

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

Rosane das Dores Silva Madruga

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA: UMA
ANÁLISE DOCUMENTAL DE 1988 A 2015**

Porto Alegre, 2016

Rosane das Dores Silva Madruga

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA: UMA
ANÁLISE DOCUMENTAL DE 1988 A 2015**

Trabalho de Conclusão apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor(a) Orientador(a): Prof. Dra. Lisiane Bôer Possa.

Porto Alegre, 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder a graça da concretização de um sonho.

A São Jorge por acompanhar e proteger meus passos e caminhos durante esta trajetória.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul por me conceder o privilégio de adquirir o conhecimento necessário para chegar ao término desta graduação.

À Escola de Enfermagem que gentilmente acolheu a graduação em Saúde Coletiva em suas instalações.

A todos os professores que durante a trajetória da graduação contribuíram para minha formação acadêmica, instigando, ensinando, construindo.

À Professora Doutora Lisiane Bôer Possa, pela dedicação, incentivo e crença que seus alunos podem sempre mais.

Aos colegas que me apoiaram nos momentos difíceis.

Ao colega Anderson Massolino que atravessou a barreira do coleguismo e se tornou amigo para todas as horas.

A minha mãe, Iracema Conceição de Moraes, pela educação e por continuar sempre me ensinando com seus exemplos e sábias palavras, mesmo após a sua morte.

Aos meus familiares, pelo apoio, hoje e sempre.

Ao meu filho Vinícius da Silva Madruga, meu fiel escudeiro e assistente para todas as dificuldades durante a graduação.

A todos os idosos que tive o privilégio de conhecer, igualmente aos que tenho a felicidade de conviver, por terem a bondade de dividir seus conhecimentos, suas histórias adquiridas ao longo da vida.

“Com o passar dos anos, as árvores tornam-se mais fortes e os rios, mais largos. De igual modo, com a idade, os seres humanos adquirem uma profundidade e amplitude incomensurável de experiência e sabedoria. É por isso que os idosos deveriam ser não só respeitados e reverenciados, mas também utilizados como o rico recurso que constituem para a sociedade”.

(Kofi Annan)

RESUMO

Este trabalho tem como objeto a descrição e análise das Políticas Públicas de Saúde para a população idosa no período de 1988 a 2015 no Brasil. Busca identificar as mudanças no conteúdo das políticas para a população idosa concomitante às transformações na pirâmide etária que aconteceram no período estudado.

O interesse por este tema deve-se ao fato de que o envelhecimento da população mundial e o crescimento acelerado da população idosa, em especial nos países em desenvolvimento, tem provocado preocupações e discussões por parte da sociedade e do poder público para contemplar a assistência integral à saúde a esta parcela crescente da população. Isso se mostra como um grande desafio do século XXI.

Este estudo foi baseado na análise documental das Políticas Públicas de Saúde para a população idosa no período de 1988 a 2015 tendo como marco inicial a Constituição Brasileira de 1988. O objetivo foi de provocar reflexão sobre as mudanças ocorridas no conteúdo das políticas para a população idosa.

A análise do histórico das políticas prévias é relevante, pois oferece elementos para a criação de novas políticas ou ampliação das já existentes, uma vez que a população idosa cresce mais a cada dia no Brasil e no mundo.

Como resultado desta pesquisa, observou-se que o conteúdo das políticas de saúde brasileira tem sido alterado sob influência tanto dos debates internacionais sobre envelhecimento quanto das políticas nacionais para a população idosa. Essas alterações foram sempre no sentido de expandir a ação do Estado na busca da integralidade do cuidado em saúde desta população.

As últimas medidas adotadas no cenário político brasileiro referentes a ajustes fiscais implicam em limitação de orçamento pelos próximos vinte anos para a saúde e todos os setores do serviço público. Prevê, também, o aumento da quantidade de anos que o trabalhador deve permanecer na ativa. Estas novas restrições geram, portanto, para a saúde pública, novas questões sobre as Políticas de Saúde para a população idosa.

Palavras-chave: políticas públicas, envelhecimento, saúde, população idosa.

ABSTRACT

This research is focused on the description and analysis of Health Public Politics to elderly people in the period of 1988 to 2015 in Brazil. It aims to identify the changes on politics content to elderly people according to transformations on age pyramid that happened on the period considered in this research.

The interest on this topic is because of the world population aging and the accelerated growth of elderly people, especially on countries in development, has brought worries and discussions by public authorities and by society to cover total assistance on health to this growing part of population. This shows as a great challenge on XXI century.

It was based on documental analysis of Health Public Politics to elderly people on period of 1988 to 2015, being the 1988 Brazilian Constitution the starting point. The objective was to cause reflection about the changes occurred on politics content to elderly people.

The analysis of previous politycal historic is relevant, because offers elements to create new politics or enlarge those one that exist, once the elderly population grows each day more on Brazil and on the world.

As a result of this research, it was observed that brazilian health politics content has been changed under influence as international debates about aging as national politics to elderly people. These changes always were to expand State actions to reach the integrality of health care of this population.

The last actions chosen on brazilian political landscape relating to tax adjustments lead to budget limitations to the next twenty years to health and to other public service sectors. It estimates, also, the increase of quantity of years that an employee needs to work. These new restrictions result, therefore, to public health, new questions about the Health Politics to elderly people.

Key words: public politics, aging, health, elderly people.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO.....	V
ABSTRACT	VI
SUMÁRIO.....	VII
LISTA DE TABELAS	VIII
LISTA DE QUADROS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E DE SÍMBOLOS.....	X
1 INTRODUÇÃO	1
2 O ENVELHECIMENTO COMO QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA E O DEBATE INTERNACIONAL SOBRE ESSE TEMA.....	7
3 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DO IDOSO NO BRASIL	11
4 POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL.....	19
5 AS MUDANÇAS E MANUTENÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
7 REFERÊNCIAS.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantitativo dos centros de referência por estado - 2001	20
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos e concepções sobre saúde de idoso e envelhecimento apresentados nas normativas das Políticas de Saúde de Idoso - 1999, 2002 e 2006	22
Quadro 2 – O modo de cuidado e assistência apresentados nas normativas das Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006	25
Quadro 3 – A intersetorialidade apresentada nas normativas da Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006	28
Quadro 4 – A Participação social nas Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006	31

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SÍMBOLOS

AC: Acre;

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária;

CIB: Comissão Intergestores Bipartite;

CNDI: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso;

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social;

CRASI: Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso;

CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social;

DST: Doença Sexualmente Transmissível;

GM: Gabinete do Ministro;

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

ILPI: Instituições de Longa Permanência para Idosos;

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social;

MA: Maranhão;

MS: Ministério da Saúde;

Nº: Número;

OMS: Organização Mundial da Saúde;

ONU: Organização das Nações Unidas;

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde;

PNSI: Política Nacional de Saúde do Idoso;

PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

RR: Roraima;

SUS: Sistema Único de Saúde;

II: Dois;

III: Três;

XX: Vinte;

XXI: Vinte e Um;

XXV: Vinte e Cinco.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso tem como objeto as Políticas Públicas de Saúde para a população idosa no período de 1988 a 2015 no Brasil. Ou seja, busca identificar as mudanças no conteúdo das políticas para a população idosa considerando às transformações na pirâmide etária que aconteceram no período estudado. Foi baseado na análise documental das Políticas Públicas de Saúde para a população idosa.

