



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**MARIA TEREZA DE JESUS DAMASCENO RODRIGUES**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO**  
**PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Salvador

2022

**MARIA TEREZA DE JESUS DAMASCENO RODRIGUES**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós  
Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da  
Universidade Católica do Salvador, para obtenção  
do Grau de Mestra.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pita.

Salvador

2022

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)  
Ficha Catalográfica. UCSAL. Sistema de Bibliotecas

R696 Rodrigues, Maria Tereza de Jesus Damasceno  
Análise da atenção à saúde da pessoa idosa na atenção primária no  
Município de Camaçari-Ba / Maria Tereza de Jesus Damasceno Rodrigues. –  
Salvador, 2023.  
175 f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria  
de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Idoso 2. Política de Saúde da Pessoa Idosa 3. Avaliação em Saúde  
4. Atenção Primária à Saúde 5. Avaliação Multidimensional I. Pitta, Ana  
Maria Fernandes - Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-  
Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 614.2-053.9

# TERMO DE APROVAÇÃO

**MARIA TEREZA DE JESUS DAMASCENO RODRIGUES**

**“ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em  
Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 20 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Josimara Aparecida Delgado - UFBA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Pessôa Lepikson - UCS

**MARIA TEREZA DE JESUS DAMASCENO RODRIGUES**

**ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA**

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do título de Mestra em  
Políticas Sociais e Cidadania.

Salvador, 20 de dezembro de 2022.

Banca:

---

Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pita/UCSAL  
Orientadora

---

Prof. Dra. Maria de Fátima Pessôa Lepikson/UCSAL

---

Prof. Dra. Josimara Delgado/UFBA

Dedico essa dissertação de mestrado em primeiro lugar a Deus que me dá forças e inspiração, quando eu mesma já não acredito que tenha. As minhas filhas e meu neto, a meu pai meu mentor, a minha madrastra e amiga Mara Regina, que acredita em mim, todos foram grandes motivadores das minhas empreitadas, e ao meu parceiro que vê além de mim e teve uma paciência impar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu a benção da vida.

A minha família maravilhosa que transborda afeto e me incentivou muitíssimo.

A minha orientadora, uma querida, grande pesquisadora, Dra. Ana Maria Fernandes Pita, pela oportunidade de sua orientação, pela amizade, pelos ensinamentos, pelo respeito e pela paciência durante esses anos de convívio.

A banca examinadora, agradeço a disponibilidade em participar desse momento importante e pelas contribuições.

Aos colegas da turma de mestrado PPGPSC/2021 da UCSAL, “uma turminha diferenciada”, segundo um grande professor, em especial, Matheus Martins, Lícia Ferreira, Cláudio Queiroz, Danielle Furtado, Carolina Danneman e Padre Elísio. Os quais espero guardar para sempre na minha vida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Cidadania pelos conhecimentos repartidos.

A UCSAL por todas as oportunidades que me foi disponibilizado neste período.

As chefes do SUS mais generosas do mundo, Mary Nadja, Lidiane Tereza e Tatiane Pires, que me liberaram para fazer o mestrado.

Aos meus amigos e familiares que mesmo na minha ausência, me apoiaram, incentivaram e se fizeram presentes me dando um carinho enorme. E também, a uma amiga, Neide Bezerra Filha, que de última hora pegou na minha mão, me guiou e me tranquilizou na finalização desse árduo processo de arrematar a pesquisa.

A todos que de alguma forma contribuíram para a execução desse estudo.

## RESUMO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria 2.528/2006, foi promulgada em 19 de outubro de 2006, sendo um marco na garantia de direitos do idoso no Brasil. Contudo, a implementação da PNSPI a nível municipal, depende da gestão pública local, base para assegurar a atenção à saúde do idoso em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo visa verificar a execução da PNSPI e analisar a atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde no município de Camaçari. Os rumos da pesquisa foram sendo dados a partir da questão norteadora: As necessidades de saúde da pessoa idosa são contempladas de acordo com as recomendações da PNSPI, quanto a avaliação da capacidade funcional, no município de Camaçari? O percurso metodológico iniciou com um levantamento em duas bases de dados (SCIELO e LILACS), sendo localizados 1.258 artigos científicos e, destes 1.090 foram excluídos, por questão de critérios, finalizando com um total de 168 artigos, que fazem parte da referência bibliográfica do estudo. Em concomitância se fez uma pesquisa documental, desenvolvida nos marcos internacionais e nacionais que embasam e fundamentam as políticas para a pessoa idosa, em especial a PNSPI, e de Portarias e Resoluções na área do segmento, na Política Nacional de Atenção Básica além de publicações do Ministério da Saúde. Para alcançar os objetivos específicos foi criada uma matriz de marco lógico, que compôs os indicadores municipais que deveriam ser coletados e avaliados. Como resultado identificou-se que: o modelo de atenção municipal ainda segue o biomédico, excluindo a importância dos DSS; a RAS não está organizada quanto a linha de cuidado para atender pessoas idosas e contra referenciá-las e; é necessário que o município invista na qualificação profissional a partir de um Plano de Educação Permanente, conforme a Política Nacional de Humanização do SUS recomenda, desde 2003.

**Palavras-chave:** Idoso, política de saúde da pessoa idosa, avaliação em saúde, atenção primária à saúde, avaliação multidimensional.

## RESUMEN

La Política Nacional de Salud de las Personas de Edad (PNSPI), Ordenanza 2.528/2006, fue promulgada el 19 de octubre de 2006, siendo un hito en la garantía de los derechos de las personas mayores en Brasil. Sin embargo, la implementación del PNSPI a nivel municipal depende de la gestión pública local, base para garantizar la atención de salud de los ancianos en todos los niveles de complejidad del Sistema Único de Salud (SUS). Este estudio tiene como objetivo verificar la implementación del PNSPI y analizar la atención de salud de los ancianos en la Atención Primaria de Salud en el municipio de Camaçari. La dirección de la investigación fue dada a partir de la pregunta guía: ¿Se contemplan las necesidades de salud de la persona sana de acuerdo con las recomendaciones del PNSPI, con respecto a la evaluación de la capacidad funcional en el municipio de Camaçari? El camino metodológico comenzó con una encuesta en dos bases de datos (SCIELO y LILACS), y se localizaron 1.258 artículos científicos y, de estos 1.090, fueron excluidos, debido a criterios, terminando con un total de 168 artículos, que forman parte de la referencia bibliográfica del estudio. En concomitancia, se realizó una investigación documental, desarrollada en los marcos internacionales y nacionales que apoyan y sustentan las políticas para la persona mayor, especialmente el PNSPI, y ordenanzas y resoluciones en el área del segmento, en la Política Nacional de Atención Primaria, además de publicaciones del Ministerio de Salud. Para lograr los objetivos específicos, se creó una matriz de marco lógico, que compuso los indicadores municipales que deben ser recolectados y evaluados. Como resultado, se identificó que: el modelo de atención municipal sigue el biomédico, excluyendo la importancia de DSS; La RAS no está organizada en cuanto a la línea de atención para ayudar a las personas mayores y en contra de remitirlas y; es necesario que el municipio invierta capacitación y calificación profesional a partir de un Plan de Educación Permanente, como recomienda la Política Nacional de Humanización del SUS, desde 2003.

**Palabras clave:** Ancianos, política de salud de ancianos, evaluación de salud, atención primaria de salud, evaluación multidimensional.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1- - Mapa de Camaçari.....                                                                           | 27  |
| Figura 2- Pirâmide Etária da População de Camaçari.....                                                     | 28  |
| Figura 3- Mapa com delimitação dos Distritos Sanitários de Saúde de Camaçari.....                           | 29  |
| Figura 4- Projeção do envelhecimento populacional no Brasil.....                                            | 37  |
| Figura 5- Causas do envelhecimento.....                                                                     | 39  |
| Figura 6- Fundamentos da AB e dimensões da integralidade .....                                              | 80  |
| Figura 7- Avaliação de Incapacidades.....                                                                   | 96  |
| Figura 8- Atenção à saúde para o “Envelhecimento Saudável” durante o ciclo de vida.....                     | 97  |
| Figura 9- Estratificação de Risco Funcional.....                                                            | 102 |
| Figura 10- Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável.....                                              | 107 |
| Figura 11- Modelo de Atenção as Condições Crônicas - ao Cuidado das Pessoas Idosas.....                     | 112 |
| Figura 12- Estratégias usadas para o manejo da fragilidade e profissionais da equipe multiprofissional..... | 117 |
| Figura 13- Fatores importantes no processo de envelhecimento.....                                           | 118 |
| Figura 14- Avaliação Multidimensional do idoso .....                                                        | 119 |
| Figura 15- CSPI.....                                                                                        | 128 |
| Figura 16- Capacidade Funcional Coletiva .....                                                              | 133 |
| Figura 17- Particularidades do cuidado à pessoa idosa .....                                                 | 134 |
| Figura 18- Fluxograma de Atenção à Saúde do Idoso .....                                                     | 136 |
| Figura 19- Modelo para Implementação da LC do Idoso.....                                                    | 138 |
| Figura 20- Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa.....                                     | 139 |
| Figura 21- Modelo do Processo de Pactuação no PTS.....                                                      | 141 |
| Figura 22- Modelo de Plano de Cuidados .....                                                                | 142 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1- Delineamento Metodológico da Pesquisa .....                                                    | 20 |
| Quadro 2- Matriz do Marco Lógico para avaliação de implementação da PNSPI no município de Camaçari ..... | 26 |
| Quadro 3- Regiões de Saúde do Município de Camaçari, Distritos Sanitários da Sede e da Costa .....       | 32 |
| Quadro 4- Princípios do SUS .....                                                                        | 76 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |                                                 |
|-------|-------------------------------------------------|
| AAE   | Atenção Ambulatorial Especializada              |
| AB    | Atenção Básica                                  |
| ABVD  | Atividades Básicas de Vida Diária               |
| ACS   | Agente Comunitário de Saúde                     |
| ACE   | Agente Comunitário de Endemias                  |
| AIDS  | Síndrome da Imunodeficiência Humana             |
| AIVD  | Atividades Instrumentais de Vida Diária         |
| APS   | Atenção Primária à Saúde                        |
| BPC   | Benefício de Prestação Continuada               |
| CF    | Capacidade Funcional                            |
| CF/88 | Constituição Federal                            |
| CNSPI | Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa              |
| DCNTs | Doenças Crônicas Não-Transmissíveis             |
| DSS   | Determinantes Sociais da Saúde                  |
| ESF   | Estratégia de Saúde da Família                  |
| e-SF  | Equipe de saúde da Família                      |
| HIV   | Vírus da Imunodeficiência Humana                |
| IBGE  | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ILPIs | Instituições de Longa Permanência para Idosos   |
| OMS   | Organização Mundial de Saúde                    |
| ONU   | Organização das Nações Unidas                   |
| OPAS  | Organização Pan-Americana da Saúde              |
| PC    | Plano de Cuidados                               |
| PNI   | Política Nacional do Idoso                      |
| PNSPI | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa      |
| PSF   | Programa Saúde da Família                       |
| RAS   | Rede de Atenção à Saúde                         |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                          |
| UBS   | Unidade Básica de Saúde                         |

|     |                               |
|-----|-------------------------------|
| USF | Unidade de Saúde da Família   |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

## SUMÁRIO

|                                                                                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                               | <b>14</b>  |
| <b>2 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>                                                                    | <b>19</b>  |
| 2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....                                                                     | 20         |
| 2.2 MARCO LÓGICO.....                                                                                  | 23         |
| 2.3 CONTEXTO E LOCAL DA PESQUISA .....                                                                 | 27         |
| 2.4 QUANTO AO LOCI DA PESQUISA .....                                                                   | 28         |
| 2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....                                                            | 32         |
| <b>3 VELHICE E QUESTÃO SOCIAL .....</b>                                                                | <b>34</b>  |
| 3.1 O ENVELHECIMENTO.....                                                                              | 34         |
| 3.2 VELHICE E CAPITALISMO.....                                                                         | 39         |
| 3.3 PROTEÇÃO SOCIAL.....                                                                               | 41         |
| 3.4 A QUESTÃO SOCIAL .....                                                                             | 46         |
| <b>4 POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL .....</b>                                            | <b>49</b>  |
| 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....                                                                            | 49         |
| 4.2 MARCOS LEGAIS .....                                                                                | 51         |
| 4.3 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO - PNI E A POLÍTICA NACIONAL DE<br>SAÚDE DA PESSOA IDOSA – PNSPI ..... | 67         |
| 4.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA .....                                                          | 72         |
| 4.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....                                                                | 84         |
| 4.6 RAS.....                                                                                           | 87         |
| <b>5 O USO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E A CADERNETA DE SAÚDE<br/>    DA PESSOA IDOSA .....</b>      | <b>93</b>  |
| 5.1 CONCEITUAÇÃO DE FRAGILIDADE, DE CAPACIDADE FUNCIONAL E DE<br>INCAPACIDADE .....                    | 93         |
| 5.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL .....                                                                   | 112        |
| 5.3 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....                                                            | 124        |
| <b>6 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA APS E A IMPORTÂNCIA DE UMA<br/>    LINHA DE CUIDADO.....</b>   | <b>131</b> |
| 6.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA APS .....                                                       | 131        |
| 6.2 LINHAS DE CUIDADO.....                                                                             | 136        |

|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| 6.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR OU PLANO DE CUIDADOS PARA |            |
| AÇÕES DE SEGMENTO DO IDOSO .....                           | 139        |
| <b>7 RESULTADOS .....</b>                                  | <b>143</b> |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                        | <b>147</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                   | <b>149</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A realização desta pesquisa se dá pela necessidade de se verificar a assistência à saúde de idosos no município de Camaçari, na Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do SUS, a partir da compreensão que estamos diante de uma transição epidemiológica do envelhecimento, tendo em vista que, este segmento cresce exponencialmente, e possui demandas próprias, subjetivas, que sugerem um cuidado continuado e personalizado, exigindo assim, uma reestruturação dos serviços de saúde para atender esse novo perfil epidemiológico.

Atualmente não é possível fomentar políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa sem primeiro se pensar na questão da Capacidade Funcional. A AC é de vital importância para o planejamento de ações voltadas para esta população. Desde 1943 Marjory Warren, nomeada como a “mãe da geriatria”, desenvolveu um método de classificação, denominando os cinco “is” da geriatria para avaliar os principais tipos de agravos que podem levar a incapacidades: a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência urinária e a incapacidade cognitiva. O famoso índice de Katz foi desenvolvido em 1963, e é quando começa a estratificação dos idosos conforme o grau de dependência para o autocuidado. E em 1969, há cerca de 53 anos atrás, os pesquisadores Lawton e Brody ressaltaram a necessidade da avaliação da funcionalidade para atividades básicas da vida diária, as AVD instrumentais, que avaliam se o idoso está apto a realizar atividades para a sua automanutenção. (Moraes *et. al.*, SESA, 2018)

A proposta desta pesquisa é realizar uma avaliação em saúde tendo como principal objetivo avaliar a efetividade e eficácia das intervenções na atenção à saúde do idoso. Neste processo avaliativo, *en passant*, é realizado uma breve crítica ao modelo neoliberal, mas esclarece-se que esta pesquisa não é sociológica, apesar de que, ao falar de políticas públicas, estamos falando diretamente sobre questões pertinentes a sociologia. Sociologia é a base para a compreensão de mundo, sendo assim, saúde e sociologia estão intrinsecamente ligadas.

O percurso metodológico que atende ao requisito deste estudo é o quali-quantitativo, partindo da compreensão que uma pesquisa avaliativa de programas sociais é preponderantemente um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, contudo, para atingir o objetivo geral e os específicos será preciso uma triangulação de métodos, visto que, optou-se além de uma revisão bibliográfica e documental, também por um questionário/formulário

*Google Forms*, garantindo a participação dos gestores municipais de saúde de Camaçari, sendo a amostra intencional.

A discussão de que se trata este estudo é sobre a política de saúde municipal e descentralizada que atenda os idosos nas suas necessidades, diante disso, será analisado dentro da perspectiva da AC, como se dá a intervenção assistencial na prática nas unidades de atenção primária às pessoas idosas, que como bem sabemos necessitam de cuidados específicos. Entende-se que a assistência está dentro do conjunto da integralidade do cuidado em rede. Sendo assim, a atenção à saúde ao idoso na APS, depende da atuação em concordância com as determinações da Política Nacional de Saúde do Idoso no SUS, portanto, da Política Nacional de Atenção Básica e da RAS.

Para Sanglard e colaboradores (2019), a realidade do envelhecimento populacional em andamento, na maior parte do mundo, só pode ser considerada benéfica se estiver associada com a melhoria de vida, sem elementos vulneráveis para esta população.

Por isso, de acordo com Arantes (2018), as políticas públicas servem para colocar em prática os direitos elencados nas leis, tanto na esfera federal e estadual quanto nas comunidades locais. Não é uma fórmula padronizada e, sim, uma flexibilidade para que se haja uma adequação às características de uma cidade, região ou país, com a intenção de resolver problemas públicos possibilitando o melhor bem-estar social.

A relevância desta pesquisa, tanto para academia quanto para a sociedade, se dá a partir da compreensão de que o exponencial crescimento do envelhecimento no Brasil, com a transição epidemiológica e demográfica, é um fato em processo de alavancada e se faz necessário adequar políticas públicas. Tendo em vista o SUS ter se tornado ineficiente e insuficiente para atender às crescentes necessidades de saúde desse segmento populacional, sendo assim, é preciso propor mudanças que vão desde o modelo de atenção até aos níveis da atenção primária, secundária, terciária e quaternária.

