

## PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO: AMBIENTES PROPÍCIOS A SUA EFETIVAÇÃO

Maria Joselita Alves<sup>1</sup>  
Maria Janine Pereira Fernandes<sup>2</sup>  
Josiane Costa e Silva<sup>3</sup>  
Maria Mônica Fonseca da Silva<sup>4</sup>  
Maria Zélia Araújo<sup>5</sup>

### INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social.

O Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2009), estabelece compromissos dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe. Os Ministros da Saúde dessa região, inclusive do Brasil, definiram agenda de saúde para as Américas 2008-2017 e recomendaram que “a manutenção da funcionalidade dos idosos deve ser objeto de programas de saúde, especialmente dirigidos a esse grupo”, sendo prioritária a formação dos profissionais que trabalham com tecnologias próprias para atenção ao envelhecimento. Além disso, destacou-se que a combinação de subsídios econômicos, alimentação e intervenções de saúde possuem resultados positivos para a adesão dos idosos aos programas de saúde.

A organização e estruturação da atenção em Redes de Atenção à Saúde é uma diretriz do SUS (Sistema Único de Saúde) orientada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que apresenta os fundamentos conceituais e operativos essenciais a esse processo de organização, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. Outro marco organizativo é o Decreto nº 7.508, de 20 de junho

<sup>1</sup> Especialista em Auditoria em Saúde, Especializa Cursos CG - PB, joselitalves2@hotmail.com;

<sup>2</sup> Mestra em Saúde Coletiva e Gestão Hospitalar da FURNE - FACNORTE, nine\_pfernandes@hotmail.com;

<sup>3</sup> Mestra em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, josiane\_gcs@hotmail.com;

<sup>4</sup> Mestra Interdisciplinares em Saúde Coletiva, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, fonsecamoniam@hotmail.com;

<sup>5</sup> Orientador: Mestra em Sociologia, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, zelinha\_araujo@hotmail.com.

de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa.

Cabe destacar também a agenda estratégica do Ministério da Saúde para o período de 2011-2015, que contempla, no objetivo estratégico 6, o cuidado da população idosa com o seguinte texto: “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção”.

## **METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)**

Na nossa metodologia este trabalho objetiva refletir sobre as políticas públicas e sociais na promoção da saúde referentes ao envelhecimento humano, apresentando um levantamento temático, baseado em uma revisão sistemática e nas ideias de autores que investigam o tema. Em pesquisa bibliográfica realizada para coleta de dados, utilizaram-se os meios online, como artigos, teses e dissertações.

## **DESENVOLVIMENTO**

Como resultados de toda uma análise, a atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração na família e na comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços.

É necessário também incluir em todas as etapas de organização do cuidado a garantia do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que esta se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão.

Além do investimento na articulação setorial, a articulação intersetorial consiste em diretriz potente na busca de respostas às demandas da população idosa, em especial no que se refere à Política de Assistência Social. Essa articulação visa ao estabelecimento de consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção de projetos, com prioridade nos temas da atenção domiciliar, centro-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento à violência e a qualificação do cuidado oferecido em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A organização da atenção e da gestão no SUS ainda se caracteriza pela grande fragmentação de serviços e programas, de ações e de práticas clínicas que se expressam na incoerência entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), no item 3.2 (atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa), reforça a importância de implementar a avaliação funcional individual e coletiva. Nesse sentido, considera três categorias de pessoas idosas: 1) o idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária; 2) os indivíduos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, que são independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e merecem atenção específica pelas equipes de saúde com

acompanhamento mais frequente; 3) os idosos frágeis ou em situação de fragilidade, que são os que vivem em ILPIs, acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros. Estes se encontram com pelo menos uma incapacidade funcional básica ou vivem em situação de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece como frágeis os idosos com 75 anos ou mais, sendo que outros critérios poderão ser acrescidos de acordo com as realidades locais.

Assim, ficam estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (MORAES, 2012).

O SUS adotou a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, o uso inadequado de recursos com elevação dos custos, a falta de seguimento horizontal dos usuários, o aumento da prevalência das doenças crônicas e a necessidade de monitoramento e avaliação. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, de base territorial, tendo como atributos: a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender às necessidades de saúde, conforme apregoa a Portaria 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS.

A utilização dos pontos de atenção das RAS, a partir da orientação e organização do cuidado proposto pelo modelo de atenção à saúde da pessoa idosa, teve como motivações:

- Estreitar e aperfeiçoar a articulação entre as equipes da atenção básica e as equipes dos demais componentes da RAS, para garantir maior resolutividade dos cuidados prestados à população idosa nos territórios e acompanhamento sistemáticos dos casos mais complexos.
- Buscar melhores resultados sanitários nas condições crônicas, diminuição das referências para especialistas e hospitais, aumento da eficiência dos sistemas de saúde, produção de serviços mais custo-efetivos e melhorias na satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde.
- Ampliar e qualificar o acesso da pessoa idosa ao SUS, a partir das suas especificidades.

