Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

LETÍCIA MONTEIRO

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO NO BRASIL: UMA REFLEXÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

ASSIS/SP
2011

Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO NO BRASIL: UMA REFLEXÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisitado parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientando (a): Letícia Monteiro
Orientador: Prof. Mestre João Henrique dos Santos

ASSIS/SP
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

MONTEIRO, Letícia.

Políticas de saúde para o idoso no Brasil: uma reflexão para a prática de enfermagem / Letícia Monteiro. Fundação Educacional de Assis – FEMA – Assis, 2011.

Nº p. 67

Orientador: Mestre João Henrique dos Santos.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1.Políticas Públicas, 2.Idosos, 3. Enfermagem.

CDD: 610. 73069

Biblioteca da FEMA

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O IDOSO NO BRASIL: UMA REFLEXÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

LETÍCIA MONTEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Mestre João Henrique dos Santos

Analisador (1): _____

ASSIS/SP
2011

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os idosos brasileiros, que contribuíram ou que ainda contribuem na construção de um país mais justo e que, diante das dificuldades não se acovardam e sim, se encorajam. A vocês, todo o meu respeito e admiração. Dedico com todo amor, em especial ao Edgard, meu companheiro, amigo e eterno namorado, pela sua paciência, dedicação e principalmente, por ter acreditado nos meus sonhos. Os meus sonhos, não são só meus.

Ao Antonio Gabriel, João Victor e Enrico, meu futuro e amor pertencem a vocês.

A minha mãe Nely, por sua vida de lutas, sacrifícios e vitórias. A você mãe, meu amor, carinho e afeto. Ao meu pai Antônio (in memorian), que não pôde estar presente nesta jornada, mas se pudesse estar, se orgulharia. Saudades eternas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos do corpo docente de Enfermagem da Instituição, que de maneira incansável contribuíram de alguma forma, sendo ela positiva ou negativa, para a minha transformação e, deste modo influenciaram no meu crescimento como ser humano. Estes anos serão inesquecíveis. A vocês, toda a minha gratidão e carinho. Ao meu orientador professor Ms. João Henrique dos Santos, sua calmaria nos transmite segurança e saber. A você o meu obrigado. Agradeço particularmente, a professora Dra. Elizete Mello da Silva, que enxergou em cada um de nós, uma essência única e que nos depositou toda a sua sabedoria. A você meus sinceros votos de felicidades. Ao professor Esp. Claudinei Aparecido dos Santos, que contribui para a minha formação com todo o seu conhecimento teórico e prático. A você meu encarecido obrigado, levarei comigo todos os seus ensinamentos. Agradeço também, a todos os companheiros de turma, pela construção do saber e pela luta de ideais. Nós somos “a força”. A vocês todos, deposito toda a minha confiança de que serão excelentes profissionais. Cada um de vocês faz parte da minha história.

Deus, obrigada por estar ao meu lado nos momentos difíceis que passei nesta jornada, não me deixando abater, dando-me força, perseverança e persuasão. E vos agradeço, principalmente neste momento de conquista. Sem você seria impossível.

“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”.

Cora Coralina

RESUMO

O envelhecer no Brasil, trouxe um processo de evoluções quanto às políticas públicas voltadas aos idosos. A propositura do governo federal em subsidiar está demanda, favoreceu o idoso de modo efetivo nas ações públicas e trouxe a sociedade como parceira nas suas propostas. Instituídos os meios legais a atender está população, se tornam necessários o cumprimento destes direitos pelos profissionais que atuam nas diferentes áreas públicas. A enfermagem como porta de acesso à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), assume um papel incontestável na viabilização das políticas de saúde aos idosos, de modo a se capacitar para esta realidade.

Palavras chaves: Políticas públicas, Idoso, Enfermagem.

ABSTRACT

The aging in Brazil, a process brought about changes to public policies for the elderly. The commencement of the federal government is subsidizing demand, favored the elderly effectively in public actions and brought the company as a partner in its proposals. Established the legal means to serve this population are needed in the fulfillment of these rights by professionals working in different public areas. Nursing as a gateway to health in the Unified Health System (SUS), assumes an uncontested role in enabling health policy for the elderly, in order to qualify for this reality.

Keywords: Public Policy, Elderly Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

2. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL ..... .12

2.1. O IDOSO COMO TEMA DE DEBATE..... 12

2.2. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO ..... .13

2.3. OS DESAFIOS QUANTO O ENVELHECER..... 15

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DIMENSIONADAS AOS IDOSOS..... 16

3.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS..... .16

3.2. A SAÚDE COMO NECESSIDADE BÁSICA DO IDOSO..... 18

3.3. O IDOSO E A LEGISLAÇÃO..... 19

3.4. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: AO QUE SE REFERE A SAÚDE.19

3.5. ESTATUTO DO IDOSO DO DIREITO À SAÚDE..... 21

3.6. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO. 25

4. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA VIABILIZAÇÃO DAS POLÍTICAS 27

4.1. A ENFERMAGEM E A EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS ..... .27

4.2. A QUALIFICAÇÃO DA ENFERMAGEM AOS IDOSOS ..... .28

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 30

6. REFERÊNCIAS..... 32

7. ANEXOS 35

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é tema de debate em vários países do mundo. O envelhecer, em países em desenvolvimento como o Brasil, desafiam os governantes e a sociedade em relação ao que fazer com a pessoa idosa.