Esta pesquisa é especialmente importante, nos meios acadêmicos e sociais, servindo como fomento para políticas públicas vinculadas à pessoa idosa, visto ter a pretensão de conhecer, verificar e analisar a assistência à saúde na atenção primária, partindo de unidades de referência que dão suporte e matriciamento e, desta forma, estimulando a criação de um desenho da linha de cuidado do idoso na RAS/Rede de Atenção à Saúde, no município de Camaçari.

Destarte, como o intuito desta pesquisa é analisar a assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde, a proposta que permeia todo o processo da pesquisa, como já foi dito acima, é entender como se dá “o fazer”, isto é, a prática e os fluxos, na atenção ao idoso nas unidades da Atenção Primária à Saúde no município de Camaçari.

Por estarmos diante de recomendações da PNSPI, da ONU, entre outras, medidas essas que asseguram e reconhecem os direitos fundamentais dos idosos, neste estudo torna-se imprescindível uma análise aprofundada da gestão de saúde municipal.

A pesquisadora deste estudo é graduada em Serviço Social desde 1996, na Universidade Católica de Salvador, sendo especialista em Vigilância Sanitária, Psicanálise e Gerontologia. Servidora pública efetiva do município de Camaçari do qual é residente, exercendo a função de gestora do SUS há 13 anos. Tendo desempenhado a função de Coordenadora da Saúde do Idoso entre 2019 e 2020. Atua ativamente há 15 anos no Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa de Camaçari, atualmente, como conselheira com representatividade governamental.

Inicialmente, como havia um interesse consistente na questão da assistência ao idoso no município de Camaçari, foram feitas diversas indagações que se aprofundaram em questões norteadoras para esta pesquisa:

1. De que maneira as unidades de APS de Camaçari garantem a integralidade do cuidado à pessoa idosa dentro das recomendações da PNSPI?
2. A avaliação multidimensional para análise da Capacidade Funcional é realizada com qual instrumento no atendimento com a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde no município de Camaçari?
3. Quais são os fluxos e protocolos da RAS realizados pelos profissionais de saúde de Camaçari para o encaminhamento à pessoa idosa na média e alta complexidade? Existe um fluxograma?

A hipótese é: A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é a principal ferramenta de qualificação para às equipes da APS de Camaçari, servindo como guia para a realização da avaliação multidimensional, portanto, a análise da capacidade funcional é o que determinará um plano de cuidados específicos, aprimorando a assistência à pessoa idosa do município.

O desfecho primário deste projeto é: A garantia de uma atenção qualificada à pessoa idosa na APS, assim como, em toda à RAS de Camaçari, está proporcionalmente condicionada ao aperfeiçoamento dos seus profissionais e gestores da política de saúde municipal.

O problema de investigação, o qual irá guiar todo o processo de pesquisa, é o seguinte: A pessoa idosa assistida na Atenção Primária à Saúde, no município de Camaçari, tem suas necessidades de saúde avaliadas a partir da sua Capacidade Funcional (CF), de acordo com as recomendações da PNSPI?

O objetivo geral desse estudo é: Analisar a assistência às pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde no município de Camaçari.

A partir de um processo lógico, que objetiva apontar respostas acerca das questões norteadoras, foram escolhidos três objetivos específicos:

- I. Analisar a assistência às pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde em consonância com a PNSPI e a PNAB;
- II. Verificar se na APS é realizada a avaliação multidimensional para análise da Capacidade Funcional, através do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- III. Conhecer os fluxos da Rede de Atenção à Saúde no que se refere a linha de cuidado desenhada para a pessoa idosa no município de Camaçari.

Com o intuito de um maior embasamento nas questões desenvolvidas nesta avaliação em saúde, foram elaborados capítulos que visam alicerçar o conhecimento numa área ainda pouco difundida pela grande maioria dos profissionais da saúde e pesquisadores da área.

A intenção do 1º Capítulo é analisar o envelhecimento, a velhice, a proteção social e a questão social, não obstante, reflete-se sobre a vital importância de investimentos (orçamentários) em políticas públicas, em programas de garantia dos direitos sociais de pessoas idosas no Brasil, algo extremamente concreto. Pessoas que por estarem mais velhas já não produzem como antes e, portanto, não se fazem mais necessárias ao capitalismo. Apesar do atual contexto brasileiro, o envelhecimento se reconfigura enquanto fenômeno da atualidade no nosso país, sendo assim, uma expressão da questão social.

A proposta do segundo Capítulo é analisar as políticas públicas desenvolvidas no Brasil para a pessoa idosa, a partir do primeiro e principal marco histórico e legal que foi a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento da ONU, realizada em Viena, Áustria, em 1982, como também, sua forte influência na elaboração e implementação destas políticas sociais voltadas para a garantia de direitos. Inicialmente, considerou-se deveras relevante conceituar políticas públicas para que se possa entender qual seu papel e de que forma implica nas condições de vida dos cidadãos de uma nação, e daí em diante os marcos legais são elencados

de forma a ter-se uma visualização do contexto brasileiro no que se refere às políticas públicas e como se insere a PNSPI e o desenvolvimento de suas diretrizes no SUS e, particularmente, na PNAB e na RAS.

O terceiro capítulo objetiva discorrer sobre os instrumentos de avaliação da funcionalidade, fragilidade e vulnerabilidade que se fazem necessários na assistência a pessoa idosa, a avaliação da Capacidade Funcional, a qual irá determinar quais os próximos passos para atender as demandas daquele idoso individualmente e coletivamente.

O objetivo do IV Capítulo é demonstrar que a Atenção à Saúde da pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde já está estruturada de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, da PNSPI e da PNAB. Doravante, se faz preciso, com brevidade, qualificar os profissionais de saúde quanto às necessidades do segmento e os instrumentos para classificação de risco de funcionalidade. Ademais, para implementação de cuidados específicos e pertinentes a este estrato populacional, é preciso conhecer bem o território (áreas de abrangência e de referência), assim como a RAS, além da relevância da Articulação intersetorial, para que se elabore uma Linha de Cuidado de acordo com a realidade e necessidades locais.

O último capítulo está ainda em fase de construção, visto a pesquisa ainda não está completamente conclusa. Os resultados da pesquisa já demonstram um bom perfil assistencial no município de Camaçari, focado na atenção básica como porta de entrada, com ênfase na resolutividade das demandas de saúde, nesse nível de atenção. Inobstante, é impositivo a reestruturação da RAS para a implementação de uma Linha de Cuidado a fim de atender às necessidades de saúde desde idoso municipal.

Finalizando, infere-se que a assistência a pessoa idosa ainda precisa ser esquadrihada no SUS como um todo, garantindo o devido aprimoramento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria do acesso e prestação de serviços em todos os níveis de complexidade, de tal maneira, a atender e resolver as demandas do segmento, preservando ao máximo sua funcionalidade, salvaguardando a autonomia e independência, imprescindíveis ao idoso enquanto sujeito de direitos, de acordo com as recomendações da ONU, PNSPI e do Estatuto do Idoso.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Para o percurso metodológico deste estudo, elaborou-se um quadro metodológico para seguir de forma prática um caminho pré-determinado. Partindo-se da constatação de que na linha de pesquisa 1, **Políticas sociais universais, institucionalização e controle**, o estudo deverá seguir uma abordagem epistemológica construtivista/interpretativista, a qual entende o homem como construtor social e histórico da sua realidade e que se adequa a uma pesquisa quali-quantitativa, na qual será utilizada uma triangulação dos métodos, como forma de dar conta do objetivo geral e dos objetivos específicos.

Flick (2004) afirma que o planejamento de uma pesquisa é traçado com as seguintes finalidades: “isolar claramente causas e efeitos, operacionalizar adequadamente relações teóricas, medir e quantificar fenômenos, desenvolver planos de pesquisa que permitam a generalização das descobertas e formular leis gerais.

|                                             |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TEMA                                        | ANÁLISE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI-BA.                                                                                   |
| OBJETO                                      | Atenção à saúde da pessoa idosa.                                                                                                                                                      |
| NATUREZA DA PESQUISA E ABORDAGEM            | Pesquisa Aplicada: Quali-quantitativa.                                                                                                                                                |
| ABORDAGEM METODOLÓGICA QUANTO AOS OBJETIVOS | Exploratória e descritiva.                                                                                                                                                            |
| PROBLEMA                                    | À pessoa idosa assistida na Atenção Primária à Saúde, no município de Camaçari, tem suas necessidades de saúde avaliadas a partir da sua CF, de acordo com as recomendações da PNSPI? |
| OBJETIVO GERAL                              | Analisar a assistência às pessoas idosas na atenção primária à saúde no município de Camaçari.                                                                                        |

|                                                   |                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| QUANTO AO MÉTODO DE PROCEDIMENTO                  | Triangulação de métodos dentro da abordagem de avaliação de programas sociais, utilizando o marco lógico.                                 |
| QUANTO AO MÉTODO DE ABORDAGEM                     | Construtivista/interpretativista                                                                                                          |
| QUANTO AO OBJETO DE ESTUDO                        | Amostragem não-probabilística: amostragem intencional.                                                                                    |
| QUANTO À COLETA DE DADOS/INSTRUMENTOS DA PESQUISA | Pesquisa bibliográfica e o uso do booleano AND nas palavras-chave; pesquisa documental e; o uso de um questionário <i>Google Forms</i> *. |
| QUANTO À ANÁLISE DE DADOS/INSTRUMENTOS            | Análise de conteúdo, indução e utilização do software ATLAS.ti.                                                                           |

Quadro 1- Delineamento Metodológico da Pesquisa

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir do livro de CRESWELL (2007)

## 2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta é uma pesquisa quali-quantitativa de abordagem epistemológica construtivista/interpretacionista, de caráter descritivo e exploratório, e escolheu-se o uso de uma triangulação de métodos, próprio a uma pesquisa avaliativa na área da saúde, especificamente de programas sociais, com o uso de técnicas científicas sistemáticas que atribuem valor de eficiência, eficácia e efetividade, visando garantir uma maior verificabilidade e confiabilidade ao estudo.

A pesquisa quali-quantitativa, com os métodos e os procedimentos escolhidos permitirão compreender melhor como se realiza a política de saúde municipal da pessoa idosa em Camaçari e atende ao objetivo geral que é o de avaliar essa política na APS, além de que, uma política é feita a partir de uma construção social e histórica onde os indivíduos interagem na transformação da sociedade, que deve ser participativa, justa e equânime, além de atender um dos principais atributos da Atenção Básica que é o acesso. Sendo assim, avaliar a política municipal de saúde da pessoa idosa a partir de uma abordagem quali-quantitativa será a mais apropriada para atingir o propósito desta pesquisa.

Minayo (2005) considera que uma avaliação perpassa pela elaboração, negociação e aplicação de critérios (indicadores) que têm como objetivo conhecer, medir, determinar e julgar um determinado objeto com a finalidade de estimular, facilitar e desenvolver pessoas ou organizações. A avaliação de um programa não é um evento isolado, mas faz parte de um processo cíclico de desenvolvimento e aperfeiçoamento que se faz necessário em favor da melhoria contínua do programa ou política pública que tem como razão a melhoria social.

A primeira etapa é a “Avaliação Diagnóstica Básica”, que consiste em reconhecer o estado do problema, verificar o alcance do programa para seu público, frequência e participação dos sujeitos, viabilidade e variabilidade das metas propostas, entre outros. (MINAYO, 2005)

A triangulação de métodos dá o norte metodológico desta pesquisa, mas ao mesmo tempo a metodologia foi sendo ajustada ao contexto, às necessidades e objetivos do estudo. Portanto, incorporou-se nesta modelagem o marco lógico na elaboração dos indicadores e referenciais do *ex-post facto*, visto, ser esta análise de um fato real que vem ocorrendo, que é a atenção à saúde do idoso no âmbito da atenção básica.

Creswell (2007, p. 210) explicita com clareza o papel do uso de procedimentos mistos (qualitativos e quantitativos):

Esses procedimentos se desenvolveram em resposta à necessidade de esclarecer o objetivo de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo (ou em um programa de estudo). Com a inclusão de métodos múltiplos de dados e formas múltiplas de análise, a complexidade desses projetos exige procedimentos mais explícitos. Esses procedimentos também foram desenvolvidos, em parte, para atender a necessidade de ajudar os pesquisadores a criar projetos compreensíveis a partir de dados e análises complexas.

Santos K. A. *et al* (2018) destacam a importância da triangulação de métodos como “estratégias de aprimoramento dos estudos qualitativos envolvendo diferentes perspectivas, utilizada não só para aumentar a sua credibilidade, ao implicar a utilização de dois ou mais métodos, teorias, fontes de dados e pesquisadores [...]”. Os autores afirmam que a triangulação de métodos assume diferentes formas na pesquisa qualitativa do que na quantitativa. E o que valida uma pesquisa é a medida que ela é “mensurada, quantificada e generalizada”. Na pesquisa qualitativa quanto mais ela é “planejada e executada de maneira criteriosa e confiável, [...]os resultados do estudo são condizentes e consistentes com os objetivos propostos.”

Minayo *et al* (2005) cita que vários autores estudaram, de forma bastante técnica, a triangulação metodológica, e referem que os eles consideram que a integração de métodos acontece nas ciências sociais por razões práticas e como forma de superar dicotomias entre técnicas qualitativas e quantitativas. Desta forma, o uso de dois métodos, além de uma postura dialética, leva a uma compreensão, interpretação maior e mais fidedigna, tanto de dados subjetivos quanto dos dados objetivos.

Flick (2004) observa que no processo de combinação de diferentes tipos de dados, os resultados podem se apresentar de distintas formas, podendo ser:

- 1- convergentes, quando os dados produzidos nas diferentes técnicas metodológicas apresentam todos os mesmos resultados;
- 2- complementares, quando os dados produzidos em uma técnica respondem a questões levantadas em outra técnica, complementando-a; e
- 3- divergentes, quando as informações produzidas em uma determinada técnica são totalmente opostas às produzidas em outra.

Desta forma, optou-se pela triangulação de métodos, nesta pesquisa quali-quantitativa avaliativa de processos, para garantir maior riqueza de dados, e por se considerar que um dos métodos irá complementar o outro, garantindo que o fenômeno pesquisado terá, portanto, uma descrição e uma explicação mais abrangente e resultados convergentes e complementares.

As atividades de monitoramento e de avaliação demonstram também a responsabilidade do gestor pelo uso dos recursos públicos, uma vez que ao utilizar dessas ferramentas e analisar, elas podem mudar o rumo do projeto. “Adotar políticas públicas baseadas em evidências significa reduzir espaço para intuição e estabelecer um processo decisório a partir de dados e análises consistentes.” (FJP, 2021)

Sendo assim, utilizamos o modelo de marco lógico para criarmos o desenho desta avaliação desde à árvore de problemas a matriz de indicadores a ser utilizada na avaliação do questionário que será aplicado com os gestores, visto acreditar que se faz necessário uma análise sistematizada por se tratar de uma política pública que incide diretamente na qualidade de vida e mesmo na expectativa de vida de um segmento fragilizado, a pessoa idosa, pelo pouco investimento que se faz nele no nosso país.

## 2.2 MARCO LÓGICO

A construção do desenho lógico para avaliação de uma política pública torna mais exequível a constituição de seus componentes e da sua operacionalização, como também, a transformação de seus objetivos em indicadores, facilitando o processo de análise.

Dessa forma, construiu-se a árvore de problemas (Figura 7) com o objetivo de nortear a partir do problema central, suas causas e possíveis consequências para a pessoa idosa no município. E o esquema do Marco Lógico (Quadro 2) com a finalidade de constituir indicadores com base legal, para dar cunho teórico e validade a avaliação de processo.

