



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS V
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO TÉCNICO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

ANACLÉIA MARIALBA GNATTALI REINALDO CARDOSO

**GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NO BRASIL**

CAMPINA GRANDE/PB

2015

ANA CLÉIA MARIALBA GNATTALI REINALDO CARDOSO

**GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação a Distância da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Área de concentração: Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniella de Souza Barbosa Suassuna.

CAMPINA GRANDE/PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C268g Carsoso, Anacléia Marialba Gnattali Reinaldo
Gestão das políticas públicas de atenção à
saúde da pessoa idosa no Brasil [manuscrito] /
Anacléia Marialba Gnattali Reinaldo Cardoso. –
2015.

26 p. : il. Color.

Digitado

Monografia (Gestão em Saúde EAD) –
Universidade Estadual da Paraíba. Pró-Reitoria de Ensino
Médio, Técnico e Educação à Distância, 2015.

“Orientação: Profa. Dra. Daniella de Souza
Barbosa Suassuna, PROEAD”.

1. Políticas Públicas. 2.

Envelhecimento. 3. Pessoa Idosa. I. Título.

21. ed. CDD 361.61

ANACLÉIA MARIALBA GNATTALI REINALDO CARDOSO

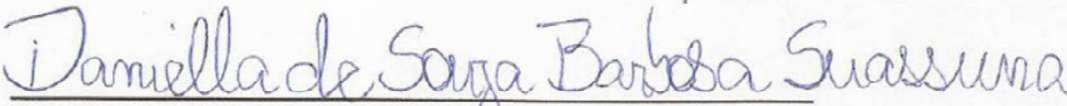
**GESTÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NO BRASIL**

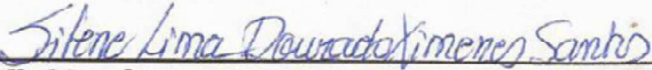
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação a Distância da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Área de concentração: Gestão em Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dr^ª. Daniella de Souza Barbosa Suassuna (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB)


Prof^ª. Me. Silene Lima Dourado Ximenes Santos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Edilson Mendes Nunes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

CAMPINA GRANDE/PB

2015

Ao meu esposo, Emerson Carlos Fernandes Cardoso,
pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, razão da minha existência.

À UEPB, pela oportunidade de adquirir mais um crescimento profissional.

À professora, Daniella de Souza Barbosa Suassuna, pela amizade e confiança dispensada para comigo.

À professora e tutora, Silene Lima Dourado Ximenes Santos, pela dedicação e disponibilidade.

Ao meu pai, José Anacleto Reinaldo, pelos esforços para que eu concluísse meus estudos.

A minha mãe, Desilda de Sousa Reinaldo, pelas orações e apoio de sempre.

A minha irmã, Anaclécia Anacleto Reinaldo, por toda atenção e ajuda.

A todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram e torceram pela concretização de mais esta etapa em minha vida profissional.

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois, a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.” (Leonardo da Vinci).

RESUMO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial, significando um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Esta pesquisa possui como objetivo contextualizar as políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa dando ênfase às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento integral da população idosa no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado através de pesquisa bibliográfica junto ao banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e leis federais, com a finalidade de conhecer as diferentes contribuições científicas atualmente disponíveis sobre a saúde da pessoa idosa. A transição demográfica no Brasil, assim como na maioria dos países empobrecidos economicamente, vem ocorrendo um pouco diferente do que aconteceu nos países ricos e, sobretudo, muito mais abruptamente. Daí surge um alerta ao governo brasileiro para que atente para a necessidade de se criar políticas públicas que preparem a sociedade para enfrentar a realidade de grande parcela da população. O envelhecimento populacional deve ser pensado de forma coletiva, a fim de que as necessidades sociais e individuais da pessoa idosa sejam atendidas, de forma a prover os direitos essenciais, como saúde de qualidade e cidadania. Promover um envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e independência funcional da pessoa idosa brasileira, buscando sempre atingir o máximo de vida ativa possível na comunidade, junto à família e ao Estado.

Palavras-Chave: Políticas públicas; Envelhecimento; Pessoa idosa.

