

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ilse dos Santos Augusto

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
o compromisso do SUS com a qualidade de vida da população idosa

Rio de Janeiro

2007

Ilse dos Santos Augusto

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:
o compromisso do SUS com a qualidade de vida da população idosa

Trabalho apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a conclusão do Curso de Formação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Maria Luiza Silva Cunha

Rio de Janeiro

2007

Ilse dos Santos Augusto

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL:

O compromisso do SUS com a qualidade de vida da população idosa

Trabalho apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ como requisito parcial para a conclusão do Curso de Formação Profissional em Gestão em Serviços de Saúde.

Aprovado em _____ de _____ de 2007.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus. Independente de religião, eu creio que uma força superior nos orienta e ampara nos momentos mais difíceis, encorajando-nos a seguir em frente.

A professora Maria Luiza Silva Cunha por sua dedicação, carinho e paciência.

Aos professores e funcionários, não só do Laboratório de Gestão, mas, de toda EPSJV, que sempre se mostraram solícitos e atenciosos todas as vezes que precisei. E foram muitas!

Aos meus pais, por tudo: pelo carinho, pela preocupação, pelas broncas. Cairei no lugar-comum de dizer que, sem eles, eu nada seria.

À minha família que me ajudou e apoiou, não deixando que nos momentos de fraqueza eu desistisse. Em especial minhas irmãs: Ana, Lucia, Olívia e Selma.(Gostaria de ressaltar que os nomes estão em ordem alfabética, senão, elas acharão que é ordem de preferência e, aí terei problemas).

A todos que, de alguma maneira, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

CONFIA

*“Muitas pessoas são egoístas, egocêntricas,
ilógicas e insensatas.
Perdoe-as assim mesmo.
Se você é gentil, as pessoas podem acusá-lo de
egoísta e interesseiro.
Seja gentil assim mesmo.
Se você é honesto e franco, as pessoas podem
enganá-lo.
Seja franco assim mesmo.
O que você levou anos para construir, alguém
pode destruir de uma hora para outra.
Construa assim mesmo.
Se você é feliz, as pessoas podem sentir inveja.
Seja feliz assim mesmo.
Dê ao mundo o melhor de você, mas isso
nunca será o bastante.
Dê o melhor assim mesmo.
Veja que no final das contas é entre você e
Deus.
Nunca foi entre você e as outras pessoas.”*

(Dr. J. Moreira)

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 2025 o Brasil será o 6º país com o maior número de pessoas com mais de 60 anos de idade. O Brasil está envelhecendo e, isso é um fato irreversível que vai interferir em todas as dimensões da vida humana. A OMS (1998) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doenças ou sofrimentos. O presente trabalho pretende analisar o compromisso do Sistema Único de Saúde – SUS com a promoção e prevenção da saúde, propiciando um envelhecimento saudável. Trata-se de um estudo qualitativo dentro do setor saúde, utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica, verificando a existência de políticas de saúde voltadas especificamente para a população idosa, preocupando-se não somente em fornecer cuidados médico-assistenciais, mas em oferecer melhor qualidade de vida, dando ênfase à humanização e atenção tanto ao corpo quanto à mente. É sabido que há a necessidade de implantação e implementação de programas de saúde que visem à integralidade do atendimento ao idoso, mostrando que saúde está ligada a um tratamento digno, com qualidade, acolhimento e vínculo. Chegar à velhice gozando de boa saúde e bem-estar requer um esforço pessoal durante toda a vida. A responsabilidade das pessoas consiste em levar um modo de vida saudável; a dos governos em criar um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar, inclusive na velhice. É preciso dar aos idosos o mesmo acesso à assistência preventiva e curativa e a reabilitação de que gozam outros grupos. E partindo do pressuposto que, todos envelhecerão algum dia, se tiverem esse privilégio, não devemos considerar os idosos como um grupo à parte, mas, sim, como a nós mesmos no futuro. O envelhecimento saudável não deve ser uma preocupação apenas do setor saúde; deveria estar incluso como prioridade na agenda social do país. Os idosos devem ter a oportunidade de continuar participando e vivendo em sociedade.

Palavras-chave: qualidade de vida, terceira idade, saúde do idoso, Sistema Único de Saúde, envelhecimento saudável, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS À QUALIDADE DE VIDA	11
3 MAS AFINAL, O QUE É QUALIDADE DE VIDA?	13
4 A VELHICE E SUAS IMPLICAÇÕES	16
4.1 DA AUTONOMIA, DA IDENTIDADE, DA INDEPENDÊNCIA	16
4.2 O PAPEL DA FAMÍLIA.....	18
5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	20
5.1 O PAPEL DO SUS	20
5.2 OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.....	22
5.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS À LUZ DA PNI.....	22
5.4 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS À LUZ DA PNSPI.....	24
6 DAS LEIS: QUADRO	25
6.1 POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	26
6.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO	28
6.3 O ESTATUTO DO IDOSO.....	28
6.4 O PACTO PELA SAÚDE 2006: O PACTO PELA VIDA.....	29
6.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	30
6.6 AVANÇOS E CONQUISTAS: I CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA	31
7 METODOLOGIA	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida está relacionada aos nossos hábitos sociais e alimentares. A realidade da velhice interfere vertiginosamente nestes hábitos alterando nossos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e existenciais.

No Brasil, há três idades distintas para definição da pessoa idosa. A Constituição Federal, para assegurar o direito à gratuidade nos transportes coletivos urbanos, diz que idoso é quem tem mais de 65 anos (CF, artigo 230, § 7º). Já a Lei nº 8742/93, que organiza a Assistência Social, diz que idoso [para fins de receber benefício de um salário mínimo mensal] é quem tem 70 anos ou mais. E, por fim, a Lei nº 8842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, diz sê-lo a pessoa maior de 60 anos.

Para inúmeros brasileiros a velhice é uma sucessão de perdas: do trabalho, dos amigos, da saúde, de segurança e da autonomia, entre outras.

A principal motivação para a realização deste trabalho é a idéia fixa de que quero envelhecer, e mais, quero um envelhecimento digno e saudável. Tenho me empenhado cumprir minha parcela de responsabilidade [alimentação saudável, exercícios físicos], embora muitas das vezes isso seja um tanto quanto entediante.

Minha irmã costuma dizer que, existe uma grande dicotomia em se “viver a vida”: Passamos os trinta primeiros anos estragando-a, e os trinta seguintes tentando consertá-la.

Embora não se deva encarar o envelhecimento como algo negativo, é fato que o mesmo traz alterações funcionais que podem representar certas dificuldades, e é exatamente por isso que devemos estimular sempre – em qualquer idade – nossas capacidades humanas.

“Feliz quem atravessa a vida, tendo, mil razões para viver.”

