



POLÍTICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA VOLTADA AO IDOSO EM MANAUS¹

Yoshiko Sasaki²
Alice Alves Menezes Ponce de Leão³
Nathalie Santana de Melo⁴
Danielle Bezerra Maia⁵

Resumo: Analisou-se sobre a saúde do idoso na atenção básica em Manaus, observando sua implementação a partir do Sistema Único de Saúde, e os reflexos da política de ajuste neoliberal que repercutem de forma negativa na saúde no Brasil. Participaram desta pesquisa 114 idosos distribuídos em 10 Unidades Básicas de Saúde, 03 Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMIs e 39 profissionais de saúde. Conclui-se, a partir da análise dos resultados, que a legislação de saúde distancia-se da sua efetivação de fato, influenciada por vários fatores.

Palavras-chave: Política de saúde, atenção básica, saúde do idoso.

Abstract: Examined on the health of the elderly in primary care in Manaus, observing the implementation of the Unified Health System, and the effects of neoliberal policy adjustments that have a detrimental effect on health in Brazil. Participants of this study divided 114 elderly, 10 Basic Health Units and 03 Centers of Integral Attention to the Best Age - 39 Easy and health professionals. It follows from the analysis of results, that the laws of health is far from its realization in fact, influenced by several factors.

Key words: Health policy, primary, health aging.

¹ Este artigo faz parte da pesquisa “Estudo avaliativo dos serviços de atenção à saúde dos idosos nas Unidades Básicas e Centros de Atenção Integral à Melhor Idade na cidade de Manaus” iniciada em 2007 envolvendo bolsistas PIBIC/ CNPq/FAPEAM e, a partir de 2009 envolvendo mestrandas do PPGSS da UFAM e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas com previsão de término em julho de 2010.

² Professora. Universidade Federal da Amazônia. E-mail: sassakiyo@uol.com.br

³ Estudante. Universidade Federal da Amazônia. E-mail: allecyponce@hotmail.com

⁴ Estudante. Universidade Federal da Amazônia. E-mail: nathalie_samel@hotmail.com

⁵ Estudante. Universidade Federal da Amazônia. E-mail: daniellebmaia@hotmail.com



1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição de 1988, a política de saúde ganhou nova institucionalidade, formando o tripé da seguridade brasileira e configurando-se como direito universal a todos os cidadãos. Após quase vinte anos de sua regulamentação como Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080 e 8142 de 1990), vários fatores são apontados para sua infeliz não consolidação. Vejamos alguns deles:

O primeiro fator aponta uma seguridade social que veio na contramão da história, ou seja, a crise do *Welfare State* nos países avançados, como consequência do esgotamento da política econômica e social adotada pós-crise de 29, o keynesianismo, com forte intervenção do Estado no mercado, bem como a desmercantilização dos trabalhadores com várias proteções sociais, conhecida no Brasil como Estado de Bem-Estar Social. A partir dos anos 70, esse modelo deu mostra de seu esgotamento e, no Brasil, devido o regime militar vivenciado nesse período, os efeitos dessa política foram sentidos com o primeiro presidente eleito pelo povo nos anos 90, mas contraditoriamente instituiu-se uma seguridade social nos moldes desse modelo.

O segundo fator consiste no “Consenso de Washington”, onde os organismos internacionais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional colocam como regra para os países de terceiro mundo, e aqui entra o Brasil que nesse período era classificado assim, a redução do Estado e da Proteção Social, conceituando como vilão o *Welfare State*, e a volta do Estado Mínimo para o social e máximo para o capital, conhecida como o neoliberalismo.

O terceiro fator, ou melhor, questionamento, diz respeito à aprovação da Constituição após um período ditatorial, que nos leva a indagar, se a demanda das lutas e movimentos sociais estava presente nesta constituinte? E no caso específico da saúde, onde se indicava uma política de saúde mercantilizada e voltada aos segurados da previdência, como torná-la universal e de gestão pública, abrangendo toda a população? Houve estudo sobre sua viabilidade?