ABSTRACT

Population aging is now a prominent worldwide phenomenon, meaning a higher growth of the elderly population compared to other age groups. This research has aimed to contextualize the public policies of health care for the elderly emphasizing the guidelines of the Unified Health System (SUS) for the comprehensive care of the elderly population in Brazil. This is a descriptive exploratory study, conducted through literature survey from the Latin American database and Caribbean Health Sciences (LILACS) and federal laws, in order to meet the different scientific contributions currently available on the health of the elderly. The demographic transition in Brazil, as in most economically impoverished countries, there has been a bit different from what happened in rich countries, and above all much more abruptly. Hence arises a warning to the Brazilian government to pay attention to the necessities to create public policies that prepare society to face the reality of a large portion of the population. Population aging should be thought collectively, so that the social and individual needs of the elderly are met in order to provide the essential rights such as health quality and citizenship. Promoting healthy aging means, among other things, foster their independence functional independence of the Brazilian elderly person, always seeking to achieve the maximum possible active life in the community, with the family and the state.

Keywords: Public policy; Aging; Elderly person.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Linhas de cuidado à pessoa idosa.....	17
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE - Acidente Vascular Encefálico

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PB – Paraíba

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI - Política Nacional do Idoso

SESC - Serviço Social do Comércio

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	Variáveis Epidemiológicas da Pessoa Idosa Brasileira.....	13
2.2	Políticas Públicas de Saúde no Âmbito da Gerontologia.....	14
2.2.1	<i>O SUS e o Atendimento à Pessoa Idosa.....</i>	15
2.2.2	<i>Política Nacional do Idoso.....</i>	17
2.2.3	<i>Estatuto do idoso.....</i>	18
2.2.4	<i>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....</i>	18
2.3	Gestão das Políticas Públicas de Acesso para a Pessoa Idosa.....	19
2.4	Comprometimento com a Saúde do Idoso.....	21
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
4	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial, significando um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. No Brasil, no período de 1999 a 2009, a proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade é exemplificada pelo aumento do número de idosos jovens que passou de 9,1% para 11,3%. Além disso, a proporção da população mais idosa, ou seja, acima dos 80 anos de idade, também está aumentando, alterando assim a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população mais idosa também está envelhecendo (CAMARANO, 2002).

O crescimento relativamente mais elevado do contingente pessoa idosa é resultado do aumento da fecundidade prevalente no passado, comparativamente à atual, e à redução da mortalidade. A transição demográfica no Brasil, assim como na maioria dos países empobrecidos economicamente, vem ocorrendo de maneira um pouco diferente da que aconteceu nos países ricos e, sobretudo, muito mais abruptamente.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a expectativa média de vida ao nascer do brasileiro era de 73,48 anos, um incremento de 0,31 anos em relação a 2009 e de 3,03 anos sobre o indicador de 2000. Em 2020, as pessoas idosas brasileiras chegarão a 25 milhões de pessoas, que irão compor 11,4% da população. Já em 2030, acredita-se que cerca de 40% dos brasileiros deverão ter entre 30 e 60 anos. E, diferentemente dos países ricos, esse crescimento numérico expressivo da população idosa em países como o Brasil não veio acompanhado de ganhos sociais e previdenciários capazes de suprir as necessidades básicas de cidadania deste grupo etário, que ainda, em pleno século XXI, se encontra às margens da sociedade globalizada, produtiva e excludente. Daí surge o alerta ao governo brasileiro para a necessidade de se criar, o mais rápido possível, políticas públicas que preparem a sociedade para enfrentar a realidade iminente de uma grande parcela da população.

Cabe aos gestores públicos mudarem esse quadro de exclusão e iniquidade social frente a nossa população idosa, tendo essa mudança de paradigma como força motriz para o reconhecimento de que a velhice é um fenômeno que acometerá uma grande parcela da população brasileira em poucos anos.

A temática deste estudo é baseada na perspectiva de uma mudança organizacional e conceitual do SUS, com base em um referencial que possa contribuir para que as pessoas idosas brasileiras possam reconhecer a saúde como um direito de cidadania e que os mesmos sejam estimulados pelos gestores de saúde locais a se organizarem politicamente, junto com sua comunidade, para o efetivo exercício do controle social no SUS.

