

# Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso

## Aging and legal basis of health care of the elderly

Danielle Teles da Cruz<sup>1</sup>, Vanusa Caiafa Caetano<sup>2</sup>, Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>3</sup>

### Resumo

O artigo objetivou uma revisão crítica sobre as bases legais da atenção à saúde do idoso no cenário nacional, bem como trazer reflexões sobre fundamentos teóricos sobre o envelhecimento populacional, que se configura como um dos grandes desafios da Saúde Pública contemporânea, e suas implicações no campo da saúde. Foram apontados aspectos relevantes do processo de transição demográfica e epidemiológica e sua relação com o aumento da demanda por serviços sociais e de saúde. Foram traçados alguns marcos importantes da trajetória da saúde do idoso no sistema público de saúde e a evolução dessas principais políticas. Com base nesta análise, podemos verificar que houve um atraso com relação à priorização da atenção à saúde do idoso e à importância do impacto do envelhecimento populacional no sistema público de Saúde, o que gera atualmente a necessidade de mudanças de caráter urgencial dos modelos assistenciais em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Idoso, envelhecimento da população, saúde do idoso

### Abstract

The article aimed a critical review of the legal basis of health care for the elderly on the national scene, and to bring theoretical reflections on the aging of the population, which constitutes one of the greatest challenges of contemporary Public Health, and their implications in the health field. Relevant aspects of the process of demographic and epidemiological transition and its relation to the increased demand for social services and health were pointed out. Some marks were traced in the trajectory of health of the elderly in the public health system and the evolution of these main policies. Based on this analysis, we found that there was a delay with respect to the prioritization of health care for the elderly and the importance of the impact of aging in the public health system, which currently generates the need for urgent changes in the care models, consistent with principles and guidelines of the Single Health System (SUS, acronyms in Portuguese).

**Key words:** Aged, demographic aging, health of the elderly

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig). End.: Rua Benjamin Constant, 589, apto. 201 – Centro – CEP: 36013-050 – Juiz de Fora (MG) – E-mail: danitacruz@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutoranda em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da UFJF; Professora Assistente II do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da UFJF.

<sup>3</sup> Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF.

## ■ Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso todo o indivíduo de 60 anos ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, esse limite é de 65 anos (WHO, 1984). Seguindo o mesmo critério de idade cronológica, o Estatuto do Idoso no Brasil define a população idosa como aquela com 60 anos ou mais.

No Brasil, em 1960, o número de idosos era cerca de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975 e, em 2008, eram 21 milhões (IBGE, 2009; Veras, 2009). Nesse ano, havia 9,4 milhões de pessoas com 70 anos ou mais no país, representando 4,9% da população brasileira total. Estima-se que em 2020 o número de idosos poderá exceder a 30 milhões de pessoas no país, o que representará 13,6% da população total. Isso fará com que o Brasil ocupe a sexta colocação entre os países com maior número de idosos (Carvalho e Garcia, 2003).

A síntese de indicadores sociais de 2009, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta que, no período compreendido entre 1998 e 2008, a proporção de idosos aumentou de 8,8 para 11,1%. O crescimento da população idosa em grupos de idade também foi expressivo – o grupo etário de 80 anos ou mais superou os outros, chegando a quase 70% ou cerca de 3 milhões de pessoas (IBGE, 2009). Outro dado relevante do IBGE refere-se à região Sudeste – aproximadamente 9,4 milhões de pessoas idosas estão concentradas nessa região (IBGE, 2008).

O envelhecimento populacional configura-se atualmente como uma realidade da maioria das sociedades e abarca as mudanças na estrutura etária de uma dada população, produzidas pelo aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade definidora do início da velhice, o que dependerá de cada sociedade (Carvalho e Garcia, 2003). Tal processo relaciona-se a uma redução no número de crianças e um aumento na proporção de pessoas idosas. Esse cenário, no qual é verificado um elevado número de indivíduos idosos, é resultado das transições demográficas e epidemiológicas (Carvalho e Garcia, 2003; Moreira *et al.*, 2005).