O interesse por este tema se deve ao fato de que o envelhecimento da população mundial e o crescimento acelerado da população idosa nos países em desenvolvimento têm provocado preocupação e discussão por parte da sociedade e do poder público para contemplar a assistência integral a esta parcela crescente da população, configurando-se em um grande desafio do século XXI.

A criação e adequação das políticas públicas em todos os campos urgem. Entende-se que, apesar do envelhecimento populacional constituir uma das maiores conquistas do presente século, com esta condição privilegiada a população idosa passa a necessitar de múltiplos cuidados, dentre eles os cuidados em saúde.

Compreende-se envelhecimento sob vários aspectos. Segundo Freitas (2003, apud PY et al., 2004), do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio fisiológico tem início após a terceira década de vida, sofrendo influência dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco. Isto significa que podemos modificar, até certo ponto, as características do envelhecimento, agindo sobre esses fatores. Envelhecer pressupõe alterações não apenas físico-biológicas, como também psicológicas e sociais em cada indivíduo particularmente. Essas alterações são gradativas e avançam, segundo a genética e modo de vida de cada um, precocemente ou não.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), são considerados idosos os indivíduos acima de 60 anos, pois, a partir da sétima década de vida, passam a apresentar os problemas de saúde característicos do processo de envelhecimento. Em países em desenvolvimento, a idade mínima para ser considerado idoso é de 60 anos; já em países desenvolvidos é a partir de 65 anos (OMS, 2005).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e referendado pelo Ministério da Saúde (MS), como:

“[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006, p. 08).

Essa definição varia de sociedade para sociedade e também depende do período histórico no qual está inserida.

O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural da vida que traz consigo algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. Envelhecemos desde o momento em que nascemos. Logo, como cita o autor Messy (1999, p.18), “se envelhece conforme se vive”.

Pelo termo idoso podemos entender todo e qualquer indivíduo acima de 60 anos de idade. Este conceito foi criado na França em 1962, substituindo termos como velho e velhote, sendo adotado no Brasil em documentos oficiais logo depois. O idoso é o sujeito do envelhecimento. O termo velhice é considerado para uns como o último ciclo da vida que independe de condições de saúde e hábitos de vida. É individual e pode vir acompanhado de perdas psicomotoras, sociais e culturais, entre outras. Já outros acreditam que a velhice é uma experiência subjetiva e cronológica. Neste trabalho, considera-se a velhice como uma construção social que, dependendo de cada cultura, apresenta formas diferentes para se explicar o mesmo fenômeno.

E terceira idade? Esta é a fase da aposentadoria e do envelhecimento que traz consigo as demandas de cuidado com a saúde de uma forma mais ampla, já pensando em um envelhecimento com maior qualidade de vida. Peixoto (1998) nos lembra que essa expressão também foi criada na França em 1962, quando fora introduzida no país uma política de integração social e que visara a transformação da imagem da velhice. Esta realizou um corte na ideia de velhice, promovendo uma separação entre os jovens velhos e os mais velhos.

Uma citação muito interessante é pontuada por Birman (1995, p.23) e que nos ajuda a refletir sobre os conceitos.

“Velho na percepção dos “envelhecidos” das camadas médias e superiores está associada à pobreza, à dependência e à incapacidade, o que implica que o velho é sempre o outro. Já a noção de “terceira idade” torna-se sinônimo dos “jovens velhos”, os aposentados dinâmicos que se inserem em atividades sociais, culturais e esportivas. Idoso, por sua vez, é a designação dos “velhos respeitados”. A expressão “idoso” designa uma categoria social, no sentido de uma corporação, o que implica o desaparecimento do sujeito, sua história pessoal e suas particularidades. Além disso, uma vez que é considerado apenas como categoria social o idoso é alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e que apenas espera o momento fatídico para sair inteiramente da cena do mundo”.

A partir destes conceitos, pode-se considerar o envelhecimento como um processo físico-biológico, cultural e social que conduz o sujeito para a velhice. O idoso é o resultado deste processo, a forma como a sociedade “enxerga” este indivíduo.

No Brasil, os principais determinantes da acelerada transição demográfica são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (IBGE, 2010).

A partir desta realidade, sinaliza-se a necessidade e a importância de criar condições para que o processo de envelhecimento ocorra com qualidade, garantindo melhores condições de vida durante a velhice. Para isso, é necessário articular e executar políticas públicas voltadas para a população idosa, visando a real efetivação dos direitos já expressos em lei.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCHESE et al., 2004).

Considera-se que, para a implementação de políticas públicas, é fundamental conhecer o histórico das políticas prévias, uma vez que novas transformações ou até a ampliação das políticas existentes são condicionadas pelas trajetórias das políticas

públicas existentes. Estas influenciaram e continuam influenciando os atores e as instituições.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

No Brasil, as políticas públicas de saúde se orientam desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional (LUCHESE et al., 2004).

No entanto, a sociedade brasileira ainda não resolveu satisfatoriamente a situação social do idoso, sendo que a realidade em que este se encontra revela que as mínimas condições de sobrevivência nem sempre lhe são garantidas, sendo, por este motivo, necessárias políticas públicas específicas para esta população. Por isso, grande parte da população idosa sofre com preconceitos da velhice e problemas sociais, entre os quais acesso e qualidade na atenção a saúde.

Então, instiga-se, a saber: Quais as políticas de saúde do idoso foram criadas no Brasil de 1988 a 2015 para acompanhar e contemplar esta parcela da população? E quais as mudanças nessas políticas aconteceram durante este período para adequação ao cuidado da população idosa e ao crescimento populacional?

Dessa forma, os objetivos deste estudo são descrever e analisar as transformações e avanços das políticas para a população idosa na área da saúde no Brasil, considerando o período de 1988 a 2015. Mais especificamente, buscou-se identificar as leis e as portarias, ou seja, regras e normas que tratam sobre as Políticas Públicas de Saúde da População Idosa no período de 1988 a 2015 no Brasil; e descrever e analisar as transformações e avanços das políticas para a população idosa na área da saúde no Brasil, considerando o período delimitado neste estudo. Analisar como as políticas anteriores e atuais tratam das questões

relativas ao conceito do idoso, intersetorialidade, modo de cuidado e de assistência e participação dos usuários na efetivação da política.

Esta foi uma pesquisa qualitativa, uma vez que foram descritas e analisadas as políticas públicas de saúde para a população idosa no Brasil. Os dados da pesquisa consistem em fontes bibliográficas e documentais, ou seja, baseada em investigação de políticas, de leis, portarias publicadas e produzidas pelos órgãos estatais de forma que foi possível descrever as políticas de saúde da pessoa idosa que foram propostas no país.

Para tanto, foi realizada pesquisa nos bancos de dados de legislação em saúde (Legislasus), no período de 1988 a 2015, tendo como descritores “saúde do idoso” e “saúde da população idosa”.

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos, que, no caso deste estudo, foi a literatura da área. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento.

A escolha do ano de 1988 como período para análise se deve ao marco da Constituição Brasileira que definiu os princípios, diretrizes e regramento geral do Sistema de Saúde Brasileiro, o SUS.

Os dados encontrados foram descritos e a sistematização dos mesmos ocorreu pela análise de conteúdo. No caso desta pesquisa, foi realizada análise do conteúdo temático qualitativo, buscando as unidades temáticas convergentes e divergentes que possam existir nas diferentes políticas públicas de saúde para pessoa idosa no Brasil.

