

## A PNI NA ÁREA DA SAÚDE<sup>1</sup>

Karla Cristina Giacomin<sup>2</sup>  
Iadya Gama Maio<sup>3</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa média de vida e as repercussões diretas disso na saúde pública, o Brasil, fazendo eco ao panorama mundial, tem sofrido profundas transformações demográficas, políticas e sociais (Ipea, 2010a). Simultaneamente a essa acentuada e intensa transição demográfica, o país experimenta uma transição de morbimortalidade com predomínio de enfermidades crônicas, mais complexas e onerosas, que exigem cuidados constantes (Lima-Costa *et al.*, 2011).

Assim, este capítulo intenciona examinar a implementação da Política Nacional do Idoso (PNI) no âmbito da saúde. Duas décadas depois de sua implementação, o que efetivamente mudou em termos de política de saúde da pessoa idosa? Terão os objetivos propostos sido satisfatoriamente alcançados?

### 2 A PROTEÇÃO SOCIAL E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A intervenção do Estado moderno nas questões sociais é uma função essencial, considerando-se a necessidade de propiciar à população algum tipo de proteção que diminua as desigualdades e que facilite as transformações políticas, sociais e econômicas advindas da época da industrialização, ocorrida principalmente na Europa. Esta intervenção estatal ocorre por meio de políticas públicas, as quais reconhecem as necessidades básicas e estabelecem um conjunto de direitos e deveres que vincula o cidadão ao Estado (Maio, 2016).

Todos os países, em maior ou menor escala, desenvolveram algum tipo de mecanismo público visando à proteção social, a qual consiste justamente “na ação

---

1. As autoras agradecem ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (Nespe) do Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) da Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais (Fiocruz Minas), na pessoa de sua coordenadora professora Maria Fernanda Lima-Costa, pelo estímulo à pesquisa na temática do envelhecimento e a complementaridade dos métodos epidemiológicos e antropológicos. Aos professores, Josélia Oliveira Araújo Firmo e Sérgio William Viana Peixoto pelo apoio durante a realização deste capítulo. À Janaina de Souza Aredes a disponibilidade e a leitura cuidadosa deste material.

2. Médica geriatra da Prefeitura de Belo Horizonte; e pesquisadora do Nespe (CPqRR/Fiocruz Minas).

3. Procuradora de Justiça no Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte (MPRN); e presidente da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (Ampid) – biênio 2015-2017.

coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” (Viana e Levcovitz, 2005, p. 17).

A formação dos sistemas de proteção social tem origem nas necessidades das sociedades de impedir ou diminuir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos e os grupos sociais. Porém, as formas de concretizar as políticas variam, também, segundo a concepção de Estado (conservador, liberal ou neoliberal, intervencionista ou regulatório) e a sua relação com o mercado e a sociedade; ou seja, de como, com que peso e grau o Estado deve atuar no social (Maio, 2016; Pino e Lara, 2013).

Assim, a depender da relação estabelecida com a sociedade, adotam-se formas e padrões específicos de intervenção, feitos por meio de sistemas previdenciários, assistenciais e de saúde que, embora semelhantes do ponto de vista formal, apresentam muitas diferenças operacionais no que se refere a formas de financiamento, cobertura, tipos de programas e acesso (Pino e Lara, 2013; Ipea, 2010b).

No caso brasileiro, como salientado na *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014* (IBGE, 2013) “dado o rápido processo de envelhecimento populacional, é importante destacar que entre os desafios que surgem neste cenário estão previdência social, saúde, cuidado e integração social dos idosos” (IBGE, 2014, p. 23).

## 2.1 A proteção social à velhice

Quanto à velhice, em decorrência da adoção interna de alguns tratados internacionais e da influência da concepção de Estado Social Democrático de Direito, materializadas no acolhimento de um sistema de garantias a pessoas idosas, o Brasil reconhece o direito à velhice com dignidade como um direito humano fundamental (Maio, 2016).

No Brasil, a importância da proteção social à velhice está refletida na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). O seu art. 6º, além de assegurar como direito social a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, garante, também, o direito à saúde e o reconhecimento à assistência social aos desamparados. Assim, todo o ordenamento jurídico brasileiro resguarda o direito à vida, sendo o envelhecimento reconhecido como um direito personalíssimo, e sua proteção um direito social (art. 3º do Estatuto do Idoso). Nesse sentido, as políticas mais importantes para a população idosa seriam as da seguridade social,<sup>4</sup> incluindo-se a de renda, para

---

4. Nessa perspectiva, a seguridade social é o “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194 da CF/1988); e assistência social é um “direito do cidadão e dever do Estado, de caráter não contributivo, capaz de prover os mínimos sociais e com o fim de garantir o atendimento às necessidades básicas do cidadão” (art. 1º da Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993). Em razão dessa determinação constitucional, foram criados os Sistema Únicos de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

compensar a perda da capacidade laborativa, a previdência, a assistência social, a saúde, com cuidados de longa duração, a habitação, a infraestrutura, a acessibilidade, com a criação de um entorno favorável, a redução de preconceitos etc. (Ipea, 2010a).

O art. 230 da CF/1988 estabelece que: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988). A mesma premissa deste tripé constitucional norteou toda uma legislação infraconstitucional, incluindo a PNI – sancionada pela Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – e o Estatuto do Idoso – regulamentado pela Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Quanto à proteção legal ao direito à saúde da pessoa idosa, no ordenamento jurídico brasileiro, destacam-se três dispositivos.

- 1) A CF/1988, com seus arts. 6º e 196, reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como reconhece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.
- 2) A PNI, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996, é uma das primeiras legislações a dar “visibilidade” ao segmento idoso. Ela objetiva assegurar direitos, inclusive o direito à saúde, criando condições para promover a autonomia, a integração e a participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, por meio de ações governamentais, via formulação de políticas públicas e programas e serviços voltados para esse público-alvo.
- 3) O Estatuto do Idoso dedica vários de seus artigos e o maior de seus capítulos a este segmento da população.<sup>5</sup> O Estatuto, principal documento legal dedicado ao tema, estabelece que a prioridade absoluta à efetivação do direito à saúde do idoso deve ocorrer mediante as seguintes prerrogativas, entre outras: o atendimento preferencial imediato e individualizado do

---

5. O art. 15 do Estatuto do Idoso estabelece: “é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do 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 sequelas decorrentes do agravo da saúde” (Brasil, 2014).

segmento junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços; a sua preferência na formulação e na execução de políticas sociais; a garantia de seu acesso à rede de serviços de saúde local; a destinação privilegiada de recursos públicos ao setor; e a capacitação gerontológica dos profissionais.

Entende-se que, nas duas décadas seguintes à publicação da PNI, caso houvesse o cumprimento dessa lei no que se refere à área da saúde (art. 10, inciso II), o Poder Público já deveria ter sido eficiente para:

- garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS;
- prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde da pessoa idosa, mediante programas e medidas profiláticas;
- adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- desenvolver formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do DF;
- realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; e
- criar serviços alternativos de saúde para o idoso (Brasil, 1994).

Dadas a abrangência e a relevância da PNI, cabe analisar se suas recomendações foram efetivadas.

### 3 O DIREITO À SAÚDE

A tendência moderna e atual é buscar a ampliação do acesso aos direitos fundamentais com a adoção de sistemas universais e públicos de saúde acessíveis, e que incorporem a ideia de integralidade no cuidado à saúde como direito à cidadania.

Em se tratando de sistemas de saúde, a universalidade é uma escolha de valor que implica que todos possam receber serviços de qualidade que correspondam às suas necessidades, ou seja, que tenham acesso aos serviços de saúde. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), países que se comprometam com este objetivo devem responder a perguntas complexas: o que são necessidades em saúde? Quem as define? Quais serviços cobrir? Quem os vai prestar e como? Como financiá-los? Quem paga e como? (OMS, 1978).

A responsabilidade pelo planejamento, a regulação, o monitoramento e a prestação desses serviços é definida na relação estabelecida entre o Estado e o setor privado, a depender do modelo de Estado vigente.<sup>6</sup>

De acordo com a OMS, conforme definição apresentada no Relatório de Alma-Ata: a acessibilidade implica a prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Por acessibilidade geográfica entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população. Por acessibilidade financeira entende-se que, sejam quais forem as formas de pagamento adotadas, o custo dos serviços está ao alcance da comunidade e do país. Por acessibilidade cultural entende-se que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em consonância com os padrões culturais da comunidade. Por acessibilidade funcional entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar, sempre que necessitar, e proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação. A acessibilidade dos cuidados primários de saúde deve ser mensurada não só pelo seu aproveitamento ao nível comunitário como também pela medida em que podem ser resolvidos problemas mais complexos e pelo número de pacientes que requer tratamento mais especializado por parte dos outros níveis do sistema de saúde. Portanto, quando proporcionam acesso integral e universal, os cuidados primários de saúde contribuem para assegurar a utilização racional de todo o sistema de saúde (OMS, 1978, p. 44-45).

Quanto à integralidade no cuidado à saúde, ela implica que as unidades de atenção primária (centros de saúde) devam se organizar para dar à pessoa idosa todos os tipos de serviços de atenção à saúde de que necessita, ainda que alguns destes não sejam oferecidos dentro das unidades. O encaminhamento para serviços secundários, consultas especializadas, serviços terciários (hospitais) ou serviços de suporte fundamentais, como internação domiciliar, é parte dessa garantia de cuidado integral (Starfield, 2002).

Além disso, a equipe de saúde deve oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos, serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas, bem como com problemas de todos os tipos, funcionais, orgânicos ou sociais. Esse último tipo é particularmente importante, pois todos os problemas de saúde ocorrem dentro de um ambiente social, o qual pode predispor ou mesmo causar enfermidades (Starfield, 2002).

No nosso meio, no âmbito da Saúde, a partir da CF de 1988, vários dispositivos legais, inclusive a PNI, de 1994, e o Estatuto do Idoso, de 2003, reiteram o dever do Estado em assegurar a saúde em uma perspectiva de universalidade, integralidade

---

6. Sobre o assunto, ver capítulo 22 deste livro.

e equidade. Esse último princípio remete à concepção aristotélica de equidade – “se as pessoas não são iguais, não receberão coisas iguais”.

Como lembra Fleury (2011, p. 4), as reformas dos serviços de saúde dependem de um intenso apoio social para serem bem-sucedidas, mas, no Brasil, essa reforma se deu de modo singular, pois foi completamente projetada por militantes do chamado Movimento Sanitário<sup>7</sup> (Paim, 2007), antes ainda da década de 1980, sendo institucionalizada na década de 1990, com a formação do SUS.