(Dom Hélder Câmara)

O aumento da longevidade e a redução das taxas de mortalidade, nas últimas décadas do século passado, contribuíram para a mudança do perfil demográfico do país. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos (RAMOS, 1993; SILVESTRE, 1998 apud Veras, 2003). Entre 1960 e 1980, observou-se no Brasil uma queda de 33% na fecundidade (ALVES, 1997; VERAS, 2001 apud Veras, 2003). O resultado, em médio prazo, é o aumento proporcional da população idosa.

Paralelo às mudanças ocorridas na chamada pirâmide populacional, modifica-se o perfil das doenças apresentadas pela população. No início do século XX morria-se de tuberculose, sífilis e pneumonia; Houve uma transição importante neste perfil, caracterizada pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento de mortalidade por doenças degenerativas, como as do aparelho circulatório e as neoplasias [câncer]. Mudou o perfil de saúde da população; população esta que gradativamente envelhece, e nos força a pensar um sistema de saúde adequado a essa mudança.

Lima-Costa & Veras (2003:704) dizem que “o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida”.

Neste sentido, no presente estudo partimos da seguinte questão: de que forma o Sistema Único de Saúde contribui com a qualidade de vida da população idosa?

Objetivos

Objetivo Geral:

Analisar, dentre as atuais políticas de saúde voltadas para os idosos, o papel do Sistema Único de Saúde quanto à implantação e implementação de programas em prol de um envelhecimento saudável.

Objetivos Específicos:

Correlacionar a qualidade de vida do idoso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Identificar maneiras de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade a população idosa, fornecendo subsídios para que velhice seja sinônimo de dignidade, de qualidade de vida, de igualdade e de respeito.

Apontar elementos que favoreçam a atuação da sociedade civil organizada, na reivindicação dos direitos sociais, bem como na construção e implementação de ações e políticas públicas voltadas à população idosa.

Justificativa:

Segundo o Professor Morvan de Mello Moreira (2002), do Instituto de Pesquisas Sociais da Fundação Joaquim Nabuco (PE), entende-se por envelhecimento populacional o crescimento da população considerada idosa¹.

O Brasil apresenta hoje um acelerado crescimento na proporção de idosos. Em 2025 seremos o 6º País com o maior número de idosos (consenso ONU, 2002).

A cada ano que passa mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re) organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). No decorrer dos próximos cinquenta anos haverá no mundo, pela primeira vez na História, mais pessoas acima de 60 anos que menores de 15.

Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento quase igual; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, realizando-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países, hoje, apresentam um crescimento negativo da sua população, com a taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade (Brasil, 1999). A transição acompanhou o desenvolvimento dessas populações, assim como a elevação da qualidade de vida, graças a políticas públicas e sociais.

No Brasil, esse processo será mais rápido e com mudanças estruturais mais profundas demograficamente porque o declínio da fecundidade no País deu-se em um ritmo maior e origina-se de uma população mais jovem do que a dos países desenvolvidos (Carvalho & Garcia, 2003).

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultado, sobretudo, do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas.

O declínio da fecundidade fez com que o ritmo de crescimento anual do número de nascimentos caísse e, onde até então tinha-se uma população extremamente jovem, se iniciou um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e, por consequência, de envelhecimento populacional.

¹ O Plano de Ação Internacional das Nações Unidas sobre Envelhecimento (1982), acompanhando a orientação da Divisão de População, estipulou 60 anos o patamar que caracteriza o grupo idoso. Porém em demografia o usual é 60 ou 65 anos.

Essa transição demográfica trouxe um impacto muito grande para a sociedade brasileira, visto que o Estado não se preparou para esse fenômeno. Em decorrência disso encontramos um Sistema Público de Saúde e Previdência inadequados, além de uma enorme desigualdade social.

A Constituição brasileira diz que é dever do Estado garantir a saúde. De acordo com pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento – Nespe, do Ministério da Saúde, 73% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde, atendimento este que está longe de ser o ideal (RADIS, 2004:9).

Temos instrumentos [PNI, Estatuto do Idoso, por exemplo] que nos dizem **quem** e, **o que** deve ser feito, mas que se perdem quando a pergunta é **como** (grifo nosso).

E, sob uma perspectiva totalmente economicista, o pensamento que se tem é de que os gastos sociais com o envelhecimento representam consumo e ônus para o Estado; Já os gastos com os jovens são percebidos como consumo e investimento.

Já perdemos muito tempo acreditando que ainda somos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que explicitam o envelhecimento de nossa população.

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi ampliar o tempo de vida, acompanhado de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe da distribuição equânime nas camadas sociais.

Como já foi dito por Veras, temos que passar por uma revolução cultural para atender às necessidades desse público específico, que cresce vertiginosamente. Em vários países da Europa o idoso tem um lugar de destaque há tempos; as crianças aprendem que devem respeitar e se aconselhar com os mais experientes. “Aqui, infelizmente, a terceira idade é considerada, por muitos, apenas uma transição para a morte”, diz (RADIS, 2004:9).

Considerando o exposto, buscamos problematizar teoricamente a contribuição e o comprometimento do SUS na viabilização da qualidade de vida da pessoa idosa, que assumimos como objeto da atual pesquisa.

2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS À QUALIDADE DE VIDA.

Admiro a juventude,
Não querendo envelhecer,
Velho ninguém quer ficar,
Novo ninguém quer morrer,
Sem ser velho não se vive,
Bom é ser velho e viver.
(Oliveira das Panelas)

“Uma coisa é alongar o tempo de vida e outra é ampliar a qualidade dela por anos mais”. Esta frase dita por Renato Veras, diretor da Universidade da Terceira Idade – UNATI resume o desafio a ser enfrentado pela sociedade brasileira nas próximas décadas.

O Brasil tem conquistado importantes avanços no campo da saúde. O processo da construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e por Leis Complementares, vem gradativamente ocorrendo sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

É fato que o conhecido “país dos jovens” vem ganhando cabelos brancos a cada ano que passa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, em 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar no ranking mundial de idosos.

Devemos encarar a velhice como algo normal, inevitável, irreversível, e não uma doença, não devendo ser tratada apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sócio-culturais e econômicas.

A velhice não acontece de repente. Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e circunstâncias.

A saúde na velhice depende, sobretudo, de como o indivíduo viveu até aquele momento. Se uma pessoa teve uma alimentação saudável, e realizou atividades físicas ao longo de sua vida, terá maiores chances de chegar à velhice com qualidade de vida.

Segundo Matsudo (1992), o envelhecimento vem acompanhado de uma série de efeitos nos diferentes sistemas do organismo que, de certa forma, diminuem a aptidão e o desempenho físico. No entanto, muitos destes efeitos deletérios são decorrentes da falta de atividade física. Por esta razão a prática do exercício físico regular tornar-se fundamental nesta época da vida. Entretanto, a prescrição de exercícios deve ser individualizada, já que as alterações morfológicas e funcionais que acontecem nesta época requerem atenção especial.