Foram traçadas ao longo do tempo políticas voltadas aos idosos, salientando os direitos dos mesmos, na tentativa de ofertar-lhes maior comodidade e conformidade quanto ao seu novo e velho perfil. A Política Nacional do Idoso (PNI), Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso foram grandes avanços da constituição brasileira direcionada aos idosos, inserindo os mesmos no cenário governamental.

Tais políticas garantem e resgatam os idosos, direitos diferenciados impondo os preceitos e reprimindo preconceitos, trazendo para as pautas de discussão todos os governantes e a população, a contribuírem com esta nova constatação.

As políticas dentro de suas atribuições abordam principalmente a questão da saúde, voltando-se para o Sistema Único de Saúde (SUS), tornando o idoso um referencial dentro de suas diretrizes, assegurando-lhes o que lhe é de direito. Ainda no que se refere à saúde, o profissional da enfermagem contribui diretamente na aplicabilidade destas políticas, valorizando o seu papel diante dos idosos e da sociedade como um todo.

A monografia está exposta em três capítulos: o primeiro capítulo abordamos o envelhecimento populacional; no segundo capítulo foram descritas as políticas voltadas a saúde dos idosos; e no terceiro e último capítulo comentamos o papel da enfermagem na viabilização das políticas.

2 – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

2.1 – O IDOSO COMO TEMA DE DEBATE

Em países em desenvolvimento como o Brasil a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera “idosa”, a pessoa com 60 anos de idade ou mais.

Segundo a Sinopse do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil atualmente soma cerca de 14 milhões de idosos. Em 1991, a população idosa correspondia aproximadamente 4,8% do total da população brasileira, e em 2010, estes números passaram para 7,4% da população total, com isso teve-se um aumento de 2,6%, comparado ao Censo Demográfico de 1991 ao de 2010, afirmando que em cerca de dez anos, a população idosa teve um aumento significativo.

“Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo.” Rodrigues et al, (2007).

De acordo com os autores o envelhecimento populacional é um tema contemporâneo, que traz para debates a propositura de ações adequadas a atender esta faixa etária de modo integral. Visando o bem–estar geral do idoso, proporcionando um envelhecimento saudável.

Com a longevidade, ELIOPOULOS, (2005, p. 30), relata que são muitos os fatores que acompanham o processo de envelhecer e muitas vezes o ser humano ainda jovem, não se prepara para esta possível etapa de sua vida e, com isto, cheguem à velhice sem nenhuma perspectiva de condições favoráveis a está sua nova realidade.

2.2 – TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E AS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

Uma realidade que em meados dos anos 80, KALACHE, et al, (1987), publicaram em seus estudos sobre a contribuição dos avanços científicos e a transição demográfica:

> [...] o aumento atual do número de pessoas idosas em países menos desenvolvidos é decorrente do alto número de nascimentos durante as primeiras décadas deste século, associado a um progressivo decréscimo nas taxas de mortalidades. (KALACHE, et al, 1987).

Avaliando o controle de fecundidade e mortalidade, os autores concluem que a contribuição desta nova sociedade, tem como princípio o controle das taxas de natalidade e mortalidade, deste modo “nascem-se menos”, “morrem-se menos” e “vivem-se mais”.

Passaram cerca de vinte anos e seus estudos tiveram a concretização dos resultados, o brasileiro está vivendo mais com certeza. Viver mais, não é o único desafio. O maior desafio é o de como acomodar este novo perfil de população, visando qualidade.

ELIOPOULOS, (2005, p. 26), afirma tais fatores, na condição de influentes no processo de envelhecimento considerando hereditariedade, nutrição, saúde, experiências de vida, meio em que se vivem, atividades e estresse. O envelhecimento deste modo é um acontecimento exclusivo de cada indivíduo.

Para MARTINS et al, (2007), o processo de envelhecimento é circunstancial, deste modo o envelhecimento saudável não exige grande capacidade funcional do indivíduo:

> Se quantificássemos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida. No entanto, enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade. (MARTINS, et al, 2007).

O entendimento nos revela a pessoa idosa frágil no contexto de organismo, porém este fato não o limita da percepção de suas necessidades básicas para a promoção confortável de qualidade.

Entre os fatores apontados, podemos observar interligações onde se torna óbvio as questões culturais, sociais, econômicas e psíquicas. Há pouco tempo atrás, o idoso sofria com a discriminação social e através desta condição foi necessário instituir regras, para o bem-estar do convívio dos mesmos na sociedade onde vivemos.

Considerando que o idoso é tema central desta discussão, VERAS, (2007), atribui à consolidação do papel do idoso perante a sociedade, deixando no passado a velha práxis que o idoso é um problema para milhares de famílias, e torna sua presença unânime como integrante fundamental de muitas delas não só no que se refere em

constituição de família, mas também como contribuinte na renda familiar. Ressaltando ainda, a ocupação do idoso em vários cenários da sociedade, fazendo valer timidamente seus direitos constitucionais.

2.3 – OS DESAFIOS QUANTO O ENVELHECER

“Envelhecer em um país em desenvolvimento é tarefa bastante árdua...” (GARRIDO, e MENEZES, 2002), os autores referem-se sobre o envelhecimento em um país como o Brasil um desafio, que envolve toda a sociedade. As propostas para que o envelhecimento seja de forma composta, englobando desde assistência biopsicossocial até assistência previdenciária, considerando ainda, que os idosos têm maiores chances de agravos da saúde, considerando a população geral, porém com maior índice de doenças crônicas onde as mesmas são tratáveis e, tendo como objetivo a tentativa de sanar um dos fatores que interfere diretamente na qualidade de vida dos idosos, que é o de ter renda. A tendência é de se viver mais diante de tais propostas e para que isso ocorra, investimentos nesta área devem ser inesgotáveis.