O SUS atua em 5.295 municípios por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que presta cuidados primários de saúde. As atenções secundária e terciária são realizadas por uma rede de clínicas e hospitais públicos ou contratadas pelo sistema em todo o país. Nas três últimas décadas, o impacto do SUS foi amplamente positivo: a mortalidade infantil diminuiu 6,3% ao ano (a.a.); a expectativa de vida aumentou 10,6 anos; e a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu de 23% do total de óbitos em 1970 para menos de 4% em 2007 (Almeida Filho, 2011). Neste mesmo ano, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), isto é, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras; 10%, às doenças infecciosas e parasitárias; e 5%, aos distúrbios de saúde materno-infantis (Schmidt *et al.*, 2011).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 9,0% das pessoas de 60 a 64 anos relatam sofrer alguma doença cardiovascular; entre as de 65 a 74 anos, são 11,9%; e entre as de 75 anos ou mais, são 13,7%. Estas doenças são as principais causas de morte e incapacidade na velhice (IBGE, 2014).

A redução dos índices de incidência e mortalidade por DCNTs está associada ao desenvolvimento de hábitos e de um estilo de vida saudáveis. O Brasil tem posto em prática políticas relevantes de prevenção a estas doenças cujo reflexo é evidente: a mortalidade por DCNT por idade vem diminuindo 1,8% a.a. (Schmidt *et al.*, 2011). Embora os principais fatores de risco<sup>8</sup> das quatro principais DCNTs citadas anteriormente sejam sensíveis à promoção da saúde e à prevenção, suas tendências na população brasileira são adversas. Portanto, demandam ações e políticas adicionais e oportunas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória, e as que fornecem atenção custo-efetiva a condições crônicas para indivíduos afetados por DCNT (Schmidt *et al.*, 2011).

---

7. Movimento social que antecede a redemocratização brasileira e que se organizou em torno de uma proposta comum: a produção e a democratização dos serviços de saúde a partir de diferentes lugares, da universidade, dos sindicatos de profissionais de saúde, dos movimentos populares e mesmo do Congresso Nacional. A luta pela universalização da saúde aparece atrelada à luta pela democracia, assim como a institucionalização da democracia surge como condição para garantia da saúde como direito de cidadania (Fleury, 2009).

8. São eles: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade, dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), consumo excessivo de sal e ingestão insuficiente de frutas e verduras (IBGE, 2013, p. 216).

O sucesso do Brasil em ações legislativas e regulatórias, inclusive fiscais, para o controle do tabaco deveria orientar o desafio atual de implantar ações adicionais relacionadas à dieta saudável e à atividade física (Schmidt *et al.*, 2011). Há que se reconhecer o sucesso das normatizações na redução do tabagismo e da quantidade de sal e gorduras saturadas em alimentos. Por sua vez, o favorecimento à prática de atividade física, por meio da disponibilização de academias ao ar livre e academias da saúde,<sup>9</sup> também tem sido crescente. Outras ações, como o combate à obesidade infantil e a promoção de alimentação saudável em escolas, certamente, trarão resultados favoráveis no futuro (Schmidt *et al.*, 2011).

Contudo, apesar de todas as acumulações e os avanços, Feuerwerker (2005, p. 490-491) reconhece que o SUS real ainda está muito distante da proposta almejada, e suas fragilidades põem em risco sua legitimidade política e social, “especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la”.

Almeida Filho (2011, p. 6) defende que:

apesar disso, é preciso que sejam reconhecidos os sérios problemas que envolvem a igualdade de oportunidades, qualidade e eficiência. Insuficiência de investimentos, corrupção e a má gestão decorrente da burocracia governamental estão entre esses problemas. O principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS é a limitação de recursos humanos, a qual, no entanto, é qualitativa, não quantitativa.

Para se ter uma ideia do tamanho da força de trabalho na saúde pública, em todo o Brasil, ela compreende 1,5 milhão de profissionais, o que faz da rede do SUS o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos do Brasil são seus funcionários públicos.

Outros grandes desafios do SUS são a concentração de serviços nas regiões mais desenvolvidas do país e o subfinanciamento crônico (Almeida Filho, 2011).

Apesar dessas limitações, segundo Paim *et al.* (2011), houve grandes avanços no atendimento do SUS, com ampliação do acesso à atenção básica – assistência prestada nos centros de saúde ou pelas equipes da ESF – e à emergência, atingido uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal. Além disso, houve investimento forte na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, inclusive na fabricação dos produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

---

9. As academias da saúde constituem espaços de promoção da saúde com a realização de atividades físicas, práticas corporais, artísticas, informações sobre segurança alimentar e nutricional, com impacto positivo na autonomia e na mobilização da população adscrita.

Como desafios futuros, os mesmos autores realçam a necessidade de: *i)* reforma da estrutura de financiamento, para assegurar universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo; *ii)* renegociação dos papéis público e privado; *iii)* adequação do modelo de atenção, para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; e *iv)* promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes (Paim *et al.*, 2011).

Tais desafios são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; somente com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (Paim *et al.*, 2011). Processo semelhante de construção, com avanços e recuos, também acontece em relação à PNI no âmbito do SUS.

### 3.1 A evolução da PNI no âmbito do SUS

Especificamente na área da saúde, a PNI estabelece como suas competências o que determina o seu art. 10, inciso II, já aqui citado.<sup>10</sup>

Para cumprir a determinação legal, o Ministério da Saúde (MS), ao longo de sucessivas gestões, tem publicado portarias e construído diferentes estratégias. Contudo, cumpre lembrar que, além da publicação da PNI, o ano de 1994 também marca a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo assistencial de atenção à saúde de toda a população brasileira.

Em janeiro de 1997, elaborou-se o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso,<sup>11</sup> que determinou a articulação e a integração de setores ministeriais para viabilizarem a implementação da PNI. Na mesma direção, a lei define ações e estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo, além de acompanhar, controlar e avaliar essas ações (Brasil, 1997).

Desde 1989, o MS normatizou o funcionamento das instituições destinadas ao atendimento do idoso (Brasil, 1989), mas foi em 1998 que foram incluídos os procedimentos referentes ao atendimento a pacientes sob cuidados prolongados

10. Ver página 138.

11. Esse plano de ação foi composto por oito ministérios e a Secretaria de Desenvolvimento Urbano: Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); Educação e do Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego (MTE); MS; Esporte e Turismo; e Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). O plano tinha como diretrizes: *i)* viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações; *ii)* promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, dos planos, dos programas e dos projetos a serem desenvolvidos; *iii)* priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir a sua sobrevivência; *iv)* descentralizar as ações político-administrativas; *v)* capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; *vi)* implementar o sistema de informações com vistas à divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e dos programas em cada nível de governo; *vii)* estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; *viii)* priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço; e *ix)* apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

e às internações em regime de hospital-dia geriátrico e domiciliar com equipe hospitalar (Brasil, 1998a; 1998b; 1998c).

Entre as normas com foco específico na pessoa idosa, destacam-se: a portaria interministerial que institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos – PNCI (Brasil, 1999a); a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI (Brasil, 1999b); a portaria GM/MS nº 280/1999 (Brasil, 1999c), que torna obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes com mais de 60 anos internados; e a Portaria GM/MS nº 830/1999 (Brasil, 1999d), que autoriza a cobrança da diária do acompanhante no SIH/SUS. Em 2002, a Portaria GM/MS nº 702/2002 (Brasil, 2002) criou mecanismos para a organização e a implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso.

Em 2006, o MS institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006a) e o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006c).

A PNSI resulta de um consenso estabelecido a partir de um amplo debate com vários pesquisadores, técnicos, gerontólogos e geriatras de renome nacional de todo o país, convidados pelo MS a propor uma estratégia de implementação da PNI na saúde pública. Deste envolvimento resultou a instituição da imunização contra a gripe para idosos no calendário vacinal anual regular voltado para este segmento. O projeto teve exitosa repercussão na prevenção da *influenza* e de suas complicações em todo o território nacional (Daufenbach *et al.*, 2014). Além disso, pela primeira vez, normatiza-se que a atenção à saúde do idoso deve ser balizada pela capacidade funcional e pelo respeito à autonomia da pessoa idosa.

A Portaria Interministerial entre o MS e o MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999, institui o PNCI, prevendo haver recursos para sua implantação de forma descentralizada em todo o país. Embora esta portaria anteceda a PNSI (que é de 13 de dezembro de 1999), ela jamais foi implementada.

Em 2002, pouco antes da promulgação do Estatuto do Idoso, o MS discute e estabelece as redes estaduais de assistência à saúde do idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002 e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde AS/MS nº 249/2002), e determina às secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do DF, a adoção de providências para implantação, organização, habilitação e cadastramento dos seus centros de referência. Estas redes estaduais organizadas e os centros de referência de atenção à saúde do idoso (Crisis) ficariam distribuídos por todo o território nacional, tendo como principal característica a sua polivalência. O Crasi:

diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Deve dispor, além de internação hospitalar,

ambulatório especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002, p. 17-18).

Os Crasis serviriam ainda como referência para a prescrição dos medicamentos de alto custo para os portadores da doença de Alzheimer (portarias GM/MS nºs 703/2002 e 843/2002, e Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS nº 255/2002).

Originalmente, foram previstos 74 Crasis, distribuídos em todas as unidades federativas (UFs). Até a atualidade, contudo, estes ainda não foram implantados em muitos estados, e os que estão em funcionamento se concentram na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, onde estão 21 dos 47 Crasis cadastrados.<sup>12</sup> Os Crasis, juntamente com os hospitais gerais, compõem a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso, cuja gestão está a cargo das respectivas secretarias de saúde estaduais, municipais e do DF.

Embora essa proposta ainda trouxesse a marca de uma visão hospitalocêntrica que preponderava no cuidado à saúde, gerontologicamente falando, ela é bastante promissora, ao reforçar a necessidade da multidisciplinaridade, da criação de serviços dirigidos à população idosa articulados em rede, bem como da necessária capacitação dos profissionais para o cuidado a esse público. A mesma portaria previu a inclusão do cuidado a idosos com processos demenciais e a disponibilização de medicamentos específicos para o mal de Alzheimer, ambas as ações comemoradas pela comunidade gerontológica do país e certamente por milhares de famílias que lidam com esta realidade. Todavia, o fornecimento e a regulação do acesso à medicação cabem às secretarias estaduais e do DF, havendo protocolos com complexidades diferentes nas várias regiões do país.