As atividades físicas mais recomendadas são as atividades aeróbicas de baixo impacto [caminhar, natação, ciclismo, hidroginástica], que estão associadas com menor risco de lesões. Elas amenizam a degeneração provocada pelo envelhecimento, sendo benéfica para a saúde física, psicológica e social.

É fundamental incrementar a força muscular, já que sua perda é associada com instabilidade, quedas, incapacidade funcional e perda de massa óssea. A saúde da pessoa idosa deve ser mantida e monitorada através da capacidade que o indivíduo tem em realizar suas atividades diárias.

Bem orientado, um programa de treinamento muscular adequado traz grandes benefícios para o idoso.

A atividade física regular na terceira idade proporciona múltiplos efeitos benéficos a nível antropométrico, neuromuscular, metabólico e psicológico, o que além de servir na prevenção e tratamento das doenças próprias desta idade [hipertensão arterial, enfermidades coronarianas, osteoporose, diabetes, e etc.], melhora significativamente a qualidade de vida do indivíduo e sua independência.

Para Lima-Costa & Veras (2003), sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. O que era antes um privilégio de poucos, chegarem à velhice, hoje passa a ser a norma, mesmo nos países mais pobres.

3 MAS AFINAL, O QUE É QUALIDADE DE VIDA?

Tanto se fala sobre qualidade de vida, mas será que é possível defini-la?

No Dicionário Prático da Língua Portuguesa Aurélio (1993), encontramos as seguintes definições: Qualidade: **Superioridade**, excelência de algo; virtude; **condição social** (grifo nosso), e Vida: Conjunto de propriedades e qualidades graças as quais animais e plantas se mantêm em **contínua atividade**; existência; **espaço de tempo que vai do nascimento à morte**; modo de viver (grifo nosso). Parece fácil conceituar qualidade de vida. Mas não é.

A qualidade de vida engloba vários fatores: desde financeiros até psicológicos, dependendo intimamente da satisfação de cada indivíduo. É o chamado estar bem consigo mesmo, com tudo e com todos, garantindo um equilíbrio com todo o universo à sua volta.

Sua definição é muito complexa, trata-se de um termo amplo, concentra as condições fornecidas a cada indivíduo para que o mesmo possa viver da melhor maneira possível.

Isso pressupõe muitas coisas: hábitos saudáveis, cuidados com o corpo, atenção para a qualidade dos seus relacionamentos, balanço entre vida pessoal e profissional, tempo para lazer, saúde espiritual etc.

Trazendo toda essa temática para o nosso objeto de estudo, a qualidade de vida do idoso é mais complexa ainda. Como imprimir satisfação nos anos a mais conquistados levando em consideração as limitações adquiridas com o tempo?

Bem, não há como se falar em qualidade de vida sem entrar na temática da promoção da saúde.

A promoção da saúde

A idéia da promoção da saúde traduz-se em expressões próprias à realidade atual, como “políticas públicas saudáveis”, resgatando a perspectiva da relação entre saúde e condições de vida, ressaltando o quanto os elementos físicos e psicossociais estão vinculados à conquista de uma vida saudável.

Segundo Czeresnia (2003), o movimento da promoção da saúde iniciou-se em 1986, quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, mesmo ano da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, considerado o marco fundador da promoção da saúde no mundo.

Paulo Buss (2003), em *Uma introdução ao conceito de promoção de saúde*, chama a atenção para o fato de que, embora o conceito moderno de promoção de saúde signifique um

avanço para as regiões e países em desenvolvimento [como a América Latina e o Brasil], é necessário trabalhar um conceito mais amplo que conduza também a construção de práticas sociais mais abrangentes que possibilitem de fato que se promova a saúde.

A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (Lupton, 1995; Petersen, 1997, apud Czeresnia, 2003).

Para Czeresnia (2003), promover a saúde significa alcançar uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar, elementos físicos, psicológicos e sociais.

O que geralmente acontece é confundir o conceito de promoção com o conceito de prevenção. Segundo Czeresnia (2003), prevenir é “preparar, chegar antes”, impedir que algo se realize, aconteça.

Para tanto, as ações de prevenção orientam-se pelo princípio da intervenção, evitando o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Já a promoção tem como significado o ato de dar impulso, gerar, originar. Tradicionalmente definiu-se de uma maneira mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que servem para aumentar o bem estar geral, não sendo direcionada a uma doença específica.

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990 apud Czeresnia, 2003).

Como observam Stachtchenko & Jenicek (1990, apud Czeresnia, 2003), a promoção da saúde deve ser compreendida não como uma nova disciplina, mas sim como a integração de idéias de diversas áreas, tais como a saúde pública, a educação em saúde e as políticas públicas, representando, a partir dos anos 80, uma expansão da saúde pública centrada na prevenção e no controle de doenças.

Para melhor ilustrar as idéias expostas, observar o quadro de comparação entre os dois modelos:

	Promoção da saúde	Prevenção de Doenças
Conceito de Saúde:	Positivo e multidimensional	É a ausência de doença
A quem se destina:	Toda a população	Grupos de alto risco
Foco:	Uma série de questões relacionadas à saúde	Patologias específicas
Modelo:	Participativo	Médico-assistencialista
Abordagem:	Integradora	Estratégias diretivas e de persuasão
Formação:	Interdisciplinar. Faz-se necessária à atuação da sociedade civil organizada para se atingir as metas de promoção da saúde	Profissionais de saúde. Trabalham em cima de programas preventivos.

Fonte: Adaptado de Czeresnia (2003).

4 A VELHICE E SUAS IMPLICAÇÕES:

4.1 DA AUTONOMIA, DA IDENTIDADE, DA INDEPENDÊNCIA

“Envelhecer bem é aceitar a velhice como um bem. Para atingir a sabedoria, a serenidade e inventar uma nova maneira de viver, é preciso ter sido capaz de adaptar-se ao longo da vida. Na medida em que se soube viver, também se deve saber e ser capaz de envelhecer (Duarte apud Norma Emiliano, 2007)”.

Envelhecer representa um aumento de dificuldades das capacidades humanas, e estas dependem, em qualquer idade, de estimulação para permanecerem ativas. A saúde da pessoa idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não – transmissíveis. É necessário que seja a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (RAMOS, 2003).

Os avanços da História tumultuaram intensamente a relação do homem idoso com as atividades. Ora, a velhice, com o acúmulo de experiência que representa, deveria ser o ápice de perfeição do homem. Paradoxalmente, a sociedade rechaça o **velho** (grifo nosso), considerando-o “peça de museu”, inútil, ultrapassado, obsoleto, não levando em consideração que os avanços tecnológicos podem facultar a ele a capacidade de realização de tarefas até em tão difíceis ou impossíveis.

Neste momento, com a chegada da velhice, o indivíduo é usurpado de sua autonomia, sua identidade e independência.

O Relatório de Belmont (apud GOLDIM, 2000) propõe que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com **autonomia diminuída** (grifo nosso) devem ser protegidas. Desta forma, divide-se em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida.