Algumas categorias para a análise do conteúdo foram produzidas aprioristicamente, quais sejam: o conceito do idoso; de intersetorialidade; o modo de cuidado e de assistência; e a participação social na efetivação da política. Estas respondem aos objetivos específicos apresentados para este estudo. Outras categorias serão sistematizadas indutivamente a partir da análise dos documentos e textos.

Para responder as questões colocadas para esta pesquisa, os próximos capítulos deste trabalho apresentam o referencial teórico sobre o envelhecimento

como questão de política pública; o histórico das políticas de idoso nos organismos internacionais e no Brasil; e das políticas de saúde.

2 O ENVELHECIMENTO COMO QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA E O DEBATE INTERNACIONAL SOBRE ESSE TEMA

A partir da década 1970, observa-se o crescimento da população idosa sendo consequência de três processos: a diminuição da fecundidade, a redução da mortalidade da população idosa e aumento da expectativa de vida. A sociedade ainda não estava adaptada a essa nova realidade; as instituições, o Estado, as empresas e o sistema da previdência como se conhece atualmente vêm de uma época em que uma parcela pequena da população ultrapassava os 65 anos de idade.

De acordo com Gardner (2006. p.69), “o envelhecimento populacional e as consequências desta mudança demográfica estão recebendo atenção crescente em níveis local, nacional e internacional”. O fenômeno envelhecimento passou a se destacar como uma realidade mundial em que há demandas: existem desigualdades, pobreza, violência, distintas condições sociais e, por consequência, este tema marcará cada vez mais o processo de desenvolvimento econômico e social, representando um enorme desafio que necessita das intervenções das Políticas Públicas.

Assim, o tema envelhecimento se tornou objeto de ação pública, pois passou a chamar a atenção do Estado e da sociedade, adquirindo visibilidade social por ser uma questão relevante nas agendas políticas.

A Organização das Nações Unidas (ONU) pode ser considerada a principal promotora da formulação de políticas e de ações relacionadas com o segmento idoso. A partir do momento em que a questão da velhice tomou dimensões mundiais, a ONU passou a fundamentar suas ações, demonstrando a preocupação com a situação (RIBEIRO, 2011).

O primeiro marco de conquistas relacionadas aos direitos dos idosos ocorreu em 1948, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Por este documento se determina os direitos fundamentais do homem com o reconhecimento da dignidade como inerente a todos os indivíduos, o valor da pessoa humana e os seus direitos iguais e inalienáveis, constituindo o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. É importante destacar que esta declaração menciona especificamente o

idoso no artigo XXV, como um grupo socialmente vulnerável que passa, desta forma, a ser suscetível de proteção especial por parte do Estado.

A conscientização mundial sobre a necessidade de se discutir especificamente os problemas e necessidades relativas à população idosa se concretizou a partir de 1977, quando a ONU decide convocar uma assembleia para debater as questões relativas à população idosa e propor, a partir daí políticas públicas e programas sociais que venham a proporcionar uma boa qualidade de vida para este segmento da sociedade (ONU 1982; ONU, 1991; ALONSO, 2005).

Assim, o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa foi a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982, que resultou no primeiro plano global com princípios orientadores centrados nas questões do envelhecimento: Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Viena. Este plano foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; família; bem-estar social; previdência social; trabalho e educação (CAMARANO e PASINATO, 2004; BATISTA, ALMEIDA e LANCAM, 2011; DANTAS E SILVA e SOUZA, 2010).

Foi a partir desta assembleia que a questão dos idosos passou a ocupar um lugar de destaque através dos debates que surgiram e, desta forma, foram definidas diretrizes que passaram a nortear as decisões sobre as políticas públicas a serem adotadas mundialmente.

Outro instrumento internacional que possui relevância com a temática do envelhecimento é a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento de 1986. É reconhecida pela ONU como um direito humano fundamental e indisponível, assim como os demais, e reconhece-o como um direito à igualdade de oportunidades para todas as pessoas e todas as nações sem distinção qualquer (ONU, 1986).

Em 1991, a Assembleia Geral adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, sendo estes princípios relativos aos direitos humanos: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade. No ano seguinte, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento se reuniu para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso (ONU, 1991).

A segunda Assembleia Mundial aconteceu no ano de 2002, em Madri. Foi dedicada aos países em desenvolvimento, ressaltando-se a colaboração estabelecida entre o Estado, sociedade civil e o setor privado. Realizou-se uma revisão do plano de Viena e o desenvolvimento de estratégias a longo prazo sobre envelhecimento, conhecido como o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri (ONU, 2002).

Neste documento contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, onde foram adotadas medidas em todos os níveis, nacional e internacional, e em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de um ambiente propício e favorável (ONU, 2002; CAMARANO e PASINATO, 2004; BATISTA, ALMEIDA e LANCAM, 2011; DANTAS E SILVA e SOUZA, 2010).

Com base nas recomendações do plano de ação desenvolvido na Assembleia em Madri, os países da América Latina e do Caribe se comprometeram a implantar políticas e ações voltadas a esse fim. Depois das Assembleias, em 2003, foi realizada a Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, em Santiago do Chile, resultando no documento intitulado “Estratégias Regionais de Implementação para América Latina e o Caribe das propostas do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento” (CEPAL, 2003).

Essas estratégias foram apresentadas através de metas, objetivos e recomendações para a ação em favor das pessoas idosas em cada uma das três áreas prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento; saúde e bem-estar na velhice; e entornos propícios e favoráveis. Buscou-se com isso propiciar condições que favoreçam um envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade.

“Em 2007, na cidade de Brasília, foi realizada a II Conferência sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe com o tema “Uma Sociedade para Todas as Idades e de Proteção Social Baseada em Direitos”, que resultou na “Declaração de Brasília”” (CEPAL, 2007).

Esta Conferência destacou a designação de um relator do Conselho de Direitos Humanos da ONU para velar pela promoção dos direitos da pessoa idosa, e que cada país consulte seus governos sobre a criação de uma convenção da pessoa idosa como um documento juridicamente vinculante, em âmbito internacional.

A III Conferência Intergovernamental sobre o Envelhecimento na América Latina e no Caribe aconteceu em 2012, na cidade de San José (Costa Rica). Destacou a importância dos países contarem com uma agenda de proteção social para as pessoas idosas através da apresentação do documento “Envelhecimento, solidariedade e proteção social: a hora de avançar para a igualdade” (ONU, 2007; ONU, 2012).

Na Constituição Federal de 1988, os idosos ampliam a participação nas Políticas Públicas no Brasil. A Constituição garante aos idosos o direito à vida, à igualdade, à cidadania, à dignidade humana, à previdência social e à assistência social. Em 1994, ratificaram-se esses direitos com a Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842, cujo objetivo era de assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

No Brasil, muito se avançou na elaboração de políticas sociais voltadas aos idosos, dentre as quais podemos citar a Política Nacional do Idoso (1994); a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999); o Estatuto do Idoso (2003); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988, conforme serão brevemente apresentadas a seguir.

3 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DO IDOSO NO BRASIL

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais. Até a década de 70 do século XX, os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. A implantação de uma política nacional para as pessoas idosas é recente no Brasil (1994). O que houve antes, em termos de proteção a esse segmento populacional, consta em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e de inúmeros decretos, leis e portarias (RODRIGUES, 2001).