A progressiva implantação do PSF e a sua transformação em ESF gerou a necessidade de uma adequação da PNSI à mudança do modelo assistencial na atenção básica à pessoa idosa. A Portaria GM Nº 648, de 28 de março de 2006, regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a qual:

caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006b, p. 10).

A atuação acontece em territórios que estabelecem a população adscrita, inclusive a parcela idosa residente, e deve ser desenvolvida em equipe de modo a detectar precocemente quaisquer agravos, realizar buscas ativas de pessoas em risco e promover a educação à saúde com uso de tecnologias simples e adequadas. A Pnab estabeleceu

---

12. Informações colhidas junto à Área Técnica da Saúde do Idoso, do MS, em dezembro de 2014.

a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), bem como redefiniu os

princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006b).

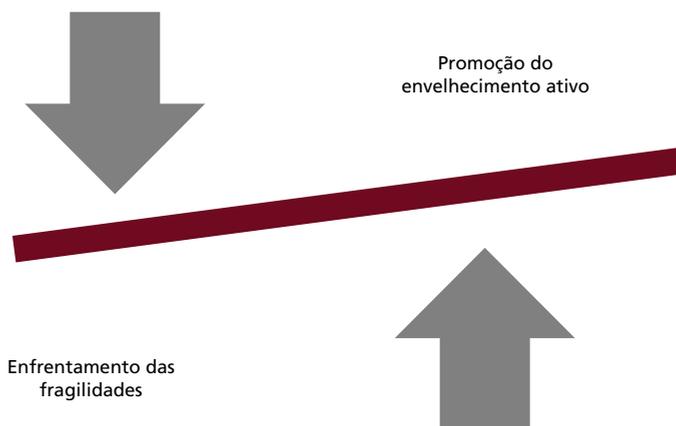
Na Pnab, a Saúde do Idoso aparece como uma das áreas estratégicas para a operacionalização da atenção básica em todo o território nacional.

Nesse momento, o país já contava com experiências de cuidado ao idoso em algumas cidades de médio e grande porte, o que justificou a criação do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa e subsidiou a publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Brasil, 2006a).

Vale lembrar que a PNSPI responde ao pacto acordado em dois foros: na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do dia 5 de outubro de 2006 e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Seus propósitos podem ser traduzidos em dois grandes eixos complementares e não excludentes: o enfrentamento das fragilidades do SUS, das famílias e dos idosos; e a promoção do envelhecimento ativo, conforme proposto pela OMS (2005).

Assim, a PNSPI reitera o entendimento de que a capacidade funcional da pessoa idosa deva ser um balizador das ações dos serviços de saúde e acena para a necessidade de efetivação de políticas de cuidado para a população idosa frágil, insistindo na necessidade de apoio às famílias com idosos e na capacitação para os profissionais (figura 1).

FIGURA 1  
Eixos estruturantes da PNSPI



Elaboração das autoras.

É preciso compreender que a promoção do envelhecimento ativo não deve competir nem sobrepular o enfrentamento das fragilidades, e que será necessário investimento das três esferas de governo para garantir recursos para todas as diretrizes da PNSPI (Brasil, 2006).<sup>13</sup>

Nesse sentido, foi importante a construção do Pacto pela Saúde ter contemplado a saúde do idoso (Brasil, 2006c), quando se redesenharam as atribuições dos três níveis de gestão da Saúde Pública, como será demonstrado a seguir.

### 3.2 A saúde do idoso no Pacto pela Saúde

Em 2006, os gestores das três esferas de governo discutiram e acordaram um “pacto de gestão”, pautado no respeito às diferenças regionais, e cuja avaliação e cobrança pelo MS aconteceria com base em resultados. Esse processo mais acirrado de discussão culminou com a publicação do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006c), que revê e enfatiza a responsabilidade e as atribuições das diferentes instâncias governamentais com amplas possibilidades de adequação às especificidades regionais, sem cobrar quaisquer requisitos de estrutura, de aferimento cartorial.

O Pacto pela Saúde congrega o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida, descritos a seguir.

O Pacto pelo SUS reafirma este sistema de saúde como uma política de Estado assim como os princípios que o norteiam desde a sua origem – a universalidade, a integralidade e a equidade. Além disso, reforça o compromisso de todos os níveis de governo com o seu financiamento.

O Pacto pela Gestão define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional. Cabe a cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>14</sup> fazer a adaptação destas políticas e metas às condições locais, visando reforçar o movimento da gestão pública por resultados. Quanto ao financiamento, as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado. Ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão – estas transferências são mantidas sob diversos critérios de alocação e incentivos.

O Pacto pela Vida retoma algumas normas operacionais básicas do SUS, por tratar dos mesmos temas, e incorpora muitos de seus conceitos. Entretanto, ele o

---

13. São elas: *i*) a promoção do envelhecimento ativo e saudável; *ii*) a atenção integral, associada à saúde da pessoa idosa; *iii*) o estímulo às ações intersetoriais; *iv*) o provimento de recursos visando assegurar a qualidade da atenção; *v*) o estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; *vi*) a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; *vii*) a divulgação e a informação sobre a PNSPI para profissionais, gestores e usuários do SUS; *viii*) a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e *ix*) o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (Brasil, 2014).

14. Congrega cada estado e seus municípios.

faz com uma abordagem bastante diferente, estabelecendo que a atenção ao idoso deve ser prioritária. São suas diretrizes (Brasil, 2006c):

- a) A promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) O estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d) A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- e) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f) O provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g) O fortalecimento da participação social;
- h) A formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i) A divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j) A promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k) O apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

São sete as estratégias do Pacto pela Vida: *i*) a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa; *ii*) a divulgação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; *iii*) a implantação do Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e da saúde do idoso; *iv*) a reorganização do processo de acolhimento na rede pública; *v*) a assistência farmacêutica dirigida ao público idoso; *vi*) a atenção diferenciada na internação hospitalar, com avaliação geriátrica global do idoso internado em hospital vinculado ao Programa de Atenção Domiciliar; e *vii*) a instituição de modalidade específica para a pessoa idosa no Programa de Atenção Domiciliar.

O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, entre as quais, a saúde do idoso. Diferentemente do que ocorre nas demais prioridades, não são definidas metas concretas para o cuidado com a saúde da população idosa, nem quaisquer tipos de incentivos ou sanções para o gestor. Isso, de certo, modo deixa o pacto sem efeito, pois sua interpretação fica a cargo de cada gestor e do que ele considera uma atuação prioritária junto à população idosa.

A única meta destinada a idosos previa a inspeção de 100% das instituições de longa permanência para idosos (Ilpi)<sup>15</sup> a partir da atuação da vigilância sanitária e

---

15. Menos de 1% dos idosos brasileiros vive em Ilpi (Camarano, 2010).

da aplicação da RDC nº 285/2003 da Anvisa, que rege as normas de funcionamento dessas instituições.

Também nesse ponto o Pacto pela Vida concorda com a PNI, a qual define que, no atendimento às pessoas idosas, devam-se “adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 1994). Mas há controvérsias: as equipes de saúde têm enormes dificuldades em assistir a população asilar residente em instituições credenciadas pelo Suas ou de caráter filantrópico. Na prática, a atenção primária consegue oferecer apenas visitas pontuais, ditadas por problemas agudos da população residente e absolutamente dependentes do interesse e da sensibilidade do gestor local para reconhecer (ou não) a instituição asilar como um domicílio de idosos. Outra maneira de fazer isso é a partir da provocação do Ministério Público (MP).

Ainda assim, caso a RDC nº 285/2003 fosse de fato aplicada e cumprida à risca, inúmeras instituições teriam sido interditadas por não garantir os recursos mínimos para o cuidado à população assistida. Dito de outra forma, o mesmo Estado que se propõe a normatizar a fiscalização dos serviços não os apoia efetivamente com recursos ou participação do serviço de saúde no cuidado às pessoas idosas institucionalizadas, exceto em situações nas quais o gestor local é sensível a esta questão (Giacomin e Couto, 2010).

Em 2009, a Portaria nº 2.669 revê as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes Vida e Gestão, e estabelece as orientações, os prazos e as diretrizes de seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Situações relativas a doenças crônicas como diabetes, acidente vascular cerebral, cânceres (mama, útero, próstata) também contemplam pessoas idosas, mas não de modo exclusivo.

Em 2011, a publicação da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro, reedita a Pnab e revê as diretrizes e as normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Pacs. No texto da portaria, a questão do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa não é citada (Brasil, 2011).

Assim, até 2012, a única meta específica para a saúde do idoso foi a redução em 2% da taxa de internação hospitalar anual de pessoas idosas com fratura de fêmur.<sup>16</sup> Porém, entre 2000 e 2014, não se verifica a redução estabelecida, conforme demonstrado na tabela 1.

---

16. Esse indicador, identificado pelo CID 10 S72, mede a ocorrência dessas internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS. Ele é calculado pela razão entre o número de internações hospitalares por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local de residência, e o total da população com 60 anos ou mais, no mesmo período e local, multiplicado pela base 10.000.

TABELA 1  
Taxa anual de internação de idosos, por fratura de fêmur (2000-2014)

	Internações de idosos por fratura de fêmur														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	16.44	16.36	18.77	18.88	19.41	19.37	20.10	17.45	18.15	18.45	17.44	18.46	18.81	18.94	19.25

Fonte: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=result>>.

Cabe questionar se e como esse não cumprimento repercutiu junto a gestores e demais interessados (equipes de saúde, famílias, pessoa idosa). Nesse sentido, Louvison e Rosa (2010) discutem a fragilidade desse indicador, considerando quatro aspectos.

- 1) O numerador abrange apenas o universo das internações hospitalares na rede SUS, enquanto o denominador inclui também o conjunto de pessoas beneficiárias de seguros privados de saúde.
- 2) Ele se mostra vulnerável às inconsistências do sistema de informação utilizado na classificação do procedimento e na causa da morbidade informada. Por se tratar de um sistema de informação concebido essencialmente com finalidades de faturamento e implantação da tabela unificada (códigos de procedimentos com cobertura no SUS), a qualidade de seus dados é baixa.
- 3) A magnitude da morbidade relacionada às internações hospitalares do SIH é condicionada à oferta de serviço e à população SUS dependente, mas as reinternações computam novamente internações que podem estar relacionadas a novos procedimentos cirúrgicos e ou complicações clínicas decorrentes da mesma fratura.
- 4) A demanda reprimida para procedimentos ortopédicos hospitalares também se pode refletir em menores indicadores que não necessariamente estariam relacionados a uma melhor situação de saúde para as pessoas idosas.