O aumento da expectativa de vida deve ter ótica festiva, porém deve ser comemorada de forma realista. Segundo, VERAS, (2009), há a necessidade de uma organização sólida, como afirma a seguir:

> O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação,
> de cuidado, de auto-satisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde. (VERAS, 2009)

Diante destas informações, torna-se indispensável um olhar mais amplo em relação a este velho e novo perfil da população, aumentando ainda mais a responsabilidade dos governantes sobre o tema.

3 – POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AOS IDOSOS

3.1 – EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

CAMARANO e PASINATO, descrevem algumas das principais ações em nível mundial envolvendo órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), e a nível nacional, este representado pelo Governo Federal, acerca do envelhecimento populacional, reafirmando as propostas a solucionar, e principalmente viabilizar as expectativas desta faixa etária, deste modo, iremos traçar um quadro cronológico para expor a evolução política:

- 1982 - Plano de Viena, Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, teve como foco principal assegurar aos idosos, estabilidade econômica e social, e sua participação no desenvolvimento dos países, abrangendo temas como: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.

- 1988 – Constituição de 1988, assim conhecida, foi a grande evolução da democratização brasileira, firmando constitucionalmente políticas de proteção social aos idosos brasileiros e que o apoio aos idosos é dever da família, sociedade e Estado.

- 1991 – Organização das Nações Unidas (ONU), em Assembléia Geral, adota os seguintes temas favoráveis a contribuir com os idosos: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. Neste mesmo ano, no Brasil, foram aprovados os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social, assegurando renda mínima aos idosos.

- 1992 – Em nova Assembléia Geral, a Organização das Nações Unidas (ONU), aprovam a Proclamação sobre o Envelhecimento, e define o ano de 1999 como o ano Internacional dos Idosos.

- 1993 – Aprovação do Loas (Lei 8.742, de dezembro de 1993), assegurando assistência social aos idoso brasileiros.

- 1994 – Aprovado a Política Nacional do Idoso, no Brasil, consistindo em ações governamentais, com o objetivo de atender as necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas da população idosa.

- 1995 – A Organização das Nações Unidas elaborou o Documento 50/114 da ONU, e abordou no mesmo, quatro temas principais quanto às condições de “sociedade para todas as idades”, sendo elas: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

- 1999 – Ano Internacional do Idoso, dando validade ao que foi elaborado em 1991 e 1992.

- 2000 – Mesmo não mencionando o tema sobre o envelhecimento, a Organização das Nações Unidas (ONU), convocou toda a humanidade à estarem unidos para a resolução das questões sobre a pobreza e direitos humanos, do mundo todo.

- 2002 – Plano de Madri, na segunda Assembléia Mundial, foi instituído um novo plano de ação, com a idealização de medidas normativas, quanto ao envelhecimento populacional. Neste novo plano foram estabelecidos acordos, ao cumprimento da atenção especial designada aos idosos, nos países em desenvolvimento. Este plano foi fundamentado em três princípios básicos:

- Participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável;
- Criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Os pactos estabelecidos pela ONU (Organização das Noções Unidas), aos países em desenvolvimento como o Brasil, colaborou de forma a fortalecer as propostas já previstas. Visto que o compromisso firmado com as Nações Unidas, autenticam a responsabilidade do Estado, no cumprimento das leis.

3.2 - A SAÚDE COMO NECESSIDADE BÁSICA DO IDOSO

Para CAMACHO e COELHO, (2010), as necessidades assistenciais aos idosos, consistem em modificações contínuas:

> O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação as enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro. (CAMACHO e COELHO, 2010).

Deste modo a interação política para o norteamento de seu desempenho é relevante, quanto à organização da prestação dos serviços oferecidos, atentando-se à saúde dos mesmos.

Não descartando todas as necessidades básicas de um indivíduo, principalmente sendo ele idoso, o presente estudo tem um foco voltado para a área da saúde, sendo esta uma das áreas de maior abrangência a colaborar no padrão de

qualidade de vida desta população. Deste modo, o embasamento as políticas voltadas à saúde do idoso na atualidade, são essenciais para a fundamentação desta obra.

3.3 - O IDOSO E A LEGISLAÇÃO

O idoso vem sendo tema central no âmbito constitucional, desde a Constituição de 1988, onde o Plano de Viena, em 1982, (CAMARANO e PASINATO), fez com que países como o Brasil, refletisse quanto a promoção do envelhecimento saudável, e ainda tendo em seu texto a acessibilidade do idoso à saúde, como uma de suas prioridades, mesmo de forma desorganizada o tema em pauta, carecia um olhar cuidadoso do Poder Legislativo e desta forma, assegurando os direitos da pessoa idosa de maneira diferenciada e a partir deste ato histórico da constituição brasileira o direito às prioridades básicas, ganhou um impulso maior garantido e assegurando ao idoso direitos previstos em leis.

