A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Suelane Renata de Andrade Silva [1]
Lilian Guerra Cabral dos Santos [2]
Juliana Cordeiro Carvalho [3]

RESUMO

Este capítulo trata-se de discorrer sobre a evolução dos modelos de saúde da pessoa idosa. Diante do forte crescimento da população idosa no Brasil, o que a faz ser prioridade na agenda atual de políticas de saúde, este estudo buscou retratar por meio de documentos oficiais, leis, portarias e artigos, o contexto sócio-político-econômico desde os primeiros movimentos em prol extinguir a imagem de invisibilidade do idoso no contexto social, particularmente da Saúde. Os resultados desta pesquisa perpassou pelas influências internacionais nas políticas do Brasil, evolução de um modelo de excludente capitalista para modalidades assistenciais autoritárias e repressoras, curativas e hospitalocêntricas até o estabelecimento da atenção básica com fortalecimento da atenção básica e a conjectura do atual modelo traçado ao idoso com reafirmação da prevenção e busca de um envelhecimento ativo. O modelo atual apresenta-se didaticamente fragmentado em 5 níveis, sendo 3 mais leves e 2 mais pesados, articulando comunicação entre os mesmos, desde a porta de entrada até a finitude. Desta forma, conclui-se que para que a assistência seja integral ao idoso na idéia de um envelhecimento ativo e proporcionando a qualidade de vida, faz-se necessário acompanhar, avaliar, ajustar quando necessário e redesenhar o modelo sempre em busca do cuidado integral que aumente as oportunidades para um envelhecimento bem-sucedido.

Palavras-chave: envelhecimento, pessoa idosa, modelos de atenção, cuidado em saúde.

INTRODUÇÃO

O contingente de pessoas idosas é cada vez mais emergente. Em função da significativa queda de mortalidade, redução da taxa de fecundidade e aumento da longevidade, principalmente nos anos 60, populações predominantemente jovens e adultas

[1] Mestre em Gerontologia e Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, suelaneandrade3@gmil.com;
[2] Mestranda em Gerontologia e Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, lilianguerra.pe@gmail.com;
[3] Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, julianacordeircarvalho@hotmail.com;

envelheceram gradualmente (OMS, 2015; SILVA *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2016). Assim como nos países desenvolvidos, o envelhecimento acarretou transformações na incidência e prevalência das doenças, a chamada "transição epidemiologia" (ONRAM, 1971). Mais recentemente, Frenk e colaboradores (1991), ampliaram esse conceito para "transição da saúde", referindo-se não apenas à influência do padrão de adoecimento, mas a resposta da sociedade a essa situação.

Relacionada de forma íntima ao aumento da expectativa de vida, conquistada às custas dos avanços científicos e tecnológicos da medicina e saúde e das melhores condições de higiene e saneamento básico, as mortes por doenças infecto-parasitárias (DIPs), principais causas de óbito até a década de 40, decaíram para 43,5% (CIOSAK, 20122; ARAÚJO, 2012). As doenças do aparelho circulatório (DAC) que correspondiam a 14,5%, após 30 anos passaram a 24,8%, ocupando a primeira posição como causa de morte; as DIPS passaram a ocupar a segunda colocação (15,7%); enquanto que as neoplasias malignas permaneceram em terceiro, com crescimento de 3,9% para 9,7%. Destacam-se também os óbitos por causas externas (TEIXEIRA, 2012).

Enquanto que nos países desenvolvidos como a Europa esse processo iniciou-se lentamente e durou mais de 200 anos até chegar a fase final (crescimento populacional nulo ou negativo com o perfil etário elevado), possibilitando formular estratégias e acompanhamento dos resultados de tais ações (GIACOMELLI, 2016). No Brasil, em 100 anos, ocorreu uma transição demográfica comprimida, típica de países em ascensão econômica, que exige ações em curto prazo, impossibilitando formulação estratégica da gestão pública que se antecipem aos desafios impostos.

No Brasil, pais com contexto de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas determinando uma desigualdade social extrema, pobreza e fragilidade na assistência dos sistemas de saúde, os índices de óbitos por enfermidades crônicas alavancaram,impondo ao país o desafio de lidar com tripla carga de doenças, envolvendo ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o impacto das doenças crônicas, cuja prevalência é maior entre os idosos e de seus fatores de risco como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, e a alimentação inadequada; além do forte crescimento das causas externas (VERAS, 2009; MENDES, 2010; BRITO *et al.*, 2013).

