organizado pelo SESC – São Paulo, realizado de 4 a 7 de Outubro de 2004 - com a presença de grande número de estudiosos e especialistas, fez uma avaliação e perspectivas da implantação do Estatuto do Idoso, manifestando suas ideias, seu sentimentos, propostas e aspirações a toda a nação, num documento, “Carta Aberta à Nação”. Uma síntese das conclusões segue abaixo.

Passados 21 meses de sua entrada em vigor, o Estatuto do Idoso permanece desconhecido nas esferas administrativa federal, estadual e municipal e também é desconhecido pela maioria dos idosos brasileiros. Nossas conclusões e observações sobre esses quase dois anos de vigência do Estatuto, indicam que o Poder Público ainda está longe de cumprir a sua parte. Mas mostram, também que nós, os idosos assumimos definitivamente a

responsabilidade de participar da vida nacional, rumo a um mundo melhor para todas as gerações de brasileiros.

#### *Do direito à saúde (artigos 15 a 19)*

É necessário que a rede de atendimento do SUS seja totalmente informatizada, para dar mais eficiência e agilidade no atendimento aos idosos e a toda a população brasileira. É necessário acelerar a criação das unidades de referência por regiões, com equipes especializadas para os idosos, com destaque à humanização dos serviços de saúde. Essas unidades também deveriam estar abertas aos grupos de idosos também para atividades corporais culturais, sociais e outras.

É fundamental fazer valer o disposto no Art. 15, parágrafo 2, que veda a discriminação dos idosos nos Planos de Saúde através da “cobrança de valores diferenciados em razão da idade”, não cedendo às pressões das empresas desse setor, e combatendo o monopólio que algumas delas tentam impor em determinadas regiões. O processo de implantação dos Centros-Dia/Hospitais em todo o Brasil deve ser acelerado, e é absolutamente necessário para o atendimento de uma parcela importante da população idosa.

As campanhas de vacinação de idosos em todo o Brasil devem ser programadas segundo o ciclo climático de cada região. É necessário cumprir, de forma simples e desburocratizada, o disposto no Art.15, parágrafo 2 do Estatuto, que determina o fornecimento gratuito de medicamentos, especialmente os de uso contínuo, próteses, órteses e outros recursos necessários ao tratamento, habilitação e reabilitação.

#### **Comentários do Movimento Idosos Solidários**



Essa Carta Aberta à Nação, consenso de especialistas e estudiosos, espelha com exatidão a realidade do SUS, e o que deve mudar em benefício de todos os idosos brasileiros. O Brasil é um país de dimensões continentais, com diferenças na distribuição da renda per capita e na educação, conforme a região. No Sul e Sudeste a situação não é tão grave, já que são regiões mais ricas, e com maiores recursos para o saneamento básico, educação e saúde da sua população. É nas regiões

norte e nordeste que a realidade é bem distinta.

A renda per capita é muito baixa, as condições sanitárias péssimas, como falta de esgoto e água tratada, fatores importantes para preservar a saúde das pessoas. Os postos de atendimento, prontos socorros e hospitais são escassos, com poucos recursos, e falta de equipamentos básicos, indispensáveis para permitir uma melhor atenção à saúde da população em geral e dos idosos em particular. Outra dificuldade é a grande distância a ser percorrida, pelas populações mais isoladas, para conseguir serem atendidas, e

há casos de viagens de barcos com duração de até 3 dias. Por tudo isso a expectativa de vida é bem inferior à das outras regiões.

Uma educação de bom padrão, o combate à pobreza e ao analfabetismo são as metas prioritárias para que a população possa adotar um padrão de vida saudável, diminuindo os fatores de risco à saúde e prevenindo muitas agressões que acabam criando uma série de doenças que poderiam ser evitadas. Os investimentos em saneamento e educação não são visíveis aos olhos da maioria, pois não geram dividendos eleitorais aos políticos, realidade observada, especialmente, nas regiões norte e nordeste, chegando a 7% em algumas cidades e ausência total em outras, marginalizadas, injustiçadas e esquecidas do seu primeiro e mais importante direito: o direito à vida digna com consta da Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada pela ONU há muitos anos.

A *Revista The Lancet* publicou, em 2011, um extenso artigo com o título O sistema público do Brasil – Uma análise, que teve a colaboração de muitos especialistas, não só brasileiros, mas de outros países. As conclusões foram: “Aqui, temos registrado melhorias importantes no estado de saúde. A mensagem central desta série é que as melhorias de saúde podem ser atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde, juntamente com um forte movimento de reforma que data da década de 1970, que levou o Brasil a formalizar uma única abordagem, na medida em que a América Latina está em processo de criação de serviços nacionais de saúde, especificamente destinadas à redução das desigualdades em saúde. A criação resultante do SUS era parte de um amplo movimento destinado a reduzir a exclusão social através de iniciativas nas transferências de saúde, educação, dinheiro e outras ações sectoriais”.