3.4. POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: AO QUE SE REFERE À SAÚDE

Segundo ROZANTE, (2007), em 1994 foram assegurados, proteção legal aos idosos através da Lei Federal 8.842/94, com a criação da Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo decreto 1.948/96. Esta, bem mais organizada atribui à dignidade humana a terceira idade, no art. 3° da lei 8.842/94:

> I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
>
> II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
>
> III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
>
> IV – o idoso deve ser principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
>
> V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei. (ROZANTE, 2007, p. 26).

De forma unificada, o Governo Federal não transfere suas responsabilidades à sociedade, no que diz respeito ao acolhimento do idoso de forma integral, e traz toda a sociedade a contribuir e refletir neste processo de integração.

No que ainda, se refere à Política Nacional do Idoso (PNI), voltada à área da saúde, o autor ainda descreve:

> - garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde;
> - prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
> - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
> - elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
> - 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 treinamentos de equipes interprofissionais;
> - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
> - realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

- criar serviços alternativos de saúde para idosos; (ROZANTE, 2007, p. 44).

O trecho citado refere-se aos direitos previstos na Política Nacional do Idoso, abordando principalmente a saúde coletiva e individual no âmbito do Sistema Único de Saúde.

RODRIGUES, et al, (2007), considera a destinação final desta política:

> O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. (RODRIGUES, et al, 2007).

Assim, o favorecimento da reestruturação política está voltado diretamente ao idoso, assegurando-lhe o que lhe é de direito.

“E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, além das regionais”. (RODRIGUES, et al, 2007). Nesse ponto, a discussão sobre tais Leis aponta a união da sociedade ao poder público.

3.5 – ESTATUTO DO IDOSO: DO DIREITO À SAÚDE

O Estatuto do Idoso, Lei nº. 10.741, de 1º de Outubro de 2003, (MARTINEZ, p. 13, 2005), foi um grande avanço diante do tema no que se refere à esfera de Governo Federal, e sua contribuição foi de suma importância colaborando e reforçando o que

já havia sido instituído na Política Nacional do Idoso (PNI), a elaboração de políticas concretas assegurando os direitos da população em questão, traz para a sociedade facilitadores e aprimoramento democrático.

> A aprovação do Estatuto do Idoso representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri. (CAMARANO e PASINATO).

O Estatuto do Idoso têm como principal objetivo, integralizar, dignificar e tornar-se real os direitos humanos desta faixa etária, abrangendo todas as necessidades possíveis de cidadãos e cidadãs, que contribuíram seus melhores anos na construção de um país, de forma intrínseca.

Elaborar e sancionar Leis, nem sempre são suficientes para que sejam cumpridas, com isso gera a necessidade que se façam cumprir e esta responsabilidade, se transfere a todos:

> Apesar de publicado, o cumprimento e o respeito ao Estatuto dependem da cobrança organizada da sociedade civil, com especial destaque ao idoso. É preciso reivindicá-lo em todos os espaços sociais, com participação ativa do idoso pela melhoria de sua própria condição de vida. (RODRIGUES, et al, 2007).

O conhecimento das leis é um dos grandes aliados na execução e cumprimento das mesmas. A falta de conhecimento e informação torna a sociedade suscetível a possíveis injustiças.

Segundo RODRIGUES, et al, (2007), tal Lei estabelecida, como todas as outras, devem ser cumpridas conforme o referido:

> Conforme observado, o Estatuto não apenas acrescenta novos dispositivos ao PNI, mas consolida os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobretudo na proteção ao idoso em situação de risco social. É um documento onde são estabelecidas sanções penais e administrativas para quem descumpra os direitos dos idosos, nele estabelecidos. (RODRIGUES, et al, 2007)

A proposta do Governo Federal em estabelecer medidas legislativas cabíveis, ampliando o tema à interdisciplinaridade tem como atribuição discussões relevantes em torno do cumprimento das leis. Uma vez que o legislativo busca propostas significativas, na mesma velocidade, as execuções das mesmas, deixam a desejar na proporção profissional. Seria bastante absurda a idéia do não cumprimento das leis, sendo elas de tão alto escalão, pois bem, ainda sim, há controvérsias nos termos ao cumprimento das mesmas, acometendo diretamente na qualidade dos serviços prestados a está população.

A consolidação dos direitos dos idosos, tendo o Estatuto como instrumento disciplinador e assegurando-o o que a lei lhe provem, e no que se refere à saúde, o Capítulo IV, Do Direito à Saúde, art. 15, art. 16, art. 17, art. 18 e art. 19, do Estatuto do Idoso, preconiza que:

> CAPÍTULO IV
> DO DIREITO À SAÚDE
> Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, 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.
> § 1.º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:
> I - cadastramento da população idosa em base territorial;
> II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
> III - unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
> IV - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem

> fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
> V - reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.
> § 2.º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.
> § 3.º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.
> § 4.º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.
>
> Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.
> Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
>
> Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.
> Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:
> I - pelo curador, quando o idoso for interditado;
> II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
> III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
> IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.
>
> Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.
>
> Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:
> I - autoridade policial;
> II - Ministério Público;
> III - Conselho Municipal do Idoso;
> IV - Conselho Estadual do Idoso;
> V - Conselho Nacional do Idoso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O dever de promover a saúde aos idosos, torna o tema ainda mais conflitante, no que diz respeito ao dever de cumprir tais políticas, a quem se transfere a responsabilidade da execução das mesmas.