O agravante é que segundo o Censo Populacional de 2010, há mais de 18 milhões de brasileiros com 60 anos e mais, representando 11% da população, com projeções desse contingente triplicar até 2050. O Brasil terá mais de 14% de idosos na população total,

classificando-se como "nação envelhecida", segundo a Organização Mundial de Saúde (IBGE, 2012). O resultado desse envelhecimento é a ameaça aos modelos tradicionais de assistência ao idoso, com demanda crescente de políticas sociais, em especial na área da saúde, que necessitam da ampliação da promoção, prevenção e educação em saúde, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia (VERAS, 2013)

Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram no mundo por causa das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (WHO, 2005). No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009 foram por DCNT, com uma leve tendência ao crescimento. Em 2011, o governo brasileiro lançou para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para 2011-2022 o Plano de Ações Estratégicas, englobando três eixos fundamentais: Vigilância, Informação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral (BRASIL, 2011; DUNCAN *et al.*, 2012).

O padrão de doenças nos idosos apresenta como principais características a coexistência de duas ou mais patologias, que aumentam a utilização dos serviços de saúde, internações hospitalares longas e mais frequentes, acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, uso de medicações contínuas e exames periódicos. Esse aumento de demandas, que afetará tanto a saúde pública como a suplementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), tornando urgente a transição do modelo assistencial clínico para o de prevenção por meio de uma assistência que aborde uma linha de cuidado que traga oportunidades de ampliar a qualidade de vida (VERAS, 2016).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, utilizando-se das leis, portarias e documentos oficiais, por se tratarem de políticas públicas, sendo a lei a maior fonte segura. Esse tipo de pesquisa, em expansão na área de saúde, por ter a vantagem de possibilitar a compreensão da questão em estudo, bem como a reconstrução da contextualização histórica e sociocultural de determinado fato ou momento do passado principalmente para entender os avanços (PIMENTEL, 2011; TEODÓSIO et al, 2016). Os documentos foram extraídos por meio dos endereços eletrônicos oficiais do governo brasileiro. Para discorrer sobre os modelos de saúde, buscou-se por artigos no PUBMED, por meio dos descritores "idoso","modelos de assistência" e "idoso" e o

operador boleano “AND” e os artigos foram escolhidos se versassem sobre modelos de atenção em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES.

Para um melhor entendimento em relação ao desenho do atual modelo de cuidado para a população idosa, os resultados serão divididos em seis abordagens: o primeiro versará sobre Influências internacionais nas políticas para o idoso; o segundo, sobre Evolução das políticas de saúde para as pessoas idosas no Brasil; o terceiro, sobre a Evolução das políticas de saúde para as pessoas idosas no Brasil; o quarto sobre Evoluções no período pós constituinte; o quinto, a situação de saúde dos idosos brasileiros na atualidade e o sexto, O modelo de cuidado proposto para o idoso.

INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS PARA O IDOSO

O envelhecimento populacional foi ganhando reconhecimento ao longo dos anos, por intermédio de leis que buscaram implantar e aprimorar direitos humanos e políticas públicas em prol das pessoas idosas. O Brasil é signatário de duas importantes convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) de promoção de direitos do idoso: as assembleias sobre o envelhecimento, que impulsionaram a promulgação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e do Estatuto dos Idosos (BRASIL, 2003).

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento das Nações Unidas ocorreu em 1982, em Viena, elaborou um documento sobre o envelhecimento atestado Plano de Ação, considerado o pilar de sustentação das políticas públicas internacionais do século XXI porque apresentou leis e políticas contendo os princípios e diretrizes sobre a saúde e nutrição; da proteção quanto à figura de consumidor; o direito à moradia e ao meio ambiente; ao bem-estar social; a previdência social; o trabalho, a educação e à família.

Em 1991, na Assembléia da ONU foram aprovadas os Princípios das Nações Unidas a partir da Resolução no 46/91 na forma de lei, fundamental para o seguimento das políticas específicas para pessoas idosas. Os princípios direcionavam para o enfrentamento de novos conceitos norteadores da senescência como a independência, a participação social, a necessidade de cuidados, autorrealização e dignidade. O Plano de ação ora elaborado em Viena teve seguimento no ano seguinte e refletiu na declaração da ONU em 1999 de “Ano

Internacional do Idoso" configurando imediatamente a migração da figura de idoso de vulnerabilidade e dependência em direção a uma vida saudável e ativa.

Já em 2002, as Nações Unidas por meio da segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, com o objetivo de uniformizar uma política para o envelhecimento ia nível internacional para o século XXI. O Plano buscou mudanças de atitudes, de políticas e de práticas em todos os níveis de assistência dando prioridade aos mais velhos. Traçou como objetivos: melhorar a saúde, o bem-estar, assegurando ambientes de apoio, habilitação e, enfatizando que seriam necessárias o estabelecimento de metas que conferissem a oportunidade para os idosos se manterem contributivos à sociedade. Nesse caso, seria necessário extinguir qualquer tipo de exclusão e discriminação das pessoas idosas (ONU, 2002).