Entende-se como principal direcionador desta pesquisa de avaliação de processo da PNSPI a Capacidade Funcional, visto que esta representa o principal problema que pode vir afetar a vida do idoso, pois a condição funcional do indivíduo afeta diretamente na sua autonomia e independência para a realização de atividades da vida diária (AVD) e a realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD), avaliando o grau de dependência, o que pode determinar quais cuidados ou que plano de cuidado, deve ser elaborado para aquele determinado indivíduo idoso.

| OBJETIVOS                                                                                                           | INDICADORES                                                                                                                                                                        | MEIOS DE VERIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                   | BASE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GERAL:</b><br><br>Analisar a assistência às pessoas idosas na atenção primária à saúde no município de Camaçari. | 1. Número de idosos residentes em Camaçari.<br><br>2. Percentual de idosos atendidos na estratégia de saúde no município.<br><br>3. Taxa de mortalidade de idosos no município por | 1. IBGE<br><br>2. Diretoria de planejamento do município (DIPLAN).<br><br>3. Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).<br><br>4. Diretoria de Vigilância em Saúde do município.<br><br>5. Dados do e-Gestor. | 1. As políticas públicas são ações que visam atender às necessidades reais do seu público alvo.<br><br>2.A PNSPI tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                       | causas evitáveis por atenção médica.<br><br>4. Número de óbitos de idosos por causas evitáveis por atenção médica.                                                                                                                                                 | 6. Dados da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (SESAB).                                                   | de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ESPECÍFICO 1:</b><br><br>Analisar a assistência às pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde em consonância com a PNSPI e a PNAB. | 1. Número de idosos cadastrados pelos profissionais da AB.<br><br>2. Número de idosos com doenças crônicas cadastrados na AB.<br><br>3. Número de idosos com doenças crônicas com mais de uma consulta ao ano.<br><br>4. Número de idosos com uma consulta ao ano. | 1. e-SUS<br><br>2. e-SUS<br><br>3. Dados retirados do Questionário (APÊNDICE B) da pesquisa.<br><br>4. e-SUS. | 1. À assistência à pessoa idosa deverá seguir os princípios e diretrizes recomendados pela PNSPI.<br><br>2. A PNAB é um conjunto de ações de saúde que deve ser realizada por equipe multiprofissional, em território definido, garantindo sua oferta gratuita e integral a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. |

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ESPECÍFICO 2:</b></p> <p>Verificar se na APS é realizada a avaliação multidimensional para análise da Capacidade Funcional, através do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.</p> | <p>1. Média de idosos com avaliação de funcionalidade (estratificação de risco funcional) por equipe de saúde da família.</p> <p>2. Proporção de profissionais capacitados para a atenção à saúde do idoso.</p> <p>3. Proporção de profissionais capacitados para realização da estratificação de risco funcional.</p> <p>4. Proporção de profissionais que fazem uso da Caderneta do Idoso.</p> | <p>1. Dados retirados do Questionário (APÊNDICE B) da pesquisa.</p> | <p>1. A avaliação multidimensional é recomendada através do Caderno 19 de AB.</p> <p>2. Em 2008 como instrumento estratégico para auxiliar no manejo da saúde do idoso.</p> <p>3. A PNSPI infere que “a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional”, levando em conta os fatores físicos, psicológicos e sociais.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ESPECÍFICO 3:</b></p> <p>Conhecer os fluxos da Rede de Atenção à Saúde no que se refere a linha de cuidado desenhada para a pessoa idosa no município de Camaçari.</p> | <p>1. Proporção de profissionais que utilizam uma linha de cuidado na RAS.</p> <p>2. Proporção de profissionais que utilizam com seus usuários idosos planos de cuidados ou PTS.</p> <p>3. Proporção de profissionais que utilizam um fluxo ou linha de cuidado para a pessoa idosa na RAS de Camaçari.</p> | <p>1. Dados retirados do Questionário (APÊNDICE B) da pesquisa.</p> | <p>1. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.</p> <p>2. De acordo com a PNSPI “a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos direitos, necessidades, preferências e habilidades; com fluxos bidirecionais funcionantes, facilitando o acesso a todos os níveis de atenção”.</p> <p>3. O MS recomenda o estabelecimento de linhas de cuidado na RAS.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 2- Matriz do Marco Lógico para avaliação de implementação da PNSPI no município de Camaçari

Fonte: Elaborado pela autora dentro dos critérios do Marco Lógico.

### 2.3 CONTEXTO E LOCAL DA PESQUISA

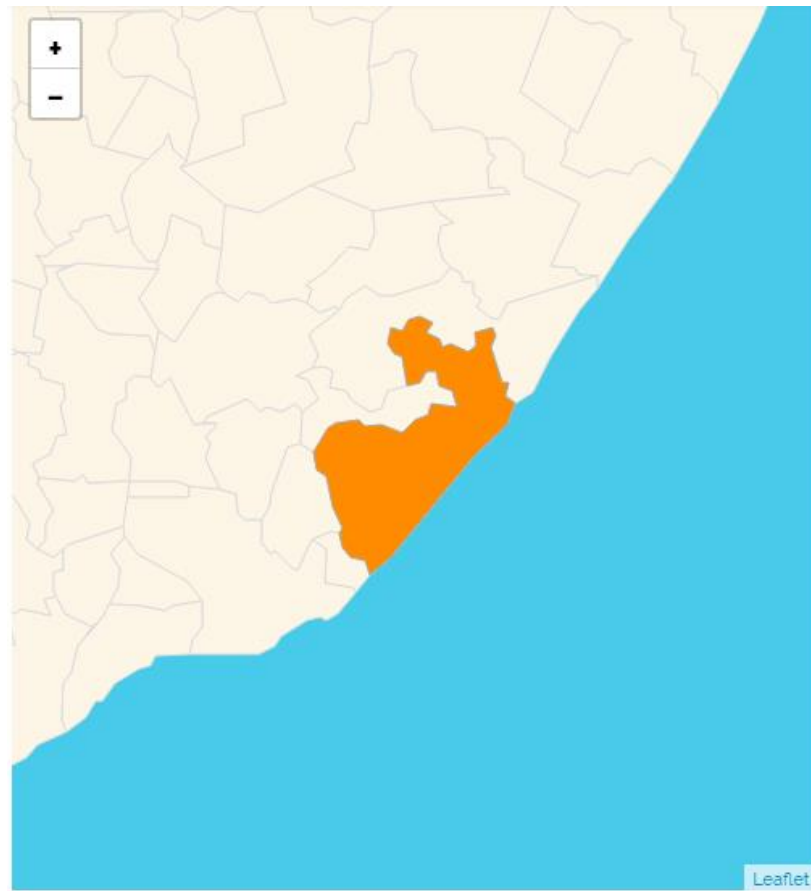


Figura 1- - Mapa de Camaçari

Fonte: IBGE (2022)

Camaçari tem uma área de 785,421 de quilômetros quadrados e a sua orla abrange 42 km. Possui o segundo maior PIB municipal do estado, depois de Salvador, sendo também o 6º maior do Nordeste e o 33º maior do país. Faz parte dos 71 municípios brasileiros integrados no Mercosul. É considerada uma cidade industrial pois possui o maior “Polo Petroquímico” planejado do Brasil, e o maior complexo industrial da América do Sul.

É um município baiano que integra a região metropolitana de Salvador, situado a 50 km da capital, fundado em 1758, e segundo dados do IBGE (2021) possui, aproximadamente, 309,208 mil habitantes. Quanto ao número de idosos, “já são mais de 30 milhões de pessoas acima dos 60 anos vivendo no país. Destes, 14,4%, mais de 2,1 milhões residem na Bahia.” (IBGE, 2019) A Figura 2, abaixo, demonstra a Pirâmide Etária de Camaçari em 2010, achado mais atual. (IBGE, 2021)

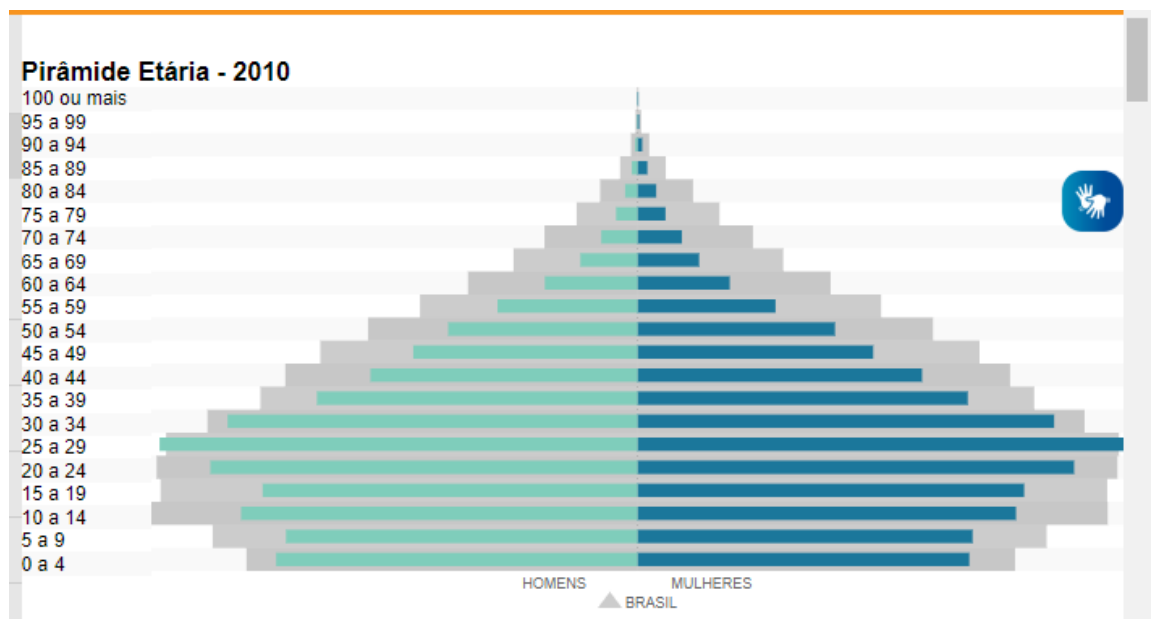


Figura 2- Pirâmide Etária da População de Camaçari  
FONTE: IBGE (2021)

A grande maioria dos idosos residentes não nasceram no município, vieram em busca de trabalho entre as décadas de 1970 a 1990, quando houve uma diversidade de vagas para trabalho no Polo Petroquímico Camaçari, com o slogan: “Terra das Oportunidades”, que trouxe trabalhadores de todas as regiões do Brasil, predominantemente do Nordeste do país. Estes idosos que ali se assentaram, não possuíam formação educacional, e se apresentavam para trabalhar em áreas que não exigiam escolaridade, tais como chão de fábrica, na construção civil, ou como pedreiros ou pequenos comerciantes. A pobreza assola esta região, apesar de Camaçari possuir um IDHM (2010) de 0,694, percebe-se, todavia, que existe uma grande vulnerabilidade social neste segmento.

## 2.4 QUANTO AO LOCI DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na APS da RAS de Camaçari, nos Distrito Sanitário de Saúde, Sede e Costa.

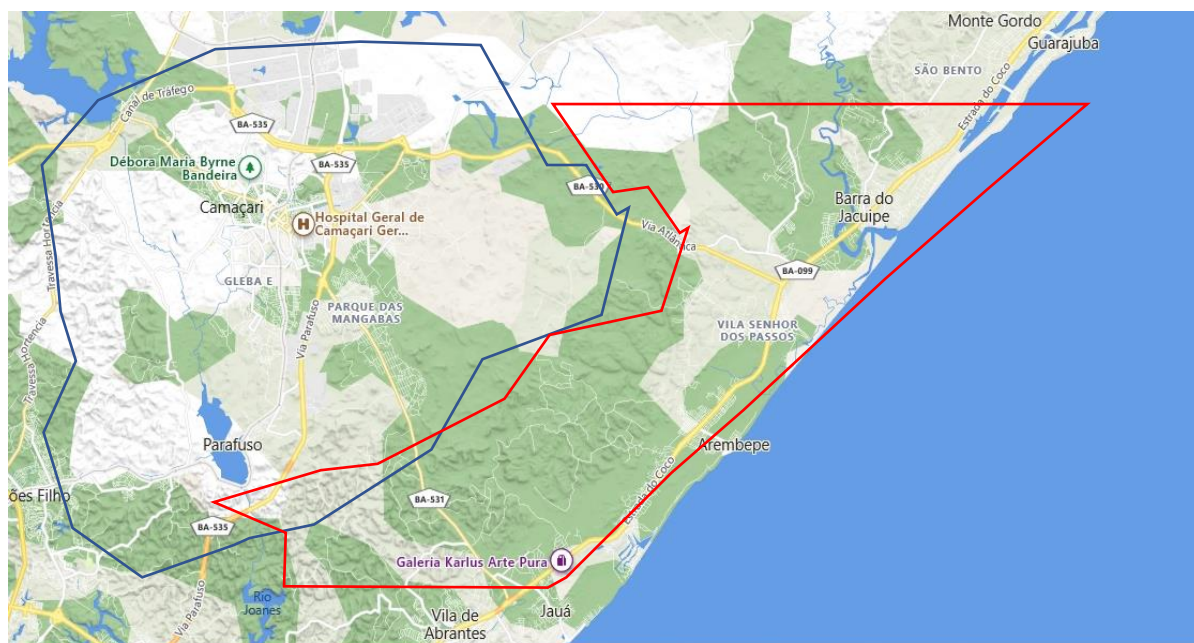


Figura 3- Mapa com delimitação dos Distritos Sanitários de Saúde de Camaçari.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir do Google Maps.

A Rede de Atenção à Saúde de Camaçari possui 2 Distritos Sanitários de Saúde, Sede e Costa, com 9 Regiões de Saúde, divididos em: 6 na Sede (Região 01 a 06) e 03 (Região 01 a 03) na Costa (Orla de Camaçari). A Atenção Primária à Saúde do município possui 06 unidades com 14 equipes de atenção primária (e-AP) e 36 Unidades de Saúde da Família com 65 equipes (e-SF). Nos delimitamos em descrever especificamente a APS, quanto ao nível de atenção do município, pois esta fará parte do recorte da temática do estudo.

| REGIÕES DE SAÚDE | UNIDADES               | APS       |
|------------------|------------------------|-----------|
| <b>SEDE</b>      |                        |           |
| 01               | USF JARDIM LIMOEIRO I  | 1 EQUIPE  |
|                  | USF JARDIM LIMOEIRO II | 2 EQUIPES |
|                  | USF NOVO HORIZONTE     | 2 EQUIPES |
|                  | USF GLEBA B            | 2 EQUIPES |

|    |                        |           |
|----|------------------------|-----------|
| 02 | USF PARQUE FLORESTAL   | 2 EQUIPES |
|    | USF PIAÇAVEIRA         | 2 EQUIPES |
|    | USF PQ DAS MANGABAS    | 2 EQUIPES |
|    | USF 2 DE JULHO         | 1 EQUIPE  |
| 03 | USF PONTO CERTO        | 2 EQUIPES |
|    | USF LAMA PRETA         | 2 EQUIPES |
|    | USF BURI SATUBA        | 3 EQUIPES |
|    | UBS CAMAÇARI DE DENTRO | 2 EQUIPES |
| 04 | UBS DO GRAVATÁ         | 2 EQUIPES |
|    | USF DO GRAVATA         | 2 EQUIPES |
|    | USF FICAM              | 1 EQUIPE  |
|    | USF SANTO ANTÔNIO      | 1 EQUIPE  |
| 05 | UBS GLEBA E            | 2 EQUIPES |
|    | USF PARQUE VERDE I     | 1 EQUIPE  |
|    | USF PARQUE VERDE II    | 2 EQUIPES |
|    | USF VERDE HORIZONTE I  | 2 EQUIPES |
|    | USF VERDE HORIZONTE II | 2 EQUIPES |

|    |                             |           |
|----|-----------------------------|-----------|
| 06 | USF PARAFUSO                | 1 EQUIPE  |
|    | USF NOVA ALIANÇA            | 3 EQUIPES |
|    | USF PHOC CAIC               | 2 EQUIPES |
|    | USF PHOC 3                  | 2 EQUIPES |
| 01 | USF VILA DE ABRANTES        | 4 EQUIPES |
|    | USF CATU DE ABRANTES        | 1 EQUIPE  |
|    | USF FONTE DA CAIXA          | 2 EQUIPES |
|    | USF MACHADINHO              | 1 EQUIPE  |
|    | USF CAJAZEIRA DE ABRANTES   | 1 EQUIPE  |
| 02 | UBS AREMBEPE                | 2 EQUIPES |
|    | USF FONTE DAS ÁGUAS         | 2 EQUIPES |
|    | USF AREIAS                  | 1 EQUIPE  |
|    | USF PÉ DE AREIAS            | 2 EQUIPES |
|    | USF BURI DE ABRANTES        | 2 EQUIPES |
| 03 | USF CAMINHOS DO MAR         | 2 EQUIPES |
|    | USF BARRA DE JACUÍPE        | 2 EQUIPES |
|    | USF MONTE GORDO             | 2 EQUIPES |
|    | USF COQUEIRO DE MONTE GORDO | 1 EQUIPE  |
|    | USF BARRA DO POJUCA         | 2 EQUIPES |

|  |                     |          |
|--|---------------------|----------|
|  | USF<br>CACHOEIRINHA | 1 EQUIPE |
|--|---------------------|----------|

Quadro 3- Regiões de Saúde do Município de Camaçari, Distritos Sanitários da Sede e da Costa

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

## 2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Laurence Bardin (1977, p. 21) refere que existem dúvidas na análise de dados que perpassam a cabeça de qualquer pessoa, a autora francesa esclarece que em uma análise quantitativa “[...] o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo.” Contudo, numa análise qualitativa “[...] é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração.” A AC é um método utilizado para inferir o que está por trás dos símbolos/mensagens a serem analisadas. É indicado para análises tanto quantitativas quanto qualitativas.

Bardin (1977) descreve que numa análise de conteúdo existem diferentes fases que se organizam em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A Figura 10, abaixo, descreve estas fases de forma meticulosa e didática.

Franco (2018) faz uma avaliação histórica da Análise de Conteúdo (AC) e na sua perspectiva para a AC o início será sempre uma mensagem verbal, gestual, documental, entre outras, que necessitem de inferência. Mensagens expressam representações sociais, constituídas por processos sociocognitivos que implicam no cotidiano e influenciam a comunicação e o comportamento. Sejam quais forem a forma de emissão destas mensagens elas sempre irão estar vinculadas ao contexto histórico do seu produtor. Nesse sentido, a decodificação será elaborada a partir das representações sociais do pesquisador, carregada de componentes subjetivos, afetivos, históricos, etc.

Para realização da análise de dados deste escopo, neste caso, uma análise de uma política pública de saúde, se escolheu a avaliação por triangulação de métodos, em programas sociais, na perspectiva de Minayo *et al* (2005), complementada pelas contribuições de Franco (2018), doutora em Psicologia da Educação, que considera a AC o método para análise que atende aos objetivos do pesquisador nas Ciências Sociais.