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado mundialmente e, no caso do Brasil, as mudanças ocorrem de forma acelerada e radical, o que acaba por configurar esse crescimento como um dos grandes desafios da Saúde Pública contemporânea (Brito, 2008; Chaimowicz, 1997; Ramos *et al.*, 1987; Rodrigues *et al.*, 2009; Veras, 2009). Segundo Veras (2009), anualmente são adicionados 650 mil idosos à população brasileira, sendo que grande parte destes apresentam doenças crônicas e algumas limitações funcionais. Assim, verifica-se no Brasil um cenário típico de países longevos, caracterizado por um número elevado de enfermidades crônicas, complexas e onerosas, no qual as doenças podem

ser múltiplas e perdurar por anos, demandando cuidados de saúde constantes.

Pontes *et al.* (2009, p. 131) definem “envelhecimento da população ou envelhecimento demográfico como o acúmulo progressivo de maiores contingentes populacionais nas faixas etárias mais avançadas”. A análise demográfica aponta alguns fatores envolvidos nesse processo: queda das taxas de fecundidade e natalidade atreladas à queda da mortalidade geral e da mortalidade infantil, com o conseqüente aumento da expectativa de vida (Carvalho e Garcia, 2003; Pontes *et al.*, 2009).

Dessa forma, torna-se necessária a compreensão dos processos de transição demográfica e epidemiológica para o entendimento do processo de envelhecimento populacional e suas implicações no contexto legal da atenção à saúde do idoso.

## ■ Referencial teórico

### Transição demográfica

A transição demográfica no Brasil é resultante da combinação de variáveis estritamente demográficas com as profundas alterações sociais e culturais ocorridas, que simultaneamente configuram-se como causa e consequência. Pode ser considerada como um dos fenômenos sociais mais significativos para a economia e para a sociedade brasileira desde a segunda metade do século passado, sendo permeada pelo contexto histórico no qual ela está inserida (Brito, 2008).

Para Paschoal, Franco e Salles (2007), a expressão “transição demográfica” reporta ao processo progressivo pelo qual uma dada sociedade passa de uma situação em que são verificadas altas taxas de fecundidade e mortalidade para uma situação de baixas taxas de tais indicadores. Observam-se, então, mudanças na estrutura etária e conseqüente alteração na pirâmide populacional, em virtude do aumento absoluto e relativo das populações adultas e idosas.

No Brasil, o padrão demográfico atual é caracterizado por progressivas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, alteração da estrutura etária, crescente aumento da proporção de idosos e inversão na distribuição da população nas áreas urbanas e rurais (Brito, 2008; Paes-Souza, 2002).

No século passado, até a década de 1940, verificavam-se no Brasil baixas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade, o que repercutia em estabilidade etária da população do país. No período seguinte, que se estendeu até 1970, ocorreu um rápido declínio das taxas de mortalidade, fruto das políticas urbanas de Saúde Pública e do desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública de saúde (Chaimowicz, 1997). O resultado das menores taxas de mortalidade aliadas às elevadas taxas de fecundidade foi o crescimento vegetativo

da população brasileira, período conhecido como explosão demográfica. Alia-se a esse processo a urbanização vivenciada a partir de 1940, que tem associação direta com as quedas das taxas de mortalidade e com a posterior queda de fecundidade, experimentada no começo da década de 1970 (Carvalho e Garcia, 2003; Paes-Souza, 2002).

No final da década de 1960 em diante, houve um declínio da taxa de fecundidade total. Essa considerável diminuição é reflexo da adoção expressiva da esterilização feminina, uso de contraceptivos orais e, possivelmente, dos abortos ilegais (Paes-Souza, 2002). A consolidação desse declínio da taxa de fecundidade encontra-se associada também ao crescimento da sociedade de consumo e da seguridade social, à progressiva incorporação da mulher à força de trabalho, ao processo de urbanização, ao desenvolvimento dos meios de comunicação e aos altos níveis de medicalização da sociedade. Esses aspectos em conjunto provocaram mudanças no que era visto como padrão de família ideal e acabou interferindo no padrão reprodutivo de toda a população (Carvalho e Garcia, 2003; Paes-Souza, 2002; Veras, 1988).