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Falar da evolução das políticas relacionadas à saúde ao idoso até os dias atuais é perpassar desde o descobrimento do Brasil até os dias atuais. Do ponto de vista político, o Brasil foi classificado em 6 grandes períodos: I - do descobrimento à República (1500 a 1889); II- República Velha (1889–1930); III - Era Vargas (1930-1964); Autoritarismo (**1964-** 1984); Nova Repúblina (1985-1988); Neoliberal – pós constituinte (1989 até os dias atuais). Cada fase da história das políticas desenvolveu-se dentro de distintos contextos históricos, perfís epidemiológicos e organização dos sistemas de saúde.

No início do século XX, predominava no Brasil o contexto político demarcado pela república Velha (1889–1930), com predomínio de uma economia agroexportadora dominada politicamente por São Paulo e Minas Gerais (república do café com leite). O Estado apresentava a ideologia liberal, atuando somente naquilo que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Houve a instalação do capitalismo, com atração de capital estrangeiro, trazendo péssimas condições de trabalho e de vida às populações urbanas, que levou ao surgimento dos primeiros movimentos operários, embriões da legislação trabalhista e previdenciária.

A epidemiologia era marcada pelo predomínio de doenças transmissíveis, principalmente as pestilenciais como febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e peste, tendo o isolamento e quarentena como tratamento. E para as pessoas idosas, a segregação pela

prática de internações em asilos, que se multiplicaram intensamente nesta época, descartando as questões socioeconômicas e políticas (PAIM, 2011).

Surgiu, em 1923, a Lei Eloy Chaves, considerada o marco inicial da previdência social no Brasil, onde a instituição ou empresa organizadas na forma de caixas de aposentadorias e pensões (CAP's) financiavam equitativamente as reservas destinadas a custear aposentadorias, afastamentos e assistência médica. Sem nenhuma participação do Estado, foram fundadas a CAP ferroviários em 1923, portuários e marítmos em 1926 organizadas como categorias isoladas.

A primeira intervenção estatal veio com a ameaça ao modelo econômico vigente que proporcionaram o saneamento dos portos e cidades para a eliminação dos vetores de doenças e vacinação, decorrentes das epidemias de febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Para o mosquito transmissor da febre, foram postos em ação guardas "mata-mosquitos" que visitavam as casas acompanhados por soldados da polícia; para os ratos, transmissores da peste, foi intensificada a limpeza pública; e para a varíola, uma lei que obrigava a vacinação em toda a população, originando a revolta da vacina (SKENKO, 2014).

As campanhas sanitárias com a descoberta das vacinas ocorridas nos primórdios do século XX apresentavam caráter repressivo, poder de polícia e extremamente violento (SEVCENKO, 2014). Até então, a assistência à saúde era negligenciada, com atendimento particular a quem podia pagar e instituições de caridade aos que não podiam (PAIM, 2011)..

A partir da década de 30, já na Era Vargas (1930-1964) houve o predomínio das doenças da pobreza e o aparecimento dos agravos crônicos (patologias crônico-degenerativas e causas externas), dando início à transição demográfica e epidemiológica, com aumento da expectativa de vida. Porém a revolução de 30 trouxe mudanças no Estado, ampliação de bases sociais, emergindo condições para uma "Política Nacional de Saúde", início do populismo político e ampliação da urbanização e industrialização. (VERAS, 2018). Houve a criação do IAP (Institutos de Aposentadorias e Pensões), com financiamento tripartite, e administração estatal incipiente, segregado por categorias como maritmos, comerciários, bancários, transportes e cargas, e servidores do Estado (PAIM, 2011).

A saúde persistia fragmentada entre hospitais beneficentes e filantrópicos contra a saúde liberal, intermediadas por empresas médicas como modelo privatizante e excludente. Mas a Saúde Pública evoluiu para a educação sanitária, com a institucionalização da campanhas de controle das doenças com o Serviço de combate às endemias (1941); Serviço especial de Saúde Pública (SESP); Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956). (PAIM, 2011).

No período do autoritarismo (1964-1984), iniciado com o Golpe Militar, havia manutenção da urbanização e industrialização e aumento de reivindicações de melhoria das condições de vida e reforma de base, dificultando a manipulação das massas porque as condições de saúde continuavam críticas com aumento da mortalidade infantil, predomínio das doenças da modernidade, coexistindo com as DIPs (tuberculose, malária, Chagas), onde de fato configurou-se a transição epidemiológica.Nos anos 60 foi inaugurado o Serviço Social do Comércio (SESC) para o desenvolvimento de ações direcionadas às pessoas idosas, na contramão do assistencialismo predominante da época (PAIM, 2011).

O modelo de IAP é unificado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), as CAPs foram extintas e o modelo de saúde apresentavam como principais características: ser privatizante, centralizador, hospitalocêntrico, conduzidos por empresas médicas multinacionais, pagas e financiadas pelo governo, sem fiscalização, utilizando-se do clientelismo político e excludente porque só favorecia a quem tinha condições de pagar. (PAIM, 2011).