Ter autonomia é ter a capacidade de decidir sobre seus objetivos pessoais e agir em prol dos mesmos. Respeitar a autonomia é respeitar as escolhas de cada um, não impedindo ou atrapalhando a realização das mesmas, a não ser que sejam prejudiciais a outrem.

CharlesWorth (apud GOLDIM, 2000) introduz uma perspectiva social para a autonomia do indivíduo, podendo conduzir à própria noção de cidadania. Este autor afirma que ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem

pública. Da mesma forma, **a assistência à saúde básica é uma condição para o exercício da autonomia** (grifo nosso).

O envelhecimento populacional é uma realidade que vai de encontro ao nosso culto à juventude. E isso pode implicar significativamente na identidade da população, tornando-a vulnerável na medida em que avançam no tempo.

No decorrer de nossa existência, em todas as etapas de nossa vida, incorporamos aspectos que vão construindo nossa identidade: através da família e de mecanismos criados pela sociedade.

Esses mecanismos [a maneira como o mundo se apresenta e, como o indivíduo participa e se apresenta nele ao longo de sua vida] influenciam na forma como cada um vai receber o fato do envelhecimento.

A questão da identidade é explorada em vários campos do conhecimento [sociologia, psicologia, por exemplo,] e serve para nos ajudar a compreender tudo o que acontece a nossa volta desde o início de nossa vida. Se o indivíduo teve uma boa influência de seu meio social [valores morais, caráter, integridade], sabendo superar e enfrentar os problemas e obstáculos que surgiam no decorrer da sua vida, ele saberá aceitar a velhice como algo bom, como mais uma etapa, uma continuação de sua existência. Mas se ao invés disso, o indivíduo preocupar-se apenas com a sua estética, terá sérios problemas.

É sabido que com o passar do tempo nosso corpo sofre alterações, perdendo o maravilhoso viço da juventude. Contudo, se o indivíduo cultivou uma vida de hábitos saudáveis e regrados [alimentação saudável e exercícios], essas alterações podem ser minimizadas, fazendo com que não se sinta tão alheio num mundo que parece não mais ter espaço para ele, só por causa de uns anos a mais.

Cada fase de nossa vida – infância, adolescência, maturidade – tem características próprias, que devem ser respeitadas e compreendidas para que nos aceitemos.

Quando isso não acontece – daí a questão da perda da identidade – o indivíduo torna-se apático, deixam de fazer coisas que antes lhe eram prazerosas e muitos ficam depressivos e optam pela reclusão. Esses sentimentos afetam e comprometem a qualidade de vida, fazendo com que o indivíduo deixe de desfrutar do que de melhor há na sua maturidade: viver a vida com o consentimento da experiência, sensação de dever cumprido, como se cada minuto fosse o último e, por isso, devesse ser vivido intensamente.

Em *Passagens*, sua obra-marco, Sheehy Gail, jornalista de Nova York faz o seguinte comentário: “a principal tarefa da idade madura consiste em renunciar a toda as nossas

proteções imaginárias e ficarmos de pé, nus no mundo, como o ensaio para assumirmos plena autoridade sobre nós mesmos” (Gail apud Lemos, 2007).

Transposta a barreira da crise da identidade, temos ainda que superar mais um obstáculo [ou adaptar-se a ele]: a independência.

Assim como a autonomia, a independência é também um indicador de saúde, e serve como constatação de um envelhecimento saudável.

A independência está ligada intrinsecamente à questão da funcionalidade e da autonomia. Uma forma de quantificar a qualidade de vida de certo indivíduo é mensurar o grau de autonomia com que ele realiza suas atividades diárias. A saúde da pessoa idosa deve ser mantida e observada através de suas capacidades em exercer estas atividades. Quando o indivíduo envelhece e passa a ter dificuldades em andar sozinho, vestir-se, alimentar-se ou até mesmo sair da cama, sabe-se que algo não vai bem.

Mesmo no envelhecimento ativo e saudável há um certo declínio das capacidades funcionais² [em decorrência do desgaste natural do corpo humano], o que não podemos é deixar que este declínio natural se agrave em demasia, interferindo negativamente na vida do indivíduo idoso.

O item 3.2 das Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) diz que de acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta de todos os níveis de atenção, pois, é importante viver muito, mas é fundamental viver bem.

4.2 O PAPEL DA FAMÍLIA

Os avanços da tecnologia aliados ao estreitamento da pirâmide etária contribuirão para o prolongamento da vida.

² Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, **controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar uma certa distância**. Em negrito estão as Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVDs (MS, 2006).

Mudou-se o perfil epidemiológico do País; não se morre mais de sífilis, tuberculose ou pneumonia. As conquistas tecnológicas da medicina moderna [vacinas, antibióticos e assepsia] favoreceram a prevenção e a cura de doenças até então fatais.

Em contrapartida, o País passou de um perfil de morbimortalidade de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados (MS, 1999).

Como já foi dito, a velhice traz certas implicações, impõe certos limites naturais decorrentes da idade.

Quando estes limites se agravam, o idoso passa a requerer cuidados especiais, pois se torna, de alguma forma, dependente. A dependência está intimamente ligada à fragilidade, uma situação de vulnerabilidade do indivíduo, sua impotência diante dos desafios do seu cotidiano. É aí que entra a família.

Se o idoso não consegue executar as chamadas atividades instrumentais de vida diária – AIVD, ele passa a ser dependente do apoio familiar para reabilitar-se e, na medida do possível, recuperar a sua autonomia funcional.

O que vem acontecendo é que com o grande número de divórcios e separações, além do surgimento das pequenas famílias [nucleares], decorrentes do estilo de vida dos grandes centros urbanos do Brasil [como Rio de Janeiro e São Paulo], concorrem para a diminuição do suporte familiar para com o velho, reduzindo o apoio familiar ao idoso.

5 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.1 O PAPEL DO SUS

Criado através da Lei nº.8080 de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde é constituído por todo e qualquer conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas [federais, estaduais e municipais], de Administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público.

O SUS tem avançado muito nos últimos anos, mais ainda apresenta disparidades e desequilíbrios. A tão falada equidade ainda não acontece plenamente, mas o Ministério da Saúde tem se empenhado em melhorar a eficiência do SUS. Um dos problemas a serem superados é a questão do financiamento.

Constituição aprovada, **saúde para todos!**(grifo nosso). Com a aprovação da Constituição em 1988, o sistema de saúde no Brasil foi universalizado. Seu enfoque estritamente assistencialista transmutou para uma visão ampliada de cidadania.

Foi um tremendo *Boom* na Previdência Social que, até então, atendia trabalhadores de carteira assinada [contribuintes] e passou a atender a todos indiscriminadamente. Incorporou-se ao sistema um quantitativo de milhões de usuários sem que o mesmo tivesse mecanismos para financiar esse crescimento.