O “*corpus*” da análise de conteúdo desta pesquisa será expresso, a partir de todos os materiais coletados durante todo o processo de elaboração e desenvolvimento, desde os artigos escolhidos, ao material documental (leis, resoluções, decretos, relatórios) e das respostas ao questionário *Google Forms* (a serem coletadas).

Como serão analisados artigos, documentos e as mensagens do questionário a ser realizado com aproximadamente 30 participantes, optou-se por um software que estabeleça comunicação com o método da AC.

A pesquisadora Maria Laura Puglisi Franco (2018) considera que os resultados da AC refletem os objetivos da pesquisa, pressupondo comparação de dados dentro do contexto do pesquisador e possuindo como apoio os conteúdos manifestos das mensagens emitidas sejam nas entrevistas, relatórios, questionários, etc. Desta forma, produzir inferências é a razão de ser da AC, é o que confere relevância teórica à análise. Para produção de um bom plano de pesquisa e, conseqüentemente, uma boa análise e interpretação de dados é necessário relacionar a amostra de dados com as categorias de conteúdo e unidades de registro fazendo comparações entre categorias e classes de inferências.

A AC foi realizada nesta pesquisa a partir da definição de Unidades de Análise, e destas as Unidades de Registro e Unidades de Contexto, presentes no “*corpus*” da análise, com vistas a avaliação da atenção à saúde do idoso, entendendo que no caso dos questionários as categorizações serão acompanhadas de limitações que desvendam ou na tentativa de desvendar o implícito, isto é, a parte mais ampla do conteúdo, que se refere às respostas dos informantes da pesquisa.

### 3 VELHICE E QUESTÃO SOCIAL

#### 3.1 O ENVELHECIMENTO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população idosa cresce de forma acelerada e contínua no Brasil, chegando a 25,5% (58,2 milhões) do percentual desta comunidade em 2060, visto que, esse número, em 2018 era de 9,2% (19,2 milhões).

Este crescimento gradativo das pessoas idosas ocorre devido à queda da fecundidade e da mortalidade e, por conseguinte, do aumento da expectativa de vida (CARNEIRO; AYRES 2021).

Fatores como tecnologias em prevenção e cura de doenças, melhoria da saúde e melhorias em situações sanitárias também contribuíram para esse crescimento (ORTA, 2014).

Envelhecimento pode ser definido como um conjunto de mudanças fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e emocionais, ocasionadas concomitantemente, e que se desenvolvem paralelamente de forma progressiva, perdas motoras e sensoriais durante o passar da vida do indivíduo, tornando-o passível de adquirir doenças que impactem sua funcionalidade (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Miranda e colaboradores (2016) asseguram que o processo de envelhecimento se caracteriza por mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Tal processo vai promovendo expressivas modificações na estrutura etária. Para Brito e colaboradores (2013), estas mudanças têm importância para o poder público no que diz respeito à saúde e à previdência. Já para Campos e colaboradores (2020), nessa realidade implantou-se políticas públicas que contribuem para a qualidade de vida aos idosos garantindo-lhes um envelhecimento ativo.

O Brasil tem elaborado inúmeras políticas públicas voltadas para a população idosa com a finalidade de garantir a cidadania e os direitos sociais para este grupo de pessoas, nem sempre implementadas devidamente. Nesse sentido, é perceptível que vivemos um crescimento substancial da população idosa no século XXI, o qual vem ocorrendo por conta de duas transições, a demográfica e a epidemiológica.

A transição demográfica nada mais é do que a dinâmica do crescimento populacional, definida pelas mudanças (aumento ou queda) nos níveis de mortalidade e fecundidade, que afetam o ritmo do crescimento populacional, em determinada idade ou sexo. A transição epidemiológica está contida na transição demográfica.

A “transição epidemiológica” do envelhecimento no Brasil e na América Latina, de acordo com Omran (1971), são transformações pertinentes a redução da mortalidade por doenças infecciosas e do aumento das doenças não-transmissíveis (DCNT) e assim, confluindo para uma dupla carga de doenças. E, em consequência deste aumento significativo de multimorbidades, são maiores as perdas físicas e cognitivas, causando aumento de incapacidades.

O envelhecimento é considerado um processo normal de todo e qualquer ser humano, a senescência. Já a senilidade se apresenta como a deterioração do corpo e da mente e está associada às doenças na velhice. Segundo o Estatuto do Idoso (2003), a partir de 60 anos, o indivíduo passa a ser uma pessoa idosa. Todavia, o envelhecimento não é um processo simplista, mas um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores e questões de desigualdades socioeconômicas, culturais, raciais, de gênero, territoriais, psicológicas e comportamentais. Portanto, pelos determinantes sociais da saúde (DSS). (OMS, 2006).

O crescimento da população idosa mundial ocorreu substancialmente ao longo do século passado, causado, sobretudo, pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade decorrente dos avanços da biotecnologia, o que favorece a longevidade humana. Essas mudanças demográficas levaram ao envelhecimento da população, que é considerado um grande desafio neste século para as distintas sociedades globais devido as suas repercussões sociais, econômicas e no âmbito da saúde pública. (KAPLAN *et al.*, 2017).

Nesse contexto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o número de pessoas idosas acima de 60 anos tem crescido, de forma acelerada e progressiva, em percentuais superiores ao observado em nações desenvolvidas para um mesmo período; estima-se que as diferenças serão mais expressivas nas próximas décadas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

Com características particulares, os países desenvolvidos vivenciaram esse processo de envelhecimento após o progresso socioeconômico satisfatório da população, enquanto nos países em desenvolvimento esse processo ocorre de maneira simultânea, tornando esse fenômeno ainda mais desafiador (OLIVEIRA, 2019).

O atual perfil demográfico do Brasil é fruto de profundas transformações no padrão reprodutivo e na estrutura da população, iniciadas por volta da década de 1940. Num primeiro momento, o país vivenciou quedas nas taxas de mortalidade atreladas a elevadas taxas de fecundidade, o que culminou em um crescimento exponencial da população. A partir da década de 60, a população brasileira passou a experimentar progressivos declínios nas taxas de fecundidade e um aumento da expectativa de vida relacionado a fatores como expansão da urbanização e avanços na área da saúde. Dessa forma, teve início um acelerado processo de envelhecimento populacional e se verificou uma inversão da pirâmide etária com um estreitamento da base, relacionado às quedas da taxa de natalidade (VASCONCELOS *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2017).

Nesse novo cenário ocorreram mudanças no padrão de morbimortalidade da população, com uma sobreposição de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), incapacidades e sequelas que acarretam novos desafios para o sistema de saúde (MIRANDA *et al.*, 2016).

No Relatório da OPAS (2021) o envelhecimento dos países latino-americanos é um dos mais rápidos do mundo. “Dentre os países da região das Américas, o Brasil destaca-se em relação ao envelhecimento populacional. Atualmente, o país conta com mais de 30 milhões de pessoas idosas, com mais de 60 anos, o que representa 13% da população brasileira.” Em 2040, o Brasil será o 6º país com maior número de idosos no mundo.

Na década de 1940 deu-se no Brasil o início da transição demográfica, com o processo de urbanização doravante a migração da zona rural, especialmente do Nordeste para o Sudeste. De acordo com Duarte e Barreto (2012), esta urbanização a partir da década de 1940, foi acompanhada por relevantes mudanças sociais, como inserção da mulher no mercado de trabalho, novos arranjos familiares e desenvolvimento tecnológico na área da saúde, alterando a lógica demográfica do país, ocorrendo assim, o aumento da expectativa de vida.

Nas décadas de 1950 a 1960 foram os períodos de industrialização, mais fortemente no Sul e Sudeste do país, fatores que foram propulsores para a transição populacional. Sendo assim, é possível avaliar, conforme a Figura 1 (IBGE, 2019), algumas mudanças na pirâmide populacional desde 1980.

Estas mudanças foram provocadas, também, pela implementação de algumas políticas públicas e acordos internacionais na área da saúde, que efetivamente ocorreram por volta de 1990 e 2010, gerando grandes transformações sociais. Como por exemplo, a queda de

mortalidade materno-infantil e a queda da fecundidade, nos últimos 30 anos, ambas associadas a investimentos em Programas do Ministério da Saúde no SUS. (IBGE, 2015).

De 1980 em diante, o país tem redigido leis, decretos, portarias e políticas para os idosos que vão desde normas exigíveis imediatamente até diretrizes para a ação do Estado (ROMERO *et al.*, 2019).

A exemplo, destaca-se o Programa de Saúde da Mulher, da Criança, de planejamento familiar, de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS/HIV. Como também, investimentos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF. Ademais, se avalia que o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) por melhorar a condição de vida de milhares de pessoas, especialmente de crianças, idosos e pessoas com deficiência, reduziram nesta época, a situação de pobreza no Brasil, obtendo melhora também na condição de saúde, sendo assim, determinante para a transição da pirâmide populacional. (IBGE, 2015)

Portanto, em 2018, já é possível avaliar a nova forma que a pirâmide vai tomando, e a projeção para 2060 é de o topo ir cada vez mais se equiparando a base. E assim, o país terá um número maior de pessoas mais velhas em relação ao número de jovens. (IBGE, 2019)

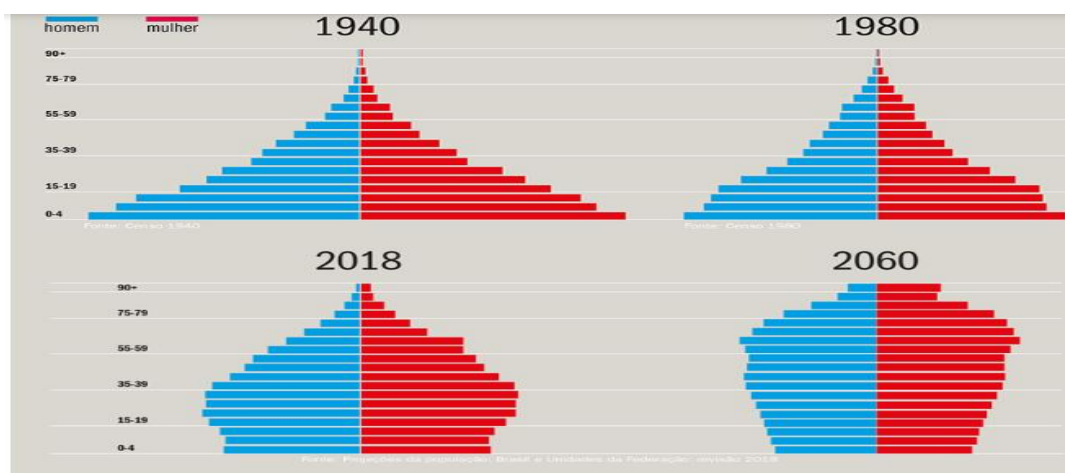


Figura 4- Projeção do envelhecimento populacional no Brasil.  
Fonte: IBGE (2019)

Nessa perspectiva, o Brasil passa a confrontar-se com problemas relacionados às novas demandas trazidas pelo crescimento da população idosa imerso em velhos problemas estruturais, como má distribuição de renda; redes de saúde deficitária; acesso precário à alimentação, moradia e saneamento básico; fragilidade do mercado de trabalho; entre outros.

Esses fatores de estratificação socioeconômicos se refletem na saúde dos idosos e colocam os indivíduos em situação de maior vulnerabilidade, tornando ainda mais importante as políticas de proteção social (GEIB, 2012).

Dentro dessa realidade, o sistema público de saúde tem apresentado um papel importante na cobertura do cuidado e na ampliação do acesso à saúde para toda a população (GOMEZ *et al.*, 2018). Segundo dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), divulgados pelo Ministério da Saúde, cerca de 75,3% das pessoas idosas brasileiras dependem dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS); 83,1 % dos idosos participantes deste estudo tiveram pelo menos 1 consulta médica no período de 12 meses, o que indica o aumento da demanda pelos serviços por parte dessa população (MACINKO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a reorganização assistencial demanda, sobretudo, mudanças no setor da saúde e da economia. Com um maior número de pessoas idosas, têm ocorrido várias alterações no perfil epidemiológico brasileiro, as quais repercutem no aumento de doenças crônicas e degenerativas mais comuns da velhice e exigem adequações na rede de cuidados à saúde (OLIVEIRA, 2019). Essas condições de saúde e seus desfechos levam os idosos a consumirem mais os recursos do sistema público de saúde, devido ao aumento no número de consultas, internações hospitalares e tempo de ocupação dos leitos, e também aos maiores gastos com medicamentos (BRASIL, 2006).

Essas condições exercem forte influência no perfil de mortalidade, e já é possível observar que as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de mortes no cenário nacional. Além disso, essas enfermidades e seus desfechos relacionam-se com as incapacidades funcionais, aumentando a morbidade. Assim, observa-se que o envelhecimento populacional resulta em sobrecargas sociais e econômicas para o idoso, a família e o sistema de saúde (REIS *et al.*, 2016).

As causas do envelhecimento, de acordo com o protocolo utilizado na Atenção Básica, conforme a Figura 5, podem ser primárias ou secundárias, causando disfunções, desregulações, alterações físicas e/ou neurológicas, que podem comprometer a capacidade funcional do idoso, além de algumas perdas consideradas normais à velhice, como perda de peso, perda de força de preensão, diminuição da velocidade de marcha e atividade física, e aumento da fadiga. (CAB n°19, 2007).

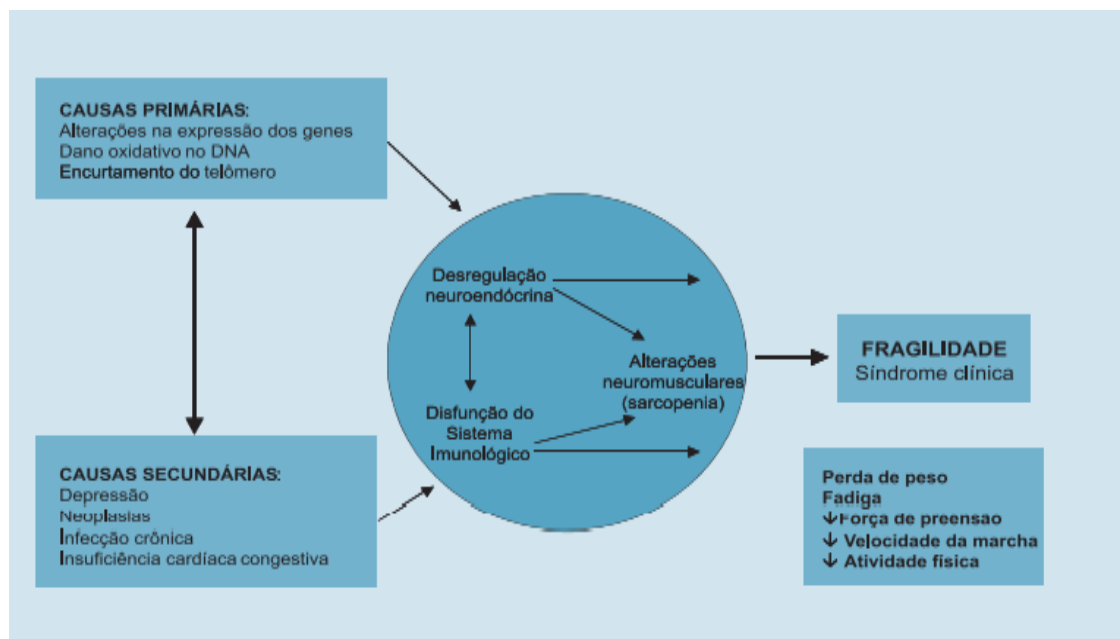


Figura 5- Causas do envelhecimento  
Fonte: CAB Nº 19 (2007, p. 08)

### 3.2 VELHICE E CAPITALISMO

Estudar o envelhecimento e seus desdobramentos a partir das configurações impostas pelo capital não é uma tarefa fácil, posto que, o fetichismo descarta as relações sociais e banaliza a questão social. Sendo assim, refletir como se dá a garantia dos direitos dos idosos no Brasil para pessoas em situação de pobreza e miserabilidade, direitos sociais já conquistados há mais de trinta anos, a partir da Constituição Federal, em um sistema alienante, que coisifica as relações, trata as pessoas como objetos descartáveis e se consolida a partir das desigualdades sociais, apresenta-se como uma incumbência complexa e que não se esgota por si.

Em consonância com Dardengo e Mafra (2018, p. 2-3), constata-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno que cresce em ritmo acelerado em todos os países do mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), atualmente no Brasil há aproximadamente 30 milhões de pessoas idosas. Conforme estimativas, os idosos farão parte de um grupo maior que o de crianças com até 14 anos, em 2030. E, em 2055, estima-se que o número de idosos será maior que o de crianças e jovens com até 29 anos. Já em 2050, um em cada três brasileiros será longo vivo, representando aproximadamente 29,7% da população.

Em contra partida a esse processo acelerado do envelhecimento que vemos surgir no nosso país, nos dando esperança não apenas do aumento da expectativa de vida, mas de que as políticas públicas, em especial as de saúde e de assistência social, evoluíram na medida que se elevam os anos a mais de vida, infelizmente nos últimos seis anos, o que vemos no Brasil, além do aumento inquestionável da pobreza, é um grande retrocesso em relação às políticas públicas que influenciam diretamente na questão da seguridade social da pessoa idosa, em especial com mudanças negativas relevantes na Saúde e na Assistência Social, sem contar a derrocada da Previdência Social.