Ao começar o declínio das taxas de fecundidade, tem início o processo de envelhecimento populacional. Verifica-se, então, a diminuição do ritmo de crescimento anual do número de nascimentos, o que acarreta um contínuo estreitamento da base da pirâmide etária. O processo de envelhecimento da população continuará até que cesse totalmente os efeitos diretos e indiretos da alta fecundidade do passado na estrutura etária. Isso se dá independentemente da diminuição do declínio da fecundidade no Brasil, fato pouco provável para os próximos anos (Carvalho e Garcia, 2003).

Os avanços na área da saúde e aumento da qualidade de vida contribuíram para o aumento da expectativa de vida do brasileiro. Comparado com décadas passadas, houve elevação dos níveis de higiene, melhora das condições sanitárias, ambientais e nutricionais, que repercutem em melhor nível de qualidade de vida (Chaimowicz, 1997; Veras, 2003). A Síntese de Indicadores Sociais 2008 do IBGE aponta que a expectativa de vida do brasileiro ao nascer em 2007 foi de 72,7 anos, um crescimento de mais de 3 anos na última década. Em 1997, esse mesmo indicador era de 69,3 anos.

Além do aumento da expectativa de vida, a Síntese de Indicadores Sociais 2008 do IBGE (2008) registra uma queda na mortalidade da população de 6,6/1.000 para 6,23/1.000 nos últimos 10 anos. Esse declínio da taxa de mortalidade, aliada à melhora da expectativa de vida, foi responsável por um aumento considerável dos indivíduos maiores de 60 anos, que representam mais de 10% da população brasileira. O aumento dessa faixa etária, registrado na última década, foi de 47,8%, ao passo que o crescimento da população brasileira no

mesmo período foi de 21,6%. Outro aspecto que merece ser reportado é o declínio da taxa de fecundidade verificado ao longo dos anos no Brasil — em 2008, foi de 1,89 filho por ano contra 2,43 em 1998 (IBGE, 2009).

Conforme relatado por Veras (1988), a mudança demográfica do padrão do país é um processo dinâmico e, para haver um envelhecimento populacional, é necessário, sumariamente, o nascimento de muitas crianças, que devem sobreviver até idades avançadas e, concomitantemente ao período em que assumirão idade adulta e/ou idosa, haja declínio do número de nascimentos. Dessa forma, decresce a entrada de jovens e a proporção dos indivíduos adultos e idosos na população ascende.

Essas mudanças no perfil etário e de morbimortalidade da população estão vinculadas aos processos de transição demográfica e epidemiológica, sendo as origens dessas transições permeadas por aspectos socioeconômicos, como o processo de urbanização e industrialização, os enormes avanços científico-tecnológicos e as melhores condições de vida. Cabe salientar ainda que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, e estes podem ser fator causal ou resultado um do outro, ao mesmo tempo em que se complementam (Chaimowicz, 1997).

### Transição epidemiológica

O conceito de transição epidemiológica abarca as modificações, que ocorrem em longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que acometem uma dada população e, frequentemente, acontecem em conjunto com outras alterações demográficas, sociais e econômicas (Chaimowicz, 1997; Schramm *et al.*, 2004).

O processo de transição epidemiológica pode ser descrito em três mudanças básicas: 1) substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, como causas primeiras de morte; 2) deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; 3) alteração de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade passa a ser dominante (Chaimowicz, 1997; Schramm *et al.*, 2004).