3.6 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

A Portaria nº. 2.528 de 19 de Outubro de 2006, aprova a Política Nacional da Saúde do Idoso, está voltada exclusivamente ao envelhecer. Considerando o idoso uma constante, diante dos desafios governamentais, buscando um plano eficaz na promoção, prevenção, recuperação, integralidade e autonomia dos mesmos.

> A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. È alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Solucionar as questões que atingem diretamente a integralidade do ser idoso é a delinear desta política. Deste modo, a consolidação destas políticas se torna nítidas aos gestores de modo geral.

MARTINS, et al, (2007), consideram as políticas traçadas até o presente momento, instrumentos indispensáveis a solucionar o desafio contemporâneo, que é o de envelhecer em uma sociedade com propostas mais justas.

Segundo o Ministério da Saúde, (2006), o envelhecimento deve ser de forma saudável, garantindo aos cidadãos promoção e prevenção da saúde para que isso ocorra de forma interminável. Contudo as políticas sugerem a atender as necessidades previstas.

Esta política se encontra organizada em diretrizes, considerando a funcionalidade do indivíduo como principal causa de suas limitações, e deste modo gestores e profissionais atuarem firmemente a proporcionar melhorias a esta nova condição.

Seguem as diretrizes fundamentadas a atender as necessidades de saúde dos idosos:

> a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
> b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
> c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
> d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
> e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
> f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
> g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
> h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
> i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As propostas assumem o cumprimento de atender as necessidades de saúde do idoso, abrangendo toda a parte técnica e profissional disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

4 - O PAPEL DA ENFERMAGEM NA VIABILIZAÇÃO DAS POLÍTICAS

4.1 - A ENFERMAGEM E A EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS

RODRIGUES et al, (2007), afirma que o dever do cumprimento dessas Leis, as voltadas à área da saúde, em grande parte, é de responsabilidade da classe de enfermagem:

> Como integrante da área de saúde, a enfermagem possui responsabilidade direta no cumprimento do item relacionado ao direito à saúde. É, também, sua responsabilidade assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe acesso universal e igualitário. (RODRIGUES, et al, 2007).

Contudo, o presente estudo revela a importância da enfermagem na execução das políticas de saúde aos idosos. Considerando que a enfermagem é a porta central ao acesso dos usuários ao SUS, respaldando-os aos direitos constitucionais.

Os serviços de saúde são compostos na maioria das vezes, por equipes de enfermagem que são constituídas por auxiliares, técnicos e enfermeiros, que atuam diretamente na assistência aos cuidados à população, contudo, deste modo à prestação de serviços é qualificada a atender as necessidades e prioridades dos indivíduos.

4.2 – A QUALIFICAÇÃO DA ENFERMAGEM AOS IDOSOS

> [...] assistência de saúde ao idoso exige dos serviços de saúde e, também da equipe de saúde uma qualificação diferenciada, porque são estes profissionais que estão na “linha de frente” do cuidado a esta clientela. (CAMACHO e COELHO, 2010).

CAMACHO e COELHO, (2010), afirmam que as equipes de saúde devem ter uma qualificação diferenciada, no que se trata a atender as necessidades dos idosos, com isto os idosos possam usufruir de uma assistência de qualidade. O fato de haver uma visão holística por estes profissionais, os mesmos, devem estar preparados a lidar com as mais variadas situações e agravos que acometem esta faixa etária.

O papel do enfermeiro vai muito além da assistência aos cuidados, no que se refere à saúde do idoso:

> Para desempenhar devidamente suas atribuições, o enfermeiro precisa se capacitar. Entre suas atividades de capacitação ele deve incluir o cuidado ao idoso. Deve, também, assegurar à equipe treinamento e conhecimentos sobre as necessidades da pessoa idosa e a melhor forma de assisti-la e ainda relacionar-se e orientar cuidadores familiares. (RODRIGUES, et al, 2007).

Em contrapartida o papel do enfermeiro, refere-se também ao papel de educador, orientador, disciplinador e facilitador, focando equipe e população.

MATUMOTO, et al, (2001) em uma de suas publicações, constatou a importância da enfermagem na integralização de equipes, visando beneficiar seus assistidos:

> A enfermagem, tendo o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, manifesta potência para transitar em diferentes campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, ou melhor, tendo como foco a pessoa a quem cuidará, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade. (MATUMOTO, et al, 2001).

As propostas conduzidas pelos enfermeiros, viabilizam quaisquer planos de atenção e cuidados, efetivando suas atividades, proporcionando qualidade, esta fundamentada no conhecimento científico e tecnológico, e não deixando de lado as relações interpessoais.

Veras, (2009), relaciona uma proposta semelhante à equipe em relação à assistência do idoso:

> [...], um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos. (VERAS, 2009).

Deste modo, qualquer política de saúde do idoso efetiva exigem dos profissionais um empenho maior, com a finalidade de atender as necessidades desta faixa etária, atentando para medidas eficazes através da educação, prevenção, promoção e reabilitação. Considerando ainda, a educação continuada e permanente à todos os níveis de atenção à saúde, sendo ela primária, secundária ou terciária.

MARZIALE, (2005), refere-se quanto à capacitação dos profissionais de enfermagem uma questão indiscutível o fato da capacitação destes profissionais, considerando que estes profissionais em quanto formados são qualificados, mas não capacitados à atuarem em determinadas funções voltadas aos idosos, deste modo incluir em suas capacitações a gerontologia e a geriatria.