Com a extensão da medicina previdenciária aos trabalhadores rurais (FUNRURAL) e empregadas domésticas, Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, que ampliou o atendimento de urgência para segurados e não segurados nas clínicas e hospitais particulares contratados. Quando então ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde (1875), que realizou um diagnóstico da fragilidade do setor saúde, nascendo o sistema nacional de saúde como proposta governamental; criação do sistema de Vigilância sanitária e epidemiológica; a criação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento, com a ampliação da rede ambulatorial.

A posterior criação do Instituto nacional de assistência médica da previdência social (INAMPS) em 1977 delegaou as atividades curativas, de diagnósticos, tratamento e reabilitação de trabalhadores formais e o Ministério da Saúde a prevenção, universalizada por meio de ações higienistas e atenção primária.

Enquanto ocorria a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (1982), no Brasil, com a tentativa de descentralizar o poder foram criadas as ações integradas em saúde, ampliando a assistência aos serviços previdenciários à população não contributiva. Esses movimento de reforma sanitária não foram suficientes para alterar o modelo assistencial privatista de interesse das empresas médicas e multinacionais de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, mas surgiram os determinantes de saúde.

Na nova república (1985-1988) o contexto era de intensa queda da mortalidade infantil, das doenças imunopreveníveis (“milagre brasileiro”), manutenção das doenças da

modernidade e aumento das causas externas; e crescimento da AIDS e epidemia de dengue e cólera. No contexto sócio-político-econômico a democracia foi conquistada, uma profunda crise política pós ditadura perpetuou uma instabilidade econômica com planos de recuperação financeira sucessivamente falidos, culminado com aumento inflacional. A saúde foi colocada na agenda política como prioridade. Da reforma sanitária, o conceito de saúde e orçamento social foram ampliados, houve inserção da participação da população e reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, que resultou na criação do Sistema único de Saúde (SUS) como fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição em 1988.

A Constituição instituiu o SUS com seus artigos de 196 a 200 e a lei orgânica da Saúde 8.080/1990 dispôs sobre seus princípios e diretrizes que previam a participação social e a descentralização, e criou Secretaria estadual de saúde com a extinção do INAMPS, moldando a política de saúde assistencial da época até a década de 80. Houve vários eventos científicos, inclusive internacionais, sensibilizando a sociedade e o governo para as questões relacionadas à velhice. Expressa na Constituição segundo a garantia dos direitos dos idosos à proteção, ao amparo pelos filhos, à gratuidade em transportes coletivos, ao benefício de prestação continuada e à irredutibilidade das aposentadorias e pensões. Esta última encontra-se ameaçada pela reforma da previdência atual.

EVOLUÇÕES NO PERÍODO PÓS CONSTITUINTE

A mortalidade infantil continuou em queda, a poliomielite foi erradicada, reduziram-se a hanseníase e as doenças imunopreveníveis, houve a desaceleração da AIDS, persistência da tuberculose, a expansão da dengue e a reintrodução da cólera. O modelo de saúde apoiado era o médico-assistencial- privativista por meio da expansão da rede suplementar, característica dos q eu tinham condições financeiras mais privilegiadas,que teve a baixa qualidade do SUS como "aliado" ao seu crescimento.

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) sofreu, para sua elaboração, sofreu influência dos fundamentos científicos internacionais (Plano de Madri), que desencorajava o ambiente asilar e priorizava o convívio em família evidenciando o idoso como um sujeito detentor de direitos, e merecedor de um atendimento diferenciado em suas necessidades gerais (sociais, econômicas, físicas e políticas). Trouxe a definição do marco etário "pessoa idosa", como sendo a partir de 60 anos. E discutidas as questões sobre envelhecimento com ampla

participação em seminários nacionais de idosos, gerontólogos e a sociedade civil. (VERAS, 2018). Determinou a obrigatoriedade da família, sociedade e Estado no cuidado ao idoso.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Portaria nº 1395/1999) determinou que os órgãos do Ministério da Saúde relacionado ao Envelhecimento promovessem a elaboração/adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes direcionadoras das ações na saúde e obrigações institucionais para atingir as propostas estabelecidas e orienta a avaliação de forma sistematizada para possibilitar intervenções no decorrer da prática.

As propostas buscaram a garantia da promoção do envelhecimento saudável, com a finalidade de assegurar-lhes a permanência no meio e na sociedade em que vivem visando à preservação da capacidade funcional dos idosos, desempenhando suas atividades de maneira independente. Elenca a necessidade de prevenção de doenças, a reabilitação, a recuperação da saúde, e a melhoria da qualidade de vida. Em relação aos recursos humanos, articulou-se com o Ministério da Educação e com as instituições de ensino superior (IES) que viabilizassem a capacitação de recursos humanos para fins de cuidado ao idoso (VERAS, 2018). Além disso, serviu como o introito do Estatuto do Idoso.