De forma geral, a diminuição inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas, com tendência a beneficiar grupos mais jovens. Esses indivíduos passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, ao passo que aumenta o número de idosos e a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações e consequências de uma determinada condição de saúde. O perfil de saúde da população é alterado, passa de um estado em que havia o predomínio de doenças agudas para outro em que são dominantes as doenças crônicas e suas

complicações, que podem resultar em ampla utilização dos serviços de saúde (Chaimowicz, 1997; Schramm *et al.*, 2004; Pontes *et al.*, 2009).

A análise do contexto brasileiro indica que a transição epidemiológica não tem seguido o mesmo caminho experimentado pela maioria dos países industrializados centrais do capitalismo e mesmo por alguns países latino-americanos, como Cuba, Chile e Costa-Rica. Verifica-se que não há um período de transição delimitado, de forma estanque, dos contextos epidemiológicos no decorrer do tempo, mas uma superposição entre as etapas nas quais predominam doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; reintrodução de algumas doenças como dengue e cólera; persistência ou recrudescimento de outras, como malária, tuberculose e hanseníase (Chaimowicz, 1997; Pontes *et al.*, 2009; Schramm *et al.*, 2004).

Essas importantes características apontam para uma natureza não uni-direcional da transição epidemiológica, denominada contra-transição; o processo não apresenta uma resolução clara, repercutindo em um perfil de morbimortalidade elevado para ambos os grupos etários, configurando-se em transição prolongada; além disso, as situações de diferentes regiões dentro do país são contrastantes e conflitantes (Chaimowicz, 1997; Paes-Souza, 2002; Pontes *et al.*, 2009; Schramm *et al.*, 2004).

O envelhecimento da população verificado no Brasil após 1960 merece destaque dentro dessa perspectiva, pois impôs à sociedade uma alta demanda por serviços de saúde e sociais (Carvalho e Garcia, 2003; Moreira *et al.*, 2005; Veras, 2003). O Estado até então estava direcionado para o estabelecimento do controle das doenças transmissíveis e redução da mortalidade infantil, não sendo capaz de desenvolver e aplicar estratégias, em curto prazo, para a prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, o que acabou gerando uma perda de autonomia e qualidade de vida (Chaimowicz, 1997; Pontes *et al.*, 2009; Schramm *et al.*, 2004).

Diante do presente contexto, um indicador de saúde importante é o DALY (*Disability – adjusted life of years* – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), que procura mensurar simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura (YLL, *Years of life lost* – anos de vida perdidos por morte prematura) ou por incapacidade (YLD, *Years lived with disability* – anos de vida vividos com incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado foi o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres) (Schramm *et al.*, 2004).

A utilização desse indicador permite a identificação de prioridades em função do perfil epidemiológico, facilitando

a tomada de decisões e destinação adequada de recursos por parte dos órgãos competentes. Permite, assim, a incorporação da lógica e da racionalidade no uso de recursos destinados à saúde da população (Schramm *et al.*, 2004).

Schramm *et al.* (2004), em estudo sobre a transição epidemiológica e a carga da doença no Brasil, verificaram que, em 1998, o DALY, por 1.000 habitantes em ambos os sexos, foi de 66,3% para o grupo das doenças não-transmissíveis. A partir da análise desse dado, torna-se perceptível o panorama da transição epidemiológica pela qual passa o Brasil, o perfil de saúde da população e, conseqüentemente, o impacto da doença sobre as famílias, o sistema de saúde e a qualidade de vida.

Como pode ser visto, o perfil de mudança demográfica tem uma correspondência com o processo de transição epidemiológica, que repercute em um importante aumento da demanda por serviços sociais e de saúde. O aumento dos agravos crônicos-degenerativos, que atingem principalmente a população idosa, implica tratamentos e intervenções, frequentemente de maior duração e complexidade e elevado custo (Piccini *et al.*, 2006; Schramm *et al.*, 2004).