A fim de atender os objetivos propostos, este trabalho trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado através de pesquisa bibliográfica junto ao banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e leis federais, com a finalidade de conhecer as diferentes contribuições científicas atualmente disponíveis sobre a saúde da pessoa idosa. Para favorecer a busca virtual, foram incluídas pesquisas de teses, dissertações e resumos nas referências bibliográficas da pesquisa pertencente ao LILACS, devendo conter as seguintes palavras-chave: gerontologia, geriatria, idoso, perspectivas, tendências e atenção à saúde.

O número de dados do estudo foi incluído a partir de publicações que iam desde o início dos anos 1980 até os dias atuais, pela necessidade de se conhecerem e se confrontarem as tendências das referidas épocas. Após identificação, as pesquisas foram agrupadas por ordem cronológica, temática discutida e enfoque, facilitando assim a análise, o que permitiria conhecer as perspectivas das pesquisas em geriatria e gerontologia.

Portanto, devido ao fato do Brasil possuir um dos maiores índices de população idosa e da necessidade do envelhecimento populacional ser utilizado como objeto de pesquisa, justifica-se como pertinente pesquisar e contextualizar as políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa enfatizando às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento integral da população idosa no Brasil. Além disto, essa população é tida como majoritária nos serviços da rede pública de saúde, fortalecendo a necessidade de estudos que contribuam para que investimentos e novas propostas sejam lançados e executados, procurando despertar uma nova postura da nossa sociedade frente ao envelhecimento, significando, em última instância, em acréscimos de anos no ciclo de vida da população idosa brasileira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento populacional que parecia estar restrito apenas aos países ricos começou a ser uma realidade observada nas regiões menos desenvolvidas e, assim tornou-se um fenômeno mundial a partir do século XX. Desta forma, a necessidade de estudos sobre as conseqüências do processo de envelhecimento populacional nos países empobrecidos ligados, principalmente, aos aspectos da saúde, da aposentadoria e dos arranjos familiares para o suporte de pessoa idosas, é, até hoje, inclusive no Brasil, objeto de muitos trabalhos em Gerontologia (COELHO FILHO e RAMOS, 1999).

Embora se reconheça a dificuldade de se ter uma definição universalmente aceita de quem é pessoa idosa, reconhece-se também a vantagem de se utilizar o critério etário para a sua definição. O envelhecimento é sempre percebido e entendido de várias maneiras diferentes, levando sempre em conta as variações sócio-culturais e históricas de cada país ou nação. Pode-se referir a processos biológicos como aparência física, ou a eventos de desengajamento da vida social, como aposentadoria, e ainda ao aparecimento de novos papéis sociais, como o de avós. Como o segmento pessoa idosa compreende um intervalo etário amplo, aproximadamente de 30 anos, é comum distinguir dois grupos: as pessoas idosas jovens e as mais idosas (CARVALHO e PAPALÉO, 2005).

A velhice enquanto sentido biológico é uma realidade que transcende a história, sendo esse destino variável de acordo com o contexto social, uma vez que é por meio da sociedade que se conhece a representação do idoso, quer por meio de estudos científicos, quer pelo senso comum. Assim, torna-se possível articular as diferentes representações que propiciaram o entendimento sobre o assunto (RAMOS, 2003).

Portanto, o envelhecimento pode ser considerado então como a fase final de todo *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte, onde ao longo desse *continuum* é possível identificar fases como o desenvolvimento, puberdade e maturidade, representando pontos de transição entre uma fase e outra. Por sua vez, o envelhecimento é aquele período da vida que sucede a fase de maturidade e que é caracterizado por declínio das funções

orgânicas, acarretando maior susceptibilidade à eclosão de doenças, terminando assim por levar a pessoa à morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005).

Como afirma Berguer e Mailloux – Poirier (1996) Apud Barbosa (2004)

A senescência é um processo natural e não é sinônimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, de fato muitas vezes associada à velhice, mas que tem origem em disfunções orgânicas (p.38).