Apresentam as diretrizes para as ações de saúde e as instituições responsabilidades a fazê-las. Enfatiza as ações de desenvolvimento para a promoção do envelhecimento saudável a fim de melhorar as habilidades funcionais, a prática de um estilo de vida saudável, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde como tabagismo, sedentarismo e bebida alcoólica, e a orientação aos idosos aos riscos ambientais relacionados às quedas, assim como seus familiares. Definiu as responsabilidades dos gestores do SUS em todos os níveis, de forma articulada e conforme as competências específicas, para prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do da política.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) teve sua promulgação influenciada pelos movimentos de aposentados e pensionistas, pelo Fórum Nacional do Idoso e pelo Plano de Madri. Buscou o cumprimento da construção de um arcabouço que fosse favorável às pessas acima de 60 anos e à consolidação dos direitos à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação,

ao transporte, à fiscalização de entidades de atendimento e à tipificação de crimes contra a pessoa idosa nas três esferas do governo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa **Portaria nº 2528/2006 foi instituída,** implementa das ações e delega responsabilidades institucionais para atingir das propostas da PNSI, e direcionou a avaliação contínua do desenvolvimento, possibilitando intervenções. Manteve como objetivo o envelhecimento saudável, com preservação da capacidade funcional, da autonomia e a manutenção da qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Deparou-se por sua vez com grandes desafios para sua efetivação, como escassez de estruturas de cuidados intermediários do idoso no SUS, insuficiência de cuidado domiciliar do idoso frágil previsto no Estatuto do idoso, escassez de equipes muti e interdisciplinar com conhecimento sobre o processo de envelhecimento e saúde do idoso; falta ou insuficiência de assistência à saúde do idoso (VERAS, 2013;2016).

Na **portaria nº 399/2006 p**ara o biênio 2010-2011 das 11 prioridades pactuadas na dimensão "Pacto pela vida", a primeira foi em relação à Saúde do idoso, que reafirmava a portaria **nº 2.528/2006**: a promoção do envelhecimento saudável; a caderneta de saúde do idoso; a implantação dos serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial nas unidades; a divulgação da "Política nacional da pessoa idosa", buscando alcançar a saúde integral; e o manual de atenção básica. A 6º prioridade foi o fortalecimento da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da família, que apresenta o idoso no contexto.

O Decreto presidencial nº 7501/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa reafirma a lei 8.080/1990 (Lei orgânica da Saúde), com o detalhamento do fluxo de assistência que conduza às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, executada em todas as esferas do governo, de forma regionalizada e hierarquizada. A partir deste decreto, surge a Política Nacional de Atenção Básica, que buscou o fortalecimento da Atenção Básica por meio da ordenação das ações e serviços de saúde pelos Programas Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS NA ATUALIDADE

É importante destacar que as orientações da PNASI estão atualizadas com as expectativas para as necessidades dos idosos, mas apresenta lacunas no tocante às ofertas das redes prioritárias de atenção, às da atenção básica e às demandas específicas dessa população.

Esse é um grande desafio, porque 73% dos idosos tem o SUS como a rede de assistência associado ao fato de ter uma necessidade de ampliação ao acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes.

Após o Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2009), para a América Latina e Caribe. O Brasil definiu na agenda de prioridades em Saúde "a manutenção da funcionalidade dos idosos como objeto nos programas de saúde", sendo necessária a formação dos profissionais para atenção ao envelhecimento.

A atual assistência de saúde prestada ao idoso é preocupante: é o mais acometido por doenças crônicas e fragilidades, apresenta-se num contexto de fragmentação da assistência, com multiplicação de consultas de especialistas, informações não compartilhadas entre os níveis de assistência, polifarmácia, exames clínicos e imagens, que costumam ser custosos e pouco resolutivos. Insuficientes são os recursos sociais e financeiros, fazendo com que mesmo sem doenças crônicas, apresentem alguma perda funcional. Isso gera aumento da demanda dos serviços, aumenta os gastos públicos e não necessariamente melhorem a saúde e a qualidade de vida.