Portanto, ainda segundo Louvison e Rosa (2010), se se pretende acompanhar a saúde da população idosa, será necessário: *i)* melhorar a atuação dos serviços, mediante a qualificação dos indicadores e a investigação das quedas; *ii)* promover e prevenir estes eventos com foco na atividade física e na alimentação saudável; e *iii)* instituir mecanismos na atenção básica da avaliação das quedas (preenchimento da caderneta e da classificação de risco de todos os idosos, diagnóstico e tratamento de osteoporose, e definição de referências geriátricas gerontológicas com programas para idosos caidores e de maior risco).

Nesse sentido, ao analisar os dados referentes ao estado de São Paulo, considerando que a maioria das fraturas de fêmur decorre de quedas e afeta predominantemente pessoas de 80 anos ou mais, as autoras se fizeram as seguintes questões: “se as intervenções para prevenção de quedas são mais eficazes quando direcionadas a idosos de alto risco de cair e que vivem na comunidade; sabemos quem são? Sabemos como intervir?” (Louvison e Rosa, 2010, p. 28).

Para dar conta desse grande e crescente desafio na rede pública de saúde, é fundamental promover a construção de redes integradas e intersetoriais. Isso inclui a implementação das linhas de cuidado relacionadas à síndrome da instabilidade e quedas em pessoas idosas, garantindo os pontos de atenção necessários à promoção do envelhecimento ativo e o cuidado e a reabilitação, visando manter e recuperar a capacidade funcional, e garantir qualidade de vida e dignidade à pessoa idosa (Louvison e Rosa, 2010).

Na mesma direção, no documento *Vigilância e prevenção de quedas em idosos*, publicado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES (Estado de São Paulo, 2010), Perracini e Rosa (2010) promovem uma ampla discussão sobre as principais estratégias para a prevenção de quedas de idosos, com base no modelo proposto pela OMS (2007).

Outra informação importante para analisar as condições de saúde da população idosa é a análise das causas de mortalidade e de sua evolução temporal.

### 3.3 Evolução da mortalidade em idosos desde a PNI

Em 2013, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) acordaram as premissas norteadoras para o processo de pactuação de indicadores. Com base nestas premissas, em 21 de março de 2013, foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015 com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Além disso, a CIT publicou a Resolução nº 5, que prevê a possibilidade de ajuste anual do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 mediante pactuação na mesma comissão.

Embora a meta de vigilância das condições das Ilpis não mais apareça, um dos objetivos universais dessa resolução destina-se à melhoria das condições de saúde do idoso e dos portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção, visando reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT (menos de 70 anos).<sup>17</sup>

17. Em artigo de revisão sobre a mortalidade em idosos, Silva, Cesse e Albuquerque (2014) reiteram que a situação socioeconômica desempenha um papel central na determinação da mortalidade de indivíduos e populações, inclusive nas faixas etárias mais velhas. Com vistas às transformações necessárias, as autoras identificaram pelo menos 24 determinantes sociais significativamente associados à mortalidade da população idosa. Entre outros, estão: *i*) residir em ambiente rural e intercontinental (residir no continente africano em comparação à Europa); *ii*) pertencer a etnias minoritárias; *iii*) estresse financeiro; *iv*) condições de habitação, escolaridade (analfabetismo); *v*) não participar de atividades sociais, tais como clubes, igreja ou bares; *vi*) não visitar amigos ou família; *vii*) não praticar artesanato regularmente; *viii*) ausência de engajamento social; *ix*) discriminação percebida de raça e gênero; *x*) tabagismo (ser fumante atual); *xi*) ter vida sedentária ou realizar atividade física média; *xii*) ser dependente em relação a atividades instrumentais de vida diária; *xiii*) realizar nenhuma ou menos que quatro atividades de lazer; *xiv*) ser homem viúvo, solteiro, viver só e ter apenas um filho, ou sem filho. Os fatores de proteção para a mortalidade da população idosa foram: *i*) consumir álcool de maneira moderada; *ii*) e apresentar fatores combinados de estilo de vida saudável, como não fumar, ser fisicamente ativo, ingestão diária de frutas e folhas verdes, e dormir mais que 6,5 horas por noite.

No Brasil, a taxa de mortalidade prematura (até 70 anos) pelas DCNTs é de 255 a cada grupo de 100 mil habitantes, número que as autoridades responsáveis pela saúde pretendem baixar até 2022 para 196 por 100 mil habitantes. Para Kanso *et al.* (2013), não existe uma idade limite da vida, tampouco está claro até que idade uma morte pode ser considerada evitável. Cabe aqui a ressalva proposta por Lloyd-Sherlock *et al.* (2015) de que a definição de morte prematura antes dos 70 anos poderia ser ela mesma uma forma de *ageism* (traduzido como etarismo ou idadismo, preconceito por questões de idade).

Feitas essas ressalvas, com base em dados do Datasus, do MS, a evolução da taxa de mortalidade em idosos, desde a vigência da PNI, está apresentada na tabela 2.

TABELA 2  
Taxas de mortalidade entre idosos segundo causas selecionadas, por 100 mil habitantes<sup>1</sup>

Capítulo CID-10 <sup>2</sup>	Taxa de mortalidade			Variação (%)
	Ano	1996	2000	
População total				
Doenças do aparelho circulatório	1.560,9	1.370,4	1.230,9	-21,1
Neoplasias	529,0	530,7	573,4	8,4
Doenças do aparelho respiratório	516,3	453,7	462,2	-10,5
Causas mal definidas	762,9	628,3	255,2	-66,5
Doenças do aparelho digestivo	158,7	152,0	159,0	0,2
Causas externas	108,0	94,3	114,7	6,2
Doenças infecciosas e parasitárias	113,6	101,0	105,9	-6,8
Transtornos mentais	8,5	13,0	27,7	225,9
Doenças do sistema nervoso	29,8	34,8	83,9	181,5
População masculina				
Doenças do aparelho circulatório	1.664,6	1.503,0	1.382,8	-16,9
Neoplasias	647,1	659,2	721,1	11,4
Doenças do aparelho respiratório	599,0	537,5	527,8	-11,9
Causas mal definidas	833,6	711,2	292,4	-64,9
Doenças do aparelho digestivo	190,1	183,4	194,8	2,5
Causas externas	155,7	137,1	161,5	3,7
Doenças infecciosas e parasitárias	130,8	118,1	118,6	-9,3
Transtornos mentais	12,1	18,8	34,9	188,4
Doenças do sistema nervoso	32,9	36,9	78,1	137,4

(Continua)

(Continuação)

Capítulo CID-10 <sup>2</sup>	Taxa de mortalidade			Variação (%)
	Ano	1996	2000	
População feminina				
Doenças do aparelho circulatório	1.467,1	1.261,5	1.109,1	-24,4
Neoplasias	428,0	424,8	455,1	6,3
Doenças do aparelho respiratório	443,2	383,8	409,7	-7,6
Causas mal definidas	695,7	558,4	225,4	-67,6
Doenças do aparelho digestivo	132,0	126,4	130,2	-1,4
Causas externas	68,0	59,5	77,2	13,5
Doenças infecciosas e parasitárias	98,7	87,1	95,7	-3,0
Transtornos mentais	5,5	8,2	21,9	298,2
Doenças do sistema nervoso	27,2	33,0	88,5	225,4

Elaboração do professor Sérgio Peixoto.

Notas: <sup>1</sup> Taxas padronizadas por idade, usando-se como padrão a população de 2010.<sup>2</sup> Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em ambos os sexos, um indicador que sugere a melhora da assistência à população idosa bem como da qualidade da informação é a redução em mais de 60% das mortes por causas mal definidas.

Por sua vez, a primazia das doenças do aparelho circulatório concorda com o Relatório da Global Burden of Disease (GBD), *The Global Burden of Disease Study* 2013, que analisou a mortalidade em 188 países, demonstrando que, em todos, no grupo entre 50 e 75 anos, doença isquêmica do coração e acidente vascular encefálico foram causas importantes de risco de morte, sendo a maioria homens (GBD, 2014).<sup>18</sup>

Ao analisar a evolução da mortalidade em idosos desde a PNI, outro resultado bastante expressivo é o aumento da mortalidade por transtornos mentais e doenças do sistema nervoso em ambos os sexos, especialmente entre as mulheres. Para Schmidt *et al.* (2011), as doenças neuropsiquiátricas são as que mais contribuem para a carga de doenças no Brasil. É razoável supor que, entre os idosos, esta categoria reflita o aumento da prevalência de processos neurodegenerativos, inclusive daqueles resultantes das síndromes demenciais.

Nos Estados Unidos, a doença de Alzheimer já é oficialmente a sexta causa de morte entre as pessoas de 65 anos ou mais (Alzheimer's Association *et al.*, 2014). Entretanto, esta condição pode ainda estar subestimada porque segundo dados do

18. Como exemplo da disparidade, cita-se a probabilidade de mortalidade por doença isquêmica do coração, que foi de 0,6% entre mulheres no Japão e mais de 24% dos homens na Bielorrússia. Em regiões de alta renda, o câncer de pulmão foi causa importante para o risco de morte entre homens. Câncer de próstata para os homens e de mama para mulheres também foram relevantes (GBD, 2014). No Brasil, chama atenção a mortalidade por violência interpessoal, que afeta mais os homens.

Medicare<sup>19</sup> (2011), naquele país, um terço de todos os idosos que morreram em um dado ano foi diagnosticado com Doença de Alzheimer ou outra demência. Além disso, segundo a Alzheimer's Association *et al.* (2014), é difícil dizer se uma pessoa morreu *com* demência ou *da* demência.

De acordo com a GBD (2014), embora a prevalência das demências tenha diferido em até três vezes entre os países, ela não se modificou substancialmente entre 2010 e 2013. Contudo, as taxas de mortalidade por idade aumentaram nos países de alta renda, sendo de 25% na Dinamarca, na Suíça e na Noruega, e 46% na Alemanha. Outra ressalva é que a mortalidade contabilizada nos estudos de registros de dados e nos de autópsia verbal variou de mais de vinte vezes.

No Brasil, um estudo sobre o panorama prospectivo das demências realizado por Burlá *et al.* (2013) realça que, em nosso país, qualquer proposta de política para atender o segmento populacional idoso esbarra na carência de informações sobre a prevalência e a incidência das demências. Ainda assim, com base nas informações disponíveis, as projeções apontam para um pequeno crescimento na taxa de prevalência de demência na população com 65 anos ou mais – de 7,6% em 2010, para 7,9% em 2020, ou seja, 55 mil novos casos por ano.