O governo vem tentando corrigir este problema [encontra-se em tramitação a Emenda Constitucional nº.29 – EC-29, que determina os recursos mínimos obrigatórios destinados à saúde], mas com recursos cada vez mais escassos, torna-se cada vez mais distante a transformação do **SUS que conhecemos** no **SUS do papel** (grifo nosso).

Para o orçamento da saúde de 2007, por exemplo, houve um corte de 5,7 bilhões no valor sobre o orçamento determinado pela EC-29 (RADIS 55 p.8, 2007). “Um prejuízo incalculável para o SUS”, protestou o Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Francisco Batista Júnior.

De acordo com o sanitarista Gilson Carvalho (RADIS 55 p.9, 2007), pediatra e especialista em financiamento da saúde, “para que haja um equilíbrio no financiamento da saúde no Brasil são necessárias cinco providências: aumento de recursos, diminuição da corrupção, eficiência nos gastos, mudança no modelo de se fazer saúde e transformação do Brasil”.

Em meio a todos esses problemas temos a questão da promoção de saúde para o idoso. Quando se trata de saúde da pessoa idosa, muito já foi feito, mas, temos ainda um grande

desafio pela frente. O envelhecimento nos aponta com uma questão social que pode colocar em desequilíbrio econômico toda a sociedade, por isso são necessárias ações imediatas.

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organizou-se para responder as demandas de sua população que envelhece. Para tanto, foi aprovada a Política Nacional do Idoso [Lei nº 8.842/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96] assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.

Posteriormente foi criada através da Portaria GM nº 1395/99 a Política Nacional de Saúde do Idoso, que ratifica e regula as responsabilidades do SUS na Política Nacional do Idoso – PNI, fundamentando as ações de saúde na atenção integral e integrada aos idosos, conforme o disposto nas referidas Leis.

Mais tarde, é aprovado no Congresso Nacional o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741/2003), instrumento de defesa dos direitos da pessoa idosa, elaborado com a participação intensa de entidades de defesa dos interesses dos idosos.

Outro recente instrumento agregado a esta empreitada é o Pacto pela Saúde 2006, onde um de seus três³ componentes é o Pacto pela Vida, que contempla a Saúde do Idoso como uma de suas prioridades, tendo com principal objetivo a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso, em busca da atenção integral.

Ainda no ano de 2006, constatou-se a necessidade de readequação da Política Nacional de Saúde do Idoso – sendo a mesma revogada pela criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa –, visto que a ampliação da Estratégia Saúde da Família revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e, a inserção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso encontra-se ainda incipiente. Esses fatores culminaram para a reformulação desta política.

Todas essas ações, sem sombra de dúvida, representam um grande avanço para a sociedade, em particular à pessoa idosa.

“Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira” (MS, 2006).

³ – O Pacto pela Saúde 2006 possui três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS.

5.2 OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Conforme a Lei nº 8080/90, as ações e serviços públicos de saúde se desenvolvem de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal [descentralização, integralidade e participação da comunidade] e, obedecem aos seguintes princípios:

- I – Universalidade: acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – Integralidade: continuidade do acesso aos serviços de saúde, entendido como um conjunto articulado, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – Equidade: igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – Direito à informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – Divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação dos recursos e a orientação programática;
- VIII – Participação da comunidade;
- IX – Descentralização político – administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- X – Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e;
- XIII – Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

5.3 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO – PNI

A Política Nacional do Idoso, criada em 04 de janeiro de 1994 através da Lei nº 8842/1994, e tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Os princípios que regem a PNI são:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei. (Art.3º)

No art.4º da Política encontram-se as diretrizes, que são:

- I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
 - II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
 - III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
 - IV - descentralização político-administrativa;
 - V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
 - VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
 - VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
 - VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
 - IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.
- Parágrafo único - É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

A PNI ainda cria o Conselho Nacional do Idoso e dispõe sobre a alocação dos recursos financeiros necessários a implantação das ações propostas.

O artigo primeiro desta lei diz que serão criadas condições para que as pessoas com mais de 65 anos vivam na sociedade sem depender de ninguém e usando de todos os seus direitos.

Quem é responsável para fazer cumprir o que diz essa lei é a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social. Os Ministérios da Educação, da Justiça, do Trabalho e outros também colaboram com esse trabalho.

5.4 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - PNSPI

Dentro da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os princípios e diretrizes dos SUS são abordados nas seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNSPI (Brasil, 2006) afirma que envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. A Política ainda acrescenta que, muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde.

Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

6 DAS LEIS

Quadro Explicativo das Leis e Instrumentos [Contidos neste trabalho] em Prol da Saúde e Direitos da Pessoa Idosa

Objeto	Regulamentação	O que diz:	Aplicabilidade
Política Nacional do Idoso	Lei N° 8.842 /1994	Assegura os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.	É a Lei que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e, cria o Conselho Nacional do Idoso (CNI).
Política Nacional de Saúde do Idoso (Revogada pela Portaria n° 2.528/GM/2006)	Portaria N° 1.395/GM/1999	Fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, em conformidade com as Leis N° 8080/90 e 8842/94.	Ratifica e regula a responsabilidade do SUS na PNI. Tem por objetivo a definição ou redefinição de programas, projeto, planos e atividades do setor na atenção integral as pessoas em processo de envelhecimento.
Estatuto do Idoso	Lei N° 10.741/2003	Regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.	Ampara os idosos, ampliando os seus direitos e defendendo-os com mais rigor dos desrespeitos praticados por terceiros.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Portaria N° 2.528/GM/2006	Tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.	Revoga a Portaria n° 1.395/GM/1999 .
Pacto pela Saúde 2006	Portaria N° 399/GM/2006	Ato Normativo em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a saúde da população brasileira expostas nos seguintes componentes: Pactos pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.	É a linha reguladora que visa nortear a gestão dos serviços de saúde nas três esferas de governo na efetivação das prioridades pactuadas.

6.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, sua participação na sociedade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” (Art. 3º, I).

Criada em 04 de janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso – PNI, trata dos princípios e diretrizes responsáveis pelo objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos. Para efeitos desta lei, entenda-se por idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade.

A PNI surge através da Lei nº 8842/94, como forma de adequação da legislação brasileira à uma reivindicação da sociedade como um todo, que, transformou o resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas em diversos estados [com grupos de idosos, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria entre outros] no texto base da lei.

Juntamente com a PNI, criou-se também o Conselho Nacional do Idoso, com o intuito de incentivar a promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa através da participação da sociedade civil organizada.

“Teoricamente a PNI é linda, maravilhosa, uma lei muito bonita. Precisa, como todas as outras leis, ser cumprida. É muito bonito dizer que o idoso tem direito ao ônibus, se o motorista do ônibus não deixa o idoso entrar. É muito interessante dizer que o idoso tem direito ao remédio, se o governo não fornece o remédio e as farmácias não dão o desconto. É muito bonito dizer que o idoso tem vantagens no judiciário e ter que esperar na fila para ser atendido. A lei é excelente, basta que nós possamos cumpri-la (...). Precisamos cobrar aquilo que está escrito, cobrar o cumprimento das leis “.