“Apesar do progresso em geral, as disparidades socioeconômicas e regionais continuam a ser inaceitavelmente grandes, refletindo o fato de que muito esforço ainda é necessário para melhorar as condições básicas de vida para grande parte da população. Novas questões de saúde surgem como resultado da urbanização e da mudança social e ambiental e alguns problemas antigos continuam sem solução. A administração de um sistema complexo e descentralizado de saúde pública, onde uma grande parte dos serviços é contratada com o setor privado, inevitavelmente causa conflito e contradição, assim como a presença de um forte setor de seguros privados de saúde. O desafio é, em última análise, político e requer a participação contínua da sociedade brasileira como um todo para garantir o direito à saúde para todos os brasileiros”.

### **Comentários adicionais**

Essa pesquisa e análise da política pública de saúde da Revista Lancet é bastante abrangente, ressaltando principalmente os aspectos positivos do SUS. Foi elaborada por um grupo de renomados especialistas de vários países, estudiosos na área. Ela retrata bem a realidade brasileira, com profundas disparidades econômicas, sociais e regionais, onde a educação e os

cuidados sanitários são privilégios das regiões sul e sudeste. Outro problema é a existência em nosso país, de diversas etnias, como a indígena e os quilombolas, ainda não beneficiadas pelo SUS. Tudo isso, somado à vastidão territorial brasileira compõem um quadro de difícil resolução a curto e médio prazo, com muitos e complexos desafios.

Esse estudo poderia ser mais completo se a população usuária fosse ouvida, para aquilatar, com mais precisão, os problemas onde ocorrem distorções, na própria fonte onde são prestados os cuidados, mesmo nos Estados mais desenvolvidos. Outra questão vital e prioritária, urgente e inadiável, já mencionada aqui, é a imediata informatização de todo o sistema, como já existe, e funcionando perfeitamente e sempre atualizada, na área econômica.

O IV Encontro Nacional de Conselhos de Idosos – Construindo a Rede Nacional de Proteção à Pessoa Idosa – RENADI – realizado entre 11 e 12 de setembro de 2006 em Brasília, deliberou no eixo 3 – Item 12 – implantar e/ou ampliar a assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar à pessoa idosa. Cita os órgãos responsáveis a nível federal, estadual e municipal e ONGs. Essa deliberação não foi, até agora, aplicada, desmoralizando esse Seminário e outros encontros nacionais.

Sugerir, indicar ou deliberar sobre as medidas para beneficiar as pessoas idosas é muito fácil, mas agora já não iludem ninguém, estamos cansados de muita conversa e promessas não cumpridas.

A publicação *Direitos Humanos e Pessoa Idosa*, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos e pela Subsecretaria de Proteção e Defesa dos Direitos Humanos, estabelece na página 21 – Direito à Saúde – garantindo o atendimento ambulatorial especializado em unidades geriátricas de referência, e o atendimento domiciliar, realizados por profissionais capacitados em geriatria e gerontologia.

Uma consulta a documentos, resoluções, regulamentos e outras inúmeras publicações, nos leva ao lugar comum: tudo perfeito, muito bem planejado, só que, infelizmente falta vontade política para fazer valer o que eles determinam. Por fim, para não me alongar mais, vou citar um trecho do documento da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde.

“[...] os visitantes domiciliares, os programas de cuidado domiciliar (home care) e de apoio, os serviços de reabilitação, a provisão de equipamentos de auxílio e outros para beneficiar as pessoas necessitadas, independentemente de sua idade”.

A população ribeirinha, dos grandes rios da região amazônica, com a maior parte da população vivendo em palafitas ou favelas, não tem água potável (só 7%) e despeja seus esgotos nos rios e seus afluentes, que abastecem as suas casas. É comum essa população viajar de barco, durante vários dias, em busca de algum atendimento médico completamente ausente na região em que vivem.

Os hospitais são raros, sem equipamentos adequados, abandonados e em péssimo estado de conservação. As deficiências começam na falta de pessoal habilitado, só encontrado em regiões distantes de muitos municípios, obrigando os usuários a percorrerem dezenas de quilômetros por estradas mal conservadas e perigosas.

As televisões mostraram recentemente alguns hospitais construídos há anos no nordeste, que permanecem até hoje fechados, sem nenhum equipamento ou manutenção, e com sua estrutura totalmente comprometida, um gasto desnecessário e inútil, em grande desrespeito para com todos os brasileiros.