No entanto, a análise da mortalidade fornece um quadro incompleto da carga de doença. Assim, outro indicador extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento é a expectativa de vida saudável ou a esperança de vida corrigida pela incapacidade.<sup>20</sup> Trata-se do número de anos que as pessoas esperam viver sem precisar de cuidados especiais, de forma saudável, sem limitações ou incapacidades (Paschoal, 2001).

Nesse sentido, o indicador de expectativa de vida saudável resume a mortalidade e os resultados não fatais em uma única medida de saúde da população, e tem sido usado para comparar a saúde ao longo do tempo e entre países. Salomon *et al.* (2012) analisaram mudanças ao longo das últimas duas décadas em 187 países. Em 2010, a esperança média mundial de vida saudável ao nascer entre homens foi de 58,3, e de 61,8 entre mulheres. No Brasil, em 2013, as principais causas de anos vividos com incapacidade foram: dor lombar; depressão; ansiedade, diabetes, problemas de audição, outras doenças musculoesqueléticas, dor cervical, asma, enxaqueca e doença pulmonar obstrutiva crônica (Vos *et al.*, 2015).

No nosso meio, um importante estudo sobre a carga de doença no Brasil mostrou que as doenças crônicas foram responsáveis por 66% dos Dalys – enquanto as doenças infecciosas, maternas e perinatais, e deficiências nutricionais, por 24%;

---

19. Dados tabulados e não publicados a partir de amostra de beneficiários do Medicare de 2009, preparados por Julie Bynum, Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Care, Dartmouth Medical School, 2011.

20. Disability adjusted life years (Dalys) – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.

e as causas externas, por 10% do total de anos perdidos<sup>21</sup> (Schramm, Oliveira e Leite, 2004). Entre as doenças crônicas, destacam-se: transtornos neuropsiquiátricos (19%); doenças cardiovasculares (13%); doenças respiratórias crônicas (8%); cânceres (6%); doenças musculoesqueléticas (6%); e diabetes (5%).

### 3.4 Internações de idosos por causas evitáveis

No Brasil, as hospitalizações de idosos corresponderam a 30,6% do total dos custos com internações no SUS. Apenas em 2011, R\$ 3,3 bilhões foram destinados a hospitalizações de idosos. Isso representa um terço do valor gasto com internações no Brasil enquanto o contingente de idosos corresponde a um décimo da população geral (Datusus, 2012).

Para analisar essa constatação, pode-se avaliar se os motivos de internação referem-se a causas sensíveis à atenção ambulatorial ou primária à saúde (CSAPS), conceito que associa as causas de internações à implantação da Política de Atenção Primária (APS). Em geral, internações por condições sensíveis ao atendimento ambulatorial (ICSAPs) dizem respeito a admissões hospitalares potencialmente evitáveis para os seguintes problemas: distúrbios agudos (evitáveis por meio de vacinação ou outras medidas); desordens agudas passíveis de controle ainda no início (por exemplo, a pneumonia); distúrbios crônicos cujas exacerbações podem ser adequadamente controladas (por exemplo, diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva).

Em 2008, a lista brasileira de ICSAP foi elaborada pelo MS (Brasil, 2008). Os dados referentes às internações hospitalares e às ICSAPs são provenientes do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).

Ao analisar os dados do Datusus sobre as principais causas de internações em idosos no Brasil, Fernandes (2015) considerou os anos de 2003, 2008 e 2013, e as frequências de hospitalizações de pessoas idosas por ICSAP<sup>22</sup> distribuídas segundo UF, o índice de cobertura de ESF (número de unidade de ESF por habitantes), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o coeficiente de Gini para desigualdade de renda *per capita*, assim como a porcentagem de pessoas por faixa etária (em décadas de idade).

21. Causas externas referem-se a traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, que apresentam início súbito e são consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente e outras condições provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, energia elétrica e/ou radiação).

22. Ou seja, por insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, doenças isquêmicas do coração, hipertensão arterial sistêmica, diabete mellitus, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas intestinais, asma, colelitíase e colecistite, hérnia inguinal, diarreia e gastroenterites, doenças bacterianas, desnutrição, outros sintomas e sinais anormais, doenças renais tubulointersticiais, infarto agudo do miocárdio, hemorragia intracraniana e fratura do fêmur.

No Brasil, a ESF é responsável pela totalidade dos atendimentos públicos de atenção primária. De 2003 a 2013, observa-se um aumento progressivo da população com cobertura pela ESF, havendo um crescimento maior entre 2003 e 2008 (41%) que entre 2008 e 2013 (16%). Na maioria das UFs, a cobertura da ESF aumentou, e estados como Piauí e Paraíba chegaram a coberturas de cerca de 90% de sua população em 2008 e 2013. Os lugares com menor porcentagem de cobertura da ESF foram São Paulo e DF, com 31% e 23%, respectivamente (Fernandes, 2015).<sup>23</sup>

Nos três anos pesquisados, a porcentagem de maiores de 60 anos cadastrados na ESF aumentou progressivamente, passando de 9,1% dos cadastramentos em 2003, para 10,4% em 2008, e 12,7% em 2013. A média nacional de cobertura de ESF populacional variou de 33,94% em 2003, para 48,44% em 2008, e 55,61% em 2013 (Fernandes, 2015).

Apesar disso, os resultados desse estudo apontam que os níveis de cobertura de ESF não determinaram alterações importantes nas taxas de ICSAP entre idosos. Se avaliadas as ICSAPs com o IDH, existe uma relação inversa: quanto maior o IDH da UF, menor a porcentagem de ICSAP, sugerindo-se que as condições socioeconômicas e outros fatores como acesso a atendimento médico de qualidade, educação, renda, saneamento, alimentação, possam ser determinantes da variabilidade das taxas de ICSAP nas diversas regiões do Brasil (Fernandes, 2015).

De todo modo, no Brasil, nos anos 2003, 2008 e 2013, considerando-se a totalidade das internações, as ICSAPs sofreram uma redução progressiva, passando de 25% das internações para 21% e 19,8%, em cada ano, respectivamente. Contudo, esta redução não foi acompanhada pela faixa etária de idosos: nesse grupo, as ICSAPs representavam 28,65% das internações em 2003; 39,55%, em 2008; e 33,22%, em 2013. Uma explicação para este aumento seria o reflexo da influência do crescimento da população idosa, que passou de 8,53% da população geral em 2003, para 9,49% em 2008, e 10,98% em 2013 (Fernandes, 2015).

Porém, uma contradição a ser destacada é que entre as vinte principais causas de internação em idosos, cinco não são classificadas como ICSAP na lista do MS, inclusive a fratura de fêmur – considerada indicador de saúde da pessoa idosa (Fernandes, 2015).

Todas essas reflexões reforçam a importância da atuação da saúde e a necessidade de aprimorar os mecanismos de gestão na melhoria do cuidado à saúde da pessoa idosa.

---

23. As ICSAPs variaram entre as UFs: de 18,6% (Roraima) a 40,43% (Rondônia), as quais apresentavam, respectivamente, uma cobertura de ESF de 71,06% e 26,18% em 2003. Em 2008, as ICSAPs variaram de 59,9% (Rondônia) a 31,8% (São Paulo), com cobertura de ESF de 45,66% e 25,09%, respectivamente. E em 2013, a ICSAP variou de 25,5% (Rio de Janeiro) a 47,9% (Rondônia), com cobertura de ESF de 44,85% e 60,88%, respectivamente.

#### 4 AS FORMAS DE GESTÃO DA PNI NA SAÚDE

Inicialmente, há que se valorizar o esforço da área técnica da saúde do idoso do MS nas gestões seguintes à PNI ao procurar assegurar a inclusão da temática da saúde da pessoa idosa nos variados fóruns da instituição.

Cabe destacar a agenda estratégica do MS para o período 2011-2015, que contempla, textualmente, no objetivo estratégico 6, o cuidado com a população idosa: “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção” (Brasil, 2013b, p. 21).

Conforme previsto no Plano Plurianual (PPA) 2012-2015, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (Cosapi), do Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet), da SAS/MS conta com orçamento de R\$ 10 milhões por ano, que representa um aporte de R\$ 0,40 por idoso-ano para apoio a estados, DF, municípios, instituições de pesquisa e estudos (universidades federais e estaduais), bem como com entidades privadas sem fins lucrativos.

Os recursos financeiros, oriundos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e repassados por meio de celebração de convênios, visam prestar apoio institucional por meio de incentivo a projetos de capacitação de profissionais de saúde, desenvolvimento de pesquisa, produção de conhecimento, realização de congresso e eventos técnicos. Para aprovação das propostas, a Cosapi define anualmente as linhas prioritárias de ações a serem apoiadas. Em matéria de saúde da pessoa idosa, elencam-se as seguintes.

- 1) Distribuição medicamentos (SUS) para doenças de Alzheimer Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013 e Parkinson (Portaria SAS/MS nº 228, de 10 de maio de 2010).
- 2) Campanha nacional de imunização do idoso (desde 1992).
- 3) Campanha nacional de cirurgias de cataratas.
- 4) Programa de capacitação profissional e de cuidadores de idosos (*em implantação*).
- 5) Estudos e pesquisa epidemiológica de base sobre agravos e doenças prevalentes.
- 6) Garantia de acesso do idoso aos planos de saúde privados (sem criação de subsídios), em cumprimento ao Estatuto do Idoso.
- 7) Programa da Farmácia Popular (PFPP).<sup>24</sup>

24. De acordo com Santos-Pinto, Costa e Osorio-de-Castro (2012), o PFPP, criado em 2004, inicialmente estava previsto para atender pessoas com orçamento familiar entre 4 e 10 salários mínimos (SMs), tendo como foco a parcela da população que não utiliza o SUS, mas que não possui rendimentos suficientes para adquirir e/ou completar um tratamento com medicamentos de forma adequada. O elenco de medicamentos do PFPP foi definido mediante critérios epidemiológicos, considerando-se as principais doenças que atingem a população brasileira, e cujos tratamentos geram maior impacto no orçamento familiar. Até 2009 o referido programa oferecia medicamentos associados às doenças crônicas (diabetes, hipertensão) e anticoncepcionais. A partir de 2010, houve uma expansão dos medicamentos providos com a incorporação de princípios ativos associados à influenza H1N1, rinite e asma, glaucoma, osteoporose, doença de Parkinson e fraldas geriátricas.