Envelhecer é, portanto, um processo heterogêneo, contínuo, seqüencial, cumulativo e complexo do ponto de vista social, psicológico e biológico, devendo ser pensado de forma coletiva para que, através desse olhar integral ao ser humano, as necessidades sociais e individuais da pessoa idosas sejam atendidas (RAMOS, 2003).

2.1 Variáveis Epidemiológicas da Pessoa Idosa Brasileira

O processo rápido de envelhecimento da população brasileira vem sendo ultimamente enfatizado, particularmente no que se refere a suas implicações sociais e em termos de saúde pública. No período de 1980 ao ano 2000, paralelamente a um crescimento da população total de 56%, estima-se um aumento da população idosa no Brasil de mais de 100%. A faixa etária com 60 anos ou mais passará de 5% da população total, em 1960, para 14% em 2025, quando então o Brasil figurará com uma proporção de idosos semelhante ao que é hoje registrado em países ricos (COELHO FILHO E RAMOS, 1999).

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que cerca de 85% dos idosos apresentam pelo menos, uma enfermidade crônica e que 10% apresentam pelo menos, cinco doenças. A presença de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de vida diária de maneira independente. Estudos revelam ainda que cerca de 40% dos indivíduos brasileiros com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária e que apenas 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas (RAMOS, 2003).

Segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2007), cerca de 81% dos idosos pesquisados tem alguma doença, tendo-se reportado dezesseis

enfermidades que atingem pelo menos 5% desta população. Diante das inúmeras patologias que acometem a população idosa no Brasil, as principais enfermidades são: hipertensão arterial; diabetes mellitus; doença isquêmica do coração; acidente vascular encefálico (AVE); doenças pulmonares; neoplasias; doenças neurológicas como a Doença de Alzheimer e a de Parkinson; agravos decorrentes de transtornos mentais como estresse, insônia e depressão; maus-tratos; e de síndromes geriátricas como insuficiência cerebral, insuficiência cardiovascular, instabilidade postural, quedas, iatrogenias e imobilidade.

Outro aspecto da questão do envelhecimento que também tem recebido bastante atenção é a feminilização da velhice e suas implicações em termos de políticas públicas, pois uma grande parte das mulheres é viúva, vive só, sem experiência de trabalho no mercado formal e possuem menor grau de escolaridade, onde 49% dos entrevistados pela Fundação Perseu Abramo (2007) é atingida pelo analfabetismo funcional. Nem sempre a maior longevidade feminina é vista como vantagem. A maior esperança de vida faz com que muitas mulheres idosas passem pela experiência de debilitação biológica devido a DCNT, enquanto os homens morrem antes (NOGALES, 1998). A perspectiva dos gerontólogos é mais otimista quando afirmam que para as idosas de hoje a velhice e a viuvez podem representar um momento de independência e realização (DEBERT, 1999).

Desta forma, os avanços científicos e tecnológicos na área de Gerontologia, Geriatria e nas demais áreas do conhecimento humano, devem ser aplicados em todos os níveis de atenção à saúde do idoso, da promoção à reabilitação, sendo as mesmas coordenadas por unidades básicas de saúde, priorizando necessidades locais, a fim de manter a população idosa em atividades produtivas adequadas.

2.2 Políticas Públicas de Saúde no Âmbito da Gerontologia

O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário, já que o fenômeno do envelhecimento da população mundial não é assunto novo. China, Japão e países da Europa e da América do Norte já convivem há muito tempo com um grande número de pessoa idosas e com todos os problemas associados ao envelhecimento,

como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isso apresenta como resultado, altos custos para o estado e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento como o Brasil, vêm aumentando rapidamente seu contingente de pessoas idosas e necessita urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (PASCHOAL, 1992 apud BENTO, 1999).

O desafio trazido pelo envelhecimento acelerado da população brasileira apresenta diversas dimensões e dificuldades, sendo nada mais justo garantir à pessoa idosa sua integração efetiva na sua comunidade e na sociedade como um todo. Assim, o envelhecimento da população é um processo normal, inevitável e irreversível, não devendo ser tratado apenas com soluções clínicas ou terapêuticas, mas também por intervenções sociais, econômicas, culturais, educacionais e ambientais. Devemos nos atentar desde as diferenças regionais do envelhecimento, ao processo de femininização, urbanização, pauperização e ao próprio envelhecimento do grupo etário pessoa idosa, pois mediante esse quadro atual da população idosa brasileira, surge a necessidade de políticas públicas e sociais destinadas a garantir uma melhor qualidade de vida a este segmento populacional (SILVESTRE E COSTA NETO, 2003).