Na implementação da saúde, como assegura a Constituição ser um direito universal, só houve sua legalização em 1990, porque houve uma mobilização da sociedade



organizada, principalmente trabalhadores da área de saúde, da academia e partidos políticos, entre outros, que fizeram forte pressão para tal.

Diante desses aspectos, este estudo se propõe em analisar “A política de saúde ao nível da atenção básica voltado ao idoso na cidade de Manaus”, fazendo breve análise da política de saúde e da atenção básica, especificamente voltado aos idosos, e como resultado da pesquisa a verificação por meio de questionários semi-estruturados e das falas dos idosos usuários e dos profissionais de saúde, os principais agravos manifestados e as formas de tratamento e acompanhamento sistemático pela equipe de saúde a esse estrato populacional.

2. Política de Saúde no Brasil e Atenção Básica

No que concerne à política de saúde, a base dos serviços está na atenção primária desenvolvida nas “Unidades Básicas de Saúde” (UBS), onde 85% dos agravos de saúde poderiam ser resolvidos nesse nível (BRASIL/MS, 2006). Entretanto, não se percebe uma real preocupação em conferir maior qualidade nos serviços de assistência a saúde no nível básico que se desenvolvem nos bairros.

Ao analisar a Política de Atenção Básica, verifica-se que este nível em Manaus não tem alcançado com eficiência suas diretrizes, uma vez que tem se reduzido a uma assistência de baixo custo e de caráter curativo de demandas simples, não se percebendo a dimensão sanitária e preventiva prevista nesse nível de atenção a saúde.

No que concerne à atenção à saúde do idoso, segundo preconiza a Política Nacional do Idoso, deve ser integral em todos os seus aspectos e transversal a outras políticas públicas. E, em tempos neoliberais há o embate entre Projeto de Reforma Sanitária *versus* Projeto Privatista, que pouco tem contribuído para a melhoria da saúde do idoso e/ou para o controle de suas doenças.

Antes da Constituição de 1988, a saúde no Brasil, era restrita aos trabalhadores formais que utilizavam principalmente os serviços privados pagos pelo Estado, ou seja, a sua mercantilização. Quem necessitava dos serviços clínicos e não era segurado da Previdência, tinha que comprar os serviços de saúde. Para a população em geral,



realizavam-se as campanhas de saúde e, nos casos mais graves, alguns eram atendidos nos hospitais públicos e nas Santas Casas de Misericórdia.

A Reforma Sanitária, na década de 80, por meio de movimentos sociais e dos profissionais de saúde, entre outros, impulsionou a consolidação do Sistema Único de Saúde, como direito do cidadão e dever do Estado.

Carvalho (1997) afirma que, a partir da década de 90, no período de Collor como presidente da república, não houve uma apresentação sobre o projeto de políticas de saúde por parte do Governo, havendo um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, conseqüentemente houve um boicote sistemático à implantação do SUS, com incentivo ao projeto de saúde articulado ao mercado.

A autor acima relata que no governo FHC, a partir de 1995, pela primeira vez, apresenta oficialmente uma proposta de saúde que é contrária ao SUS. Mostrando assim que a trajetória das políticas de saúde no país é pautada pelo descaso, desigualdade no acesso e na qualidade dos serviços, insuficiência de recursos financeiros, iniquidades das ações e serviços, bem como a ausência dos direitos de cidadania.

Quanto ao governo Lula, Bravo (2007) aponta que houve uma expectativa para sua posse tendo em vista uma reafirmação do Projeto de Reforma Sanitária. Entretanto, a política macroeconômica do antigo governo foi mantida e as políticas sociais continuaram fragmentadas e subordinadas à lógica do mercado. Pois, segundo esta autora, a política de saúde passa por duas grandes tensões em confronto: por um lado, o Projeto de Reforma Sanitária – construído na década de 80 que culminou com a formulação do SUS – e, por outro lado, o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou Privatista.