- 8) Criação de centros de referência em assistência à saúde do idoso (em número inferior ao determinado).
- 9) Criação do Instituto de Traumatologia-Ortopedia (Into), no Rio de Janeiro (com treze leitos para atendimento aos idosos, como exemplo).
- 10) Levantamento censitário nas Ilpis conveniadas com o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) – em andamento.
- 11) Programa Melhor em Casa que visa melhorar e ampliar a assistência no SUS a pacientes com agravos de saúde, que possam receber atendimento humanizado, em casa, e perto da família (programa de atenção domiciliar).
- 12) Elaboração de curso de especialização de gestão em saúde da pessoa idosa e envelhecimento, na modalidade EAD (educação à distância), em parceria com a Fiocruz, contemplando o recorte racial e de gênero, até 2013.
- 13) Revisão do material didático para atualização do curso de aperfeiçoamento na modalidade EAD sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, voltado para os profissionais do SUS contemplando o recorte racial e de gênero, até 2013.
- 14) Implantação de um modelo de atenção integral à saúde da população idosa.
- 15) Qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS.
- 16) Caderneta de saúde da pessoa idosa: revisão e inclusão do recorte de raça, em 2013, e previsão de distribuição de 5.500.000 de cadernetas em 2014 e 2015.

Se considerados os eixos da PNSPI, quanto à dimensão Promoção do Envelhecimento Ativo, em 2014, o governo federal publicou o *Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo* (Brasil, 2013c) que previu a criação de uma Comissão Intersetorial, cujo objetivo era monitorar e avaliar ações promovidas no âmbito deste compromisso, bem como promover articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. O Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo é coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e reúne ações de dezessete ministérios, além de estados, DF e municípios. Seus esforços são para a valorização, promoção e defesa dos direitos das pessoas idosa.

No que se refere ao enfrentamento das fragilidades, em maio de 2014, durante o XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, foi lançado o documento: *Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral* (Brasil, 2014).

Esse documento é bastante abrangente e tem como objetivo fomentar e subsidiar as discussões sobre as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Além disso, estabelece um modelo de atenção integral que contribui na organização do cuidado ofertado pelos estados e municípios brasileiros, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer articulações, e qualificar o cuidado com esta parcela da população. Da sua elaboração participaram a Cosapi e o seu comitê assessor, composto por gestores, acadêmicos e especialistas na área de saúde da pessoa idosa (Brasil, 2014).

Quanto ao relacionamento entre as gestões federal, municipais e estaduais, desde a sua criação, o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa já se reuniu dez vezes. O colegiado é composto por gestores estaduais de capitais e de municípios com mais de 500 mil habitantes, responsáveis pela política de atenção à saúde da pessoa idosa nestas localidades. Ele conta ainda com convidados, representantes das parcerias intra e intersetoriais, e tem como objetivo articular e alinhar agendas estratégicas com os gestores estaduais e municipais de modo a implementar a PNSPI (Brasil, 2006a). Esta atuação está de acordo com a proposição de organizar e estruturar a atenção à pessoa idosa em redes de atenção à saúde,<sup>25</sup> com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência.

Assim, essa proposta idealizada pela Cosapi e por apoiadores contempla as dimensões funcional, social, mental e biológica da saúde da pessoa idosa. Como fazer para implementá-la?

A realização desses fóruns tem proporcionado uma rica troca de experiências nesse sentido. Contudo, o estímulo para que os gestores estaduais, municipais e do DF se responsabilizem pelo pacto de ações comuns e pela aplicação do modelo de cuidado tem sido muito mais de ordem política que financeira, haja vista a pequena dotação orçamentária da Cosapi.

Embora a PNI preveja o desenvolvimento de formas de cooperação entre as secretarias de saúde dos estados, do DF, e dos municípios, e entre os centros de referência em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais, os Crasi não conseguiram alcançar uma capilaridade maior no território nacional. Na maioria dos municípios e capitais brasileiras, a aplicação efetiva da portaria nos termos atuais não encontra hospitais com a envergadura exigida, o que incorre na sua fragilização.

Além disso, a atuação do Crasi como estrutura terciária – vinculada obrigatoriamente a um hospital de grande porte, pois deve contar com hospital-dia, atendimento domiciliar, ambulatório, entre outras exigências – limita a atuação de

---

25. Diretriz do SUS orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

referência e contrarreferência<sup>26</sup> junto às equipes de saúde da família e centros de saúde, com vistas à proposição de uma linha de cuidado. Outra dificuldade da gestão diz respeito à regulação da porta de entrada destes serviços terciários, que acontece de modo variado em todo o país. Há centros com porta de entrada regulada por central de marcação de consultas e protocolos mais abrangentes, para a elaboração de planos de cuidados; outros são mais flexíveis, e os protocolos menos exigentes.

A Cosapi<sup>27</sup> reconhece a necessidade de rever a complexidade e de redefinir os termos de cadastramento e funcionamento dos Crasi para sua atuação em nível secundário, mas isso ainda não foi efetivado.

Os instrumentos de gestão também são frágeis e a Caderneta do Idoso apontada como estratégica, apesar de já estar na terceira revisão (Brasil, 2014), ainda não está, de fato, incorporada às rotinas de cuidado na rede pública de saúde.

Outra ação recente foi a publicação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do SUS<sup>28</sup> (Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012) que contempla, de forma agregada, toda a tabela de procedimentos, órteses, próteses e medicamentos do SUS. Além da Renases, há a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), que trata dos medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um de seus profissionais. Desse modo, a Renases e a Rename referem-se a ações e serviços de saúde que o SUS garante ao cidadão.

Quanto à atenção domiciliar, o programa Melhor em Casa é executado em parceria com estados e municípios e prevê a assistência multiprofissional e humanizada nos domicílios, com cuidados mais próximos da família. Seu atendimento é voltado para pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosas, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, sendo realizado por equipes multidisciplinares.<sup>29</sup> O Melhor em Casa atua articulado com as redes de atenção à saúde (Saúde Mais Perto de Você e Saúde Toda Hora),

---

26. Referência é quando o centro de saúde encaminha para o Crasi, e contrarreferência é o retorno do paciente para o centro de saúde.

27. "Estados e municípios constituem suas redes locais de atenção à população idosa considerando os serviços e programas disponíveis nos seus territórios como, por exemplo, os centros de referência, cadastrados no SUS desde a sua criação, ocorrida no ano de 2002, pela Portaria MS/SAS nº 249. No entanto, em função das atuais orientações e normativas, a reformulação desses serviços se faz necessária, de forma que se constituam enquanto serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada (formação, atualização etc.), nos temas da geriatria e gerontologia, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do escopo da Atenção Básica, como as ações de avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; reabilitação física; reabilitação fonoaudiológica; investigação de disfagia no idoso; diagnóstico diferencial de síndromes complexas, como síncope, quedas e demência; manejo de fármacos especiais, dentre outros, conforme apontado anteriormente" (Brasil, 2014, p. 33).

28. A Renases 2012 foi elaborada a partir das definições do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e estruturada de acordo com a Resolução nº 2 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 17 de janeiro de 2012.

29. Formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais como fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos também poderão compor as equipes de apoio.

ampliando o cuidado na atenção básica, na urgência e na emergência do SUS. As equipes do Melhor em Casa atuam de maneira integrada com os serviços da atenção básica, as unidades com salas de estabilização, as unidades de pronto atendimento (UPAs), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o 192 e as unidades hospitalares (Brasil, 2014).

Em 2012, dos usuários do Melhor em casa, 68,9% eram pessoas idosas. Idosos com mais de 80 anos corresponderam a 31,1% de todos os atendidos. Isso sugere a necessidade de ampliar a articulação entre o programa e a PNSPI, com impacto na atenção das três esferas de gestão do SUS (em nível federal, estadual e do DF, e municipal).

Quanto à saúde bucal, as pessoas idosas não receberam este tipo de cuidado ao longo da vida e, em razão disso, sofrem de edentulismo. Setenta e cinco por cento dos idosos brasileiros necessitam de próteses. Além de acarretar outros problemas de saúde, isso pode afetar sua qualidade de vida (Brasil, 2014).

Outra situação precisa ser considerada: envelhecer já é uma realidade também para pessoas que nasceram com deficiências ou que as adquiriram ao longo da vida. Entende-se como pessoas com deficiência aquelas que apresentam incapacidades físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais duradouras suficientes para impedir, em interação com outros obstáculos, a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, 2009).

No Brasil, estima-se que 23,9% da população apresentem alguma deficiência: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Por ordem de frequência: a deficiência visual afeta 18,6% dos brasileiros; a motora, 7,0%; a auditiva, 5,1%; e a mental ou intelectual, 1,4% (Brasil, 2012a).

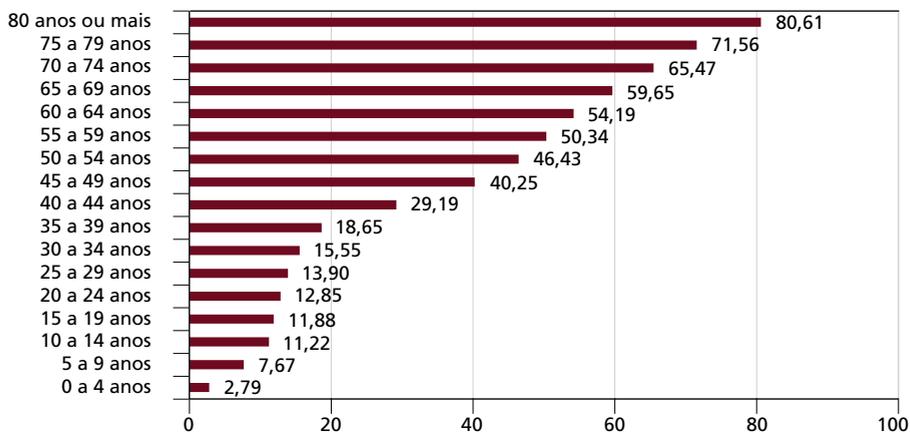
Independentemente da classificação, do tipo e do grau de deficiência, o número de pessoas com deficiência aumenta nas idades mais avançadas. Considerando-se que 67,73% das pessoas com mais de 65 anos apresentam ao menos uma deficiência, a articulação entre os profissionais de saúde da pessoa idosa e da rede de cuidados às pessoas com deficiência (RCPD) é muito importante (Brasil, 2014). Esses dados podem ser visualizados no gráfico 1.

Nesse sentido, existem Centros Especializados de Reabilitação (CERs) que integram a RCPD e investem na ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e medidas preventivas de perda funcional, redução do ritmo da perda funcional e melhora ou recuperação da função (Brasil, 2012c).

GRÁFICO 1

**Distribuição das pessoas com deficiências, segundo a idade**

(Em %)



Fonte: Brasil (2012b).