Dessa forma, apesar de se observar, no país, um franco processo de envelhecimento populacional, deve-se considerar também o grande número de jovens em uma população em crescimento demográfico. Essa situação gera uma polarização de demandas, exigindo planejamento para equacionar a destinação de recursos e ações públicas (RAMOS, 2003).

2.2.1 O SUS e o Atendimento à Pessoa Idosa

O envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos serviços de saúde, particularmente na região do Nordeste, onde a polarização epidemiológica se faz mais presente (RAMOS, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais

e Fundações mantidas pelo Poder Público definido no artigo 4º da Lei Federal nº 8.080/90. É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam, sendo considerado com um novo sistema de saúde que está em permanente construção.

O Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. Assim, é de suma importância que o SUS seja entendido em seus objetivos finais de dar assistência à população idosa, baseado no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, para que busquemos meios capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia, tornando-o efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem credibilidade ao modelo de atenção à saúde desejada para a pessoa idosa (BRASIL, 1988).

Contudo, devem-se respeitar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde referente à atenção da população idosa, como:

- Construir na sociedade a ideia de solidariedade para com este grupo etário;
- Propiciar um envelhecimento ativo preservando a autonomia do indivíduo;
- Fomentar uma rede estruturada de apoio social;
- Garantir atenção multidisciplinar e interdisciplinar nos serviços de saúde e estruturá-los sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade para essa população.

Na prática, entre as pessoas idosas que têm alguma doença, seja ele frágil ou independente, mais da metade (54%) avalia positivamente o atendimento recebido, dos quais 12% avaliam como regular e 7% como negativo, sendo o SUS utilizado por 68% das pessoas idosas pesquisadas pela Fundação Perseu Abramo (2007), onde a grande maioria delas (84%) nunca se sentiu maltratada ou discriminada ao necessitar tratar da saúde.

Segundo pesquisas de Brasil (1988), uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequada às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades, estando baseada em última instância, numa atenção integral de

qualidade, humanizada e oportuna. Portanto, dentro das estratégias diferenciadas de ação quanto à atenção a saúde da pessoa idosa, está (Figura 1):

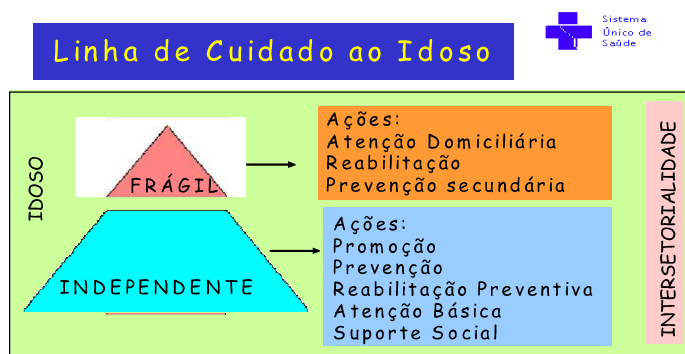


Figura 1: Linhas de cuidado à pessoa idosa.
Fonte: Brasil (1988).

O Sistema Único de Saúde segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Sendo assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum (BRASIL, 1988).

2.2.2 Política Nacional do Idoso

Por causa do aumento absoluto e relativo de nossa população adulta e idosa e visando ao bem-estar deles, a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos implantou a Política Nacional do Idoso. De acordo com a PNI, disponível através da Lei nº. 8.842, criada em 04 de janeiro de 1994, uma pessoa é tida como idosa ao apresentar sessenta anos ou mais de idade.

A PNI é um instrumento que o setor de saúde dispõe para repensar sua política de atenção a essa determinada parcela da população. Dessa forma, pode-se buscar associar os direitos sociais da pessoa idosa ao mesmo tempo em que se geram condições para promover sua autonomia, sua integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

A área de amparo à velhice é um dos exemplos que mais chama atenção para a necessidade de uma intersectorialidade na ação pública, pois as pessoas

idosas muitas vezes são vítimas de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, assistência social e de saúde (BRASIL, 1994).