O idoso no Brasil, assim como em quaisquer sociedades capitalistas, é visto com depreciação, sem utilidade, já que não produz e, se não produz, não gera lucro. Vivendo uma situação degradante de pobreza e desigualdade social, o que agrava contundentemente sua situação de saúde, pela baixa condição de vida, portanto, de moradia, alimentação e acesso à saúde.

De acordo com Mendes *et al.* (2005, p. 3),

O modelo capitalista fez com que a velhice passasse a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já teria os seus potenciais evolutivos e perderia então o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perderia o seu valor simbólico.

A lei 8.080/90, que estabelece a criação do SUS, define o direito à saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art.02). Contudo, a criação da lei, que foi sancionada apenas dois anos após a promulgação da constituição, sofreu algumas modificações desde as diretrizes expostas pela perspectiva sanitária.

Nesse sentido, Bravo (2015) aponta que o Projeto Privatista tinha como base uma concepção de estado mínimo onde as premissas estavam pautadas nas parcerias e na privatização a partir de estratégias de ações com características filantrópicas, elementos que iriam ao encontro das propostas do Movimento de Reforma Sanitária, assim realçando essa disputa entre os ideários reformistas, pautado na perspectiva do estado democrático de direito e da justiça social, e o projeto real, fundamentado no neoliberalismo na perspectiva do estado mínimo. Importante destacar que essa discussão também levava em consideração tanto os preceitos discutidos no Consenso de Washington, no final de 1989, como também a pressão

dos movimentos sociais que participaram das discussões nos vários espaços sociopolíticos pós-ditadura que fomentavam as divergências dos projetos.

Um exemplo dessa disputa entre esses dois projetos foram os vários vetos realizados pelo presidente Collor de Melo na primeira versão da lei apresentada pelo Congresso Nacional, de acordo com Aguiar (2015, p.55) os principais vetos estavam relacionados ao financiamento e ao controle social, e apenas após muitas negociações que finalmente as leis 8.080 e 8.142 foram promulgadas, sendo a segunda criada para recuperar alguns vetos realizados pelo executivo na tentativa de resguardar a participação e o controle social.

O aumento da longevidade e, conseqüentemente, o crescimento do número de pessoas idosas desde meados do século passado, aliados às políticas de proteção social, podem vir a refletir mudanças concretas na perspectiva do envelhecimento, uma vez que o aumento da expectativa de vida acarreta também transformações sociais, e por isso, é importante estudos que se dediquem a velhice sob novas óticas, como as questões econômicas e de qualidade de vida, que expressam a melhoria de condições sociais geradas por políticas públicas, principais molas propulsoras destas transições. (SANTOS *et al.*, 2019).

### 3.3 PROTEÇÃO SOCIAL

Os indivíduos considerados improdutivos para o capital é que inserem suas necessidades no âmbito da proteção social. A lógica da sociedade do capital é antagônica à proteção social por considerá-la expressão de dependência, e atribui às suas ações o contorno de manifestação de tutela e assistencialismo, em contraponto a liberdade e autonomia que, pelos valores da sociedade do capital, devem ser exercidas pelo “indivíduo” estimulando sua competição e desafio empreendedor. Nesse ambiente, a proteção social é estigmatizada no conjunto da ação estatal e, por consequência, esse estigma se espalha àqueles que usam de suas atenções e, até mesmo, a quem nela trabalha. (SPOSATI, 2013, p. 656)

Em 1988, a Constituição Cidadã, implica de maneira expressiva no desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas para a população brasileira, em especial para o idoso. A Constituição contempla, dentro dos direitos fundamentais, o direito a uma velhice digna. Dentre os direitos assegurados pela Constituição está o direito a uma renda mínima que o capacite para sobreviver, sendo definitivamente garantida a partir de 1993 com o advento do Benefício de prestação continuada que é um benefício da assistência social no Brasil prestado pela Previdência Social e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742, de 7 de

dezembro de 1993, em seu artigo 20, o qual garante um salário mínimo mensal para idosos que comprovassem sua renda familiar abaixo de 1/4 do salário mínimo até junho de 2021, atualmente 1/2 do SM.

A proteção social está inserida na concepção de seguridade social, isto é, no conjunto de seguranças sociais que uma sociedade, de forma solidária, garante a seus membros. Portanto, a centralidade está no processo histórico de cada sociedade, e nele o trânsito pelo qual determinadas condições sociais de dignidade e sobrevivência são asseguradas enquanto um direito social universal. A agenda de situações que são consideradas como desproteções a compor a seguridade social tem diferenciações entre as três políticas sociais. (SPOSATI, 2013, p. 663)

A seguridade social é definida na Constituição Federal de 1988, no artigo 194, *caput*, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. É apenas em 1994, com a Política Nacional do Idoso, lei 8. 843, que se inaugura no Brasil uma política específica para os longevos. E somente em 2003, se instaura efetivamente uma mudança significativa para o idoso brasileiro, com seu principal marco legal, o Estatuto do Idoso, a lei 10.741.

Carvalho e Teixeira (2017, p. 25) salientam que: “A proteção social através da Política de Assistência é pensada a partir da garantia da segurança de sobrevivência (rendimentos e autonomia), de acolhida, de convívio e vivência familiar”. Nas entrelinhas, lê-se que as duas primeiras seguranças citadas iriam acontecer pelo Estado, a partir do momento em que a família não tenha as condições básicas para fornecê-las a todos os seus membros, ou seja, perante a sua falha. Ressalta-se que perante o contexto atual, a família vem sofrendo diversos “ataques” do modo de vida moderno, em que sua dinâmica é desequilibrada pelo desemprego, violência, falta de tempo, sobrecarga de funções e outras questões que trazem constantemente a necessidade de mais intervenção do Estado, atuando de forma preventiva, antes de a família se tornar incapaz de proteger seus membros. Os direitos sociais no Brasil para as pessoas idosas deveriam ser assegurados pela Seguridade Social, contudo, a mesma está sendo exponencialmente desfalcada, visto que seu tripé composto pela Previdência Social, Saúde e Assistência Social, vêm sendo desmantelado paulatinamente por um governo que não entende o papel de um Estado

Social Cidadão, de uma Constituição Cidadã, e que abertamente está aliado a interesses das oligarquias e do empresariado.

A longevidade do ser humano passou a ser considerada por muitos como uma conquista social, sendo o fato de envelhecer não mais encarado como uma eventualidade. A propósito, envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, acontece desde o momento em que viemos ao mundo. (MESSY, 2001, p. 32).

É sabido que o avanço da ciência e da tecnologia contribuiu muito para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, para o aumento da expectativa de vida da população em todo o mundo. Ao mesmo tempo, pensando no caso do Brasil e dos demais países latino-americanos, envelhecer tem sido um grande desafio para a maioria das pessoas idosas, tendo em vista o contexto de desigualdades sociais existentes.

[...] as dificuldades que cercam o processo do envelhecimento se apresentam como expressões da questão social num contexto de modernização do Estado e da economia, revelando cisões e fraturas do modelo de desenvolvimento capitalista, que aprofunda desigualdades e concentra privilégios. Nessa perspectiva, o envelhecimento populacional é encarado enquanto problema social, e não como conquista da civilização humana. A compreensão da longevidade como conquista da humanidade requer um redirecionamento das ações do Estado destinadas ao segmento social pessoa idosa e a todas as gerações. (SILVA, 2016, p. 218).

É fato que os seres humanos estão vivendo mais, e que no Brasil, devido ao desenvolvimento do sistema capitalista e a preocupação com a plena realização de seus interesses, não há condições objetivas para que todas as pessoas idosas vivam com qualidade. Contudo, envelhecer não pode se caracterizar como sinônimo de vulnerabilidade, perdas de papéis sociais, retirada da atividade econômica, agravamento de doenças crônicas e degenerativas, entre outras.

O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e as pessoas idosas devem ser agentes e destinatários das transformações indicadas pelas políticas sociais, que compõem o chamado Sistema de Proteção Social. No Brasil, o Sistema de Proteção Social destinado ao segmento social composto por pessoas idosas, se encontra estruturado em termos de mecanismos legais, os quais visam garantir proteção social básica e especial, por meio de políticas de seguridade social, além de outras medidas no campo e de outras políticas setoriais,

que visam assegurar bem-estar aos cidadãos e cidadãs que atingem a velhice. (SILVA, 2016, p. 228)

Nesses termos, a proteção social é entendida como a garantia dos direitos sociais aos cidadãos efetuada pelo Estado, frente às situações de vulnerabilidade social <sup>1</sup>, por meio de um Sistema de Proteção Social. O Sistema de Proteção Social é resultante das pressões das lutas sociais por igualdade e justiça social. São as formas mais ou menos institucionalizadas, cujas sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros.

Dentre as problemáticas atendidas por esses sistemas de proteção social, destacam-se aquelas provocadas por vicissitudes de caráter natural ou social, tais como: a velhice desamparada, a doença, o infortúnio e as privações ou carências dos membros mais pobres. Podem-se incluir, nesse sistema, as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais, culturais, incluindo também os apoios, os cuidados especiais, dentre outros. (GIOVANNI, 1998, p.37).

A proteção social se institucionaliza e toma forma concreta através de políticas de caráter social assumidas pelo Estado e reconhecidas pela sociedade. Como já mencionado, até a Constituição Federal de 1988, a proteção social no Brasil esteve baseada na ideia de seguro social, ou seja, de contribuição por meio do trabalho e do emprego formalizado.

No entanto, a Constituição Federal de 1988 tornou-se um marco na construção da proteção social no Brasil, que integrou a Assistência Social à Seguridade Social, à Previdência Social e à Saúde. Desse modo, elevou o status da Assistência a de política social e instituiu um sistema de seguridade social no país.

Outro aspecto relevante da proteção constitucional pode ser percebido através da leitura do artigo 129 e seu inciso III, que reserva ao Ministério Público, dentre as suas funções institucionais, a promoção do inquérito civil e da ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos da sociedade, onde se inclui, certamente, a defesa da parcela idosa da população.

No que se refere à Previdência Social, prevê o artigo 201 da Constituição que esta “será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória,

---

<sup>1</sup> [...] precariedade do trabalho, analfabetismo digital, incapacidade mental, habitação precária, desestruturação familiar, proteção social insuficiente ou antecedentes criminais. Essas fontes incidirão com mais força nos grupos de alta vulnerabilidade estrutural: mulheres, jovens, idosos, imigrantes ou classes de baixa renda (circunstâncias intensificadoras) (SUBIRATS, 2010, p.111).

observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei”, dentre outros, “a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada”, dando ao idoso o direito à aposentadoria, com algumas variantes, como a idade, o sexo, se trabalhador urbano ou rural, e, com certas especificidades, o tempo de contribuição.

Para a pessoa idosa que não tenha contribuído com a Seguridade Social, a Constituição Federal assegura o pagamento do Benefício de Prestação Continuada - BPC, que, segundo previsão do seu artigo 203, inciso V, tem por objetivo a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso, ou a pessoa portadora de deficiência, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme disposição da lei.

O BPC foi regulamentado pela Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – a Lei Orgânica da Assistência Social, pela Lei nº. 12.435, de 6 de julho de 2011 e pela Lei nº. 12.470, de 31 de agosto de 2011, que alteraram alguns dispositivos da Lei da Assistência Social, e pelos Decretos nº. 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº. 6.564, de 12 de setembro de 2008.

Este é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais, e à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais.

Ressalta-se que, para obterem o referido benefício, tanto as pessoas com deficiência como as idosas, necessitam comprovar que não possuem meios de garantir o próprio sustento, nem de tê-lo provido por sua família. Nesta particularidade, a lei determina que a renda mensal familiar *per capita* deva ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente. Ademais, a família, para fins deste benefício, é composta pelo beneficiário titular, seu cônjuge ou companheiro, seus pais, sua madrasta ou padrasto (caso ausente o pai ou mãe), seus irmãos solteiros, seus filhos e enteados solteiros e menores tutelados, desde que todos vivam sob o mesmo teto.

Destarte, entre os instrumentos legais que referendam a proteção social a pessoa idosa no Brasil, tendo como fundamento a Constituição Federal de 1988, alguns já citados acima, destacam-se: a LOS (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993), a PNI (Lei n. 8.842, de 4 de janeiro

de 1994), a PNSPI (Portaria n. 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999), a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNI) (Decreto n. 4.227, de 13 de maio de 2002), a Lei de Prioridade de Atendimento às Pessoas com Deficiência, as pessoas idosas, Gestantes e Lactantes (Lei n. 10.048, de 8 de novembro de 2000), o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003), a Política Nacional da Assistência Social (PNAS) (Resolução do CNAS n. 78, de 22 de junho de 2004), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007), a instituição do Fundo Nacional do Idoso (FNI) (Lei n. 12.213, de 20 de janeiro de 2010).

Essas legislações reúnem diretrizes para orientar a formulação e a implementação de políticas sociais, programas e serviços destinados ao atendimento das necessidades da população idosa no país.

O Estatuto do Idoso preceitua em seu artigo 2º que:

[...] o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana assegurando-se lhe todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade. (BRASIL, 2013).

### 3.4 A QUESTÃO SOCIAL

A proteção social brasileira é configurada a partir de um tripé de política sociais sendo: a Previdência, como contributiva; a Assistência, como não contributiva e a Saúde, como não contributiva. Os direitos sociais são resultados das manifestações da sociedade organizada e caracterizam-se como as principais demandas do povo brasileiro ao Estado para a criação das políticas sociais. Todas as políticas públicas, são frutos das manifestações dos movimentos sociais evidenciando importantes demandas da questão social brasileira.

Na análise da questão social, Carvalho e Teixeira (2017, p. 27), referem que:

A questão social, enquanto fenômeno complexo oriundo das contradições intensificadas pelo sistema capitalista é fonte de preocupação para teóricos, pesquisadores, governos e sociedade. É corriqueiramente identificada com o processo de pauperização. Entretanto, a pobreza é apenas uma de suas manifestações que se soma a outras como o desemprego, falta de acesso aos bens e serviços criados socialmente, violência e dentre outras, se agudizam conforme as diferenças de gênero, geração, raça, etnias, diferenças regionais que marcam o cotidiano das famílias e diretamente aquelas classificadas como pobres.

De acordo com Cunha e Silva (2017, p. 298), as desigualdades sociais vivenciadas pelo idoso na sociedade capitalista configuram uma expressão da questão social que é a base das lutas e reivindicações dos idosos e dos movimentos ligados a esse segmento, e portanto, exigindo do estado e da sociedade civil, um grau maior de compromisso com a cidadania dos idosos, principalmente através da formulação de políticas públicas sociais eficientes, universais e de qualidade voltadas para a defesa dos seus direitos.

À medida que as desigualdades sociais provenientes das contradições e determinações da sociedade capitalista aumentam, no Brasil, as condições materiais de existência dos idosos são, por conseguinte, diretamente afetadas, uma vez que estes vivenciam a precariedade das condições de vida e de cidadania que assolam o país, em especial as condições de vida da população pobre. Como a população que envelhece está crescendo em ritmo acelerado e as precárias condições de vida da maioria das pessoas vêm se aprofundando, a pessoa idosa convive com uma gama de problemas e necessidades produzidas pelas desigualdades e contradições da sociedade capitalista em seus aspectos gerais e no tocante às singularidades do ser idoso. (Cunha & Silva, 2017, p. 301)

Destarte, Amorim e Teixeira (2017, p. 178) na análise da questão social nas políticas públicas, entendem que o estado neoliberal, reprodutor do capital, trata a questão social de maneira fragmentada e focalizada em detrimento da universalização das políticas públicas e garantia dos direitos sociais, sob a alegação de falta de recursos ou limitações orçamentárias.

Dessa forma, diante das novas demandas da sociedade contemporânea e as diferentes e complexas expressões da questão social ancoradas nesse novo cenário, vêm se exigindo da gestão pública novas estratégias de intervenção, uma gestão que se afaste cada vez mais do formato de políticas assistencialistas, burocráticas e atrasadas, e se aproxime das práticas participativas, descentralizadas, uma gestão social, em rede.

Ademais, no contexto social brasileiro, o Sistema de Proteção Social evoluiu de acordo com os interesses da burguesia, concedendo direitos na forma de benefício para garantirem a ordem e a lógica de produção e acumulação capitalista. Dessa forma, um sistema com características universalizantes não conseguiu ser estabelecido no país, além do que os problemas de financiamento desse sistema permaneceram recorrentes.

Sendo assim, o modelo de proteção social tem convergido para uma lógica de acesso via mercado, restringindo a cidadania ao poder de compra das pessoas. Dessa forma, implica diretamente na garantia de direitos, na forma e conteúdo das políticas sociais, que constituem o Sistema de Proteção Social.

Portanto, é real, não obstante, o desmonte dos direitos sociais na perspectiva da ofensiva neoliberal e a prevalência de políticas paliativas, com a refração das expressões da “questão social”. Nesse contexto, é necessário o fortalecimento da defesa dos direitos da pessoa idosa, exposta a políticas sociais enfraquecidas, que em geral, não conseguem dar conta de suas necessidades, prejudicando assim, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas, gerando em muitos casos a incapacidade funcional.