As estratégias de prevenção e promoção da saúde — que consideram o perfil de saúde da população, o contexto social e o meio ambiente em que os indivíduos estão inseridos — quando implementadas podem reduzir significativamente a morbimortalidade oriundas das condições de saúde não transmissíveis (Litvoc e Brito, 2004; Schramm *et al.*, 2004).

### ■ Bases legais da atenção à saúde do idoso

O crescimento da população idosa ocasiona uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares. Assim, o aumento progressivo dos idosos pode levar ao estrangulamento das fontes de financiamento e altos gastos no atendimento à saúde. Seguindo essa perspectiva, diversos determinantes demográficos, culturais, sociais e econômicos imbricam na relevância da questão do idoso para toda sociedade (Piccini *et al.*, 2006; Veras e Caldas, 2004; Veras, 2009).

Todo esse processo repercute em necessidade de reestruturação de um modelo assistencial que contemple a saúde do idoso de forma integral e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Emerge, então, a elaboração de novas concepções da assistência à saúde do idoso, abrangendo a diversidade das condições de saúde dessa população e considerando ao mesmo tempo suas características e peculiaridades (Bezerra *et al.*, 2005; Lourenço *et al.*, 2005; Veras, 2009).

Assim, as políticas públicas que possibilitam a assistência integral à saúde do idoso e as políticas de promoção de saúde, que buscam incentivar os idosos a viverem de forma ativa e independente na comunidade, são uma preocupação entre os países que vivenciaram ou estão vivenciando esse processo de alteração da estrutura etária da população (Alexandre e Cordeiro, 2009; Veras, 2009).

No contexto brasileiro, a legislação visa assegurar esses objetivos por meio de algumas estratégias, como a Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso e Política Nacional da Saúde do Idoso, partindo do reconhecimento prévio da importância do envelhecimento populacional para o país. A exploração e a análise dessa trajetória legislativa e política possibilita a compreensão do atual cenário da saúde para o idoso e suas implicações dentro de uma abordagem crítica e reflexiva.

A lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (Brasil, 1994), dispõe sobre a Política Nacional do Idoso no Brasil, que visa assegurar os direitos sociais do idoso (indivíduos com 60 anos ou mais) e criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Essa lei estabelece como competências dos órgãos e entidades públicos na implementação da Política Nacional do Idoso na área de saúde a garantia da assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, por meio de programas e medidas profissionais; a adoção e aplicação de normas de funcionamento para as instituições geriátricas e similares; a elaboração de normas de serviços geriátricos hospitalares; o desenvolvimento de cooperação entre secretarias estaduais, do Distrito Federal e municipais e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; a inclusão da Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos (federais, estaduais e municipais); a realização de estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso e a criação de serviços alternativos de saúde para o idoso. Estabelece ainda a inclusão da Gerontologia e da Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores, como competência dos órgãos e entidades públicas na implementação da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994).

A referida lei foi regulamentada pelo decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996 (Brasil, 1996), que definiu as competências dos órgãos e entidades públicos na implementação da Política Nacional do Idoso. Além das medidas previamente expressas na lei 8.842, o decreto n. 1.948 estabelece o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários para a reabilitação e a recuperação da saúde do idoso como uma das competências do Ministério da Saúde na implementação

dessa política, em articulação com as Secretarias dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Brasil, 1996).

Seguindo a lógica da importância da consideração do indivíduo idoso no contexto atual e as demandas e consequências geradas pelo envelhecimento populacional, foi instituído em 2003, pela lei n. 10.741 (Brasil, 2003), o Estatuto do Idoso. O objetivo do mesmo é regulamentar os direitos assegurados à pessoa idosa, determinando as obrigações das entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso. Com relação à saúde, o artigo 15 do capítulo IV do referido estatuto assegura a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do SUS. Garante ainda 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” (Brasil, 2003).