Uma iniciativa que poderia economizar muitos recursos é a execução rotineira de procedimentos preventivos junto à população em geral, com ênfase nos idosos. Em países mais desenvolvidos afirma-se que cada dólar aplicado em prevenção resulta em economia de 100 dólares em internações hospitalares. Lá os procedimentos preventivos constituem prática rotineira, evitando ou tratando precocemente as doenças crônicas, minimizando suas complicações e diminuindo de forma significativa, as internações hospitalares, que em idosos são sempre mais demoradas e com custo muito alto.

Nos Estados Unidos, tempos atrás, o Presidente da República tinha um assessor especial, expert em medicina preventiva, para ajudá-lo a priorizar essa modalidade de atendimento, economizando recursos orçamentários que puderam ser usados com outras finalidades. Os recursos orçamentários federais, estaduais e municipais não são insuficientes são mal aplicados, com poucos resultados.

O atendimento à saúde feito pelo Ministério da Saúde precisa prever ações em parceria com outros órgãos governamentais, num sinergismo de ações que promova o saneamento básico, melhore a acessibilidade dos idosos nas cidades, para que eles e a população em geral possam circular livremente, com segurança, sem obstáculos, poluição ou barreiras, que acabam obrigando as pessoas a viverem trancadas em suas casas, transformadas em verdadeiras prisões.

Por fim, como já afirmado aqui, os brasileiros devem entender que não é apenas quem está doente que deve procurar ajuda, mas também o que tem saúde e quer continuar sadio. As orientações relativas à prevenção deveriam ser o principal objetivo da divulgação por todos os meios de comunicação, e também nas UBS. Hábitos saudáveis de vida precisam ser conhecidos pela totalidade da população. O slogan da campanha poderia ser: “Vá ao médico para não ficar doente”.

A medicina não deve ser a indústria da doença, mas medicina da saúde. Mudar essa crença, já antiga do povo requer objetividade e persistência. Os beneficiários serão todos os brasileiros - quase 200 milhões – em grande parte marginalizada, injustiçada e esquecida nos seus direitos.

A pesquisa da avaliação da saúde prestada pelo SUS é muito sugestiva, pois mostra seus grandes problemas na prestação de serviços à população, indicando que ainda estamos longe conseguir um padrão razoável nesse sentido.

Outra Lei Federal 1.098, de 19/12/2000, que fixa normas e critérios para a acessibilidade, nos municípios, para portadores de deficiência física e com mobilidade reduzida (idosos dependentes e fragilizados) pode ser colocada no arquivo de todas as leis e regulamentos completamente esquecidos por todos os municípios brasileiros.

### **Pesquisa revela a avaliação da saúde em São Paulo**

*“Só 1% dos paulistanos se sente “muito seguro” na saúde, espera é de até 146 dias. (Dez. 2011). Por Janaina Garcia (portal UOL, São Paulo).*

Nesta reportagem fica evidente uma avaliação abaixo da média da saúde pública, que também trouxe números curiosos: segundo os entrevistados, a espera média para procedimentos mais complexos, com especialistas, chega a demorar até 146 dias. Para fazer um exame, a demora é de 65 dias.

Os dados integram a pesquisa realizada pelo Instituto Ibope Inteligência para a rede Nossa Paulo e compõem o Irbem (Indicadores de Referência de Bem-Estar no Município) - estipulado a partir da percepção do morador sobre 169 itens em 25 áreas da sociedade, em estudo é feito desde 2008.

#### **Saúde**

Primeiro item de avaliação da pesquisa, a saúde mostrou que 74% dos entrevistados usaram algum tipo de serviço nos últimos 12 meses e com um tempo médio de espera alto: para a realização de consultas, 52 dias; de exames, 65 dias; e para procedimentos mais complexos, 146 dias. Todos os aspectos foram citados em relação a 2010. O resultado indica que a saúde pública no país é ruim ou péssima, para 61% dos pesquisados.

Em comparação, no serviço privado de saúde, o tempo médio de espera relatado para uma consulta é de 15 dias; para exames, 17 dias, e para procedimentos mais complexos, 39 dias. Na nota geral, saúde obteve a média 5, a mesma de anos anteriores da pesquisa, mas ainda abaixo da média de 5,5.

#### **A pesquisa**

Dos 169 itens do Irbem, 74% ficaram abaixo da média. As piores avaliações foram feitas em relação à transparência e à participação política (nota de 3,5), acessibilidade das pessoas com deficiência (3,9) e desigualdade (4). A desconfiança sobre órgãos da administração pública municipal tiveram também avaliações ruins. As piores, em ordem, foram a Câmara, a Prefeitura,

Subprefeituras e Tribunal de Contas do Município, enquanto as melhores avaliações ficaram com Corpo de Bombeiros, Correios, Metrô e Sabesp.