## 4 POLÍTICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL

### 4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas são, por vezes, confrontadas com diversas teorias explicativas sobre o papel realizado pelo Estado<sup>2</sup> na resolução das mais diversas necessidades, seja nas áreas da segurança pública, finanças e planejamento, seja nas áreas da educação, saúde, habitação, indo do reconhecimento de um problema até sua conclusão ou reformulação. No entanto, esta simples constatação não é suficiente para entender a natureza da concepção, formulação e implementação de políticas, considerando-se que a política pública é resultado da estrutura normativa adotada, de um percurso histórico, dos conflitos e consensos socialmente construídos e dos arranjos econômicos do local em que está inserida.

Segundo Boneti (2012), deve-se sempre atentar para o fato de que políticas públicas não se restringem ao efetivo papel institucional e gerencial de governo como executor e avaliador de suas próprias ações, ou seja, analisar os resultados de sua própria gestão e dos recursos públicos executados. Para isso, segundo o autor, é necessário reconstituir alguns caminhos trilhados por pesquisas que trataram das implicações metodológicas, teóricas e políticas dos procedimentos de elaboração e implementação de políticas públicas em razão do que está na base do Estado, dado pela relação entre Estado, classe social e sociedade civil. Ham e Hill (1993) demarcam que o importante é situar a política como a administração da gestão da complexidade da sociedade, por meio de tomada de decisão e execução de ações para o progresso social.

É o caso da definição de política pública e do seu papel, tipificado por Dias e Matos (2012, p. 13), para quem “a política pública é feita em nome do público, é feita ou iniciada pelo

---

<sup>2</sup> As conceituações sobre políticas públicas se desenvolvem em um percurso histórico construído nas pesquisas empíricas, nos trabalhos científicos e nas interpretações que ganham força e visibilidade científica com a obra pioneira de Harold D. Lasswell (1936), *Política: quem ganha o quê, quando e como*, cujo título pressupõe uma definição. Dias e Matos (2012) observam que na Europa as análises de políticas públicas se concentravam na explicação do papel do Estado e de suas organizações mais importantes, enquanto nos Estados Unidos e no Brasil, concentravam-se as análises nas ações dos governos. No decorrer dos anos, houve avanço da política pública como área multidisciplinar de estudos e pesquisas. Em 1951, duas obras fundamentaram os estudos de políticas públicas como área disciplinar específica: *O processo governamental*, de David B. Truma, e *As ciências políticas*, de Daniel Lerner e Harold D. Lasswell. No Brasil, foi somente a partir do final dos anos 1970 e começo dos anos 1980 que o estudo de políticas públicas começou a existir como disciplina específica, a partir de publicações sobre a formação histórica das ações de governo (DIAS; MATOS, 2012).

governo, é interpretada e implementada por atores públicos e privados, é o que o governo pretende fazer, é o que o governo escolhe não fazer”. Essas características comuns sugerem que as definições de políticas públicas envolvem temas e problemas de governo (que se expandem para outros governos) e de Estado, como a interdependência de operacionalização entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

De maneira transversal às diferentes abordagens conceituais, emerge uma sinalização de que a implementação de políticas públicas advém da necessidade obrigatória de resolver problemas públicos, de necessidades genuínas de uma determinada população em determinado território, de conceber soluções técnicas e tecnológicas viáveis, exequíveis, planejadas e desenhadas para serem executadas por meio da aplicação de recursos orçamentários. Essas questões estão na origem das ideias sobre “problemas” que afetam a implementação de políticas públicas como objeto analítico de pesquisa.

A “passagem” de um problema existente para sua admissão como agenda governamental e sua constituição como política pública por meio da formulação e implementação segue as condições das abordagens apresentadas ao identificar dois tipos de agendas: a sistêmica e a governamental. A sistêmica desperta a atenção da opinião pública; e como somente algumas questões ou problemas conseguirão chamar a atenção do governo, ao serem priorizadas, passarão a integrar a agenda governamental (CAPELLA, 2015).

Nos trabalhos de Souza (2006, p. 4), entre os precursores dos estudos no campo das políticas públicas está H. Laswell (1936), “que introduz a expressão *policy analysis* [...] como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos”. Para a autora, o livro *Política: quem ganha o quê, quando e como* (LASWELL, 1936) é considerado a obra precursora da definição para política pública. As análises teóricas se concentram na chamada centralidade e comportamento dos indivíduos. A partir de então, ganha crescente interesse em estudos e pesquisas de base empírica a verificação sobre como ocorre o processo de implementação.

Ainda de acordo com a autora (Souza, 2006, p. 5), as “políticas públicas, após desenhadas e formuladas, se desdobram em planos, programas, projetos,” que são desenvolvidas pelo governo, de forma descentralizada. Como também, passam a ser “bases de dados ou sistemas de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de monitoramento, acompanhamento e avaliação”.

## 4.2 MARCOS LEGAIS

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena no ano de 1982, é considerada como o marco principal e inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional formal de políticas públicas para a população idosa, uma vez que este foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional. Representou um avanço, já que o idoso, até então, não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas.

A questão do envelhecimento era tratada apenas de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho - OIT, pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura - Unesco. A maioria dos temas abordados na Assembleia de Viena eram tratados pela ONU em comissões de natureza econômica ou política, o que leva Camarano (2004) a concluir que “a preocupação com as implicações sociais do processo de envelhecimento, ainda que existentes, não eram expressas”.

A referida assembleia apresentou como resultado a aprovação de um Plano Global de Ação, que tinha como principais objetivos garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. O plano adotado foi estruturado em forma de recomendações para os estados membros referentes a sete áreas, quais sejam: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação.

Neste primeiro momento as discussões internacionais que traziam as questões relacionadas ao envelhecimento tinham como foco principal a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos, especialmente da Europa e Estados Unidos, porém, não se pode negar que a agenda política dos países em desenvolvimento também passou a incorporá-las, ainda que paulatinamente. A exemplo do Brasil desde a CF (1988), outros países da América Latina como Argentina, Venezuela, Equador, Bolívia e Peru, registraram avanços importantes nas políticas e programas voltados às pessoas idosas.

Tornou-se notória, a partir de então, a necessidade do reconhecimento da pessoa idosa como um novo ator social, com a valorização de todas as suas necessidades e especificidades. Entretanto, sabe-se que o Plano de Viena consistiu em um conjunto de recomendações, cuja

implementação dependia da alocação de recursos que não foram previstos nas leis orçamentárias, o que dificultou, consideravelmente, a efetiva adoção destas pelos países em desenvolvimento.

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento só ocorreu vinte anos após a de Viena, e o período transcorrido entre uma assembleia e outra foi marcado por mudanças significativas nos planos econômico, social e político dos países envolvidos. Foi na década de 1990 que a questão do envelhecimento entrou de forma mais expressiva na agenda dos países em desenvolvimento, sem perder de vista que nestes o processo vem ocorrendo de forma mais rápida do que o registrado nas economias desenvolvidas.

Deve-se reconhecer que, de maneira geral, o debate político e acadêmico atual considera a população idosa como um segmento homogêneo, com necessidades e experiências comuns. Camarano (2004) mostra que essa visão leva a duas perspectivas diferentes a respeito do envelhecimento populacional, com a ressalva que a visão predominante foi a de associar o envelhecimento a dependência e a problemas sociais, chegando-se a considerar que o envelhecimento populacional poderia se constituir em ameaça ao futuro das economias e ao equilíbrio das gerações vindouras.

Por outro lado, a segunda perspectiva considera que as pessoas idosas podem contribuir significativamente para o desenvolvimento econômico e social. Destaca-se que as políticas resultantes dessa perspectiva são as que buscam reforçar a capacidade das pessoas idosas e aumentar a sua oportunidade de contribuir com a sociedade, seja através da continuação na atividade econômica, mesmo após a aposentadoria, seja através do trabalho voluntário ou da simples contribuição no orçamento familiar.

Entretanto, embora tenha se registrado esse intervalo de vinte anos entre as duas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, no âmbito das Nações Unidas as questões envolvendo este segmento populacional continuaram em destaque.

Por exemplo, a Assembleia Geral ocorrida no ano de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa, sendo que estes foram agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, auto realização e dignidade (CAMARANO, 2004):

A promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação;

Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem;

Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional.;

Autorrealização que significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos;

Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Já no ano seguinte, em 1992, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, que estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos e definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O *slogan* adotado foi “Uma sociedade para todas as idades”, e o marco conceitual foi elaborado em 1995, através do Documento 50/114 da ONU, que apresenta quatro dimensões de análise: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Ademais, neste período, as questões relacionadas ao envelhecimento ainda foram consideradas em outros fóruns das Nações Unidas, a exemplo das conferências mundiais sobre a população e sobre o meio ambiente. Foi assim que a sociedade, pouco a pouco, foi deixando de ver os idosos como um subgrupo vulnerável e dependente, passando a percebê-los como um segmento populacional ativo e atuante que deve ser respeitado e incorporado na busca do bem-estar de todos.

É importante que se diga que hoje, após o reconhecimento de mudanças que ocorreram em quase todo o mundo no tocante ao fenômeno de envelhecimento populacional e sua percepção, já existe uma forte contra argumentação em relação às ideologias da velhice como fardo social e do envelhecimento como risco à saúde das sociedades, com NERI (2004) destacando dois argumentos. O primeiro é o princípio de que uma sociedade boa para os idosos não é aquela construída sob medida só para eles, mas que uma sociedade boa para os idosos é boa para todas as idades. O que estaria de acordo com o Desenho Universal, uma sociedade inclusiva para todos, pessoas idosas, com deficiências, com transtornos mentais etc.

O segundo argumento é que o aumento no número de idosos representa a possibilidade de ampliação do mercado de consumo em vários segmentos, a exemplo das empresas de bens

e serviços, indústrias e dos laboratórios farmacêuticos. Desta forma, além de permitir lucro aos empresários, a médio e longo prazo, o investimento nos idosos como novo nicho de negócios, trará benefícios a eles e à sociedade em geral, pelo fato de gerar mais postos de trabalho e mais impostos. Destaca-se que o Banco Mundial se baseia neste segundo raciocínio, mesmo respaldando-se no neoliberalismo.

É com base nesta contra argumentação que Neri (2004) conclui que, dependendo de providências que vierem a ser tomadas hoje e num futuro próximo, os idosos poderão ser um fardo pesado demais para as gerações mais jovens ou poderão ser um ponto de apoio para a construção de uma sociedade melhor do que a atual. Resta, portanto, que além da necessidade de alteração nas relações do Estado com a sociedade como um todo, também há necessidade de alteração nas concepções sobre o lugar do idoso na nossa sociedade ocidentalizada, bem como, sobre os deveres da sociedade para com ele e ainda a garantia de que seus direitos fundamentais jamais sejam cerceados .

Diante deste quadro, é fácil concluir que a Segunda Assembleia Mundial, que aconteceu em Madri no ano de 2002, ocorreu em um contexto totalmente diferente do verificado em Viena vinte anos antes. Camarano (2004) destaca que o relatório do Conselho Econômico e Social da ONU, para o comitê preparatório dessa assembleia, chama a atenção para as mudanças sociais, culturais e tecnológicas em curso em todo o mundo que implicam mudanças nas estruturas de valores.

São apontados como principais resultados da referida assembleia a aprovação de uma nova declaração política e de um novo plano de ação que tinham como objetivo servir de orientação à adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. É na Declaração Política que estão contidos os compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano de ação – agora tendo sido dada especial atenção aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento – que se fundamenta em três princípios básicos:

- a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza;
- b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e
- c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Através do primeiro princípio – que trata da participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza – percebe-se que o envelhecimento populacional não pode ser considerado como um processo que implica, necessariamente, no esgotamento dos recursos da sociedade e que revela uma ameaça ao pleno desenvolvimento e equilíbrio das gerações futuras. É por este ângulo que as políticas de trabalho, de integração social e de seguridade social se tornam importantes.

Assim, a valorização da contribuição dos idosos para com a sociedade pode ser percebida como um dos importantes avanços do Plano de Madri, ao afirmar, no artigo 6º da Declaração Política, que (ONU, 2002):

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.

É Camarano (2004) quem diz que para o alcance do segundo princípio – que trata do fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável – são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde do indivíduo desde a infância e que se prolonguem ao longo da vida, sem desconsiderar a importância de fatores externos, tais quais os ambientais, econômicos, sociais e educacionais, o aparecimento de doenças e incapacidades.

É consenso que a adoção de medidas preventivas na área da saúde, ressaltando especificamente, às voltadas para a manutenção da capacidade funcional, que visam a melhoria da qualidade de vida da população idosa, postergando, conseqüentemente, a demanda deste segmento pelos cuidados de longa permanência, sejam em ILPIS ou em casa. Não se pode desconsiderar as contribuições que um atendimento primário à saúde – seja através de medidas promocionais de prevenção e de proteção específica ou da identificação e intervenção precoce dos agravos de saúde mais frequentes entre o público idoso, que normalmente apresentam comorbidades, duas ou mais doenças crônicas – podem ter para a redução dos custos de forma efetiva na atenção de média ou de alta complexidade, de acordo com a análise de Mendes (2012).

Por fim, para atender ao terceiro princípio básico do Plano de Madri – criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento – faz-se necessária a promoção de políticas voltadas para a família e para a comunidade, com o fim de assegurar um envelhecimento seguro

e promover a solidariedade intergeracional. Para tanto, Camarano (2004) afirma que as políticas públicas devem ser concebidas com base na colaboração entre o Estado e a sociedade civil, de forma a construir um maior acesso ao entorno físico, aos serviços e aos recursos.

É desta forma que o Plano de Madri, embora seja um documento amplo que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas especificamente aos governos nacionais, não deixa de destacar a necessidade do estabelecimento de parcerias com membros da sociedade civil e do setor privado para facilitar a sua plena execução. E a necessidade de cooperação internacional também aparece em destaque.

Outro aspecto apontado como importante avanço do Plano de Madri é a consideração da dimensão de gênero, já que nele são encontrados mais de 40 artigos que enfatizam a maior vulnerabilidade das mulheres com respeito às suas condições de bem-estar e defendem políticas e programas voltados especificamente a elas. O parágrafo 8º advoga “a integração de uma perspectiva de gênero nas políticas, programas e legislação sobre o envelhecimento” (CAMARANO, 2004).

Como citado anteriormente, o processo de envelhecimento, embora seja universal, também é uma questão de gênero. Ao se considerar a população idosa como um todo, observa-se que 56% dela é formada por mulheres, com as estimativas apontando que as mulheres vivem, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Ademais, já restou comprovado que a feminização da velhice é um fenômeno observado em todas as regiões do mundo.

Dando seguimento à análise do Plano de Madri, sabe-se que, como qualquer outra política, a implementação das suas recomendações depende da alocação de recursos, sendo certo que não se previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países em desenvolvimento de se integrarem na economia global. Como não considera as dificuldades regionais, trata-se de um plano único, para uma realidade social extremamente diversificada.

Camarano (2004) traz como exemplo desta falta de sincronia o estabelecimento de uma meta de redução até 2015 de 50% da proporção de pessoas que vivem na pobreza extrema, sem, no entanto, explicitar as condições para a sua realização. O mesmo ocorre com a meta de promoção de programas que permitam a todos os trabalhadores obter uma proteção social básica que compreenda aposentadorias, pensões, benefícios por invalidez e atenção à saúde.

Foi por este motivo, ao se reconhecer as diversidades regionais no processo de envelhecimento e nas condições socioeconômicas e culturais e o alto grau de generalização do Plano de Madri, que os órgãos regionais vinculados às Nações Unidas elaboraram estratégias específicas para a sua implementação, levando em conta as particularidades de suas regiões e as necessidades dos idosos em cada uma delas.

Foram elaborados, então, cinco textos regionais, cada um apresentando as suas ênfases particulares. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe teve como principal preocupação a proteção dos direitos humanos e a necessidade de provisão das necessidades básicas da população idosa, a exemplo do acesso a renda, à cobertura integral dos serviços de saúde, à educação e à moradia em condições dignas.

Ao fim da análise das principais recomendações decorrentes das Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, bem como dos demais documentos das Nações Unidas que abordaram, de alguma forma, a questão do idoso, chega-se à conclusão de que para que as políticas voltadas para o envelhecimento populacional sejam efetivas é necessário que elas apresentem uma abordagem integrada em seus diversos setores específicos. Fica como maior lição que políticas de saúde, de educação, de economia e as que busquem a maior participação da população idosa no mercado de trabalho são igualmente importantes para o alcance dessas metas.

O primeiro marco de conquistas relacionadas aos direitos universais, ocorreu em 10 de dezembro de 1948, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ela afirma que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, que não haverá distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza.

E prescreve, no artigo 25, o chamado direito dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

No Brasil, a desobrigação do Estado para com a velhice ocorre há vários séculos. De acordo com Fonte (2002), “a velhice, num passado não muito distante era vista e tratada como uma preocupação de caráter filosófico, humanístico e filantrópico”. Até o início do século 20, a velhice era tratada como uma questão particular, de total responsabilidade da família ou de

entidades filantrópicas e religiosas. A Constituição de 1934 foi precursora em adotar a especificidade da pessoa idosa, sob a forma de direitos trabalhistas e previdenciários para a pessoa que se tornasse improdutiva no trabalho industrial daquela época.

Quanto a este ponto específico – da evolução histórica dos direitos dos idosos nas constituições brasileiras – a Constituição Política do Império do Brasil, outorgada em 25 de março de 1824, e a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, a primeira constituição da República promulgada em 24 de fevereiro de 1891, não trouxeram nenhuma disposição acerca de direitos relacionados às pessoas idosas.