Foi no início da década de 70 que começou a surgir um número significativo de idosos em nossa sociedade, preocupando alguns técnicos da área governamental e do setor privado, o que provocou o despertar dessas pessoas para a questão social do idoso. Dentre as medidas de assistência aos idosos podemos destacar duas: a Lei nº 6179 de 1974, que cria a Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS; e o segundo documento, de extrema importância, é a Constituição Federal, promulgada em 1988, que contempla as pessoas idosas em seus artigos 14, 40, 201, 203, 229 e 230.

A Constituição Federal brasileira de 1988 no artigo 1º, inciso III, apresenta o fundamento da dignidade da pessoa humana. Já no artigo 3º, estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão. O texto constitucional afirma, também, que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito (CIELO e VAZ, 2009).

Não é somente a Constituição brasileira que destaca a ideia da dignidade humana. Essa ideia é universal e ao colocá-la no texto constitucional significa representá-la empiricamente. Nos países democráticos, a dignidade do cidadão é, sem dúvida, um dos principais temas constitucionais. Sabe-se, também, que o referido tema está contemplado na Declaração dos Direitos Humanos. Atenta a este aspecto, a Constituição brasileira destinou dispositivos específicos aos idosos.

A Constituição Federal de 1988 não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos. O artigo 229 estabelece aos filhos maiores o dever de ajudar e amparar os pais na velhice,

carência ou enfermidade, bem como o artigo 230 que estipula que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas. Assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida, surpreende o enorme avanço na área de proteção aos direitos dos idosos, dado pelo constituinte de 1988 ao contemplar os idosos, garantindo assim a sua cidadania (BRASIL, 2001).

Os direitos garantidos pela Constituição destacam que, quando se trata do idoso, o direito à vida engloba não apenas longevidade, mas ao envelhecimento com dignidade, respeito, proteção e inserção social. No que se refere ao direito à liberdade, deve ser ele propiciado ao idoso por meio de providências reais por parte do Estado e da sociedade, principalmente a independência familiar e social, através de prestações previdenciárias e assistenciais eficazes.

Já o direito à igualdade deve resguardar aos idosos as mesmas condições das demais pessoas que vivem na sociedade. Quanto ao direito à cidadania, sua importância está em possibilitar ao idoso conservar a capacidade de analisar e compreender a realidade política e social, criticá-la e atuar sobre ela. O idoso quase sempre não é tratado como cidadão. A realidade obrigou o constituinte a ser bem claro no texto, estabelecendo meios legais para que o mesmo deixe de ser discriminado e receba o tratamento que lhe é devido. Já o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90).

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988 que foram surgindo as leis que especificaram e garantiram aos idosos os seus verdadeiros direitos e garantias. A primeira lei que surgiu para atender as necessidades dos idosos foi a de nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, estabelecendo a Política Nacional do Idoso, sendo regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948, de 3 de Julho de 1996, o que parecia ainda ser pouco e sem muita eficácia em relação à importância econômica, social e jurídica que representa o contingente do idoso. Ela veio normatizar os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania.

A Política Nacional do Idoso, de 1994, teve por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. De acordo com o disposto nesta lei, os direitos de

todos os cidadãos que compõem a sociedade devem ser garantidos sem discriminação de qualquer natureza, sendo dever do Estado promover o bem de todos os indivíduos sociais, de forma a constituir uma sociedade mais justa e igualitária. Portanto, a garantia do acesso da pessoa idosa aos direitos lhe é assegurada perante lei e a expressão da sua cidadania, como tal, deve ser viabilizada tanto pela esfera governamental, quanto pela sociedade civil (BRASIL, 1994). Aponta também, a necessidade de criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer, procurando impedir qualquer forma de discriminação de qualquer natureza contra o idoso, pois ele é o principal agente e o destinatário das transformações a ser efetivadas através desta política.

Ao considerar sobre os Princípios e Diretrizes da Política Nacional do Idoso, Rulli Neto (2003, p. 103-104) enfatiza o seguinte:

“A Política Nacional do Idoso tem como princípios: (a) direito à cidadania – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania; (b) garantia da participação do idoso na comunidade; (c) defesa da dignidade; (d) direito ao bem-estar; (e) direito à vida; (f) dar conhecimento e informação a todos de que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral.

Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso a: (a) viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; (b) participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; (c) priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; (d) descentralização político-administrativa; (e) capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; (f) implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; (g) estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; (h) priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; (i) apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento”.

Sobre o processo de implementação da Política Nacional do Idoso são apontadas ações nas áreas de promoção e assistência social com destaque para:

“(…) (a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias,

da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; (b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; (c) promover simpósios, seminários e encontros específicos; (d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso; (e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (...) (RULLI NETO, 2003, p. 106).“

Para a área de educação a Política Nacional do Idoso enfatiza a necessidade de que os programas destinados ao idoso tenham adequação dos seus currículos, metodologias e materiais didáticos. Sinaliza também para que a temática do envelhecimento seja contemplada nos currículos formais de todos os níveis de ensino e que no caso do ensino superior, especificamente, seja incluído a gerontologia e geriatria. Além de produzir estratégias para informar população em geral através de programas educativos e uso dos meios de comunicação (Rulli Neto, 2003).

A Política Nacional do Idoso também especifica dispositivos para a implementação das ações na área da saúde, tais como:

“(...) (a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS; (b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; (c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS; (d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; (e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; (f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal; (g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; (h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (RULLI NETO, 2003, p. 106).

Assim se posiciona Sousa (2004, p. 124) sobre a Lei nº 8.842 de 1994 que estabeleceu a Política Nacional do Idoso:

“Ela veio consolidar os direitos dos idosos já assegurados na Constituição Federal, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a violação desses direitos e promover a proteção integral do idoso em situação de risco social, retratando as novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa, sob o pressuposto da manutenção da Política Nacional do Idoso, como norma orientadora da atuação governamental da área”.

Para supervisionar, tornar efetiva a aplicação e avaliar a Política Nacional do Idoso, e posteriormente o Estatuto do Idoso, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, pelo Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, na estrutura do Ministério da Justiça. O CNDI tem como competência aperfeiçoar a legislação relativa à Política Nacional do Idoso, dedicar-se para a descentralização político administrativa desta política, para a garantia da participação das organizações representativas dos idosos e efetivação das propostas internacionais sobre o envelhecimento no país. Também caberia ao CNDI incentivar a criação, apoiar e assessorar os conselhos de direitos do idoso nos Estados, no Distrito Federal e Municípios (RULLI NETO, 2003).

A promulgação do Estatuto do Idoso, lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003, reconhece jurídica e formalmente os direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos dos idosos, configurando-se em uma grande conquista para esta população. Esta lei veio ampliar uma série de direitos aos maiores de sessenta anos. Trata-se de um conjunto de leis indispensáveis ao pleno exercício da cidadania daqueles que já foram e ainda são grandes contribuintes da sociedade, sendo um reconhecimento e garantia dos direitos dos idosos. Como é explícito no Estatuto do Idoso:

“[...] São homens e mulheres com direito à saúde, à habitação, ao transporte coletivo, à previdência – à cidadania e à dignidade humana, enfim, capazes de grandes conquistas no esforço que empreendemos por um mundo melhor [...]” (BRASIL, 2013).