Deputado Estadual Paulo Pinheiro, Presidente da Comissão da Criança, do Adolescente e do Idoso da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, 15 de abril de 2003. (apud Ferreira, 2003)

O Capítulo IV da PNI fala sobre a responsabilidade governamental na implementação da Lei, listando as competências dos órgãos e entidades públicos na área da saúde, que são:

- Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento ao idoso;
- Prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- Adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

- Desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- Incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos do Distrito Federal, Estaduais, e Municipais;
- Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação e;
- Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

A Política Nacional do Idoso objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em práticas ações voltadas não apenas para os ditos velhos, mas também para aqueles que irão envelhecer.

Ela ainda lista várias obrigações que competem aos órgãos públicos, como estimular a criação de locais de atendimento aos idosos, incentivar sua participação no mercado de trabalho e impedir a discriminação desta classe.

Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Isto se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo.

Na análise de muitos juristas, a dificuldade de funcionamento efetivo daquilo que está disposto na legislação está muito ligada à tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas no Brasil, que provoca a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público. A área de amparo à terceira idade é um dos exemplos que mais chama atenção para a necessidade de uma "intersetorialidade" na ação pública, pois os idosos muitas vezes são "vítimas" de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

De acordo com membros do Ministério Público, algumas deficiências da Política Nacional do Idoso, são: a falta de especificação da lei que contribua para criminalizar a discriminação, o preconceito, o desprezo e a injúria em relação ao idoso, assim como para publicidades preconceituosas e outras condutas ofensivas; dificuldades em tipificar o abandono do idoso em hospitais, clínicas, asilos e outras entidades assistenciais para a punição de parentes das vítimas; falta de regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de asilos, sendo preciso que a lei especifique o que devem essas entidades disponibilizar para a clientela, quem deverá fiscalizá-las, e qual a punição para os infratores (Porto, 2002).

6.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

Criada em 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso nasceu da necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada ao idoso. Ela fundamenta a ação do setor saúde no que diz respeito ao idoso, em conformidade com o já disposto na Lei Orgânica da Saúde – N° 8.080/90 e na PNI [Lei N° 8.842/94].

Essa política vigorou até 2006, quando foi constatada a necessidade de sua reformulação, quando a mesma foi revogada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Verificou-se que, embora existam leis de cuidados e direitos da população idosa, na prática os resultados ainda são insatisfatórios.

Por isso, foi imprescindível a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), como forma de revitalizar a conquista de direitos dos idosos, e a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revelou a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, concomitante a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso.

6.3 O ESTATUTO DO IDOSO: INSTRUMENTO EM PROL DOS DIREITOS, DE ENVELHECIMENTO DIGNO E SAUDÁVEL.

Criado em 1° de outubro⁴ de 2003, através da Lei n.º 10.741, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, o estatuto do idoso entrou em vigor em 1° de janeiro de 2004, beneficiando mais de 16 milhões e meio de brasileiros com mais de 60 anos de idade.

O Estatuto do Idoso é composto por 118 artigos que definem garantias legais aos idosos. São alguns dos direitos fundamentais dos Idosos:

O direito à vida; à saúde; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e ao trabalho entre outros.

Direito à vida - O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção é um direito social, sendo obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (Capítulo I, art. 8° e 9°).

⁴ Posteriormente, através da Lei Federal n° 11.433, de 28 de dezembro de 2006, instituiu-se que o dia 1° de outubro de cada ano passaria a ser o Dia Nacional do Idoso, sendo da incumbência dos órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade.

Direito à Saúde – **É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS** (grifo nosso), 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. (Capítulo IV, art.15).

O artigo 3º do Estatuto do Idoso (2003) preconiza que:

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

O texto de introdução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) assevera que o Estatuto chega para ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população maior de 60 anos, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas.

6.4 PACTO PELA SAÚDE 2006 – O PACTO PELA VIDA: A SAÚDE DO IDOSO COMO PRIORIDADE

O Pacto pela Saúde 2006 é um ato normativo criado através da Portaria/GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, um conjunto de reformas institucionais do SUS e, prevê o compromisso entre os Gestores do SUS das três esferas – municipais, estaduais e federais – objetivando a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão, com relação as prioridades de impacto na saúde da população brasileira. Dentre as várias prioridades expostas neste documento, encontramos a saúde do idoso inserida no Pacto pela Vida [uma das três dimensões que compõem as diretrizes operacionais do Pacto].

A saúde do idoso está entre as seis prioridades pactuadas, tendo como diretrizes:

“A promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo a ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; [...] provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente de profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS” [...] (Pacto pela Saúde 2006, p.3).

Temos ainda dentro do Pacto pela Vida como sendo prioridade pactuada a promoção em saúde, enfatizando a atividade física regular e alimentação saudável.

Entenda-se como promoção de saúde algo bem maior que a simples prevenção de doenças. A promoção de saúde procura identificar as causas do processo saúde-doença e, assim, utilizar os resultados obtidos em favor da saúde e qualidade de vida. Seu objetivo primordial é manter e melhorar os níveis de saúde existentes.

As ferramentas nós temos, é preciso pô-las em prática. O Ministério da Saúde prevê várias ações estratégicas [como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, por exemplo,] como forma de instituir as normas estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

6.5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O propósito basilar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) é a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Esta política foi criada em 19 de outubro de 2006[revogando a Portaria N° 1395/GM de 10 de dezembro de 1999, que trata da Política de Saúde do Idoso], por meio da Portaria N° 2.528 do Ministério da Saúde, e visa tratar da questão da saúde do idoso em seu aspecto amplo, “buscando a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social” (Ramos, 2003:794). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem agregar medidas individuais e coletivas de saúde que devem ser postas em prática em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Toda essa preocupação se dá pelo fato do sistema de saúde brasileiro ter seu foco tradicionalmente voltado para o atendimento materno-infantil, sem priorizar ou reconhecer o envelhecimento como questão pública.

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, [...] pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

Um dos principais objetivos da política é a orientação dos serviços públicos de saúde para identificar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação. Entre as ações, destacam-se:

Internação domiciliar - O objetivo é atender, no próprio lar, pacientes que precisam de cuidados especializados, mas que não necessitam da internação hospitalar. A idéia é proporcionar aos idosos um atendimento humanizado que melhore a recuperação, permitindo maior autonomia aos pacientes e às famílias durante o tratamento. Com isso, a expectativa melhorar a utilização dos leitos hospitalares e reduzir o risco de infecções de pacientes em longas internações com cuidados de média complexidade (consultas, exames e alguns procedimentos cirúrgicos).