Como visto, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em 16 de julho de 1934, foi a primeira constituição brasileira que trouxe previsão expressa de um direito do idoso, afirmando no título “Da Ordem Econômica e Social” que a legislação trabalhista deveria observar a instituição da previdência a favor da velhice. Além disso, também proibiu a diferença salarial para um mesmo trabalho em razão da idade, de acordo com as alíneas “a” e “h” do parágrafo primeiro do artigo 121, respectivamente.

Já a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, outorgada por Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, conhecida como “Constituição do Estado Novo”, somente determinou na alínea “m” do artigo 137, que a legislação do trabalho deveria garantir a “instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidente de trabalho”, sem adentrar em nenhuma especificidade quanto aos direitos dos idosos.

Voltada ao restabelecimento da democracia, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, promulgada em 18 de setembro de 1946, sem fugir as regras das constituições anteriores, apenas mencionou no inciso XVI do artigo 157 alguns aspectos previdenciários a favor da velhice, e também manteve a proibição da diferença de salário para um mesmo trabalho por motivo de idade, no inciso II do artigo 157.

Por fim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1967, bem como a Emenda Constitucional nº 1 de 17 de outubro de 1969, não apresentaram inovações e apenas trataram no inciso XVI do artigo 158 dos idosos no contexto previdenciário, assegurando aos trabalhadores a “previdência social, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, para seguro-desemprego, proteção da maternidade e, nos casos de doença, velhice, invalidez e morte”.

Somente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que inovou ao estabelecer direitos à pessoa idosa, até então não previstos em outros textos constitucionais, diversas leis surgiram amparando o idoso, valendo citar dentre elas o Código de Defesa do Consumidor (1990), o Estatuto do Ministério Público da União (1993), a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

Tratando da Constituição Federal de 1988, logo de início, no artigo 1º, incisos I e II, ela afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito. Já no artigo 3º estipula que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, destacando a não discriminação em face da idade do cidadão.

Através da leitura inicial do texto constitucional, nota-se que todo cidadão brasileiro tem os seus direitos garantidos e amparados pela Lei Maior. Sabendo que o idoso é um ser humano como outro qualquer, deve ser ele contemplado por todos os instrumentos asseguradores da dignidade humana aos brasileiros, sem distinção. Mas não é suficiente essa consideração. Como a pessoa idosa ainda sofre muito com o preconceito, a realidade obrigou o constituinte a ser bem claro no texto, estabelecendo meios legais para que o idoso deixe de ser discriminado e receba o tratamento que lhe é devido.

Dessa forma, a CF/88 não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos, trazendo também previsões específicas sobre as pessoas contidas nessa faixa etária. Exemplo dessa preocupação maior é o seu artigo 229 que estabelece aos filhos maiores “o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”, bem como o artigo 230 que estipula que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”, consagrando o princípio da solidariedade social.

Ademais, o mesmo artigo 230 assegura, nos seus dois parágrafos, que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”, consagrando o princípio da manutenção dos vínculos familiares (parte-se de pressuposto que a retirada do idoso de seu núcleo familiar é mediada extrema e excepcional), e que “aos maiores de sessenta e cinco anos

é garantida a gratuidade dos transportes urbanos”, resguardando o direito à acessibilidade dos idosos.

Apenas à guisa de esclarecimento, a condição de acolhimento em instituições de longa permanência (a exemplo de hospital, abrigo ou instituição congênere) não prejudica o direito do idoso ao recebimento do benefício. O aposentado por invalidez possui o direito ao adicional de 25%, caso comprove que precisa de assistência permanente de terceiros. O Benefício Assistencial já concedido a um membro da família não entrará no cálculo da renda familiar em caso de solicitação de um novo benefício para outro idoso da mesma família.

A gestão do referido benefício é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, que é a responsável pela sua implementação, coordenação, regulação, monitoramento e avaliação. Os recursos para o seu custeio provêm da Seguridade Social, sendo repassados ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, que lhe operacionaliza, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social.

Vale destacar que o direito de amparo a pessoa idosa, por sua importância de significado, pode ser equiparado aos fundamentais e ter, em seu favor, o mesmo tratamento dispensado a esses pela interpretação do seu artigo 5º, §2º, que determina que “os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

O objetivo do referido artigo é o de expandir e aperfeiçoar o catálogo de direitos fundamentais por meio do critério de atipicidade. Todavia, segundo entendimento esposado por Barletta (2010), ainda que tal artigo inexistisse, o direito de amparo da pessoa idosa teria a condição de fundamentalmente implícito, ou seja, subentendido pela dimensão axiológica que possui, afinal, tal direito decorre do princípio da dignidade da pessoa humana na circunstância especial de estar envelhecida e de necessitar de cuidados especiais.

Ratificando o pensamento acima exposto, De Moraes (2007), destacando os direitos humanos fundamentais dos idosos, afirma que:

Mais do que reconhecimento formal e obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana.

Ademais, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso - PNI, e que como já enfatizado, no seu artigo 1º, “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, é mais um importante instrumento disponível para o fortalecimento da defesa dos direitos inerentes à população idosa, sendo também um marco de conquistas deste segmento populacional.

É Faleiros (2012) que destaca que o surgimento da PNI, em 1994, coincide com as discussões da chamada falência do financiamento da previdência social e com a mobilização das pessoas idosas para a construção de uma articulação política que atenda, de maneira justa, todas as demandas de uma sociedade que envelhece. Ele nos diz que é a PNI que coloca a questão do envelhecimento e da velhice numa ótica transversal que diz respeito a vários ministérios, à família e à sociedade.

As principais diretrizes norteadoras da PNI consistem em: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

A PNI também estabelece as competências das entidades e órgãos públicos. A implantação dessa lei estimulou a articulação e integração dos ministérios envolvidos na elaboração de um plano de ação governamental para a sua integração no âmbito da União. A operacionalização da política, da mesma forma que as demais ações empreendidas no campo assistencial, ocorre de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil.

Ratificando o caráter fundamental do direito à saúde, e ao mesmo tempo confirmando que este, como direito social que é, pressupõe um protagonismo do Poder Público – na medida em que para exercer-se plenamente necessita das prestações oferecidas pelo Estado – o artigo 10, inserido no capítulo que especifica “Das Ações Governamentais”, determina que:

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

[...]

II - Na área de saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) 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;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Ainda no que se refere à normativa infraconstitucional, merece destaque a Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, que foi implementado tendo como objetivo principal promover a inclusão social e garantir a efetividade dos direitos desses cidadãos – uma vez que esse segmento populacional se encontra desprotegido, merecendo tratamento e atenção especial. Aqui foram retomados os princípios e as diretrizes já expostos na PNI, mas além disso, foram estabelecidas sanções aos descumprimentos das normas, o que não se verificou na lei de 1994.

Para tanto, o referido Estatuto traz como justificativa a condição de fragilidade do idoso, e a proteção à velhice é apontada como um direito, e conforme previsão do artigo 1º, destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Vale-se, portanto, do critério etário estabelecido pela OMS e que, como anteriormente visto, é o mais utilizado para estabelecer o “ser idoso”.

No capítulo em que se intitula “Do Direito à Vida”, o artigo 8º afirma que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social”. Isto posto, Vilas Boas (2009) observa que envelhecer se encontra dentro dos direitos da personalidade “além de, pela expressão ‘personalíssimo’, compreender-se que esse direito concerne a uma pessoa ou a um grupo com individualidades coincidentes ou características especiais”.

O Estatuto considera a velhice no contexto dos direitos fundamentais da pessoa humana, salientando a dignidade. Logo em seguida, o artigo 9º dispõe que “é 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”. Neste sentido, já assinalava o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”.

Realçando ainda mais a fundamentalidade do direito à vida, Vilas Boas (2009) assevera que:

O direito à vida, antes do direito à liberdade, é o maior dos direitos, colocado como indisponível e oponível *erga omnes*, por excelência, a tal ponto que não se pode emitir qualquer enunciado tendente à sua supressão. No seu título “Dos direitos e garantias fundamentais”, a Carta Constitucional abre o primeiro Capítulo com o artigo 5º. Depois de assegurar a igualdade de todos, perante a lei, sem quaisquer distinções – por consequência também assegurada a não distinção das pessoas em relação à idade –, garante a Lei Maior a inviolabilidade do direito à vida.

Segue o Estatuto do Idoso afirmando, agora no artigo 10, que “é obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis”, reforçando o entendimento de que as pessoas idosas merecem atenção especial diante da sua peculiar condição.

Esmiuçando as suas particularidades, o §2º do citado artigo determina que “o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais”, abrangendo, portanto, o direito ao adequado tratamento de saúde com vistas à manutenção da referida integridade.

Como é cediço – e sabendo que a manutenção da boa condição de saúde é imprescindível para o bem envelhecer – o referido Estatuto estabelece no artigo 15, no capítulo IV dedicado ao “Direito à Saúde”, que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

O Sistema Único de Saúde - SUS teve por primeira disposição geral o primado da saúde como direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O idoso, por disposição do seu Estatuto, foi incluído prioritariamente na atenção integral, universal e igualitária diante das ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ainda neste mesmo artigo, no § 1º, fica estabelecido de que forma será efetivada a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa, nos seguintes termos, conforme transcrição literal:

Art. 15. *Omissis*

§ 1o A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- I – Cadastramento da população idosa em base territorial;
- II – Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;
- III – Unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- IV – Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;
- V – Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravamento da saúde.

No que se refere especificamente ao fornecimento de medicamento, o § 2º do referido artigo 15 assevera que “incumbe ao poder público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

Dando continuidade, e a partir da constatação de que o idoso ainda sofre com o tratamento desigual que lhe é destinado, o § 3º afirma que “é vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade”, e o § 4º diz que “os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei”.

Levando em consideração que a pessoa idosa se encontra ainda mais fragilizada quando acometida por alguma enfermidade, determina o artigo 16 que “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência integral, segundo o critério médico”, uma vez que

o envelhecimento proporciona a diminuição da disposição para se adaptar, ficando ainda mais vulnerável.

Mais adiante se expõe, no artigo 17, que “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”, pois nestas condições este se comporta como um paciente comum, tendo a presente disposição o objetivo de reforçar o seu direito, ante a visão prejudicada e preconceituosa de que o idoso “não pensa como antes”.

Já o seu parágrafo único traz as exceções, afirmando que:

Art. 17. *Omissis*. Parágrafo Único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

- I - Pelo curador, quando o idoso for interditado;
- II - Pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;
- III – Pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;
- IV – Pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Sabendo que a capacitação adequada dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o idoso é requisito indispensável para um tratamento exitoso, ainda dispõe o artigo 18 que

as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda, tendo por base a fragilidade inerente a essa parcela da população.

Mister destacar que, em 2006, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.

No próprio anexo da citada Portaria, aparece que a finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os

princípios e diretrizes do SUS, destacando que é alvo dessa política todo cidadão brasileiro com sessenta anos ou mais de idade.

E, como justificativa para a elaboração de uma nova Política de Saúde para os idosos, é afirmado que o Brasil envelhece de forma rápida e intensa, e que essa transição demográfica repercute na área da saúde em relação à necessidade de se reorganizar os modelos assistenciais. Também se considera que a saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis, abrangendo a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social.

É ainda reconhecido na justificativa que:

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo *et al*, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS. Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção (LIMA-COSTA *et al.*, 2000).

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice, e se baseia no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, determinantes trazidas pelas Nações Unidas.

Por fim, não se pode esquecer que os idosos formam um grupo heterogêneo, e que será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os gestores, profissionais de saúde e toda a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens, e que as ações de prevenção devem ser incorporadas à atenção à saúde em todas as idades. Nesta lógica, deve-se compreender que envelhecer bem deve ser com saúde, de forma ativa e livre de qualquer tipo de dependência funcional.

### 4.3 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO - PNI E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – PNSPI

Com a Constituição Federal de 1988, os direitos civis, políticos e sociais foram previstos, ampliados e garantidos pelo Estado a todas às pessoas, incluindo a pessoa idosa. Ao amparar a pessoa idosa em seu artigo nº. 230, a Constituição Federal de 1988, serviu de base para a implantação de uma política pública para a pessoa idosa no Brasil: a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) - Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, posteriormente, a PNSPI- Lei nº. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006º e o Estatuto da Pessoa Idosa - Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003.

A Constituição, em seu artigo 196, estabeleceu a concepção de saúde como um direito de todos e dever do estado, garantindo uma saúde igualitária para toda a população. Em 1994, houve a criação do Conselho Nacional do Idoso e a promulgação da Lei nº 8842, instituída pela Política Nacional do Idoso (PNI), cujo objetivo é articular as políticas sociais nos direitos da pessoa idosa. Por meio da PNI promoveu-se a autonomia, a integração e a participação efetiva da pessoa idosa na sociedade estimulando a prevenção, educação e promoção da saúde reforçada no decreto nº 1948 de 03 de julho de 1996 (PEREIRA *et al.*, 2016).

A promulgação e implantação da PNI tem sido um documento importante pois aumenta, consideravelmente, os direitos dos idosos. De acordo com a Lei, o Estado propõe tratar as questões relacionadas às pessoas idosas nos seguintes princípios: a) o idoso possui direitos da cidadania sendo função da família, da sociedade e do estado assegurá-lo amplamente; b) o idoso é um ser integral devendo ser compreendido em todas as suas dimensões de ser humano; c) o idoso não deve ser descriminalizado em qualquer situação; d) e o idoso é um ser único e, portanto, os programas e serviços devem reconhecer as inúmeras dimensões e faces do envelhecimento (BRASIL, 1994).

A PNI “[...] tem por objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 2020).

Em consonância com a PNI, o Estatuto da pessoa idosa tem por objeto garantir a proteção da saúde física, mental, moral, intelectual, espiritual e social às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Sendo tal proteção delegada à família, à sociedade e ao

poder público. Estabelece que o envelhecimento é um direito inerente a cada pessoa e sua proteção é um direito social fundamental. Em seu Art. 9º está previsto que “É 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.” (BRASIL, 2013, p. 2)

Dois anos mais tarde, diante da demanda da Política de Saúde em organizar e estabelecer uma política específica para o atendimento a pessoa idosa, o Ministério da Saúde cria a PNSPI, instituída pela portaria nº. 2528/2006, que tem por finalidade primordial:

[...] recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2006, p. 2).

Em relação a PNSPI, Freitas e Pinho (2014) referem:

Essa política define que a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa deve ser baseada na avaliação da capacidade funcional individual e coletiva. Aqui, a funcionalidade é entendida como algo além das doenças, que considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado.

A PNSPI aprovada pela Portaria nº 2.528 de 2006, agrega princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando a saúde, a autonomia e a independência dos idosos na atenção integral, incluindo a prevenção e controle de agravos. Esta lei assegura direitos sociais que promovam autonomia, integração e participação permanente do idoso na sociedade praticando sua cidadania em diversos setores específicos como na saúde, economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação. (BRASIL, 2006).

A PNSPI (BRASIL, 2006, p. 5) é, portanto, o principal documento que embasa este estudo, visto que, a Atenção à Saúde do Idoso deve ser respaldada, embasada, implementada e validada, dentro das suas diretrizes, estabelecidas como:

- I. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- II. Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- III. Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

- IV. Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- V. Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- VI. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- VII. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- VIII. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- IX. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Diante disto, na PNSPI estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance de sua proposta. Além disso, a PNSPI orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o seu desenvolvimento. Sua implementação compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor da saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objetivo.

A PNSPI tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a capacidade funcional, a autonomia e manter o nível de qualidade de vida da pessoa idosa, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. No que se refere a capacidade funcional da pessoa idosa, a PNSPI considerou pessoa idosa com classificação de risco frágil ou em situação de fragilidade aquela que:

[...]vive em ILPI; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. (BRASIL, 2006).

A PNSPI visa a busca pelo envelhecimento ativo e promove a saúde, corroborando o compromisso do SUS, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à melhoria, reabilitação e capacidade funcional da pessoa idosa. Há, também, políticas que norteiam todas as ações do setor da saúde, quanto a formação dos profissionais competentes no cuidado com os idosos em hospitais, Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Unidades Básicas de Saúde - UBS, consoante às diretrizes da própria PNSPI (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Um grande salto na concepção e definição da saúde da pessoa idosa foi dado. A PNSPI assume que o principal problema que pode afetar a pessoa idosa é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. (BRASIL, 1999).

Neste contexto, destaca-se outra importante Portaria do Ministério da Saúde: a nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, que versa sobre as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Neste documento, a saúde da pessoa idosa aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da PNSPI. (BRASIL, 2006)

A partir dos referidos dispositivos legais supramencionados, principalmente a PNSPI, a Política de Saúde teve importantes avanços no que diz respeito à ampliação e implementação dos serviços de saúde disponibilizados à pessoa idosa no Brasil. Entretanto, apesar dos avanços e conquistas, a efetivação dos direitos da pessoa idosa, ainda demanda atenção por parte do Estado.

Conforme disposto na PNSPI, “[...]o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades”. (BRASIL, 2006, s. p.).

Por esse motivo, a operacionalização da Política de Saúde continua a ser o principal desafio a ser superado. Porém, além deste, outro desafio é potencializar o cuidado integral da pessoa idosa, concretizando ações intersetoriais com foco nas demandas de cuidado da população idosa.