No entendimento de Rulli Neto (2003), o Estatuto do Idoso, em várias disposições, segue as diretrizes da Política Nacional do Idoso. Além disso, o próprio Estatuto criou mecanismos de garantia de cumprimento de seus ditames, com a previsão de fiscalização e sanção. Ao destacar a importância do Estatuto do Idoso, Braga (2005, p. 186) assim se expressa:

“Podemos afirmar que sua maior contribuição é, sem dúvida alguma, a publicidade dada à temática do envelhecimento. A sociedade começa a perceber-se como envelhecida e os índices já divulgados pelos institutos de pesquisa passam a ser notados. O Estatuto do Idoso é um instrumento que proporciona autoestima e fortalecimento a uma classe de brasileiros que precisa assumir uma identidade social. Ou seja, o idoso brasileiro precisa aparecer! Precisa se inserir na sociedade e, assim, passar a ser respeitado como indivíduo, cidadão e participe da estrutura politicamente ativa”.

Se o Estado cria boas leis, como é o caso deste Estatuto, o idoso tem instrumentos necessários para construir sua identidade cidadã, conquistando assim sua autonomia, independentemente da idade que possua. Merece também destaque o pensamento de Sousa (2004, p. 179) no que diz respeito às garantias que o Estatuto trouxe aos idosos no Brasil:

“O Estatuto do Idoso, uma legislação contemporânea com o objetivo protetivo assistencial quanto às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, assegurou-lhes, com tutela legal ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Sedimentando assim a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar com absoluta”.

Para Rulli Neto (2003), o Estatuto do Idoso está firmemente calcado em tais ideias, pois, além da proteção ativa do idoso, traz mecanismos de educação e conscientização da sociedade. Dando sequência ao seu posicionamento, o Estatuto do Idoso não inova apenas ao reunir as normas relativas à proteção da pessoa idosa, mas também ao cobrar das pessoas seu envolvimento para o efetivo funcionamento daquilo que foi previsto pela legislação.

É importante destacar que a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso colocam a família como parte essencial da proteção ao idoso. Sendo a família uma instituição cujo papel essencial está ligado à proteção, afetividade, alimentação, habitação, respeito e companheirismo como princípios de subsistência de seus próprios membros, bem como tem especial relevância para o próprio desenvolvimento da sociedade.

A observação de Rulli Neto (2003) quanto à necessidade da criação de política de proteção à família está relacionada tanto com a importância desta para a formação e amparo do indivíduo como para o crescimento humano, social e econômico, que reflete em toda a sociedade.

Para Sousa,

“(…) o ser humano é um ser social e a sua história é a história de sua família. A manutenção dessa raiz amolda-se à estrutura da nossa sociedade brasileira, na medida em que o comportamento do povo é o reflexo do comportamento familiar (2004, p. 180)”.

Muito útil a contribuição de Rulli Neto ao destacar os direitos e as garantias dadas aos idosos após a aprovação da Lei nº 10.741:

- “Amparo à Saúde, a manutenção da saúde dos indivíduos, dentro dos padrões comumente utilizados é dever do Estado, cabendo à União, Estados, Municípios e Distrito Federal, zelar independentemente ou em conjunto, pelo trabalho de prevenção e tratamento;
- Educação, (...) o Poder Público, em última instância, deverá criar mecanismos para assegurar a educação do idoso;
- Cultura, (...) o direito à cultura assegurado pelo Estatuto também é amplo, pois compreende diversões, espetáculos, meia-entrada etc.;
- Esporte, o acesso ao esporte é um direito do idoso, sendo que sua prática deve respeitar as peculiaridades e condições de idade;
- Lazer é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito ao lazer;
- Trabalho, (...) assegura o direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas. É proibida a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego;
- Previdência Social, (...) determina que os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição;
- Assistência Social, é garantida a todos e implementada de acordo com normas específicas para cada situação, lembrando-se que a assistência social não se baseia em caridade, mas na promoção da dignidade da pessoa humana visando à sua integração.
- O Estatuto do Idoso traz disposições específicas acerca da assistência social que será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes;
- Habitação - o idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.
- Acessibilidade – garante o direito à vida digna, com eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidades em programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos;
- Transporte – o Estatuto do Idoso segue a Constituição e asseguram aos maiores de 65 anos, gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos. (...) O Estatuto determina também que nos veículos de transporte coletivo, devem ser reservados 10% dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos (2003, p. 155)”.

Ao serem analisados todos os direitos e as garantias oriundos da aprovação do Estatuto do Idoso, percebe-se esta legislação como uma conquista. No entanto, mesmo sendo a maior já observada na área do envelhecimento no Brasil, há ainda a necessidade de sua efetiva implantação. Para que isso aconteça, será necessário que todos possam vivê-lo no dia a dia, tratando melhor e com dignidade os cidadãos idosos, não esperando que o governo ou alguma instituição cuide deles. Somente

com ações conjuntas, estando a população envolvida, poder-se-á dar continuidade a este movimento.

Cabe destaque que o Estatuto do Idoso apresenta disposições específicas sobre as políticas para essa população. No entanto, sinaliza para a necessidade de que estas estejam articuladas com as diretrizes previstas na legislação da assistência social e nas políticas de saúde do idoso do SUS (RULLI NETO, 2003).

No próximo capítulo será apresentada uma síntese das políticas de saúde do idoso, sendo que, na área da saúde, as políticas públicas destinadas para o cuidado da população idosa publicadas a partir de 1988 foram: a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria 1395/GM (1999), as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a organização/habilitação e cadastramento dos Centros de Referência (2002) que integrarão estas redes e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006).

4 POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO NO BRASIL

A saúde de uma população é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas. Dentre as políticas voltadas para a proteção social estão as Políticas de Saúde.

É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. Em atenção a essas necessidades, formulou-se no Brasil a Política Nacional de Saúde do Idoso (PSNI), em 1999. Esta tinha por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional, autonomia e manter o nível de qualidade de vida das pessoas idosas.

“A PNSI, instrumento de que o setor de saúde passa a dispor desde sua publicação, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.395 de 10 de dezembro de 1999 estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes foram: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde dos idosos; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio aos estudos e pesquisas” (BRASIL, 1999, p.6-7).

Devendo ficar claro, ainda, para a sociedade que os problemas decorrentes do envelhecimento da população são questões que extrapolam a esfera familiar e a responsabilidade individual. Isso é feito para alcançar o âmbito público, aqui entendido como o Estado (nas suas diversas áreas), as organizações governamentais e os diferentes segmentos sociais.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, de 1999, apontava para a criação de serviços especializados no atendimento para esta população, o que resultou na proposta de organização das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. A criação desta rede de serviços foi formalizada em abril de 2002, com o objetivo de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da

população idosa, em consonância ao estabelecido na Política Nacional do Idoso. Através de portaria ministerial propõem-se mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Determina-se que a organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão estas redes é uma tarefa das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2002).