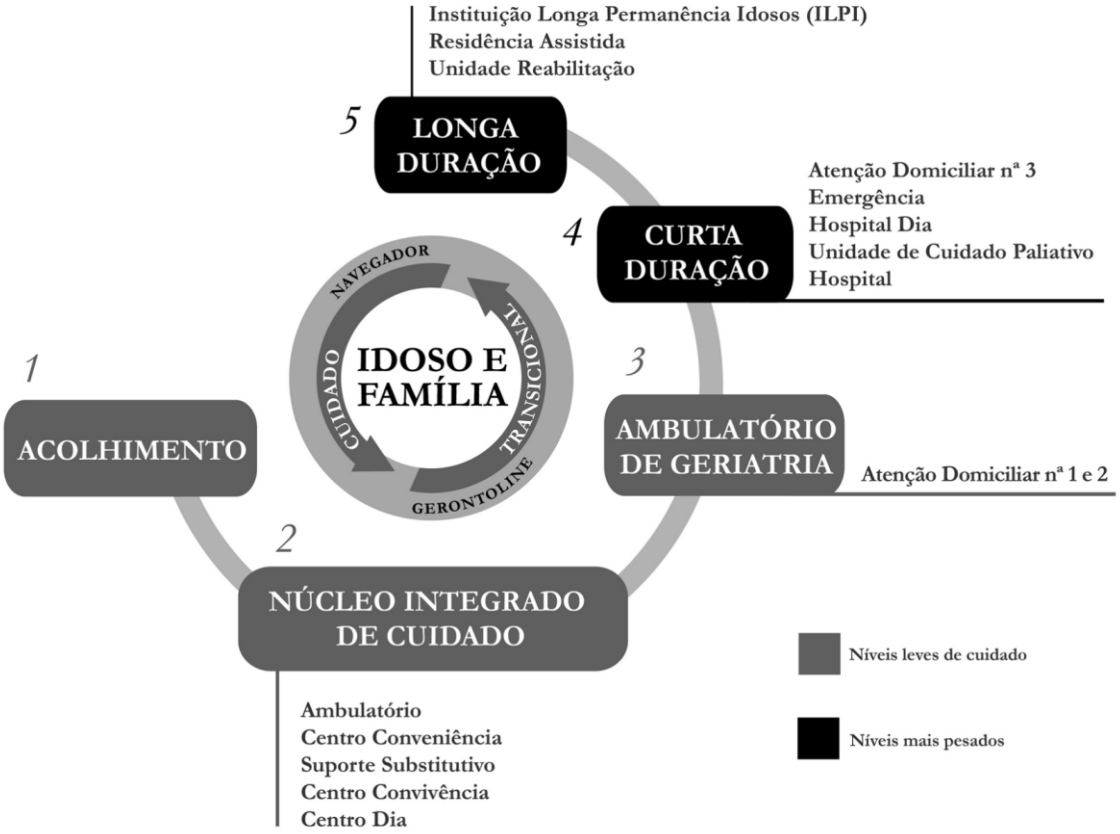
Devido a tantas complexidades, a assistência prestada ao idoso deve ser minuciosa e reestruturada, diferindo da população geral, idealizando o acompanhamento da saúde, não da doença. Mesmo na idéia racional de oferta de programas com o intuito de antecipar agravos, as propostas permanecem visando à ocorrência de determinada patologias/grupo de doenças, esquecendo que na doença crônica já instalada o objetivo a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, não a cura, mas de alguma maneira deve-se postergar ou inviabilizar o declínio funcional.

A atenção deve ser estruturada de forma integrada, e os cuidados devem ser orientados durante uma seqüência assistencial, com a idéia de rede, como descrito no decreto 7501/2011, mas que haja comunicação entre os níveis de assistência, monitorados desde porta de entrada até a morte variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção. Dessa forma, é apontado como uma proposta com base em uma linha de cuidados para idosos parece ser o modelo mais adequado, com manutenção das prioridades já sólidas de ações de educação, com promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação.

O MODELO DE CUIDADO PROPOSTO PARA O IDOSO

Analisando como funciona o modelo atual de saúde para idosos, percebe-se uma urgência em seu redesenho. Veras e colaboradores, em 2012, propuseram um modelo priorizando o cuidado ao idoso (não a doença) e em suas características e necessidades específicas, segundo estudos nacionais e internacionais, de acordo com a figura abaixo:

Figura 1. Modelo de cuidado de saúde integrado para o idoso brasileiro.



Fonte: Veras, 2018

De acordo com a ilustração acima, o cuidado foi distribuído em cinco níveis (VERAS, 2018). São eles:

Níveis leves: do 1 ao 3, que representam custos menores e são constituídos pelo cuidado dos profissionais de saúde, mediante treinamentos, a utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreio e o monitoramento de saúde tecnológicos.

O Nível 1 (acolhimento ou entrada) – é a porta de entrada que garante o acesso consciente da atenção ofertada. É o momento de demonstração de empatia e busca da

confiança do idoso para cm o profissional de saúde, o que determinará os engates iniciais à fidelização do usuário ao projeto.

O Nível 2 (núcleo integrado de cuidado - ambulatório clínico, centro-dia, entre outras instâncias de cuidado): onde diversas ações que foca a inserção do idosos como gestor de seu próprio acompanhamento por meio de como educação, promoção e prevenção de saúde que são integradas aos profissionais, por meio das equipes de saúde da família para idosos com baixo risco em ambulatórios, centro de convivência, de reabilitação, serviços de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família; é onde o idoso é apresentado ao seu gerente de acompanhamento.

O Nível 3 (Ambulatório de Geriatria - atenção domiciliar complexidade 1 e 2): a realização da avaliação geriátrica multidimensional, realizada pela equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social, que permitirá intervenções específicas se necessário. São considerados os aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos, de crenças religiosas e econômicas que nortearão a construção do plano terapêutico, construído coletivamente e discutido com a equipe de saúde e o gerente de acompanhamento. Além desses elementos, no nível 3, também está localizado desde o atendimento domiciliar até à reabilitação.