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - A meta é que todos os brasileiros com mais de 60 anos tenham a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Trata-se de um livreto onde os profissionais do setor, ao atenderem um idoso, poderão anotar todas as informações relativas à sua saúde. A idéia da caderneta é facilitar o constante acompanhamento de cada indivíduo atendido no sistema de saúde público ou privado. Na primeira fase, serão investidos R\$ 2,4 milhões para distribuir 5 milhões de cadernetas para atender a 73% da população idosa cadastrada na estratégia do Programa Saúde da Família. As cadernetas vão ser distribuídas pelo Ministério da Saúde às secretarias do Distrito Federal, das capitais e dos municípios com mais de 500 mil habitantes. As secretarias estaduais vão ficar responsáveis pelo envio aos pequenos municípios.

Neste sentido, a prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa como base para os programas e ações de saúde é o ponto inicial para o sucesso das políticas públicas. Com capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletivo, caminharemos para a prevenção específica e o monitoramento destas doenças, acompanhando e realizando avaliações permanentes do impacto das ações sobre a realidade inicialmente diagnosticada das condições de qualidade de vida e saúde da pessoa idosa, na perspectiva de atingir a situação desejada.

É tempo de avançar e vencer desafios.

6.6 AVANÇOS E CONQUISTAS: I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Em maio de 2006, foi realizada em Brasília a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que teve como objetivo geral definir as estratégias para a implementação da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI, tendo como eixos temáticos:

I – ações para efetivação dos direitos das pessoas idosas quanto à promoção, proteção e defesa;

- II – enfrentamento à violência contra a pessoa idosa;
- III – atenção à saúde da pessoa idosa;
- IV – previdência social;
- V – assistência social à pessoa idosa;
- VI – financiamento e orçamento público das ações necessárias para a efetivação dos direitos das pessoas idosas;
- VII – educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas;
- VIII – controle social: o papel dos conselhos.

A conferência foi um marco na história de luta pelos direitos da pessoa idosa, onde se discutiu a necessidade de preparar o País para um novo sistema econômico e de Seguridade Social, de maneira que possa abranger integralmente ao acelerado fenômeno de envelhecimento populacional.

O Presidente Lula, no seu discurso na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa disse que “quando dispomos de dinheiro para cuidar da saúde de uma pessoa, isso é um investimento, pois, com saúde a pessoa vai poder produzir intelectualmente, vai poder trabalhar mais. E, idade é um estado de espírito; somos o que queremos ser”.

Como foi dito por José Luiz Telles,

O envelhecimento é inexorável. O que a sociedade irá fazer com este processo está em nossas mãos. Nós podemos ter um envelhecimento ruim, num processo de negligência, de doenças, de incapacidades. Mas nós podemos também ter uma sociedade solidária que irá construir para todas as idades valores humanos fundamentais que irão fazer com que a vida valha a pena ser vivida ao longo de todos os anos.

Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia.

Também para Barreto (1994), tem destaque o papel do exercício físico, discutido em várias revisões e estudos bem controlados, que atribuem à prática regular de atividade física – mesmo quando iniciada após os 60 anos de idade – maior longevidade, redução das taxas gerais de mortalidade, melhora da capacidade fisiológica (capacidade aeróbica) em portadores de doenças crônicas, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, manutenção de status funcional mais elevado, redução da frequência de quedas e incidência de fraturas, além de benefícios psicológicos, como a melhora da auto-estima.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem

médica tradicional – com foco na queixa principal, reunindo queixas e sintomas num único diagnóstico – não se aplica aos idosos.

O profissional de saúde deve estar atento à mudança do perfil populacional, para que haja uma identificação precoce dos agravos mais frequentes da velhice, bem como a intervenção com medidas de reabilitação a fim de evitar que o idoso se afaste do convívio social e familiar.

Encontramos um abismo muito grande entre as normas e diretrizes a serem seguidas e a efetividade das mesmas. Metaforicamente falando, há um verdadeiro caminho das pedras a ser trilhado quando o assunto em pauta é a prevenção e promoção da saúde na velhice.

Mas, se a sociedade moderna contribuiu para aumentar a expectativa de vida das pessoas, ela tem obrigação de encontrar meios para que a velhice seja vivida dignamente.

7 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com caráter bibliográfico. Para chegar a esta classificação, foi utilizada como base a taxionomia apresentada por Vergara (1990), que qualifica a pesquisa quanto aos fins e quanto aos meios.

Quanto aos fins, a referida pesquisa é classificada como explicativa, pois pretende analisar como se dá o comprometimento do Sistema Único de Saúde em proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida ao crescente número de pessoas que compõem e adentram na faixa etária dos 60 anos ou mais.

Quanto aos meios, a pesquisa é classificada como bibliográfica. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica com consultas a livros, periódicos e internet, sobre assuntos pertinentes ao tema proposto.

É uma pesquisa teórica, de abordagem qualitativa, na tentativa de compreender, descrever, e interpretar fatos sobre o compromisso do SUS com a qualidade de vida da pessoa idosa.

8 DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou apresentar a relevância do papel do Sistema Único de Saúde para que haja uma promoção da saúde voltada para o público com mais de 60 anos de idade.

Sob a ótica dos princípios e diretrizes do SUS, os direitos dos idosos vêm sendo representados pela Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Olhando para o texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Brasil, 2006), encontramos como diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, estímulo à participação e fortalecimento do controle social e divulgação e informação sobre a Política nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, entre outras.

A Política diz que a promoção do envelhecimento ativo e saudável é a meta de toda ação de saúde.

A promoção de saúde não termina quando completamos 60 anos, e as ações de prevenção devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades. Mitos devem ser derrubados.

De acordo com a PNSPI (Brasil, 2006), os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não são um privilégio apenas dos jovens.

Com base no exposto, buscam-se todas as oportunidades para desenvolver um atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, com infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

No que diz respeito às ações intersetoriais e integralidade da atenção, pressupomos o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais que trabalham com a população idosa. Temos também a participação da comunidade, através do Controle Social, estimulando a inclusão de temas relacionados a atenção a população idosa nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde.

Quanto à divulgação da PNSPI, as medidas adotadas buscam sua inclusão na agenda de atividades da comunicação social do SUS, promovendo, apoiando e fortalecendo ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção a saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País.

A Política traz ainda a Articulação Intersetorial, o que implica no desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores, ou seja, os gestores do SUS devem estabelecer processos de articulação contínuos, com parcerias e integração institucional, viabilizando a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

Entre os segmentos da sociedade implicados temos:

- Educação;
- Previdência Social;
- Sistema Único de Assistência Social;
- Trabalho e Emprego;
- Desenvolvimento Urbano;
- Transportes;
- Justiça e Direitos Humanos;
- Esporte e Lazer e;
- Ciência e Tecnologia.

No âmbito Federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências de modo a alcançar os objetivos presentes na Política.