A definição dos quantitativos e distribuição geográfica dos Hospitais/Centros de Referência que integrariam as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, deve obedecer às composições populacionais dos diversos estados brasileiros. A proposta era de criação de 74 CRASI em todo país (BRASIL, 2002), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Quantitativo dos centros de referência por estado - 2001

ESTADO	Nº	ESTADO	Nº
ACRE	1	PARAÍBA	1
ALAGOAS	1	PARANÁ	4
AMAPÁ	1	PERNAMBUCO	3
AMAZONAS	1	PIAUÍ	1
BAHIA	5	RIO DE JANEIRO	7
CEARÁ	3	RIO GRANDE DO NORTE	1
DISTRITO FEDERAL	1	RIO GRANDE DO SUL	5
ESPÍRITO SANTO	1	RONDÔNIA	1
GOIÁS	2	RORAIMA	1
MARANHÃO	2	SANTA CATARINA	2
MATO GROSSO	1	SÃO PAULO	15
MATO GROSSO DO SUL	1	SERGIPE	1
MINAS GERAIS	8	TOCANTINS	1
PARÁ	3	TOTAL BRASIL	74

Fonte: Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2002, p. 18)

Os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso não foram implantados em muitos estados e os que estão em funcionamento se concentram, principalmente, na região sudeste. Um levantamento do perfil de funcionamento dos CRASI, feito pela Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde em 2005, mostrou que a modalidade assistencial mais atuante, em todos os CRASI, é o ambulatório especializado. Com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, a proposta de centros de referência estaduais perdem a centralidade e as portarias que os criaram estão em processo de revisão.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006), seguindo os princípios e diretrizes do SUS, apresenta como finalidade primordial a integralidade da atenção e a centralidade na pessoa, uma vez que as medidas de saúde, coletivas e individuais, têm como foco a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. É possível identificar dentro dessa política quatro grandes eixos: envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e ações intersetoriais; prover recursos para a atenção à saúde; e a participação e fortalecimento do controle social.

A PNSPI tem, entre as considerações e pressupostos que justificam as alterações da política: “o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da Ciência; o conceito de que saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, além do compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002” (BRASIL, 2006, p.3).

A seguir, será feita a análise sobre essas políticas buscando identificar em cada uma delas o conceito do idoso e concepções sobre envelhecimento, como tratam a questão da intersetorialidade, o que apresentam sobre o modo de cuidado e de assistência, e como está estabelecida a participação social na política.

5 AS MUDANÇAS E MANUTENÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO IDOSO

O quadro 1 apresenta os dados acerca dos conceitos e concepções sobre saúde do idoso e envelhecimento que foram explicitados em que cada uma das normativas que tratam sobre essa temática, analisadas neste trabalho, que são: Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, Redes Estaduais de Saúde do Idoso de 2002 e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006.

Quadro 1 - Conceitos e concepções sobre saúde de idoso e envelhecimento apresentados nas normativas das Políticas de Saúde de Idoso - 1999, 2002 e 2006

Título da Norma	Conceitos e concepções sobre saúde do idoso e envelhecimento
Política Nacional de Saúde do Idoso - 1999	<p>Saúde do Idoso – “Apresenta como propósito básico a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem; e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade” (BRASIL, 1999, p.7).</p> <p>Envelhecimento – “A política entende que este processo ocorre naturalmente ao longo da vida, sendo resultante de toda uma experiência de vida que depende, fundamentalmente, do meio em que se vive e em que condições, sendo que o impacto na sua saúde será consequência do conjunto destes fatores, vem daí a proposta de envelhecimento saudável” (BRASIL, 1999, p.7).</p>
Redes Estaduais de Saúde do Idoso - 2002	<p>Saúde do Idoso - Não consta.</p> <p>Envelhecimento - Não consta.</p>
Política Nacional de Saúde da	Saúde do Idoso – “Esta política apresenta como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da

<p>Pessoa Idosa - 2006</p>	<p>autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006, p.3).</p> <p>Envelhecimento - É a partir desta política que se inicia a preocupação com o chamado envelhecimento ativo, quando se chama a atenção para o principal problema que afeta os idosos: a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.</p> <p>Segundo a política: “Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida”. Conceitos de idoso independente, com dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária e frágil. “Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos compõem a base da pirâmide. Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência. Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional –</p>
--------------------------------	--

	<p>acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais”(BRASIL, 2006, p.10)</p>
--	---

Fonte: BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL 2006.

A saúde do idoso, a partir da criação da primeira política, a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, passa a ter uma dimensão muito mais abrangente. Afirma-se a partir desta política que o envelhecimento é um fato que ocorre gradativamente e ao longo do tempo, em que fatores externos, como meio ambiente e interação social, influenciam no resultado da saúde deste indivíduo. Como foco principal se encontra a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. Neste caso, observa-se que a política de saúde enfatiza o adoecimento e a manutenção da capacidade funcional dos idosos e a atuação, portanto, está centrada em evitar a doença, atender e reabilitar os doentes.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006 trabalha com o conceito de envelhecimento ativo inserido, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil. Com isso, ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Conclama que este indivíduo deve ser participante ativo e condutor de sua vida nas questões familiares e de sua comunidade. Envolve políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todos os ciclos de vida. A ênfase que a política de 2006 apresenta para a saúde do idoso é na autonomia e independência da pessoa idosa, sinalizando que é este objetivo da atenção, independente da existência ou não de doenças orgânicas.

Os conceitos de idoso independente, com dificuldades nas AIVDs e frágil, sinalizam para diferentes olhares e ações dos serviços de saúde sobre essa

população em cada localidade, estas centradas nas necessidades diferenciadas que os idosos de um certo território possam demandar. As diferenças nos conceitos e concepções sobre o envelhecimento, o idoso, e sobre a saúde da pessoa idosa, observadas nas normativas analisadas, refletem nas proposições sobre o modo de cuidado e assistência na atenção à saúde desta população, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 – O modo de cuidado e assistência apresentados nas normativas das Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006

Título da Norma	Modo de cuidado e de assistência
Política Nacional de Saúde do Idoso - 1999	“A atenção à saúde deve prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área” (BRASIL,1999, p.9).
Redes Estaduais de Saúde do Idoso - 2002	“As modalidades assistenciais previstas no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso englobam: a) internação hospitalar – leitos geriátricos e leitos gerais; b) ambulatório especializado em saúde do idoso; c) hospital-dia geriátrico; d) assistência domiciliar” (BRASIL, 2002,p.22). “Os Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI) seria um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Os CRASI deveriam dispor, além de internação hospitalar, modalidades assistenciais como: ambulatório especializado em saúde do idoso; hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade; e a

	<p>capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Um CRASI deve contar ainda, entre outros requisitos, com programas de capacitação da equipe de saúde e de orientação e treinamento de cuidadores e familiares dos pacientes idosos” (BRASIL, 2002, p.20).</p> <p>“O Hospital Geral seria aquele serviço que integraria as redes estaduais de atenção à saúde do idoso, embora não tenha todas as especificidades assistenciais dos CRASI, desde que fosse um hospital integrante do Sistema Único de Saúde e com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar” (BRASIL, 2002, p.17).</p>
<p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - 2006</p>	<p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – 2006 - A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Destaca-se ainda as ações de saúde fundamentadas no paradigma da promoção da saúde (BRASIL ,2006 ,p.8).</p> <p>Para que o que está previsto como direito à saúde vigore, uma série de desafios é listada na política nacional de saúde de idoso de 2006, entre eles: “a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto do Idoso, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes</p>

	de Saúde da Família; superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso” (BRASIL, 2006, p.4).
--	---

Fonte: BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL 2006.

A organização dos serviços para a atenção à população idosa, apontada na Política de Saúde do Idoso de 1999 e que se busca implementar com a criação das Redes Estaduais propostas em 2002, enfatiza os centros especializados hospitalares e hospitais gerais de referência. Nesta política, preconizava-se a distinção de serviços hospitalares, específicos e distintos dos demais, para a atuação em geriatria e gerontologia, e seriam estes os serviços que tem destaque na rede de atenção proposta, sendo esta definida a priori, nacionalmente, a partir de, exclusivamente, critério populacional. Percebe-se, neste caso, o modo de cuidado centrado no hospital, na especialidade do conhecimento (gerontologia) e médica (geriatria). Esta centralidade no procedimento (consulta) especializado (médico geriatra) é explicitada, uma vez que, segundo a política de 1999, a Política de Saúde do Idoso:

“ (...) prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas (...) a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidade” (BRASIL, 1999, p. 9).