2.2.3 Estatuto do Idoso

Após sete anos tramitando no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo Presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade de 60 anos ou mais. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desprezitar ou abandonar pessoas idosas (BRASIL, 2003).

Assim, o Estatuto do Idoso disponível na lei nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003, assegura a atenção integral à saúde desta população, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Para a pessoa idosa que esteja no domínio de suas faculdades mentais, é assegurada o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Não estando a pessoa idosa em condições de proceder à opção, esta poderá ser feita pelo curador instituído, pelos próprios familiares ou, na ausência de ambas as opções precedentes, por profissional de saúde que acompanhe o idoso (BRASIL, 2003).

Segundo pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2007), a maioria da população idosa (73%) sabe da existência do Estatuto do Pessoa idosa, identificando o acesso à saúde (45%) e a aposentadoria (30%), como direitos sociais assegurados pela referida lei.

2.2.4 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

No Brasil, em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de este setor dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do pessoa idosa, bem como a conclusão do processo de elaboração da referida política que envolveu consultas a diferentes segmentos, direta e indiretamente com o tema, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do

Pessoa idosa, disponível na Portaria de nº. 1.395, e determinar que os órgãos e entidades do MS, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas, tais como:

A promoção do envelhecimento saudável; A manutenção da capacidade funcional; A assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa; A reabilitação da capacidade funcional comprometida; A capacitação de recursos humanos especializados; e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999, p.7).

Um dos grandes diferenciais da Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa é a orientação dos serviços públicos de saúde a identificar o nível de dependência e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação. Atualmente, o atendimento à saúde do idoso assistido pelo SUS deve conter a distinção entre o nível de dependência e fragilidade. Nesse caso, os dependentes representam cerca de 25% de toda a população com mais de 65 anos atendida pela estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 1999).

O lançamento e a efetivação desta política são passos importantes para saúde da população idosa do Brasil, pois são cerca de 17,7 milhões de brasileiros fazem parte da demanda desta população (IBGE, 2010).

2.3 Gestão das Políticas Públicas de Acesso para a Pessoa Idosa

As modalidades ou serviços direcionados à pessoa idosa e à família apresentam basicamente enfoque social e de saúde. Alguns são voltados à solução das necessidades básicas das pessoas dessa faixa etária, principalmente aos subsídios econômicos. Entretanto, é importante salientar que existem relações entre os fatores sociais (por exemplo, abandono ou rejeição familiar, inexistência de familiares, baixa renda, falta de recursos humanos para a assistência, entre outros) e os motivos de inserção dos idosos nas diferentes modalidades assistenciais, para as quais são encaminhadas devido a problemas de saúde, incapacidade funcional e necessidade de cuidados especiais. (CANÇADO; DOLL; FREITAS; GORZONI E PRY, 2006).

A institucionalização de pessoas idosas em casa de repouso, asilos e assemelhados tem sido questionada até mesmo nos países desenvolvidos, tendo

em vista os altos custos dessas modalidades e as dificuldades vinculadas à sua manutenção. Além disso, a maioria das instituições conta com recursos humanos e materiais insuficientes.

Ainda entre os serviços sociais, temos os grupos da terceira idade e os centros de convivência, que reúnem periodicamente idosos sem comprometimento funcional, cujo objetivo maior é a socialização dessas pessoas, bem como a integração por meio da realização de atividades esportivas, sociais, culturais, recreativas e educativas. No que diz respeito a serviços de saúde, o objetivo fundamental é a prevenção de incapacidades e da dependência do idoso para as atividades da vida diária.

Os modelos tradicionais de assistência à pessoa idosa, centrados na assistência hospitalar e, ainda, as modalidades asilares, têm se mostrado ineficientes. Há necessidade de mudança no paradigma de atenção à saúde dessa população por meio do desenvolvimento de novos modelos de atenção que completem a identificação, a avaliação e o tratamento de idosos com perfis mórbidos e funcionais variados, passíveis de serem utilizados nas diferentes modalidades assistenciais. Assim, dependendo dos resultados da avaliação de risco, denominada como triagem rápida, o idoso pode ser encaminhado para centros de convivência e acompanhamento clínico (riscos baixo e médio) ou para centros mais especializados, nos casos de risco médio e alto. (CANÇADO; DOLL; FREITAS; GORZONI E PRY, 2006).