O Informe do Banco Mundial (2007) clarifica essa questão quando recomenda aos países em desenvolvimento, a adoção de um sistema de saúde em que seja responsabilidade do Estado apenas a universalização da assistência básica. A assistência especializada e com grande incorporação tecnológica, seria prestada pelo setor privado, subsidiada pelo setor público. Pode-se observar então, que o padrão neoliberal das políticas sociais caracteriza-se pela primazia de programas de caráter paliativo e emergencial para população pobre.



A partir de 1995, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família (PSF) no enfoque do corte de gastos públicos, na intenção de promover uma assistência de caráter preventivo e de promoção à saúde. A princípio atende-se o que preconiza o SUS, mas não integraliza-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazendo com que houvesse duplicidade de ações na cidade de Manaus, na disputa entre prefeitura municipal e governo estadual. Pois, de fato, só houve a municipalização da saúde na atenção básica na cidade de Manaus em 2003, onde os antigos Centros de Saúde passam a ser nomeados Unidades Básicas de Saúde.

Se a atenção básica possuísse uma real cobertura de atenção à saúde preventista, evitaria a concentração nos níveis mais onerosos do sistema, onde exames ambulatoriais e cirurgias de alto custo são realizados. Segundo o Ministério da Saúde, (MS, 1996) a intenção não era promover uma assistência de baixo custo para os pobres, mas sim fazer da atenção básica a “porta de entrada do sistema de saúde”.

No entanto, a atenção básica, tem se restringido a uma assistência de baixo custo, onde os técnicos têm se limitado a resolver demandas curativas simples de forma focalizada, não havendo de fato a articulação como equipe interdisciplinar para trabalhar as diferentes variáveis que culminam na demanda apresentada, conforme os preceitos do Ministério da Saúde nesse nível de atenção.

Para Mendes (1999), é na atenção básica que muitos casos do cotidiano requerem uma instrumentalidade simples no sentido de serem patologicamente mais fáceis. Contudo, essas “demandas simples” exigem uma complexidade assistencial, pois possuem casos epidemiologicamente complexos.

Schraiber (2000) aponta que mesmo nesses casos patologicamente mais fáceis, a rede básica requer uma atenção totalizante, por isso exige uma complexidade assistencial com instrumentalidade simples, pois por ser uma atenção primária e básica não dispõe de equipamentos sofisticados, mas conta com conhecimentos técnico-operativos de cada profissional para promoção e prevenção à saúde da população local.

No Brasil, devido a resistência dos formuladores do projeto privatista, não há investimento em educação em saúde. Por isso, a prevenção ao nível básico, resume-se a



terapêutica por meio de medicamentos, fazendo com que o sistema não funcione de forma articulada em todos os seus níveis.

Portanto, a cultura de buscar os serviços de saúde apenas por medidas curativas, aliado a ingestão de medicamentos, sem o acompanhamento sistemático da equipe de saúde, faz com que o usuário recorra aos níveis de média e alta complexidade, causando desperdício de dinheiro público que poderia ser investido no controle da doença por meio de uma atenção básica eficiente⁶.

3. A Saúde do Idoso no modelo de Atenção Básica

Schraiber (1994) afirma que as políticas de saúde voltadas para os idosos começam a se concretizar nos anos 90 com o SUS. Isso ocorreu devido ao crescente número da população idosa, permitindo pensá-la como grupo socialmente “visível”. Entretanto, essa expansão da atenção à saúde dos idosos ocorreu de forma centrada no atendimento médico individual às doenças crônico-degenerativas.

Veras (2003) aponta que os usuários idosos, em relação aos demais grupos etários, são os que mais demandam serviços de saúde e a presença de doenças crônico-degenerativas também é bastante expressiva nessa população. Essas doenças têm na própria idade seu principal fator de risco. Entretanto, a existência de doenças crônicas, não impede o idoso de viver de forma independente, desde que controladas.