O Estatuto do Idoso foi elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos direitos dos idosos e configura-se como um avanço no campo da atenção ao idoso, uma vez que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse contingente de indivíduos. Prevê ainda o atendimento de maneira sistematizada para a prevenção de doenças e a manutenção da saúde do idoso. Apesar de apresentar em seu capítulo IV o papel do SUS na garantia à assistência integral à saúde do idoso em todos os níveis de atenção, ele não prevê meios para financiar as ações propostas (Brasil, 2006a).

Dentro da trajetória da análise dos aspectos legislativos referentes à saúde do idoso, cabe reportar também a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, anunciada pela portaria ministerial n. 1.395, de 1999 (Brasil, 1999). Em outubro de 2006, por meio da portaria n. 2.528 (Brasil, 2006a), essa política foi revisada e atualizada, com o objetivo de readequá-la ao contexto atual do panorama do campo da saúde. A referida política determina que órgãos e entidades do Ministério da Saúde, que tenham ações relacionadas com a saúde do idoso, promovam a formulação ou readequação de seus planos, programas, projetos e atividades, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela propostas. Define também como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável e a ênfase na manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, sendo a perda dessa capacidade considerada o principal problema que pode afetar a saúde do idoso (Brasil, 2006a).

Assim, para atingir esses objetivos, foram formuladas as seguintes diretrizes:

*[...] promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;*

*provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.* (Brasil, 2006a, p. 6).

Essa readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 1999) surgiu como produto da prática ainda insatisfatória do sistema de Saúde brasileiro, da vigência do Estatuto do Idoso, da priorização da saúde do idoso nas Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, da ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que conseguiu captar aspectos relevantes, como um grande número de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade, além do trabalho incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2006b).

Tanto a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1996) quanto a Política Nacional da Saúde do Idoso (Brasil, 2006a) preconizam que a assistência a essa população deva ter como elemento chave a permanência do idoso na comunidade, no seu domicílio, de forma autônoma pelo maior tempo possível. A questão central na velhice é a autonomia, traduzida como a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. A saúde, num sentido amplo, é resultado da interação harmônica entre as diversas dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas essas dimensões (Ramos, 2003).

Recentemente, em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil, com base na revisão de prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o ano de 2008, ao determinar a atenção ao idoso como uma de suas prioridades, estabeleceu os seguintes objetivos: identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização de fratura de fêmur e auxiliar na melhoria da qualidade da atenção prestada aos residentes nas instituições de longa permanência para idosos (Brasil, 2008).

No dia 3 de novembro de 2009, o Ministério da Saúde, por meio da portaria n. 2.669 (Brasil, 2009) — que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011 — elenca a atenção à saúde do idoso como prioridade primeira. Além

disso, apresenta como objetivo a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e, como meta para os anos de 2010 e 2011, a redução em 2% da taxa de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur (Brasil, 2009). A Figura 1 apresenta um resumo das bases legais da atenção à saúde do idoso.