Níveis pesados: 4 e 5, que representam níveis mais pesados e de alto custo, uma vez que são compostos pelos internamentos convencionais e instituições de longa permanência. Apesar de estarem em graus mais complexos, os objetivos são a reabilitação e tentativas de progredir aos níveis leves.

O Nível 4 (Curta duração: Atenção Domiciliar complexidade 3, Emergência, Hospital, Hospital Dia e Cuidados Paliativos):

Um detalhe importante aqui a lembrar é que a questões relacionadas às políticas que abrangem os idosos continuam a emanar, em 2018, a Resolução CT nº 41, dispôs sobre a construção de uma política pública nacional com diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, considerando o cuidado integral, no âmbito do SUS.

O Nível 5(Longa Duração: Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e a Instituição de Longa Permanência de Longa Permanência de Idosos (ILPI))

A resolução – RDC n º 283, de 26 de setembro de 2005 dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos;

O principal objetivo dos níveis de assistências em relação ao modelo proposto, é mater a comunicação entre os diversos níveis e caminho percorrido durante a assistência até a morte, com a utilização de sistema de informação amplo e de qualidade, que registre tanto

a evolução clínica da pessoa idosa, como a participação em ações de prevenção. O esforço deve ser realizado para tentar reabilitá-lo e trazê-lo para as instâncias leves, embora nem sempre possa estar disponível. Propõem-se utilizar chamadas telefônicas via GerontoLine (Call Center) com pessoal treinado e qualificado.

O condutor do processo será o médico gestor ou assistente, geralmente generalista que determinará necessidade de um especialista. Se investidura em especialista como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e outras especialidades médicas, ou o próprio cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que mesmo o envelhecimento tendo dado seus primeiros indícios na década de 60, os esforços vem sendo realizados para tentar garantir uma saúde mais integral no cuidado ao idoso porque ainda há a continuidade ao modelo assistencial, onde o foco é a doença. Ao longo do tempo os esforços estão sendo em uma forma de reafirmar a atenção primária, com o fortalecimento dos programas já existentes no âmbito da saúde Pública. Desta forma, para que assistência seja integral ao idoso na lógica de um envelhecimento ativo e a proporcionalização da qualidade de vida, é preciso analisar resultados,ajustar, acrescentar políticas que sejam necessárias para o redesenho de um novo cuidado, sempre levando em consideração as alterações próprias do envelhecimento. Isso tende a agregar a integralidade da assistência verdadeiramente praticada, melhorará a qualidade de assistência e quem sabe, garantir a sustentabilidade do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, D.A S.B; BARBOSA, M. T. S.; CAFFARENA, E. R.; SILVA, A.S. **Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro, contribuições para políticas públicas sustentáveis.**Cad. Saúde. Coletiva, Rio de Janeiro v.24, n.1, p. 63- 69, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100063&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 05/07/2017

ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil* **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002> . Acesso em: 08/12/2016

BRASL. Resolução 46/91. **Assembléia Geral das Nações Unidas**, 1991. Disponível em:< https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>Acesso em: 20/05/2019

_____.Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de janeiro de 1923, c**rea, em cada uma das emprezas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos ernpregados**, 1923. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html. Acesso em 20/04/2019

_____. Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso**. Brasília (DF), 1994. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 01 /08/2017

BRASIL. Mistério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas** . Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redesestaduais.pdf> Acesso em 12/04/2017.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Estatuto do Idoso. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 01 /08/2017

_____. Departamento de Atenção a Saúde. Política **Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde, vol. 6. Disponível em:<http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final/sites/default/files/arquivos/Politica_Nacional_Nac._de_At._Basica.pdf> Acesso em 21/07/2012.

_____.Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portal da Saúde. 2006. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 01 /08/2017

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático** / Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa– Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. 538 p. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Conselhos_fundos/Conselho%20do%20Idoso-Publica%C3%A7%C3%A3o%20do%20CNDI%20-%202013.pdf>. Acesso em: 11/11/2017

_____.Resolução - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**, **de caráter residência**. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html> Acesso em 22/05/019

_____.Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2011. Disponível em:<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels205/U_PT-MS-GM-2527_271011.pdf.> Acesso em 22/05/019

_____. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- **VIGITEL 2016**. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 10/10/2017

_____.gência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar, 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf> Acesso em 18/05/2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Departamento de Analise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saude, 2011. 148p. (Serie . Textos Basicos de Saude).Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 07/01/2017

BRITO, MCC *et al* Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.161-178, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18552/13738 >. Acesso em: 15/11/2017

PEREIRA, S.R.M. Fisiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p 1342-1359

MENDES, Eugênio Vilaça; As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 07/12/2017.