Os conceitos de integral e integrada à saúde da pessoa idosa orientam o modo de cuidado proposto na Política Nacional de Saúde da População Idosa de 2006. Também, sinaliza-se para relevância do paradigma da promoção em saúde e da atenção básica, enfatizando a saúde da família e cuidados domiciliar. Estabelece como estratégia a linha de cuidado, ou seja, a noção de que a organização dos serviços de saúde, que atendam a esta população, deveria ser estabelecida em cada território considerando o foco no usuário, seus direitos, necessidades, preferências e habilidades. O aumento e a facilidade de acesso aos diversos níveis de atenção é objetivo da rede de atenção adequada às necessidades de cada localidade.

Os diversos pontos de atenção deveriam contar com condições essenciais - infraestrutura física adequada, utilizando as redes e centros especializados, bem como insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica e fluxos bidirecionais funcionantes. Neste caso, trata-se de reconhecer que, com o aumento das necessidades de cuidado da população idosa, demanda-se que as equipes do conjunto dos serviços que compõem a rede de atenção estejam capacitadas para a atenção a esta população.

Chama a atenção a ênfase na atenção básica, em especial na implementação da avaliação funcional, seja individual ou coletiva dos idosos, em cada território das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família. Este levantamento tem como objetivo:

“ (...) conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes” (BRASIL, 2006, p. 9).

A partir das informações da “condição funcional da pessoa idosa” em cada território, define-se o planejamento e estabelecimento, para cada localidade, conforme as especificidades, das “ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde” (BRASIL, 2006, p. 10).

As políticas sinalizam que a atuação no setor saúde não é suficiente para o cuidado da população idosa. O quadro 3 apresenta os dados de como a intersetorialidade na Atenção à Saúde do Idoso foi explicitada em que cada uma das normativas analisadas neste trabalho.

Quadro 3 – A intersetorialidade apresentada nas normativas da Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006

Título da Norma	A intersetorialidade
Política Nacional	“As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de

<p>de Saúde do Idoso - 1999</p>	<p>um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política” (BRASIL,1999, p.14).</p> <p>Quanto a articulação intersetorial a política define especificamente as tarefas do governo federal, pois atribui: “No âmbito federal, o Ministério da Saúde buscará estabelecer, em especial, articulação com as instâncias a seguir apresentadas, para as quais estão identificadas as medidas essenciais, segundo as suas respectivas competências” (BRASIL, 1999, p. 15).</p> <p>As instâncias citadas explicitamente para serem articuladas pelo Ministério da Saúde são: A) Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado da Assistência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano, Ministério da Justiça, Ministério do Esporte e Turismo, Ministério da Ciência e Tecnologia.</p>
<p>Redes Estaduais de Saúde do Idoso - 2002</p>	<p>“A intersetorialidade dentro das Redes Estaduais de Saúde do Idoso dizem respeito a forma como o idoso deve ter assistência à saúde de forma integral e integrada. Nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso é preconizado um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados. Devendo dispor, também, de internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média</p>

	<p>complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso” (BRASIL, 2002, p.17).</p>
<p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - 2006</p>	<p>“As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos” (BRASIL, 2006, p.13)</p> <p>A intersetorialidade “pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais” (BRASIL, 2006, p. 10)</p> <p>A proposta desta Política é construir na sociedade a ideia de solidariedade para com este grupo etário, propiciando um envelhecimento ativo e preservando a autonomia do sujeito. Para isto, necessita articular uma rede estruturada de apoio social.</p>

Fonte: BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL 2006.

Sobre o tema da intersetorialidade dentro das Políticas de Saúde para a População Idosa, ambas as normativas sinalizam para a necessidade de desenvolvimento de um amplo conjunto de ações e compartilhamento de responsabilidades com outros setores das políticas públicas e da sociedade. No entanto, na Política de 1999 da articulação intersetorial é explicitada como tarefa no Ministério da Saúde através da articulação com as demais instituições, ministérios e

secretarias do governo federal. O regramento das redes de atenção de 2002 enfatiza a relação com as áreas de assistência social, em especial para o cuidado das situações de violência e vulnerabilidade, bem como pela construção de relações a partir dos serviços especializados como os centros de referência em saúde do idoso.

A Política de 2006, mesmo que explicitando a papel da esfera federal na construção da intersetorialidade, enfatiza esta como tarefa para todos os gestores do SUS e de articulação, tanto das instituições estatais quanto da sociedade, com ênfase nas localidades e suas necessidades e potencialidades.

O quadro 4 apresenta os dados sobre a participação social na atenção à saúde do idoso.

Quadro 4 – A Participação social nas Políticas de Saúde de Idoso – 1999, 2002 e 2006

Título da Norma	Responsabilidades do estado da relação com a sociedade e outras instituições da sociedade civil
Política Nacional de Saúde do Idoso - 1999	<p>Como atribuições dos gestores do SUS estão: “Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS”. A política aponta: “a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais” (BRASL, 1999, p.6).</p> <p>Entende também a política que “prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados” pode ser instrumento de promoção á saúde do idoso (BRASIL,1999, p.9).</p>
Redes Estaduais de Saúde do Idoso - 2002	<p>Na área da Saúde, a Constituição Federal de 1988 define o direito à saúde como direito de todos os brasileiros e dever do Estado, considerando as particularidades relativas à autonomia da pessoa idosa. A observância do cumprimento destes direitos no âmbito da sociedade civil cabe aos Conselhos de Saúde</p>

	<p>locais, municipais e estaduais.</p> <p>Entre as interações sociais, a política busca suporte para atendimento integral á saúde do idoso: “Os idosos atendidos no Hospital-Dia Geriátrico devem ser acompanhados pelo Serviço Social de forma que sua rede de suporte social possa ser identificada e otimizada. Como rede de suporte social se compreende “o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo que o distingue da massa anônima da sociedade” e ainda como “a existência ou o aproveitamento das pessoas de quem podemos depender, para cuidados, afetos valores, etc” (BRASIL, 2002, p.25).</p>
<p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - 2006</p>	<p>Esta política tem como diretriz: “(...) estímulo à participação e fortalecimento do controle social (...) A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização (...) Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade” (BRASIL, 2006,p.7)</p> <p>Portanto, além de estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências, procura promover proteção social básica através da Assistência Social.</p> <p>Vários são os exemplos de estímulo a participação da pessoa idosa explicitados na política.</p> <p>“a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza”;</p> <p>“a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas</p>

	<p>“pessoas na sociedade”;</p> <p>“facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades”;</p> <p>“promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências” (BRASIL,2006,p.9).</p> <p>“Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências” (BRASIL,2006,p.11).</p> <p>“Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população” (BRASIL,2006,p.11).</p> <p>“participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa” (BRASIL,226,p.9).</p>
--	---

Fonte: BRASIL, 1999; BRASIL, 2002; BRASIL 2006.

Os princípios e as políticas públicas criadas no Brasil para a assistência à saúde da população idosa destacam em suas normativas a inclusão e a participação do idoso em todos os segmentos sociais como parte integrante na promoção e prevenção da saúde desta população.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 propõe “Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS”. A política também aponta “a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o

Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais” (BRASL, 1999, p.6). Portanto, estímulo, inserção, participação social, compartilhamento com a família no cuidado, passam a ser usados como instrumento de suporte para atendimento integral à saúde do idoso a partir desta política.