“A enfermagem gerontológica possibilita o desenvolvimento qualificado da atenção à saúde do idoso”, (MONTANHOLI, et al, 2006), a questão de incluir a gerontologia e a geriatria, nas capacitações dos profissionais de saúde, estão descritas na Política Nacional do Idoso, contribuindo e assegurando aos idosos recursos humanos assistenciais adequados.

A enfermagem deve corresponder às expectativas dos idosos em todos os contextos, adequando o conhecimento científico as suas práticas.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional brasileiro é um desafio para os governantes, de maneira a atender todas as necessidades desta faixa etária, devido sua complexidade. O ser idoso não sofre apenas com sua fragilidade funcional, mas sofre também com a lentidão a garantir-lhes seus direitos constitucionais. A elaboração de políticas aos idosos brasileiros, objetivando estratégias a assegurar-lhes os direitos, fazem do Brasil um exemplo a ser seguido mundialmente.

Estas políticas abordam todos os fatores para a subsistência das pessoas idosas sendo elas sociais, econômicas, saúde, nutricionais e lazer, deste modo, se as mesmas fossem aplicadas adequadamente, os indivíduos brasileiros alcançariam o tão sonhado envelhecimento saudável. O envelhecer com qualidade que é o grande desafio. As políticas estão sancionadas como prevê a constituição, porém existem questões quanto à prática das mesmas, que necessariamente exigem várias competências profissionais.

No que se referem à saúde, nossos estudos apontam para as práticas dos profissionais da enfermagem, trazendo o tema para uma reflexão, quanto as suas práticas e sua adequação. Os profissionais da enfermagem são qualificados a atenderem as necessidades básicas dos indivíduos, e, devido a este fato, assistir a demanda de idosos, depende de conhecimento específico, e tem por finalidade a de prestar uma assistência diferenciada e com qualidade.

Subsidiar este novo perfil populacional exige da classe de enfermagem uma capacitação concentrada, a compreender as necessidades desta população, considerando todas as limitações, condições de vida, famílias, fatores de risco e doenças destes indivíduos. As especialidades como a gerontologia e a geriatria, visam capacitar estes profissionais quanto à especificidade desta população.

Nesta perspectiva, nossos estudos apontam para os investimentos dos governantes e gestores, nesta classe profissional e a contribuição da sociedade, tendo como retorno a resolução quanto ao envelhecer com saúde.

6 - REFERÊNCIAS

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal, COELHO, Maria José. **Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática**. Rev. Brasileira de Enfermagem, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/17 > . Acesso em: 05 mar. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia, PASINATO, Maria Tereza. **O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.** Disponível em**:** < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2011.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª ed. trad. Aparecida Yoshie Yoshitome e Ana Thorell, Porto Alegre, Artmed, 2005.

GARRIDO, Regiane, MENEZES, Paulo R,. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica.** Rev. Bras. Psiquiatr, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbp/u24s1/8849.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Sinopse Censo Demográfico**, 2010. Acesso em: < http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/ >. Acesso em: 21 jun. 2011.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Comentários ao Estatuto do Idoso**. 2ªed., São Paulo, editora LTR, 2005.

MARTINNS, Josiane de Jesus, SCHIER, Jordelina, ERDMANN, Alocoque Lorenzini, ALBURQUERQUE, Gelson Luiz. **Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso.** Rev. Bras. De Geriatria e Gerontologia, 2007. Disponível em: < http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809982320070003000 09&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 22 ago. 2011.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem**. Rev. Latino – am Enfermagem, 2003. Disponível em: < http: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a01.pdf >. Acesso em: 22 ago. 2011.

MATUMOTO, Silvia, MISHIMA, Silvana Martins, PINTO, Ione Carvalho. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2001000100025&script=sci_arttext >. Acesso em: 21 jun. 2011.

Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº. 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. A política nacional de saúde da pessoa idosa**, 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2011.

MONTONHOLI, Liciane Langona, TAVARES, Darlene Mara dos Santos, OLIVEIRA, Gabriela Ribeiro, SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. **Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de Minas Gerais**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400015 >. Acesso em: 15 ago. 2011.

Presidência da República**,** Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Política nacional do idoso.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm >. Acesso em: 21 jun. 2011.

Presidência da República**,** Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Estatuto do idoso.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm >. Acesso em: 21 jun. 2011.

RAMOS, Luiz Roberto, Veras, Renato P., KALACHE, Alexandre**. Envelhecimento populacional uma realidade brasileira**, Rev. Saúde Pub., 1987. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2011.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani, KUSUMOTA, Luciana, MARQUES, Sueli, FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho, Cruz, Idiane Rosset, CELMIRA, Lange. **Política pública de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf >. Acesso em: 15 de ago. 2011.

ROZANTE, Robson. **As inovações trazidas pelo Estatuto do Idoso e sua característica disciplinar.** 2007, 59 p, trabalho de conclusão do curso de Direito, Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, São Paulo, Assis, 2007.

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev. Saúde Pública, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009005000025&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 21 jun. 2011.

VERAS, Renato. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNDA: demandas e desafios contemporâneos. Introdução.** Cad. Saúde Pública, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf > . Acesso em: 05 mar. 2011.

7 - ANEXOS

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Mensagem de veto

Vigência

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I
Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei 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.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

TÍTULO II
Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO IV
Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, 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.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

~~Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:~~

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: (Redação dada pela Lei nº 12.461, de 2011)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

§ 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no **caput** deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.

Regulamento
Mensagem de veto

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências..