CIOSAK, SL; BRAZ, E; COSTA, MFBN; NAKANO, NGR, Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde **Rev. esc. enferm**.,São Paulo, v.45, n. e2, 2011 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022>. Acesso em: 02/07/2017

CENTRO, internacional de longevidade Brasil - ILC- Brasil. **Envelhecimento ativo.** Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC, 2015.**Envelhecimento ativo.** Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf>. Acesso em: 05/11/2017.

CAMPOLINA, et al., A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p. 1217-1229, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>. Acesso em: 09/05/2017

DUNCAN, B.B *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n.1, p. 126-134, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>. Acesso em: 21/05/2017

FERREIRA L. S; MARRUCI M. F. N. Ações preventivas na terceira idade. In: JACOB FILHO W; GORZONI M. L. **Geriatria e gerontologia: o que todos devem saber.** São Paulo: ROCA, 2008, p. 63-83.

FERREIRA, F.P.C.P.; L.O., BANSI; S.M.P., PASCHOAL. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais**. Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17 n.4, 2014. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053

GEIB LTC Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciência **& Saúde Coletiva,** 17(1):123-133, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf >. Acesso em: 07/12/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007- 2009**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv56202.pdf >. Acesso em: 01/10/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e EstatísticaSíntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 137p - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. Disponível em: <https://ndonline.com.br/files/images/2015/12/04-12-2015-02-58-43-pesquisa-ibge.pdf>. Acesso em: 15/11/2017.

CARVALHO, J. Bestializados; CASTRO, S. República; CHALHOUB, S. Cidade; Fiocruz. **A trajetória de Oswaldo Cruz e sua luta como médico sanitarista no século**. Disponível em: . Acesso em: 28/9/2010;
FRANCO, A. Rodrigues Alves (v.1); LOBATO FILHO, O, G. Última; PEREIRA, S.; AGOSTINO, G. Epidemia; SEVCENKO, N. Literatura.

FRENK, J. et al. Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, Canberra: Australian National University, National Centre for Epidemiology and Population Health - Nceph, v. 1, n. 1, p. 21-38, Apr. 1991. Disponível em: <http:// www.jstor.org/discover/10.2307/40608615?uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&s id=21104927968843>. Acesso em: jan. 2015.

GIACOMELLI, GS.et al.Transição Demográfica e Gasto Público: ama análise comparativa de diferentes contextos, v.18,n.37, 2016

MENDES, Eugênio Vilaça; As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em:07/12/2017.

MIRANDA, G.M.; MENDES, ACVC, , ANDRADE, A.L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol**., Rio de JaneiRo, v. 19, n. 3; p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140. >. Acesso em: 05/11/2017

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change**. Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (Part 1): 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viana sobre Envelhecimento: Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**. Viena, Áustria; 1982

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

PAIM, J; Travassos, C; AMEIIDA, C; ET AL. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011. Séries, no Brasil 1. doi: htpp://10.1016/S0140- 6736(11)60054-8

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001

SEVCENKO, N. Revolta da Vacina. Editora Cosac Naify, 8 de out de 2014. Disponível no link: http://portalconservador.com/livros/Nicolau-Sevcenko-ARevolta-da-Vacina.pdf

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde; 2005. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Envelhecimento_ativo_uma_politica_de_saude__/362>Acesso em: 05/01/2017

OMS; **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde**, **2015**. Disponível em: <http://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/.> Acesso: em 10/02/2016

VERAS R.P., Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1929-1936, 2018

VERAS, R. P. baseada na capacidade funcional. Rev**. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VERAS, Renato Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações **Rev Saúde Pública**; v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 04/01/2016

VERAS, R. P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado **Ciênc. saúde colet. V.**23, n.6, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018

Veras RP, Oliveira MR. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2016; 19(6):887-905.

SILVA, JVF; SILVA, EC; RODRIGUES, ABRA. MIYAZAWA, AP. A Relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública .**Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2n..3 , p. 91-100, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/2079/1268>. Acesso em: 10/08/2016.

TEIXEIRA, RAG; et al GONSAGA. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir**. v.39, n.4 , 2012

TEODOSIO, S.S.C.S. A história oral e pesquisa documental como itinerário de pesquisa na Enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014**) Esc Anna Nery** 2016; 20(4):e20160087

WHO – **Global status report on non communicable diseases 2014** Disponível em:<13/02/2016:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1> Acesso em: 03/02/2017.

WHO- **Relatório Mundial sobre Envelhecimento Humano,** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf> Acesso em: 15/01/2017.

WHO – **Monitoring Health for the SDGs Sustainable development goals**, 2016; Disponível em: <www.who.int/gho/publications/world_**health**_statistics/**2016**/en/> Acesso em: 01/02/2017.

WHO – **Relatório sobre doenças crônicas, 2005** Disponível em:<www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.> Acesso em: 05/01/2016.
.> Acesso em: 05/01/2016.