Afirma este autor que, como os problemas de saúde dos idosos geralmente são de longa duração, requerem internação, equipamentos e exames de alto custo, além de equipe multidisciplinar e, verifica-se também que os gastos com a saúde desse grupo é mais elevado em relação aos demais. Isso porque não existe uma educação em saúde que permitiria buscar na atenção primária a base para prevenção, possibilitando assim, a diminuição substancial dos gastos públicos nos outros níveis de atenção.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006), define que a porta de entrada à saúde do idoso é a Atenção Básica/Saúde da Família. A equipe multiprofissional que atua nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) precisa se articular de forma interdisciplinar para oferecer um diagnóstico multidimensional no tratamento dessa população. Seja por

⁶ Conforme os resultados da pesquisa PIBIC/FAPEAM-UFAM 2007-2008.



demanda espontânea, busca ativa e/ou visitas domiciliares, a relação do profissional de saúde com a pessoa idosa deve atingir o enfoque biopsicossocial de modo a responder de forma satisfatória a demanda apresentada considerando seus vários eixos. Em 2002, a OMS propôs um projeto denominado “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cujo objetivo era definir um plano de acordo com as necessidades específicas da população idosa de determinada área, objetivando a educação no cuidado primário em saúde (MS, 2006).

4. Atenção à Saúde do Idoso no modelo de Atenção Básica na cidade de Manaus.

Na cidade de Manaus, as análises sobre as políticas de saúde também revelam os reflexos da influência neoliberal, contrário aos investimentos nas políticas sociais. Por conseguinte, os níveis de eficiência e a qualidade dos serviços prestados em saúde podem não alcançar os índices esperados.

A municipalização de saúde ocorrida na atenção básica em 2003 na cidade de Manaus de fato ainda é precária e parcial. Pois, demagogicamente o Governo do Estado mantém os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMIs, concorrendo paralelamente com as UBSs e Saúde da Família do Município, realizando os mesmos serviços. Não há a percepção por parte da sociedade e dos próprios idosos dessa similaridade e, por que não dizer, dos próprios profissionais envolvidos e seus gestores.

A pesquisa apontou que os idosos usuários das UBSs, procuram majoritariamente os serviços clínicos através de consultas, encaminhamentos e remédios, centralizando a figura do médico e do enfermeiro, haja vista que os serviços oferecidos nas UBSs restringem-se a esses atendimentos rotineiros não existindo um trabalho em educação em saúde nas esferas de promoção e prevenção, como prescreve a Política de Atenção Básica.

Nos CAIMIs, a maioria dos idosos⁷ procuram as atividades que oferecem a ampliação de seu círculo social, ocupando a mente ociosa. Percebe-se que nem todos se restringem a questão de doenças. Portanto, é considerado um espaço que desenvolve uma ação de integração social entre os idosos. Essa capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida. Essas redes se mostram de grande importância na

⁷ Aqueles que são ativos, no domínio de suas faculdades mentais e capacidade funcional.



velhice, devido às perdas físicas e sociais por que passam, muitas vezes configuradas nas famílias e vizinhança. No entanto, não há ainda uma rede sócio assistencial de saúde institucionalizada e transversal às demais políticas públicas em Manaus

Verificou-se nas dez Unidades Básicas de Saúde das zonas sul e leste selecionadas e nos rês CAIMIs existentes na cidade de Manaus, que cerca de 60% dos idosos entrevistados manifestam Hipertensão, 21% são portadores de Diabetes, 29% têm Reumatismo, 12% Colesterol e 24% apresentam outras doenças, dentre as quais podem ser citadas: problemas de visão, audição, articulação, estômago e doenças típicas da senescência, além de problemas psicológicos, como depressão e dissolução dos laços familiares que podem agravar as doenças manifestadas.

Associados a esses agravos, podem ser citadas as trajetórias de vida, maus hábitos alimentares, displicência em procurar os serviços de saúde para prevenção e controle das suas doenças. Os agravos manifestados pelos idosos que obtiveram maior destaque foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellittus (DM). Isso se justifica pelo fato dos idosos entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde estarem inseridos no Programa de Hiperdia⁸, Programa de Controle de HAS e DM criado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido nas UBSs.