De acordo com Ferreira (2003), por exemplo, o Estado do Rio de Janeiro tem a proporção mais alta de idosos do País e poderia dar respostas adequadas e oportunas aos problemas desse contingente, já que reúne um grande número de instituições, a começar pelo parque assistencial na saúde e em outras áreas. Somando-se a isso, ainda encontramos um grande aparato em termos de atividades comunitárias, lazer, e de convivência.

Contudo, há deficiências estruturais e materiais para atender efetivamente as necessidades da população idosa. Além disso, as burocracias públicas apresentam resistências extraordinárias para trabalhar de forma cooperativa na execução das diretrizes legais.

Sabemos que a saúde do indivíduo tende a dissipar-se no processo natural da velhice, mas isso pode agravar-se caso não haja uma oferta de qualidade de vida, de recomeço. Ao meu ver, isso se dá através das políticas públicas saudáveis.

Se as políticas funcionassem como de fato deveriam, todos sairiam ganhando: a população idosa [por desfrutar de seu direito pleno] e o Estado, pois reduziria seus gastos com tratamento de saúde e hospitalização, pois seu foco seria a saúde e não a doença.

Em relação à Política Nacional do Idoso, concluí que os objetivos nela propostos ainda estão muito longe de serem alcançados. É necessária uma constante movimentação dos órgãos envolvidos, assim como da sociedade civil, através dos grupos interessados.

Os Conselhos Gestores e os Conselhos de Idosos têm papel importante na reivindicação e implementação das ações e serviços de saúde.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem trilhando um caminho satisfatório desde a sua implementação. No seu texto base, a Política afirma que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional.

Com a readequação ocorrida em 2006 [através da Portaria Ministerial nº 2528], a Política ganhou mais força, com a participação da Comissão Intergestores Tripartite [três esferas governamentais] e do Conselho Nacional de Saúde.

Como diz o texto base da Política, “A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar” (Brasil, 2006).

Sobre a Política Nacional do Idoso, Ferreira (2003) diz que em termos de uma política pública 10 anos é pouco tempo, mas não para os idosos, que não podem aguardar: bem antes deveriam passar a receber a atenção que esperam e merecem.

Muito se conquistou, mas ainda há muito para ser feito. Temos que nos preparar para esse fenômeno inevitável [que é o envelhecimento] em nossas vidas, esse é o ponto de partida para a consolidação da cidadania.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia V.; GONÇALVES, M.P. & LIMA, T.G, 2005. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa**: publicação de apoio ao Curso de Capacitação para a Cidadania: Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

ARAÚJO, Silvânia Suely Caribé de et al. **Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil**. Interface (Botucatu) Botucatu, v.10, n. 19, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30/10/2007.

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

_____, 1990. **Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____, 1994. **Lei N° 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

_____, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de N° 1395, de 10 de dezembro de 1999, que aprova a **Política de Saúde do Idoso**. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/04/2007.

_____, 2003. **Lei N° 10.741 de 1° de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

_____, 2005. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. – SDH/SG/PR – Brasília: 2005 - Série A. Normas e Manuais Técnicos n°01.

_____, 2006. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de N° 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o **Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 19/03/2007.

_____, 2006. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de N° 2528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Diário Oficial da União, N° 202 de 20/10/2006.

BUSS, Paulo Marchiori, 1998. **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina./ Health promotion and public health. 178f. (Monografia) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BUSS, Paulo Marchiori, 2003. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde/ An introduction to the concept of health promotion**. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de . Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ. P.15-38.

CALDAS, Célia Pereira, 2003. **Envelhecimento com dependência:** responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 773-781, mai-jun.

CARVALHO, José A.M.; GARCIA, Ricardo A, 2003. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 725-733, mai-jun.

CHAIMOWICZ, Flávio, 1997. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI:** problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública, vol.31, n. 2, ISSN 0034-8910.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.(1:Brasília:2006). **Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa:** construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, 2006.

CZERESNIA, Dina (org.), 2003. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

EMILIANO, Norma, 2007. **A velhice e a perda da identidade.** Gerontoterapia. Disponível em: < <http://br.geocities.com/pensandoemfamilia/gerontoterapia.htm>>. Acesso em: 24/09/2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda 1993. **Minidicionário da língua portuguesa** /Aurélio Buarque de Holanda Ferreira 1910-1989; Coordenação Marina Baird Ferreira, Margarida dos Anjos; equipe Elza Tavares Ferreira... [et al] 3.ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FERREIRA, Mirna Luz Costa, 2003. **Intersetorialidade:** um desafio na implementação da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M, 2003. **Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 759-771, mai-jun.

GIL, Antônio Carlos, 1989. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 2ª ed. São Paulo: Atlas.

GOLDIM, José Roberto, 2000. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 14/08/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2000. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil Rio de Janeiro:** IBGE.

LEMONS, Maria Rita, 2007. **Envelhecer sem perder a identidade.** Jornal da Mulher, ano 6. Disponível em: < <http://www.gazetadelimeira.com.br>>. Acesso em: 29/09/2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato, 2003. **Saúde pública e envelhecimento.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 19(3): 700-701, mai-jun.

MACHADO, Kátia, 2007. **Orçamento da saúde 2007: R\$ 5,7 bilhões a menos.** RADIS – Fundação Oswaldo Cruz, n.55, mar/2007, p.8-12.

MACHADO, Kátia, 2005. **Experiência com idosos mostra um SUS humanizado.** RADIS – Fundação Oswaldo Cruz, n.31, mar/2005, p.14-15.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor K.R.,1992. **Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade** / Prescription and benefits of physical activity in the third age. Rev.ciênc.bras.mov. 6(4): 19-30.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, 1993. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 2ª ed, São Paulo: Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, 1994. **Pesquisa Social: Teoria, método, criatividade.** Minayo, Maria Cecília de Souza (org). Petrópolis, RJ. 22ª ed. Editora Vozes.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, 2005. **Violência contra Idosos: O avesso do respeito à experiência e À sabedoria.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição.

MOREIRA, Morvan de Mello, 2002. **Projeções Preliminares da População dos Municípios do Estado de Pernambuco por Situação do Domicílio: 2000-2005.** Trabalhos para Discussão. nº136/2002, maio. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tdp>>, Acesso em: 08/08/2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS): Resolução CE 122.R9, 1998. **Saúde das Pessoas Idosas.**

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002** / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PORTO, Mayla, 2002. **A Política Nacional do Idoso: Um Brasil para todas as idades.** In: *Com ciência – velhice* .Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>, Acesso em 12/11/2007.

RAMOS, Luiz Roberto, 2003. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso,** São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 19(3): 793-798, mai-jun.

VERAS, Renato, 2003. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 705-715, mai-jun.

VERGARA, Sylvia Constant, (1990). **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 3.ed – São Paulo: Atlas.

XAVIER, Jesuan, 2004. **Idosos: Viver mais e melhor.** RADIS – Fundação Oswaldo Cruz, n.17, p.8-10.