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

CAPÍTULO I
Da Finalidade

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO II
Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I
Dos Princípios

Art. 3° A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

SEÇÃO II
Das Diretrizes

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III - 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;

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III
Da Organização e Gestão

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 6º Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

~~Art. 7º Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.~~

Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (Redação dada pelo Lei nº 10.741, de 2003)

Art. 8º À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

IV - (Vetado;)

V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Art. 9º (Vetado.)

Parágrafo único. (Vetado.)

CAPÍTULO IV
Das Ações Governamentais

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

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;

II - na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

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 Sistema Único de Saúde;

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, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III - na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

IV - na área de trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V - na área de habitação e urbanismo:

a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;

b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V
Do Conselho Nacional

Art. 11. (Vetado.)

Art. 12. (Vetado.)

Art. 13. (Vetado.)

Art. 14. (Vetado.)

Art. 15. (Vetado.)

Art. 16. (Vetado.)

Art. 17. (Vetado.)

Art. 18. (Vetado.)

CAPÍTULO VI
Das Disposições Gerais

Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 4 de janeiro de 1994, 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO
Leonor Barreto Franco

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 5.1.1994

PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.
Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;
Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria n° 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999;

Considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; e
Considerando a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de
outubro de 2006 e a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do
Memorando nº 500/SE/CNS/ 2006,
R E S O L V E:
Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo a esta Portaria e dela são parte integrante.
Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem
com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus
programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.
Art.3º Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que
o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril
de 2002, e n° 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e
implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes
estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.
Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, publicada no Diário
Oficial da União nº 237-E, de 13 de dezembro de 1999, página 20, seção 1.
JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA
ANEXO
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
INTRODUÇÃO
No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição
de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de
promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das
diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs
sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências
intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB),

editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos
táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.
A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a eqüidade e
o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade
para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar
a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF),
tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante
para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à
vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais
programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).
Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que80
envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e
participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do
SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).
Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual
determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a
elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que
pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais
necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.
Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde
do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de
responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de
operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em
Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).
Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do

Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras,
principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de
envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e
individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de
Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;

b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

c) o conhecimento atual da Ciência;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e
independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e
na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento
saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como: a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de
suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta
hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do
Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se
estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção
básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à
Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5

milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde maternoinfantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante conseqüência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível 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 pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e
de Gênero Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que
produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como
definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que
tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).
Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a
proporção da população "mais idosa", ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando,
alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também
está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da
população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no
grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano
et al, 2004).
O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinqüenta e cinco por cento da população
idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto
mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al,
2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).
Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas
sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos
idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato,
2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em
2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório "V Caravana
Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil". De
acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa
0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em

conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência.

Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003).

Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003). 2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma

pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003).

No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002).

Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

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 (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório
Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir
disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos
de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo
mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos
devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas
as fases da vida (OMS, 2002).
Com a perspectiva de ampliar o conceito de "envelhecimento saudável", a Organização Mundial
da Saúde propõe "Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde" (2005), ressaltando que o governo, as
organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem
a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. 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, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e
mental ao longo do curso da vida.
Aproveitar todas as oportunidades para:
a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
c) valorizar e respeitar a velhice; d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
g) 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;
h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e
os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
i) 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;

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos
os níveis de atenção;
l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da
saúde mental da pessoa idosa;
m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que
envelhecimento não é sinônimo de doença;
q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para
toda a população, em especial para a população idosa;
r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;
s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

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 - infra-estrutura física adequada, insumos e
pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.
Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores
municipais e estaduais do SUS, para que haja a 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. Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e

aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.
Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa:
reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.
A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.
Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.
O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações

advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível 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.

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 comporão 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 freqüência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – 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.
Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar
como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e
sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.
De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas 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. Estarão incluídas nessas
ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.
Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado
a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a
independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.
Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o
enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde
e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da 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.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas
de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da
atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base
as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao
indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção
domiciliar inclusive medicamentos;
b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;
c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;
d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de
saúde, gestores e usuários do SUS;
e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e
f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o
atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a
esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

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.
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.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:
a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;
c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando
as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos
conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;
d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;
e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em
atenção à saúde da pessoa idosa; e
f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na
Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de
informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da
Pessoa Idosa
Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das
experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa
idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.
3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas
Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras,
associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:
a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa
existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa
realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;
d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em
envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de
saúde sobre a saúde da pessoa idosa;
f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa
no SUS; e
g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população
idosa brasileira.
4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS
Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política
Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
4.1. Gestor Federal
a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de
governo;
c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;
d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das

ações;
e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;
f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa
idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.
4.2. Gestor Estadual
a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de
governo;
c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu
âmbito; e
j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.
4.3. Gestor Municipal:
a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de
governo;
c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho
Municipal de Saúde.
5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL
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. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da
sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o
Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas
competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a
desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a
pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;

b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;

c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de
ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de
referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a
capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal
de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e

d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às
doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo,
na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e

b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de
saúde;

b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco
social da população idosa brasileira;