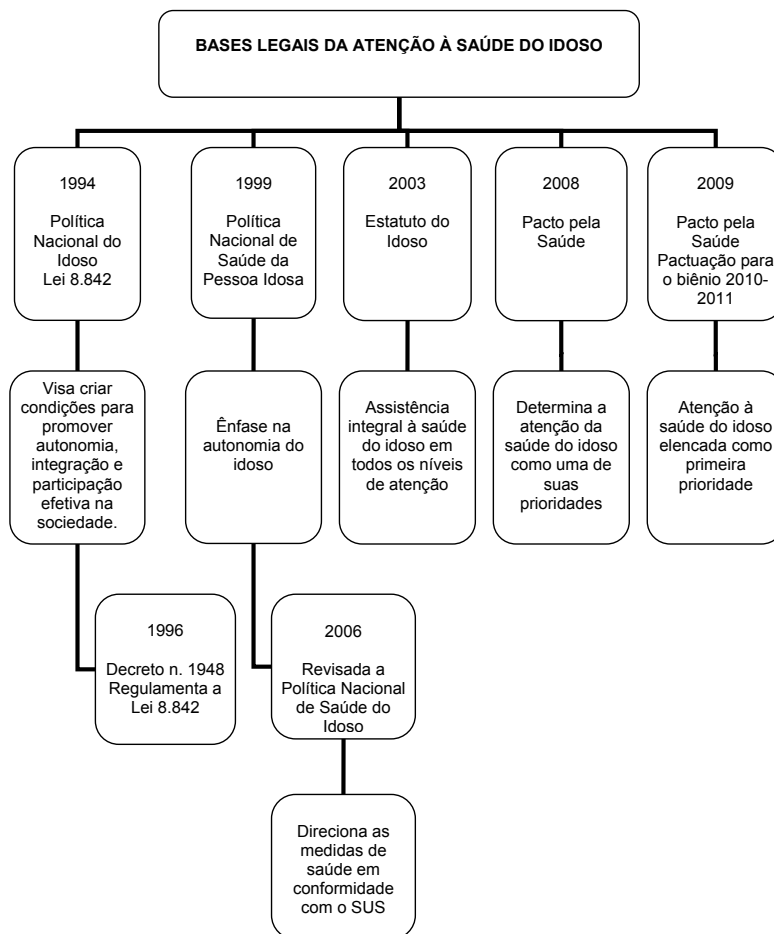
Partindo da perspectiva de análise de toda essa trajetória, podemos observar que houve grandes avanços nesse campo, demonstrando um novo olhar sobre a população idosa em conformidade com o conceito de saúde ampliado e a definição de envelhecimento ativo formulados pela OMS. Cabe salientar que, concomitantemente a esses avanços, estava sendo criado e consolidado o SUS, cujos princípios e diretrizes visam a um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade 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.

Ao traçarmos esse paralelo, podemos constatar que o Brasil enfrentou e ainda enfrenta dois grandes desafios: a reestruturação de um novo sistema de Saúde e a organização do país frente à crescente demanda gerada pela população que envelhece. A situação passa a ser mais desafiadora quando pensamos em preparar um sistema de Saúde, ainda imaturo, para receber esse contingente que cresce de forma inexorável.

Embora haja várias tentativas visando a essa estruturação, a realidade é que o sistema de Saúde brasileiro ainda não está estruturado para receber essa demanda. Há um notório grau de desarticulação dentro do próprio sistema que dificulta a aplicação de suas ações e constitui-se como uma barreira para a operacionalização de qualquer lógica de concepção da atenção à saúde do idoso baseada em uma avaliação multidisciplinar e atuação interdisciplinar. Consequentemente, a implantação de novos modelos, métodos e estratégias para o enfrentamento desses problemas configura-se como um desafio denso e árduo (Lourenço *et al.*, 2005; Veras e Parahyba, 2007; Veras *et al.*, 2008).

Assim, emerge a necessidade de modelos assistenciais cuja prática baseie-se efetivamente na integralidade do cuidado. Ao mesmo tempo, essas novas alternativas devem ser capazes de ofertar ações de maior resolubilidade e custos adequados, com proposta de programas de prevenção em detrimento de modelos hospitalocêntricos cunhados por demanda espontânea (Motta e Aguiar, 2007; Veras e Parahyba, 2007).

Lourenço *et al.* (2005) afirmaram que é imprescindível a formulação de novas concepções de assistência à saúde da pessoa idosa. Devido às diferentes condições de saúde e o caráter heterogêneo e peculiar dessa parcela da população,



Fonte: dados da pesquisa.

**Figura 1** - Organograma de resumo das principais bases legais da atenção à saúde do idoso no Brasil.

os modelos clássicos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação não podem ser meramente transportadas para esse segmento. Há necessidade de adaptações importantes e significativas dessas ações.