Uma questão levada em consideração foi a proposta de mudar os paradigmas nas diferentes modalidades de atenção ao idoso em nosso país, definindo parcerias, promovendo integração intersetorial e estimulando a corresponsabilidade do governo, da sociedade e da família. Deste modo, a Secretaria de Estado de Assistência Social, em parceria com organizações governamentais, não-governamentais e ministérios setoriais, propõe novas modalidades de atenção ao idoso que deverão ser adequadas à realidade de cada município, levando-se em consideração a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos.

Segundo Cançado, Doll, Freitas, Gorzoni e Pry (2006), as diferentes formas de organização dos serviços de atenção à pessoa idosa são assim denominadas: família natural, família acolhedora, residência temporária, centro-dia, centro de

convivência, casa-lar, república, atendimento integral institucional e assistência domiciliar/atendimento domiciliar. Para a distinção dessas modalidades, um dos parâmetros avaliados foram o perfil atual e as projeções demográficas e epidemiológicas da população idosa, bem como a necessidade e a oferta de recursos do sistema de assistência, previdência social, saúde, educação e trabalho. Assim, como preconiza a Política Nacional do Idoso (1994), novas portarias são criadas, mas, de fato, somente poucas ações ou ações focais são desenvolvidas. Ou seja, hoje se vive mais e este sempre foi o intuito do ser humano.

O trabalho da Gerontologia nesse momento reside no fato de como obter melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado envelhecimento bem-sucedido. Esta seria uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário.

No Brasil, ainda são tímidas as iniciativas relacionadas ao bem-estar da população idosa. Lentamente surgem centros de convivência e de referência, alojados em clubes, paróquias, nos Serviço Social do Comércio (SESC), entre outros locais. Surgem também universidades abertas da terceira idade que, além de prestarem um importante serviço à comunidade idosa, desenvolvem pesquisas na área gerontológica. Em relação à saúde, o Ministério de Educação e Cultura reconheceu a Geriatria como especialidade de residência médica. Na área de saúde mental, a Associação Brasileira de Psiquiatria criou, há dois anos, o Departamento de Psicogeriatria. Espera-se, assim, que um número crescente de profissionais tenha acesso a treinamento adequado para lidar com os problemas sociais, econômicos e de saúde que afetam a população idosa brasileira.

2.4 Comprometimento com a Saúde do Idoso

Uma questão muito presente nos estudos da Gerontologia, mas pouco abordada pelos demógrafos, até porque foge um pouco da sua área de atuação, é a qualidade de vida ou sobrevivência dos idosos, em termos de saúde. Existem doenças crônicas que, antes de representar um risco de vida, constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo.

Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1984, estimam que 75% dos indivíduos que sobrevivem até os 70 anos, cerca de 1/3 deles serão portadores de doenças crônicas e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde e os custos que isto acarreta. Espera-se que o aumento na duração da vida seja acompanhado por uma compressão da morbidade em todas as faixas etárias, o que se traduziria em uma vida mais longa e de melhor qualidade para um maior número de idosos.

Segundo Debert (1999), a preocupação em descrever o modo pelo qual a velhice é transformada em um problema que preocupa a sociedade, vai se constituindo em um campo de saber especializado. Um campo com *experts* encarregados de definir não apenas quais são as necessidades dos idosos, os problemas que enfrentam, mas também encarregados da formação de outros especialistas para atender a essas necessidades.

Diante do acelerado processo de envelhecimento populacional experimentado no Brasil, sabemos de antemão que melhores condições de vida podem levar a uma menor pressão sobre os gastos de saúde. Naturalmente, isso depende de uma associação positiva entre maior longevidade e melhores condições de saúde. No caso dos benefícios previdenciários, uma “menor pressão” terá de passar, necessariamente, pelo adiamento da idade mínima à aposentadoria e uma permanência mais longa na força de trabalho.