c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa

sob risco social;
d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e
utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;
e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;
g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos,
principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;
i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no
Decreto nº 1948/96;
j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas
circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e
social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social
especial;
k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, eqüidade, descentralização e
municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à
informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;
e
l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.
5.4. Trabalho e Emprego:
a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria
nos setores público e privado;
b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação
de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e
c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho,
identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.
5.5. Desenvolvimento Urbano:
a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas
habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.
5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos
ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em
conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.
5.7. Justiça e Direitos Humanos:
a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o
acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº
1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.
5.8. Esporte e Lazer
a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.
5.9.Ciência e Tecnologia:
fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo
à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes
propostas nesta Política.
6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO
A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o
seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se
fizerem necessárias.
Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos,
capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que
resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos
internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.
É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado,
sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos
diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.
Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a
repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde
da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Artigo 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no
estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser
observado, ainda, se:
a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa; b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo
desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e
c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e
facilitada.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELTRÃO K. I., CAMARANO A A, KANSO S. Dinâmica populacional brasileira na virada do
século XX. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034).
BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. –1. ed., 2ª reimpr. – Brasília:
Ministério da Saúde, 2003.
BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 1395, de 9 de dezembro de
1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da]
República Federativa do Brasil, Brasília, n° 237-E, pp. 20-24,., seção 1, 13 dez 1999.
BRASIL, 1994 . Política Nacional do Idoso
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
CALDAS C.P. Envelhecimento com dependência. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19,
n.3, p. 700-701, Mai/Jun, 2003.
CAMARANO A A & PASINATO M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas
públicas. In: CAMARANO, A A (org). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?, Rio de
Janeiro, IPEA, 2004
CAMARANO ET al, 1999 . Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A A (org). Muito além dos
60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro, IPEA, 1999
CAMARANO, A A (org). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?, Rio de Janeiro, IPEA, 2004,
604p.
CARVALHO J.A.M. & GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque

demográfico. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733.
CIF, WHO, 2003. Towards a common language for functioning, disability and health. http://www.who.int/classification/icf Consultado em 24 de novembro de 2004
DATASUS (Departamento do Informática do SUS), 1997. Sistema de Informações sobre Mortalidade;
1994-96. CD-ROM, Brasília: Ministério da Saúde.
DUARTE Y. A O, 2003. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: (Lebrão M. L. & DUARTE
Y. A O - orgs.) SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São
Paulo: uma abordagem inicial, Editora OPAS, Brasília – DF, p. 185-200. FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study
(BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community.
Cadernos de Saúde Pública; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.
FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. 2002, Recent trends in disability and functioning
among older adults in the United States – a systematic review. JAMA; 288: 3137-3146.
FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de
Pesquisas, 2000. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção
da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000. Rio de
Janeiro: IBGE.
FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de
Pesquisas, 2002. Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
GIACOMIN K. C. et al. 2004. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos
fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública,
Área de concentração em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
GIACOMIN K. C., SARTINI C. M., MATOS S. G. 2005 , Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na
rede SUS-BH. Pensar BH / Política Social, nº13, suplemento p. 3-9.
GIACOMIN, K. C., UCHÔA, E., FIRMO, J. O. A. et al. 2005, Projeto Bambuí: um estudo de base
populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde
Pública, vol.21, no.1, p.80-91.
HÉBERT R. La perte d'autonomie. Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie, v. 3, p. 33-40, Jan/Fév., 2003.
IEZZONI L. I., 2002. Using administrative data to study persons with disabilities. The Milbank
Quaterly, 80 (2): 347 – 379.

KALACHE A & KICKBUSCH I. 1997. Mechanisms of Ageing. In: Epidemiology in Old Age.
EBRAHIM S. & KALACHE A (orgs.) Londres: BMJ Publishing Group.
LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3,
p. 745-757, Mai/Jun. 2003.
LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. Cadernos de Saúde
Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a. LIMA-COSTA M. F. F. 2004, A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um
estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e
Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 132p.
LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo
da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS, v. 9, n.1, p. 23-
41, 2000.
LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003 Redefining the role of public health in disability. Annu. Rev. Public
Health. 24:195–208.
MS. Redes estaduais de atenção à saúde do idosos. Guia operacional e potarias relacionadas. Série A,
Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos)
NAÇÕES UNIDAS. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, Espanha, 2002
(Resolución 57/167).
NÉRI A. L.; SOMMERHALDER C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: (Néri
AL, Org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. São Paulo:
Editora Alínea, 2002, Cap. 1, p. 9-63.
PEOPLE HEALTHY. 2000. Disponível em www.health.gov/healthypeople
RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: Tratado de Geriatria e Gerontologia,
Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.
ROSA T. E. C. et al., 2003. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde
Pública, 37(1): 40-48.
ROWE JW, KAHN RL. Successful aging [comments]. Gerontologist 1997; 37:433-40.
SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In:
CAMARANO, A A (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro, IPEA, 1999
UCHÔA E.; FIRMO J. O. A. ; LIMA-COSTA M. F. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e

construção cultural. In: M.C.S. Minayo e C.E.A. Coimbra Jr. (Org). Antropologia, Saúde e Envelhecimento, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, Cap. 1, p.25-50.
VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. Soc Sci Med. 1994; 38: 1-14.
WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Internacional classification of functioning disability and
health (ICIDH-2) Geneva, 2001.
WHO – Active ageing: a policy framework. WHO 7 NMH 7 NPH 7 02.8, 60p.
WORLDBANK, 2005. Disability and the Fight Against Poverty. Development OUTREACH is a flagship
magazine in the field of global knowledge for development SPECIAL REPORT - July 2005: http://www1.worldbank.org/devoutreach/index.asp Consultado em 10 de agosto de 2005.