Outra questão relevante para a efetivação das políticas de saúde que contemplam a pessoa idosa refere-se à essencialidade da ampliação quantitativa e qualitativa de profissionais aptos a atender essa parcela da população. Os profissionais de saúde devem ser formados dentro de uma perspectiva que abarque a integralidade, a interdisciplinaridade e o cuidado. Devem ser capazes, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes, de atender às necessidades desse grupo de forma integrada com as demais práticas da rede de cuidado social, dentro de uma abordagem que viabilize ações e políticas intersetoriais (Lourenço *et al.*, 2005; Motta e Aguiar, 2007; Motta *et al.*, 2008; Piccini *et al.*, 2006).

O grande atraso na agenda social do país – e na agenda da saúde – quanto à priorização da população idosa resultou em um grande problema de Saúde Pública. Como podemos perceber, apenas recentemente a saúde do idoso foi incluída

como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma política que tem como pilar o novo paradigma da capacidade funcional, a qual deve ser abordada de forma multidimensional. No entanto, o efeito prático ainda não foi percebido. O peso de modelos assistenciais orientados pelo imediatismo, com ênfase no cuidado agudo e não na prevenção e no cuidado crônico, além da desarticulação do sistema de Saúde, ainda são preponderantes. Para a consolidação de tais políticas, é imperiosa a consideração da importância da contribuição da epidemiologia e de ferramentas do planejamento e da gestão (Kalache, 2008; Lourenço *et al.*, 2005; Veras *et al.*, 2008).

### ■ Considerações finais

O desafio pelo qual os países em desenvolvimento, como o Brasil, estão passando é evidente e alarmante. Questões que envolvam o setor saúde, seguridade social e o crescimento econômico requerem atenção urgente e ampla reflexão e revisão.

Com relação ao campo da saúde, devemos priorizar medidas e programas que viabilizem os princípios da integralidade e equidade, cunhados por ações interdisciplinares e intersectoriais, com ênfase na formação e educação permanente de profissionais aptos a atender essa parcela da população.

O idoso deve ser mantido na família e na sociedade de forma ativa e construtiva, o que é essencial para que seja assegurado o direito universal à saúde, garantido melhor qualidade de vida nos anos adicionais adquiridos com o aumento da longevidade.

## Referências

- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C. Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 613-621, 2009.
- BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n. 8.842*, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842\\_pn\\_idoso.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf)>. Acesso em: 1 set. 2009.
- \_\_\_\_\_. *Lei n. 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 3 dezembro 2003. 2003. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em 1 set. 2009.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 fev. 2008. n. 36, Seção 1, p. 37-41.
- \_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dezembro 1999. n. 237-E, seção 1, p. 20-24.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528\\_pnspi.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf)>. Acesso em 1 set. 2009.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica n.19). Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)>. Acesso em 10 set. 2009.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 nov. 2009. n. 212, Seção 1, p. 58-60.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto n. 1.948*, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 4 julho 1996. p. 12277. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm)>. Acesso em: 1 set. 2009.
- BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais – 2008*. 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=1233](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1233)>. Acesso em 25 jun. 2009.
- \_\_\_\_\_. *Síntese de Indicadores Sociais – 2009*. 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1476&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1)>. Acesso em 10 out. 2009.
- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.
- LITVOC, J.; BRITO, F. C. *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- Lourenço, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.
- MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, 2005.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.
- MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1143-1151, 2008.
- PAES-SOUZA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1411-1421, 2002.
- PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 39-56.
- PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.
- PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. et al. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 123-151.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
- RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.



RODRIGUES, M. A. P. *et al.* Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 604-612, 2009.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 4, p. 382-397, 1988.

\_\_\_\_\_. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERAS, R. P. *et al.* A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The uses of Epidemiology in the study of the elderly*. Technical Report Series. 1984. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/pre-wholis/WHO\\_HEE\\_82.6\\_Rev\\_11\\_\(3.87\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/pre-wholis/WHO_HEE_82.6_Rev_11_(3.87).pdf)>. Acesso em 1 set. 2009.

Recebido em 19/5/2010  
Aprovado em: 26/10/2010