O envelhecimento bem-sucedido é uma realidade a ser atingida, onde a capacidade funcional se apresenta como um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente, vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Logo, o parâmetro de saúde para os idosos é o de ter uma vida independente, sem a necessidade de cuidado integral, embora a grande maioria da população idosa seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica não transmissível (RAMOS, 2003).

O envelhecimento saudável compreende ações que promovem modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como alimentação adequada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas que atenuem o estresse, redução dos danos de consumo de álcool e tabaco, além de diminuição

significativa da automedicação. Promover um envelhecimento saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e a independência funcional da população idosa, reduzindo os efeitos negativos de eventos que ocasionem o contrário, a fim de atingir o máximo de vida ativa possível na comunidade, junto à família e ao Estado.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muitos sabemos que saúde e doença, longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, organiza-se e produz.

As profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, têm levado a profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde do idoso.

Desse modo - afora as desigualdades e injustiças regionais, urbanas e rurais, intra-urbanas e intra-rurais- os problemas de saúde, sua valorização social e gravidade também se distribuem desigualmente, entre mulheres e homens, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais, em meio a processos muitas vezes contraditórios, em permanente mudança.

Considerados aqui os problemas na dimensão coletiva, fica claro que sua superação não é possível apenas mediante decisões de âmbito hospitalar ou de assistência médica. Seu enfrentamento necessita de ações de Saúde Coletiva, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, do trabalho interdisciplinar, em equipe e da ação intersetorial, que são possíveis apenas com a participação e a luta social brasileira.

Sobretudo, esta revisão literária reforça a idéia de que o enfrentamento das iniquidades em saúde, junto com a ampliação da participação e do controle dos movimentos sociais vinculados ao setor do envelhecimento, deve ser o centro do planejamento, da execução, do monitoramento e da avaliação das políticas e ações públicas em saúde no âmbito da gerontologia e da geriatria no Brasil, principalmente na gestão do SUS.

4 REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. A Velhice. 1990. Apud SANTOS, A. M. **O imaginário do envelhecer** desaprendendo mitos, preconceitos e idéias errôneas. Bahia, 2002. Monografia (Especialização) - Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/imaginario.htm>>. Acesso em: 28 de Fevereiro de 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei Nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003**, que aprova o Estatuto do Pessoa idosa e da outras providências. Brasília: 2003.

_____. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**, que dispõe sobre a política nacional da pessoa idosa, cria o Conselho Nacional do Pessoa idosa e dá outras providências. Brasília: 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde. Painel de indicadores do SUS/Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. **Textos para discussão do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Brasília, nº 858, p.1-26, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 02 Março 2015.

CANÇADO, Flávio Aluizio; DOLL, Johannes; FREITAS, Elizabete Viana de; GORZONI, Milton Luiz; PRY, Lígia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CARVALHO, M. F. **A influência do grupo de terceira idade no processo de resignificação da velhice**. João Pessoa, 2002. Monografia (Especialização em Gerontologia) - Universidade Federal da Paraíba.

COELHO FILHO, João Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. **Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 de Janeiro de 2015. doi: 10.1590/S0034-89101999000500003.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Estudos e pesquisas, 2010.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população Brasileira**. Belo Horizonte: CEDEPLAR - UFMG, 1997 (Tese de Doutorado).

NOGALES, A. M. V. **A mortalidade da população idosa no Brasil. Como vai? População brasileira**. Brasília: IPEA, ano III, n. 3, p. 24-32, dez. 1998.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. 1996. Apud BENTO, M. L. **Avaliação da capacidade funcional de pessoas idosas institucionalizados**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

PRICE, B. *A model for body-imagecare*.1990a. In SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

PROTTI, S.T. **A saúde do pessoa idosa sob a ótica da equipe do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2002. Monografia. (Pós-Graduação) – Universidade de São Paulo.

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em pessoa idosas residentes em centro urbano: Projeto e pessoa idosa**, São Paulo. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 793-798, mai/jun, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 01 de Março de 2015.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes. **Abordagem do pessoa idosa em programas de saúde da família**. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 de Janeiro de 2015.