Os dados foram apresentados em dezembro de 2011, no Teatro Anchieta, no Sesc Consolação, tendo como objetivo balizar, por meio destes indicadores, os planos de governo dos futuros candidatos de modo que, uma vez eleito, o prefeito terá até 90 dias para apresentar um plano de metas coerente com o resultados obtidos pelo Irbem.

Esta pesquisa foi aplicada de 25 de novembro a 12 de dezembro do ano passado, em todos os perfis sociais e em todas as regiões da cidade, com 1.512 entrevistados. O IDEC – Instituto Brasileiro do Consumidor - preparou um impresso muito bem elaborado, em Janeiro de 2003, intitulado "O SUS Pode Ser o Seu Melhor plano de Saúde", onde são comparados os sistemas públicos de saúde e o prestado pelos planos de saúde particulares. É feita uma detalhada comparação entre as duas modalidades de assistência à saúde, em que se demonstra claramente, em detalhes, que existem benefícios desde que os usuários conheçam bem os tipos de assistência: atenção básica, casos mais complexos e os de urgências.

É comum a pessoa recorrer a um determinado serviço que não é o indicado pelas informações e recomendações do SUS. Exemplifica, por exemplos concretos, como a população pode reclamar de mau atendimento sem participar dos conselhos gestores das UBS, pronto socorros e hospitais. Explica também a complexidade de administrar o SUS, que atende todos os 200 milhões de brasileiros num país de dimensões continentais. Por isso mesmo, necessita da colaboração da população para corrigir distorções.

O Instituto Perseu Abramo - em parceria com o SESC/ São Paulo - realizou uma pesquisa feita por amostragem em todas as regiões brasileiras, mostrando quais doenças eram mais comuns, o grau de escolaridade, as condições sócio econômicas, a existência de saneamento básico e outras informações. Nas reuniões da comissão encarregada da orientação deste trabalho foi sugerido que também fossem apurados os graus de dependências e incapacidades, importantes para informar o SUS e para que pudesse ter uma política de saúde focada nessas realidades. A sugestão foi feita e aprovada pela comissão, mas, infelizmente, não foi realizada.

### **Referências**

Carta Aberta à Nação. Avaliação e Perspectivas do Estatuto do Idoso - Encontro Nacional de Idosos – Sesc / São Paulo – 4 a 7 de outubro de 2005.

Constituição Federal, de outubro de 1988.

IV Encontro Nacional de Conselhos de Idosos – Construção da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. Brasília, 2006

Decreto 1948, de 3/7/1996, regulamentando a Política Nacional do Idoso.

Estatuto do Idoso – Lei Federal No. 10741, de 1º. De outubro de 2003

Lei Orgânica da Previdência Social – LOAS – Lei Federal No. 8.742, 7/12/1999.

Lei Federal 10.098, de 19/12/2000. Estabelece normas e critérios para acessibilidade portadores de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

Martins, J. S. *O Poder do Atraso*. São Paulo: Hucitec, 1994.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde – Envelhecimento Ativo – Uma Política de Saúde – 2005.

Política Nacional do Idoso. Lei Federal No. 8.8-2, 4/1/2004.

Política Municipal do Idoso – Lei Municipal nº 13.834, 2004.

Projeto FUTURIDADE – Plano Estadual para a Pessoa Idosa Lei Estadual nº 12.548, de 27/2/2007.

Rodrigues, Laura; et al. “Políticas Públicas de Saúde no Brasil – Análise”. *Revista The Lancet*, 9 de maio de 2011

Rodrigues, G. “Brasil Unido por mais recursos para o SUS”. In *Revista da Associação Paulista de Medicina*. São Paulo, Dezembro 2011. p.6.

Saúde pública no país é ruim ou péssima para 61 % dos entrevistados. *Jornal Metro Brasil*, 13 de janeiro de 2012.

Secretaria Especial de Direitos Humanos – Direitos Humanos e Pessoa Idosa – Brasília, 2007.

SISAP – Sistema de Indicadores de saúde e acompanhamento das políticas de saúde dos idosos. Brasília, 2 de novembro de 2012.

Decreto 1948, de 3/7/1996, regulamentando a Política Nacional do Idoso.

---

**Oscar Del Pozzo** - Médico, criador e diretor do [www.idosossolidarios.com.br](http://www.idosossolidarios.com.br).

E-mail: [solidosos@uol.com.br](mailto:solidosos@uol.com.br)