Finalmente, outra articulação mandatária diz respeito às equipes de saúde mental, com destaque para os centros de atenção psicossociais (Caps). Esses pontos de atenção compostos por equipe multiprofissional visam oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares e atendimento à família; e ações envolvendo comunidades, de modo a promover a inserção familiar e social (Brasil, 2014).

Duas ausências devem ser reconhecidas: a falta de informações sobre a atenção secundária – consultas a especialistas – e o fato de todas estas análises utilizadas no capítulo se restringirem à população idosa urbana, uma vez que as diferentes etnias e as condições socioculturais não estão consideradas nos dados secundários disponíveis.

## 5 A PNI EXPRESSA NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2012-2015 E NO PLANO PLURIANUAL (PPA) 2012-2015

O PNS 2012-2015 estabelece como uma de suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde do idoso, de modo a ampliar, sobretudo, o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado – envolvendo familiares e comunidade. Ele prevê a adoção de um modelo que permita ampliar o acesso a uma atenção integral e propõe como um instrumento para a sua efetivação a implantação e a utilização da Caderneta de Saúde do Idoso, a ser fornecida à rede de serviços.

Esse modelo deverá organizar, por exemplo, as linhas de cuidado para idosos frágeis por intermédio da formação de cuidadores e da adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, bem como fortalecer as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na atenção básica. Insere-se nesse modelo a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.<sup>30</sup>

Entre as iniciativas estratégicas, constam: *i)* definição de um currículo nacional básico para a formação de cuidadores; *ii)* acordo de mecanismos que assegurem o atendimento da determinação legal de acesso prioritário da pessoa idosa aos serviços; e *iii)* ampliação do acesso de idosos a órteses e próteses.

No tocante às DCNTs, deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa. Isto será feito a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento dessas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento da vigilância e do cuidado aos seus portadores. Essas linhas de cuidado compreenderão projeto terapêutico adequado, a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde.

Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e aos insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNTs. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências. Além disso, atenção especial deverá ser dada ao monitoramento de eventos medicamentosos adversos.

O PNS estabelece que o MS atuará para fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, com vistas a definir fluxos de referência e contrarreferência, bem como as respostas aos idosos portadores de DCNTs, mediante a vinculação dos pacientes às unidades básicas de saúde (UBS). Serão promovidas também medidas para formação profissional, técnica e de qualificação das equipes, fortalecendo, por exemplo, o cuidado ao paciente com doenças circulatórias na rede de atenção à urgência.

As metas definidas foram:

- capacitar quatrocentos profissionais para o desenvolvimento do processo de qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios até 2015;
- capacitar 5 mil profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo na modalidade até 2015; e

---

30. Sobre o assunto, ver capítulo 18 deste livro.

- realizar, anualmente, inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas.

Assim, o PNS 2012-2015 é absolutamente coerente com o que está proposto na PNI, mas fica a dever na questão da garantia de financiamento, a qual está explicitada no PPA 2012-2015 do MPOG, coordenado pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos.

No documento orçamentário, raras vezes a saúde do idoso foi contemplada e quando o foi as ações com impacto na população idosa tiveram suas previsões revistas, ou porque foram excluídas (capacitação de quatrocentos profissionais para qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios), ou porque foram reduzidas para uma abrangência menor que a originalmente proposta (reformulação da caderneta de saúde da pessoa idosa; por exemplo).<sup>31</sup>

## 6 OUTROS DISPOSITIVOS PREVISTOS NA PNI

O Decreto nº 1.948/1996, que regulamentou a PNI, previu uma série de ações governamentais na área da saúde, que infelizmente ficaram apenas no papel. Entre elas, destacamos:

- incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do DF e municipais;
- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e
- criar serviços alternativos de saúde para idosos (Brasil, 1996).

Quanto à inclusão de geriatras na rede pública de todo o país, trata-se mais da exceção que da regra. O Datasus não possibilita verificar o número de serviços hospitalares geriátricos. Na prática, a pessoa idosa é tratada como um adulto velho que se interna. Cidades de maior porte e estados mais ricos contam com recursos hospitalares mais adequados do ponto de vista físico e de recursos humanos para o cuidado da pessoa idosa. Novamente, caso fossem aplicadas as normas de fiscalização aos hospitais no que se refere à acessibilidade, à biossegurança e ao número de funcionários recomendado para atender adequadamente esta parcela da população, grande parte deles não cumpriria tais requisitos. Além disso, a hospitalização muitas vezes reflete a dificuldade de acesso na atenção primária e representa um risco a mais para o declínio funcional de idosos (Louvison e Rosa, 2010).

---

31. Os critérios definidos para financiamento e repasse de recursos serão regulamentados em atos normativos específicos a serem editados pelo MS, e podem ser consultados na Portaria Interministerial nº 507, de 24 de novembro de 2011, e na *Cartilha para Apresentação de Propostas* (Brasil, 2013a), do FNS. Para mais informações, consultar a página Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/808-sas-raiz/daet-raiz/saude-da-pessoa-idosa/11-saude-da-pessoa-idosa/12582-financiamento>>.

Finalmente, a PNI propõe a criação de serviços alternativos de cuidado à pessoa idosa: centros-dia, hospitais-dia, serviços a domicílio.<sup>32</sup> Infelizmente os resultados neste tocante também não são bons. Até aqui, eles não compõem em absoluto a intenção dos gestores, tampouco integram a lista de prioridades do MP em relação à garantia de direitos da pessoa idosa, como identificado em pesquisa realizada junto a este segmento (Maio, 2016).

Um estudo recente realizada por Maio (2016) buscou conhecer como o MP, no âmbito estadual e no DF, tem atuado na temática das políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa. A autora constata que a questão dos cuidados de longa duração, especialmente quanto aos cuidados intermediários, pouco avançou e não vem sendo objeto de preocupação nem de escolha pela maioria dos membros do MP.

Segundo a PNSPI, quando se trata da articulação intersetorial, os gestores do SUS deveriam estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e à integração institucional viabilizadora da consolidação de compromissos multilaterais efetivos (Brasil, 2006a). Por exemplo, junto ao Suas deveria, entre outras ações, buscar a implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Ilpis, bem como o estabelecimento de centros de convivência e centros-dia, conforme previsto no Decreto nº 1.948/1996 (Brasil, 1996).

No Brasil, o número de centros-dia é irrisório (IBGE, 2010), e não existe uma Política Nacional de Cuidados, apenas iniciativas pontuais, como a adotada pelo estado de São Paulo<sup>33</sup> ou pelo município de Belo Horizonte.<sup>34</sup> Apesar da sabida heterogeneidade do segmento populacional idoso, o que acarreta diferentes necessidades de cuidado, nota-se ainda a falta de compreensão das vantagens do oferecimento de novos serviços voltados para este público e uma atuação praticamente direcionada à fiscalização das Ilpis, a qual aparece como atuação preponderante dos promotores. Para a autora, esta não pode nem deve ser a única faceta do direito ao cuidado na velhice (Maio, 2016).

Além disso, infelizmente, em todo o país, a articulação política e institucional entre a saúde e a assistência social na organização de modalidade de cuidados integrais ainda está mais dependente das pessoas que de uma política instituída

---

32. Serviços destinados a prevenir internações hospitalares tradicionais e a favorecer o cuidado familiar de idosos portadores de doenças crônicas e incapacitantes.

33. As autoras fazem referência ao programa pioneiro São Paulo Amigo do Idoso, que tem por finalidade atender o idoso semi-independente e apoiar as famílias impossibilitadas de prover suas necessidades, representando o fortalecimento da rede de Proteção Social Especial e a inovação na oferta de políticas públicas para a população idosa do estado, com a meta de implantar, no mínimo, cem centros-dia em diversos municípios paulistas.

34. Em Belo Horizonte, cabe destacar o programa Maior Cuidado, uma experiência inovadora de apoio ao cuidador familiar e às pessoas idosas que não possuem cuidadores familiares disponíveis diurnos. Com recursos do próprio município, esse programa, que teve seu início em 2011, prevê a contratação de cuidadores formais para colaborar e, em alguns casos, substituir o cuidador familiar em algumas tarefas (Sartini e Correia, 2012).

com uma rede de serviços e mecanismos de gestão definidos. Desse descompasso resultam grandes dificuldades no trabalho intersetorial destinado ao cuidado de pessoas idosas em todo o país.

O MS também desenvolveu o projeto piloto Observatório Nacional do Idoso, com o objetivo de garantir subsídios para a construção de uma linha de cuidado para a pessoa idosa articulada com as redes de atenção já existentes. Essa iniciativa foi uma parceria entre o MS, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (em São Paulo) e a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Atualmente, está implantado um Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso,<sup>35</sup> desenvolvido como uma iniciativa conjunta entre a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do MS e o Laboratório de Informação em Saúde (LIS), do ICICT/Fiocruz. Atualizações e adaptações periódicas são previstas, e os interessados podem consultar o Sisap Idoso e contribuir com sugestões e comentários.

### 6.1 A realização de pesquisas

Nessas duas décadas, outra atuação louvável da gestão federal diz respeito à realização de várias pesquisas de interesse da população idosa que têm sido desenvolvidas com o apoio direto do MS.

Pesquisas de abrangência local e regional buscam o aprimoramento do cuidado à pessoa idosa. Infelizmente, não foi possível contemplar todo o universo dessa atuação federal. Para ilustrar, destacam-se aquelas de âmbito nacional que ainda estão em curso, entre elas: o Inquérito Nacional sobre Fatores de Risco e Proteção de Doenças Não Transmissíveis (Vigitel); e o censo das Ilpis credenciadas ao Suas. E, de âmbito internacional, o Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-estar dos Idosos Brasileiros (Elsi).

O Vigitel é realizado anualmente, desde 2006, por meio de entrevistas telefônicas. Os fatores de risco e de proteção investigados no Vigitel estão entre os principais fatores modificáveis responsáveis pelas mortes por DCNTs e por substancial fração de doenças decorrente destas enfermidades. Este inquérito e seus dados são representativos da população adulta residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e do DF (Brasil, 2012a).

O levantamento censitário das Ilpis credenciadas ao Suas está sendo realizado em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ele prevê a realização de um inquérito presencial junto a todas as Ilpis credenciadas ao SUS e a avaliação da saúde de idosos institucionalizados nestes serviços.

---

35. Para mais informações, consultar a página do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (Sisap Idoso). Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/>>.