A Atenção Básica (AB) de Saúde, primeiro nível de atenção, deve atuar como porta de entrada do sistema, com ampla cobertura populacional e equipe multidisciplinar, devendo cumprir o papel de ordenadora da atenção, integrando e coordenando o cuidado, atendendo às necessidades de saúde no âmbito de sua atuação e garantindo o acesso qualificado aos demais serviços de saúde.

Para a qualificação da atenção à população idosa, é importante a inclusão de determinados temas no escopo de atuação das referidas equipes, tais como: prevenção da violência, prevenção de quedas, alimentação e nutrição, saúde bucal, identificação de condições e doenças crônicas, transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, questões medicamentosas (como polifarmácia e interações). Esses temas são determinantes na definição das condições de saúde da população idosa e na elaboração do planejamento do cuidado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento e registro de informações estratégicas sobre a situação de saúde das pessoas idosas no sistema de informação da Atenção Básica, como por exemplo, no e-SUS, é fundamental para o conhecimento do perfil da população idosa adscrita, pois possibilita a identificação daquelas que apresentam maior vulnerabilidade, viabilizando, dessa forma, que o acompanhamento e o provimento da complementaridade do cuidado sejam articulados aos demais componentes da RAS, em especial dos idosos identificados como frágeis ou em risco de fragilidade.

A superação da atuação fragmentada e isolada não significa ignorar as especificidades de cada grupo populacional. Ao contrário, visa coordenar o cuidado, otimizar os processos e garantir a integralidade dos serviços de saúde. Alguns estudos como o de Bernabei et al. (1998), realizado com idosos frágeis, constataram que a atenção integrada levou a menos internações hospitalares, menos consultas na atenção primária à saúde, melhor capacidade funcional dessas pessoas e a um sistema mais custo/efetivo” (apud MENDES, 2011, p.70).

A população idosa apresenta características peculiares que devem ser contempladas pelos serviços de saúde, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado e com ênfase na pessoa idosa frágil, articuladas com os demais pontos de atenção da RAS. Tal proposta justifica-se no sentido de que uma grande parcela dos idosos necessita de conhecimento especializado, intervenções e métodos de investigação específicos cujos níveis de complexidade estão fora do escopo das equipes da Atenção Básica como, por exemplo: 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; entre outros.

No tocante à saúde da pessoa idosa, algumas estratégias ganham destaque, tais como: a conformação de equipes multiprofissionais com formação em saúde da pessoa idosa; a educação permanente e capacitação de profissionais e cuidadores; a atenção aos idosos em contextos de fragilidade, etc. Mendes destaca, por exemplo, que “os atendimentos contínuos de idosos frágeis devem ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores e da família” (MENDES, 2011, p.217).

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.

A Política de Assistência Social vivencia um importante momento de qualificação e fortalecimento da gestão com a aprovação da NOB-SUAS. Esta norma operacional organiza o modelo de Proteção Social e definem os princípios e diretrizes da descentralização da Gestão



e execução dos serviços, programas, projetos e benefícios, sendo a oferta de serviços organizada por nível de complexidade.

No campo dos direitos humanos destaca-se a importância da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), na elaboração, implementação e acompanhamento de políticas públicas voltadas para a população idosa. Seus planos e programas se referem à produção e disseminação de conhecimento sobre os direitos da pessoa idosa, apoio a órgãos colegiados estaduais e municipais de Direitos Humanos, compromisso pelo Envelhecimento Ativo, regulamentação do Fundo Nacional do Idoso, entre outros. O Decreto Presidencial nº 8.114/2013, de 30 de setembro de 2013, estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo tem como objetivo articular esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios em colaboração com a Sociedade Civil, para valorização e defesa dos direitos da pessoa idosa.

Eixos:

- I) Emancipação e protagonismo;
- II) Promoção e defesa de direitos;
- III) Informação e formação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho em rede, proposto pelo modelo de atenção, considera a atenção básica como ordenadora do cuidado, visa garantir o cuidado contínuo da pessoa idosa no SUS, favorece o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas e os profissionais da atenção básica e os pontos de referência da rede como um todo. O modelo será complementado com as linhas de cuidado específicas.

Nesse contexto, visando o cuidado integral, é necessário que a articulação intra e intersetorial ocorram concomitantemente uma vez que os novos desafios se apresentam às diferentes políticas sociais, em especial à saúde, à assistência social, à previdência social e aos direitos humanos. Além dos pontos destacados, é relevante a ampla discussão junto aos gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal, sobre a operacionalização do cuidado qualificado às pessoas idosas nos territórios, por meio de Grupos e/ou Comitês Gestores, com vistas à pactuações necessárias para a inclusão do tema nas agendas estratégicas do SUS.

A pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica, independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a AB responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção.

Assim, ficam estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (MORAES, 2012). A identificação da fragilidade/estratificação (idoso independente e autônomo; idoso em risco de fragilização; e idoso frágil) é fundamental para o planejamento das ações em saúde, definição de metas terapêuticas e priorização do cuidado.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Saúde; Políticas sociais; Efetividade.

## REFERÊNCIAS

Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS. Proposta de Modelo de Atenção Integral. XXX CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, Maio, 2014

IBGE: Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>..

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto Presidencial nº 8.114, de 30 de setembro de 2013.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 249, de 16 de abril de 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, E.N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.