As Redes Estaduais de Saúde do Idoso (2002) procuram em todas as instâncias da assistência dentro dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso a parceria da família, de cuidadores, da sociedade para o amparo social do idoso. Para tanto, dispõe em seu texto: “Os idosos atendidos no Hospital-Dia Geriátrico, devem ser acompanhados pelo Serviço Social de forma que sua rede de suporte social possa ser identificada e otimizada. Como rede de suporte social compreende-se “o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo que o distingue da massa anônima da sociedade” e ainda como “a existência ou o aproveitamento das pessoas de quem podemos depender, para cuidados, afetos valores, etc” (BRASIL, 2002, p.25).

A última política instituída para assistência à saúde do idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), amplia as medidas relacionadas à participação da pessoa idosa. Procura empoderar este cidadão a fim de que ele possa ser condutor de sua saúde e ator principal deste processo. Entres suas diretrizes podemos destacar:

“(…) A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização (...) Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade” (BRASIL, 2006, p.7).

Além disto, estimula a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências, procura promover proteção social básica através da Assistência Social. Percebe-se, conforme exposto, que vários são os exemplos de estímulo a participação da pessoa idosa explicitados na política.

A trajetória destas políticas indica que o Estado não dará conta da integralidade na assistência à saúde dos idosos sem que estes sejam partícipes da

sua construção. Para tanto, institui dentro de suas normativas outros segmentos, seja na construção das políticas públicas, seja no amparo a este cidadão que por sua própria condição mostra-se, em algumas situações, mais vulnerável que os demais na sociedade. Esta parceria, atores estatais e da sociedade, e a atenção para além da doença, mostra a ênfase desta política na promoção da qualidade de vida do idoso, que é associada à capacidade de luta e participação social destes atores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais. Foi no início de 70 que começou a surgir um número significativo de idosos em nossa sociedade, preocupando alguns técnicos da área governamental e do setor privado, o que provocou o despertar dessas pessoas para a questão social do idoso. Os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 destaca que, quando se trata do idoso, o direito à vida engloba não apenas longevidade, mas ao envelhecimento com dignidade, respeito, proteção e inserção social.

Entretanto, o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Porém, esse fenômeno do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento implica, necessariamente, em redirecionamento das políticas públicas, em especial aquelas voltadas para aspectos da saúde da população que envelhece e com a minimização dos custos nos vários setores da sociedade.

Durante a elaboração desta pesquisa, pode-se perceber que desde a criação da primeira política voltada para a saúde dos idosos, a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) houve um grande avanço nas questões de direito da população idosa a assistência á saúde. As diversas propostas na última política instituída, a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa (2006), estão bem delineadas e traçadas. Porém, cabe aos gestores dos serviços governamentais, não só de saúde, e a sociedade debater as prioridades de atenção e fomentar a implantação desta rede de atenção integral.

Percebe-se que o acesso aos serviços de saúde é dificultado para aqueles a quem é destinado, o que por vezes impossibilita a efetivação desta política. O tempo não para, tampouco o crescimento populacional em todos os níveis, com predominância da população idosa. Portanto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que já se fazia necessária, tendo em vista o novo rumo que tomou a saúde pública, focando na integralidade e equidade da atenção à saúde, é atualmente ainda mais premente.

Com este trabalho, aponta-se que, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil. Embora haja diretrizes nas políticas públicas de saúde já instituídas a serem seguidas e muitas discussões já realizadas, a implementação das políticas ainda não foram consolidadas de forma que contemple as necessidades da população idosa. Cabe ao poder público e à sociedade em geral a aplicação dessas políticas com o respeito às diferenças econômicas, sociais e regionais do território nacional e aos analistas e pesquisadores a produção de conhecimento sobre a implementação dessas políticas e seus efeitos.

Acredita-se que existe ainda um abismo entre a lei e a realidade dos idosos no Brasil. As últimas medidas adotadas no cenário político brasileiro referentes a ajustes fiscais implicam em limitação de orçamento pelos próximos vinte anos para a saúde e todos os setores do serviço público. Prevê, também, o aumento da quantidade de anos que o trabalhador deve permanecer na ativa. Estas novas restrições geram, portanto, um cenário de incertezas para as Políticas de Saúde para a população idosa.

Para que a situação modifique, é necessário que as políticas continuem sendo debatidas, reivindicadas e sejam realizadas análises e avaliações sobre os processos de implantação das mesmas em todos os espaços possíveis. Somente a mobilização permanente da sociedade será capaz de proporcionar aos idosos a esperança e uma nova visão sobre o processo de envelhecimento dos cidadãos brasileiros, mostrando que envelhecer com autonomia, independência e garantias de cuidado é um direito de todos.

7 REFERÊNCIAS

- ALONSO, F.R.B. **Envelhecendo com Dignidade: O Direito dos Idosos como o Caminho para a Construção de uma Sociedade para Todas as Idades**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas e Sociais) Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói.
- BATISTA, M.P.P.; ALMEIDA, M.H.M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 200-207, 2011.
- BIRMAN, J. **Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise**. In: Veras, R. **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1995.
- BRAGA, P.M.V. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto do Idoso**. 3. ed. Brasília: Edições Câmara, 2013.
- BRASIL. . Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Brasília, DF, 04 de janeiro de 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Secretaria de Assistência a Saúde. **Redes Estaduais de Atenção a Saude do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.
- CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE-CEPAL. **Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**. Santiago de Chile, 2003.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE- CEPAL. **Segunda Conferência regional intergubernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos**; Brasília, 4 a 6 de dezembro de 2007
- CIELO, P.F.L.D.; VAZ, E.R.C. A Legislação Brasileira e o Idoso. **Revista CEPPG**, n.21, p.33-46, 2009.
- DANTAS e SILVA, F.; SOUZA, A.L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **R. Pol. Públ. São Luís**, v.14, n.1, p. 85-94, 2010.
- GARDNER, P.J. Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em língua inglesa. **Revista Movimento**, v.12, n.2, p.69-62, 2006.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: julho de 2016.

LUCCHESI, P.T.R.; AGUIAR, D.S.; WARGAS, T.; LIMA, L.D. de; MAGALHÃES, R.; MONERAT, G.L. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. São Paulo: Aleph, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006,

OMS – Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento de 1986. Adotada pela Revolução n.º 41/128 da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 4 de dezembro de 1986**.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília, 1948.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Envelhecimento e desenvolvimento em uma sociedade para todas as idades**. Brasília, 2007.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**. Viena, 1982.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento**. Madrid, 2002.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, 1991**. Resolução 46/91 Aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1991.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe**. San José, 2012.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, M.M.L. de. (Org.). **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: FGV; 1998.

PY, L.; PACHECO, J.L.; SÁ, J.L.M. de; GOLDMAN, S.N. **Tempo de Envelhecer-percursos e dimensões psicossociais**; Rio de Janeiro: NAU, 2004.

RIBEIRO, R.N. **A reconstrução da velhice: ações políticas e sociais no mundo e no Brasil**. **REU**, v.37, n.1, p.295-310, 2011.

RODRIGUES, N. da C. Política Nacional do Idoso - Retrospectiva Histórica. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v.3, p.149-158, 2001.

RULLI NETO, A. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. São Paulo: Fiuza, 2003.

SOUSA, A.M.V de. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. São Paulo: Alínea, 2004.