Quanto ao Elsi, o Brasil é o primeiro país da América do Sul a participar do consórcio Estudo Longitudinal das Condições de Saúde e Bem-Estar da População Idosa. O estudo já está em curso e deve incluir cerca de 10 mil idosos, em amostra probabilística da população idosa brasileira, incluindo-se a Região Norte. O objetivo principal desta pesquisa é investigar a evolução e a realidade das condições de saúde, da capacidade funcional e do uso dos serviços de saúde entre os idosos. Os tópicos mais importantes do estudo dizem respeito à situação socioeconômica, com destaque para aposentadoria e pensões e suas consequências para a saúde, a estrutura domiciliar e familiar, as situações comuns aos vários países participantes. Isto possibilitará comparações internacionais em relação a pesquisas similares em curso nos Estados Unidos, no Canadá e em onze países europeus, além do Japão, da Índia, da China e da Coreia do Sul.

Como lacunas da PNI ressalta-se a falta de qualquer menção à questão dos cuidadores<sup>36</sup> e dos cuidados paliativos.<sup>37</sup> Esta última ausência contribui para uma má qualidade de morte em nosso país: entre quarenta países, o Brasil ficou apenas em 38º lugar no *ranking*, à frente apenas de Uganda e Índia. O país mais bem colocado no quesito qualidade de morte foi o Reino Unido. A lista, elaborada pela Economist Intelligence Unit (EIU) leva em conta itens como o sistema de saúde, os custos, as barreiras culturais e o acesso a analgésicos, por exemplo (The 2015..., 2015). Isso revela o quanto ainda será necessário investir na formação profissional paliativista, na abertura de *hospices*, instituições cuja filosofia de cuidado se destina ao acompanhamento e ao suporte às pessoas de todas as idades em seu processo de morte.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesses vinte anos de consolidação da PNI, observam-se grandes avanços legislativos na proteção à pessoa idosa. Entretanto, estes avanços nem sempre encontram correspondência na efetividade das políticas públicas, que deveriam assegurar o fornecimento de serviços integrados e coordenados, a fim de possibilitar uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade, para todo o cidadão brasileiro. Falta assegurar e cobrar os meios para materializar os objetivos da PNI.

No âmbito da Saúde, observa-se a concretização do SUS, com expressiva melhoria do acesso aos serviços de saúde em todo país, conforme demonstrado nas Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Pnad (IBGE, 2003; 2008;

---

36. Sobre o assunto, ver capítulo 19 deste livro.

37. Entende-se por "cuidados paliativos" segundo a OMS (2002), as ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos familiares que enfrentam problemas associados com doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, de identificação precoce, da avaliação correta e da promoção do controle da dor, do alívio de outros sintomas, do suporte psíquico-espiritual e social, que devem estar presentes desde o diagnóstico até o final da vida.

2013). Contudo, no que se refere à parcela idosa, pode-se inferir que os avanços reflitam muito mais a implementação do SUS que propriamente a influência ou a incorporação da PNI nesse processo.

Talvez em razão disso, o legislador repetiu no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) as mesmas determinações para o direito à saúde existentes na PNI, exigindo ainda prioridade à parcela idosa nos serviços públicos e privados de atendimento. Porém, o próprio Estatuto do Idoso tem sido descumprido, se considerado o direito à prioridade (art. 3º, parágrafo único), na formulação e na execução de políticas públicas específicas, e na destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção social. Digno de nota é a falta de atuação efetiva da Coordenação da Política Nacional do Idoso, atualmente lotada na SDH/PR, no favorecimento e articulação da implementação da PNI em todo o país.

Em um contexto de envelhecimento populacional, os cuidados com a saúde exigem investimentos em recursos humanos, físicos, farmacológicos e tecnológicos. Contudo, na análise macropolítica da saúde pública brasileira, as especificidades do cuidado à população envelhecida permanecem ainda periféricas. No âmbito da micropolítica, a Cosapi e as suas congêneres estaduais e municipais também sofrem com recursos humanos e infraestrutura insuficientes, e a dotação orçamentária em descompasso com a magnitude e a complexidade das demandas. Por sua vez, de modo paradoxal e inepto, espera-se das respectivas gestões soluções mágicas e verticais para os problemas cotidianos.

Muitas vezes, os aspectos formais garantidos no plano legal não correspondem ou demoram a se expressar em mudanças práticas de direitos e coberturas. Assim, a (não) efetivação da PNI na saúde reflete questões de ordem estrutural ou de escolha política no sistema geral de saúde pública e afeta diretamente os programas voltados à pessoa idosa.

- 1) O SUS, embora universal, persiste com a segmentação e a fragmentação dos serviços.
- 2) A aposta na estruturação da atenção primária via ESF ainda não contempla a especificidade da família com uma pessoa idosa.
- 3) A integração e a coordenação da assistência à pessoa idosa com os demais serviços para além da atenção primária ainda é muito frágil.
- 4) A falta de metas e indicadores relativos à população idosa aplica-se aos três níveis de atenção e impossibilita medir os efeitos sobre o cuidado oferecido à parcela idosa.
- 5) O financiamento público para a saúde ainda é largamente insuficiente.

Ainda que a ESF tenha avançado numericamente e em termos de abrangência territorial, a abordagem da família com pessoas idosas não está sistematizada. O acesso ao serviço melhorou, mas a qualidade do cuidado à população idosa deixa a desejar, haja vista o aumento no número de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária neste segmento. Também faltam políticas destinadas aos cuidados de longa duração e aos cuidados paliativos.

Os programas destinados à pessoa idosa são limitados e quase sempre dependentes de pessoas, não de políticas sistematizadas, chegando-se a conclusão de que a PNI não está efetivada a contento. Como se fosse possível ignorar ou minimizar a relevância do envelhecimento populacional, o Estado brasileiro nega-se a reconhecê-lo como um dos eixos que deveriam dimensionar a sua atuação em todas as políticas públicas.

Esse comportamento de resistência certamente torna ainda mais complexa a obrigação de cumprir a PNI e os seus desdobramentos no que se refere à saúde pública e ao desafio de promover sua integralidade para a garantia de cuidados ao longo de toda a vida, inclusive na velhice.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

ALZHEIMER'S ASSOCIATION *et al.* Alzheimer's disease facts and figures. **Alzheimer's & Dementia**, v. 10, n. 2, p. e47-e92, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 17.297-17.298, 27 set. 1989. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 3 de jul. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm)>.

\_\_\_\_\_. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do idoso. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, 1997.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.413/1998. Internação domiciliar a pacientes crônicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.414/1998. Credenciamento e critérios para realização de internação em hospital-diagériátrico. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.416/1998. Hospitalizações de longa permanência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998c.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. **Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1999a. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, 13 dez. 1999b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999c/prt0280\\_07\\_04\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999c/prt0280_07_04_1999.html)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 830, de 24 de junho de 1999d. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM\\_P830\\_99acomp.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P830_99acomp.doc)>.

\_\_\_\_\_. Portaria MS nº 702, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso: 8 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Poder Executivo. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 out. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 61, p. 71, 29 mar. 2006b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 1, n. 75, p. 70, 18 abr. 2008.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 25 ago. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 24 out. 2011. Seção 1.

\_\_\_\_\_. **Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)** – Vigitel, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Cartilha do Censo 2010**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH/PR, 2012b. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 24 abr. 2012c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>.

\_\_\_\_\_. **Cartilha para Apresentação de Propostas**. Brasília: MS, 2013a. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/cartilha-para-apresentao-de-propostas-no-ministerio-da-sade>>.

\_\_\_\_\_. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015**: resultados e perspectivas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento\\_estrategico\\_ministerio\\_saude\\_resultados.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui a Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º out. 2013c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm)>.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 30. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten---opessoaidosa.pdf>>.

BURLÁ, Claudia *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>>.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Ministério da Saúde/SAS**: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Datasus, 2012.

DAUFENBACH, Luciane Zappellini *et al.* Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, mar. 2014. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100002&lng=pt&nrm=iso)>.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Vigilância e prevenção de queda em idosos**. São Paulo: SES, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf)>.

FERNANDES, Sheila Ferreira. **Hospitalizações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Brasil**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.

FEUERWERKER, Laura M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Cien Saude Colet**, 14 mar. 2009. 743-752 p.

———. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, 9 maio 2011.

GBD – GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. **The Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117-171, 2014.

GIACOMIN, Karla C.; COUTO, Eduardo C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 74** – municípios total e com existência de centro de dia e centro de múltiplo, por tipo de unidade, segundo as grandes regiões e as unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

———. Perfil dos municípios brasileiros: 2009. IBGE Corordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=244692>>.

———. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. n. 32. (Pnad 2013).

———. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pnad 2009** – primeiras análises: tendências demográficas. Brasília: Ipea, 2010a. n. 64. p. 19-23.

———. **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010b. Livro 8. (Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro).

KANSO, S. *et al.* A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr. 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LLOYD-SHERLOCK, Peter *et al.* **A premature mortality target for the SDG for health is ageist**. New York: Elsevier, 2015. v. 385, n. 9983, p. 2147.

LOUVISON, Marília Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo: SES, 2010. p.7-6.

MAIO, Iadya Gama. **Pessoa idosa dependente**: políticas públicas de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público. Curitiba: Juruá, 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. In: XX CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS: The World Health Organization, 1978.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Opas, 2005.

\_\_\_\_\_. Who Global Report on Falls Prevention in Older Age. Genebra: OMS, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)>.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão crítica. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=576](http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576)>.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. **The Lancet**, 9 maio 2011.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2001. Dissertação (Mestrado em medicina preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/>>.

PERRACINI, Monica R.; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Estratégias para prevenção de quedas em pessoas idosas. In: LOUVISON, Marília Prado; ROSA, Tereza Etsuko da Costa (Org.). **Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas**. São Paulo: SES/SP, 2010. p.41-58.

PINO, Eloísa del; LARA, Maria Josefa Rubio (Ed.). **Los estados de bienestar en la encrucijada**: políticas sociales en perspectiva comparada. Madrid: Tecnos, 2013.

SALOMON, Joshua A. *et al.* Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2144-2162, 2013.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso)>.

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Pensar/BH Política Social**, n. 31, p. 10, 13 mar. 2012.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, 9 maio 2011.

SCHRAMM J. M.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SILVA, V. de L.; CÉSSE, E. A. P.; ALBUQUERQUE, M. de F. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 12, p. 178-193, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

THE 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. **Economist Intelligence Unit**, New York, 2015. Disponível em: <<http://www.economistinsights.com/healthcare/analysis/quality-death-index-2015/fullreport>>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; IBÁÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção social: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005.

VOS, Theo *et al.* **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013**. *The Lancet* 386.9995 (2015): 743-800.

#### BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **WHO global report on falls prevention in older age**. Geneva Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/)>.