Nos CAIMIs, embora não seja instituído o mesmo Programa de Hiperdia como nas UBSs, a rotina de atendimento ao idoso hipertenso e diabético é a mesma, com um diferencial de oferecer serviços de atividade física, médicos especializados nas principais doenças que afetam os idosos, bem como apoio psicológico e social.

Na opinião dos profissionais entrevistados, os serviços voltados aos idosos nas UBSs e CAIMIs pesquisados não avançam devido à falta de interdisciplinaridade profissional. Muitos confundem com trabalho multidisciplinar, à medida em que encaminhamentos são realizados, fragmentando o atendimento e a demanda do idoso, não considerando-o em sua totalidade, tal fator depende da disponibilidade de tempo de cada profissional, onde muitos são induzidos a cumprirem apenas a exigência da produção quantitativa de atendimentos imposta pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde,

⁸ O Programa de Hiperdia desenvolvido nas UBSs não é direcionado especificamente ao público idoso, mas a quem dele necessitar. Geralmente é composto por pessoas com idade igual e superior a 40 anos.



além de não se perceber vontade política por parte dos gestores e engajamento profissional no que concerne à articulação de recursos e trabalho em rede.

Outros aspectos a serem mencionados, refere-se à falta de infra-estrutura em termos de espaço físico nas UBSs, o que dificulta a realização de um trabalho no enfoque sanitário e de educação em saúde. No caso dos CAIMIs dispõem de amplo espaço físico, contudo são geralmente aproveitados para o desenvolvimento de atividades físicas e promoção de eventos, inexistindo também um trabalho de educação em saúde ao idoso.

CONCLUSÃO

Em termos de avanços no que diz respeito à criação de um aparato legal direcionado à saúde do público idoso, o Brasil parece ter formulado uma política democrática e cidadã. Entretanto, existe um fosso entre legislação e realidade, como foi possível observar a partir da análise dos dados desta pesquisa.

Em Manaus, os serviços oferecidos na atenção básica são imediatistas na resolução de demandas simples de forma curativa, sem um trabalho efetivamente preventivo e de promoção à saúde da população e, especificamente ao idoso e sua efetiva municipalização é contraditória e demagógica na medida que o governo do Estado se mantém no nível primário, disputando com a prefeitura a saúde da população. De modo que não se realiza o que preconiza o SUS e várias normas regulamentares que se seguiram desde então.

Isso se justifica pela ausência de compromisso político em assumir uma ressignificação do trabalho a nível de atenção primária, o que remete a uma análise mais ampla sobre a conjuntura neoliberal que repercute em todas as esferas das políticas públicas e sociais, inclusive na saúde, conforme exposto no decorrer do trabalho.

Se houvesse a real efetivação da Legislação da Política de Atenção Básica e da Política Nacional do Idoso, seria possível proporcionar serviços que viabilizassem um envelhecimento saudável com qualidade de vida⁹..

REFERÊNCIAS

⁹ Adota-se a concepção de Qualidade de Vida, segundo a aceção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que corresponde ao estado de bem-estar físico, mental, social, cultural e espiritual do ser humano.



BRASIL, 1999. Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, do Ministro de Estado da Saúde.

BRASIL, 2006. Portaria n.º 648, de 28 de Março de 2006, do Ministério de Estado da Saúde.

BRASIL. LEI Nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

BRASIL. Portaria Nº. 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo. *Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado*. In: FLEURY, S. (org.) Política de Saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro, ENSP, 1997.

MENDES, Eugenio V. *Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde*. In. Uma agenda a Saúde. 2º ed. São Paulo. Hucitec. 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Necessidade de Saúde e Atenção Primária*. In Saúde do Adulto: Programas e Ação na Unidade Básica. 2º ed. São Paulo, Editora Hucitec, 2000.

VERAS, Renato. *A longevidade da população: Desafios e conquistas*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, Velhice e Envelhecimento. Ano XXIV Nº75, Editora: Cortez, 2003.