O Estatuto do Idoso que ressalta em seus art. 2º e 3º a garantia da preservação da saúde física e mental, do crescimento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade, evidencia a obrigação e comprometimento da família, da sociedade e do Poder Público em amparar o idoso de forma plena, efetivando o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho (BRASIL, 2003)

Assim, a longevidade traz consigo preocupações com o cuidado prestado no final da vida dos idosos pois, há de forma progressiva a diminuição das atividades funcionais do corpo (MARTINS, 2016). Os problemas que acometem às pessoas idosas resultam em maior número

de internações hospitalares e grande carga de doenças, aumentando com isso, a utilização dos serviços de saúde.

Nesse cenário, é fundamental que os serviços de saúde estejam alicerçados nos princípios e diretrizes do SUS para a contribuição com o envelhecimento ativo e saudável tal qual um ambiente social e cultural propício ao paciente idoso (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Portanto, os serviços de saúde devem atentar para as modificações físicas, psicológicas e sociais pertinentes à pessoa idosa, corroborando com o cuidado diferenciado. Não obstante a longevidade ser consequência da melhoria na área da saúde e das tecnologias, vale ressaltar que é necessária a atuação de políticas públicas, de forma eficaz, competente e regular, acompanhando essa ancianidade que cresce rapidamente, pois envelhecer requer solução e necessidades sociais dos governantes. Na área da saúde, a política mais evidente é o cuidado humanizado de enfermagem na aquisição do bem-estar das pessoas idosas (MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016).

Nessa conjuntura, levando em consideração os dados demográficos do envelhecimento e as principais comorbidades adquiridas pela população idosa<sup>3</sup>, ressalta-se que a Política de Saúde, tem um novo indicador de saúde desse segmento populacional, sendo este a capacidade funcional da pessoa idosa.

A capacidade funcional da pessoa idosa é a habilidade de exercer de forma independente e autônoma funções básicas como alimentar-se, locomover-se, cuidar da higiene pessoal; e funções complexas como trabalhar, ter lazer e praticar sua espiritualidade. (VERAS, 2015).

Dessa forma, a saúde para esse público, está estritamente relacionada à capacidade de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo, ou seja, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.

Quando se perde essa capacidade, tem-se uma nova realidade para o indivíduo e sua família e, portanto, um desafio que deve ser assumido pelo poder público através de Políticas de Saúde que atendem a esse idoso em situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade, como

---

<sup>3</sup> Doenças mais comuns que atingem pessoas maiores de 60 anos: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Câncer, Doença de Parkinson, Diabetes tipo 2, Demência, Alzheimer, Hipertensão Arterial. (HOGAN, 2018)

também, no que se refere a formulação e implementação de estratégias para o atendimento à saúde da pessoa idosa garantindo a estratificação de risco frágil.

#### 4.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

É importante salientar que foi através do Movimento de Reforma Sanitária, que o Sistema Único de Saúde foi pensado com as suas características delineadas desde a década de 1970, quando se começou o movimento mediante a articulação dos profissionais de saúde junto aos movimentos populares. (BRAVO, 2011)

Nessa conjuntura, os fundamentos defendidos por esses movimentos primavam pela democratização do acesso, Bravo (2011) aponta que a proposta tinha como principais fundamentos:

[...] universalização das ações, descentralização, melhorias da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade, equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como os conselhos e conferências de saúde. (BRAVO, 2011, p. 14).

Importante salientar que foi na VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 (VIII CNS/86), que as premissas que mais tarde delinearão o sistema de saúde brasileiro foram amplamente discutidas, segundo Aguiar (2015) os princípios filosóficos que norteiam a criação da perspectiva de um novo sistema de saúde estavam em constante debate nos fóruns do movimento sanitário nos anos 70 e início de 80 tendo como principal resultado na CNS de 86 a consolidação desses fundamentos.

Desta forma, a inserção da saúde a partir da perspectiva de direito sob o prisma da cidadania, perpassa a discussão da temática nas conferências e encontros, de caráter nacional e internacional, evidenciando as conferências de saúde como um importante espaço sociopolítico onde os movimentos sociais puderam consolidar as demandas por uma política de saúde que levava em consideração as particularidades, a necessidade da mudança do modelo médico assistencial privatista, afirmando a necessidade de ampliar o conceito de saúde e assim a responsabilidade do Estado na sua efetivação. (AGUIAR, 2015).

A partir da ampla discussão no CNS/86, a pressão dos movimentos sociais, da articulação do Movimento de Reforma Sanitária e do processo de redemocratização foi possível

a criação de um sistema de saúde de caráter universal que privilegia a concepção de cidadania. Mesmo com todos os limites que perpassam pela consolidação da política de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS é promulgado com as perspectivas delineadas na Reforma Sanitária, a qual orientou sobre o direito de todos os brasileiros e dever do Estado em relação à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

De acordo com Aguiar:

A sua inscrição na carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de formas significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautando-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos a todo território nacional. (AGUIAR, 2015, p.43)

A CF/88, no que concerne a área da saúde, expressa em grande parte as reivindicações do Movimento Sanitário. No artigo 196 da Carta Magna de 1988, a saúde ganhou significado como um direito de todos e dever do estado e, por conseguinte no artigo 198, o SUS é definido como:

um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, que segue os seguintes princípios: a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e a descentralização política administrativa (BRASIL,1990).

Partindo desse pressuposto, a saúde como direito deve ser pensada de forma ampla garantindo a todos os cidadãos acesso de forma universal, respeitando as particularidades locais e as formas socioculturais. Com a promulgação da lei 8.080 em 19 de setembro de 1990, que estabelece o SUS e regula o acesso a saúde no Brasil se dispõe, assim, as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, que os serviços de saúde foram organizados para atender as demandas da sociedade brasileira. Importante destacar nesse contexto que a lei 8.080 não se restringe apenas aos serviços assistenciais a saúde, mas compõe uma complexa rede de gestão que incorpora a vigilância em saúde, formação em saúde, desenvolvimento de pesquisa e tecnologias em saúde, dentre outros temas.

Os princípios e diretrizes expostos acima foram frutos dos debates e contemplaram as definições do anseio da sociedade civil e dos profissionais de saúde que lutaram pela efetivação de uma saúde nos parâmetros da justiça social. Bravo (2015), contudo, ressalta que junto ao

movimento de redemocratização também havia um outro projeto em andamento, segundo a autora “esse projeto tem como premissas concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto de reforma sanitária”(BRAVO, 2015, p.15), desta forma, sinalizando uma disputa entre o Movimento de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, esse segundo com configurações que delimitariam a política de saúde em construção no Brasil.

Desta forma, o SUS é formado a partir dessas duas legislações (8.080/90 e 8.142/90) que regulamentam todo o sistema de saúde brasileiro. Os princípios e diretrizes delimitam as ações e premissas para o sistema, conforme o Quadro 4 apresentado abaixo.

| <b>Princípios</b>     | <b>Definição</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Elementos de Constituição</b>                                        |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Universalidade</b> | É a garantia constitucional de acesso à população aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie.                                                                                   | Estrutura da sociedade<br>Perfil da saúde<br>Políticas Sociais          |
| <b>Equidade</b>       | Propõe que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de riscos e das condições de vida e saúde. | Princípios de justiça social<br>Corrigir iniquidades sociais e em saúde |
| <b>Integralidade</b>  | Está associado ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, a                                                                                                                                                          | Práticas profissionais de Saúde<br>Organização dos Serviços             |

|                                        |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | partir de uma perspectiva de articulação entre prevenção, promoção e recuperação em saúde em duas dimensões sendo elas horizontal (níveis de atenção) e vertical (cuidado em saúde na visão biopsicossocial) | Respostas governamentais                                                                                 |
| <b>Descentralização</b>                | Representa uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal.                                                     | Municipalização<br>Regionalização<br>Hierarquização                                                      |
| <b>Regionalização e Hierarquização</b> | O sistema de saúde organiza-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxo assistenciais estabelecido entre serviços, de modo a garantir assistência integrada e resolutiva a população.       | Alta e média complexidade<br>Serviços Especializados<br>Atenção Básica<br>Referência e contrarreferência |
| <b>Participação e Controle Social</b>  | É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participa do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua                        | Conferências de Saúde<br>Conselhos de Saúde                                                              |

|  |                                                            |  |
|--|------------------------------------------------------------|--|
|  | execução, em diversos níveis, desde o local até o federal. |  |
|--|------------------------------------------------------------|--|

Quadro 4- Princípios do SUS

Fonte: Sistematizada pela autora a partir dos estudos de Aguiar (2015)

O conjunto de princípios e diretrizes são essenciais para o entendimento da organização dos sistemas e as formas de atuação dos níveis governamentais na saúde, elaborando políticas, promovendo ações e programas que respondem às demandas da sociedade civil.

Os elementos reformam a complexa rede de atendimento socioassistencial proposta pelo SUS, tendo em sua gênese os princípios doutrinários e organizativos que postulam um atendimento à saúde nas premissas da concepção de uma oferta de serviços que evidenciem a necessidade da sociedade respeitando as particularidade de cada grupo, nessa mesma concepção entende-se que o direito a saúde deve ser assegurado sem distinção de raça, idade, religião, ideologia política, condições socioeconômicas e culturais.

Segundo Aguiar (2015):

Esses princípios apontam para a democratização nas ações de serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independente de contribuir ou não para previdência ou outros requisitos, organizando-se descentralizadamente, de modo a facilitar o acesso e a participação dos cidadãos nas decisões e nos rumos da política de saúde. (AGUIAR, 2015, p.50).

O SUS, a partir da sua regulamentação, caracteriza-se como um sistema que visa a viabilização de direitos a saúde, mas é importante ressaltar assim como aponta Bravo (2015) que ele se desenvolve em meio a um projeto real neoliberal que em muitas ações descaracteriza e impõe limites a efetivação desse projeto defendido pelo movimento de Reforma Sanitária, nesse sentido a autora afirma que na perspectiva neoliberal “a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2015, p. 15).

A partir do entendimento da disputa constante entre os ideários do movimento da Reforma Sanitária e do projeto neoliberal é possível caracterizar os limites impostos pelo segundo a efetivação do SUS mediante o desmonte das entidades representativas, os ataques

aos financiamentos e sucateamento das instituições que oferecem os serviços de atendimentos, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde.

Apesar de todos os limites que perpassam a consolidação e efetivação do SUS a organização do sistema garante atendimento de saúde a população brasileira, o qual acontece de forma sistematizada, descentralizada, hierarquizada e regionalizada conforme exposto nas diretrizes do SUS.

De acordo com Aguiar (2015) o sistema de saúde é organizado por níveis tendo a atenção básica como base desse atendimento, considerada como porta de entrada “[...] o acesso da população à rede de saúde deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde que chegam ao nível” (AGUIAR *apud* BRASIL, 1990, p.20).

De acordo com os princípios de regionalização e hierarquização do sistema, a atenção básica de saúde está na base do acesso e a partir dos objetivos, campo de atuação, competências e atribuições do SUS atua em um polo importante e privilegiado no sistema. Em relação aos objetivos do SUS podem-se destacar:

- a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) a formulação de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a redução de riscos das doenças e outros agravos;
- c) a execução de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à saúde. (BRASIL, LEI 8.080/90)

Os objetivos do SUS delineiam o ordenamento em todo o sistema, assim como o conjunto de ações que definem o campo de atuação. Vale destacar que as referidas ações estão voltadas para a vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador); atenção integrada; formação de recursos humanos para a área da saúde; formulação de políticas para produção de insumos e tecnologia, colaboração na proteção do meio ambiente, dentre outros. (AGUIAR, 2015, p.59)

No campo da atenção básica destacam-se as competências da esfera municipal, importante ressaltar que, de acordo com a lei 8.080/90, que define as atribuições comuns e as específicas das três esferas governamentais.

Destaca-se que todo o sistema de saúde está integrado em rede a fim de garantir a toda a população um atendimento conforme os princípios fundamentais do SUS, assim como

também ilustra a participação e o controle social mediante as conferências de saúde que exercem o poder de fiscalização do SUS, além de contribuir com as discussões das demandas populares de saúde. Vale ressaltar que, dentro da gestão do SUS, existe o fluxo organizativo onde a esfera nacional demanda para as outras esferas (estadual e municipal) e a esfera municipal responde as outras esferas (estadual e nacional) a partir de conferências que analisam as políticas instituídas pelo Ministério de Saúde e oferecem subsídios para a readequação e qualificação para o melhor atendimento em saúde, fazendo assim uma gestão organizada e ajustável às necessidades específicas de cada região.

Nessa perspectiva, Aguiar (2015) resalta que:

A rede regionalizada e hierarquizada permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalares em todos os níveis de complexidade. (AGUIAR *apud* BRASIL, 1990)

O atendimento em rede deve começar preferencialmente pela Atenção Básica – AB como um ponto estratégico para o atendimento da população, sendo responsabilidade do Município, conforme resalta o referido autor ao citar que “municipalizar a saúde significa reconhecer o município como principal responsável pela saúde da população” (AGUIAR, 2015, p. 53). Nesse sentido, as principais competências do gestor municipal, incluem:

[...] a gestão do sistema de saúde no seu município, com o planejamento, gerenciamento e a execução de serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados de serviço. Cabe ao município responsabilizar-se pela melhor política de saúde para o nível local, considerando-se sua maior proximidade e, conseqüentemente, maior conhecimento da ordem de prioridade e demandas da população local. (AGUIAR *apud* NORONHA *et al* 2008).

Importante ressaltar que, conforme exposto no esquema acima, as três esferas do governo têm responsabilidade com a efetivação da saúde, mas cabe a cada esfera exercer uma função específica dentro da gestão do SUS, cabendo ao município a gestão da AB.

Com relação à Atenção Básica do SUS, ela é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que tem como finalidade regulamentar a atenção básica dando as providências e diretrizes para a sua efetivação. Nesse sentido, a PNAB define a AB como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a AB tem como principal objetivo oferecer um conjunto de ações que garanta a promoção e prevenção da saúde, sendo ela a porta de entrada no atendimento na Rede de Atenção à Saúde - RAS, e entre seus principais fundamentos destaca-se: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. (BRASIL, 2017)

Importante evidenciar nessa perspectiva que a saúde como direito fundamental, tem o SUS como a Política de Saúde em vigência no Brasil, que caracteriza a PNAB como uma política estratégica para consolidação do direito à saúde por ser o principal instrumento na abertura dos serviços de saúde para a população geral, enquanto, a AB é porta de entrada e a responsável por fomentar toda a rede de atendimento.

Nesse sentido, Arantes e Senna (2012) analisando a saúde a partir a integralidade evidenciam que esses serviços se dividem em quatro dimensões que auxiliam no entendimento do serviço de saúde a partir da sua organização, sendo eles: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de atenção nos três níveis de assistência; articulação nas ações de promoção e prevenção e integralidade no processo. Esse conjunto de dimensão auxilia para o entendimento da integralidade dos serviços assim como pontuam as características de cada serviço na AB, como mostra a Figura 06.

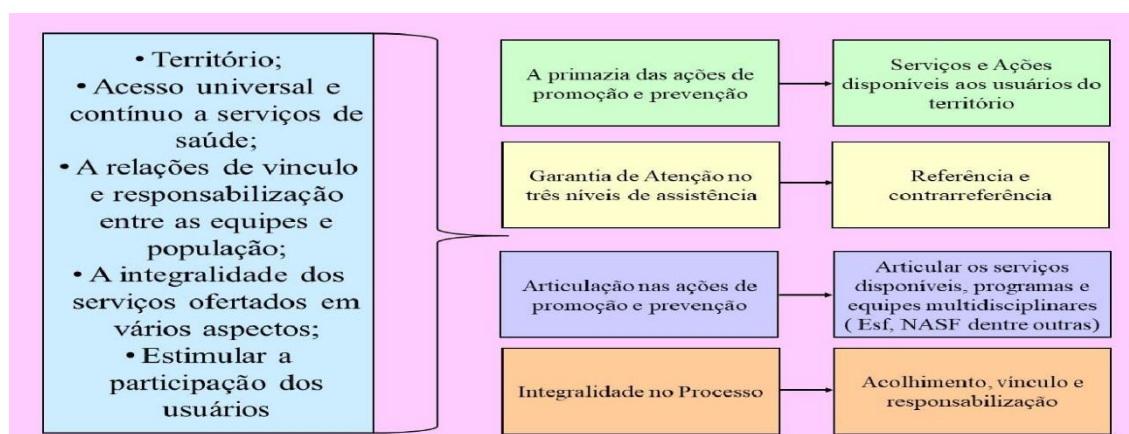


Figura 6- Fundamentos da AB e dimensões da integralidade

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos estudos da PNAB, Arantes e Senna (2012)

Nesse sentido, na perspectiva da integralidade no serviço, a PNAB busca atender o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural oferecendo os serviços a partir dos fundamentos apontados na Figura 6, evidenciando nesse processo o acolhimento, o vínculo e a responsabilização. Arantes e Senna (2012) ressaltam que esses são elementos chaves para um atendimento de qualidade no SUS, caracterizando o processo de trabalho como fundamental:

[...] envolvimento dos profissionais com o trabalho realizado, observando o tratamento respeitoso ao usuário, na escuta qualificada, na visão ampla do processo saúde doença, na busca de resolutividade das necessidades apresentadas, inclusive com resoluções intersetoriais. (ARANTES E SENNA, 2012, p.174)

As autoras fazem uma avaliação do atendimento do SUS na gestão municipal de um programa de pacientes de HIV/AIDS, ressaltando que os vínculos profissionais-profissionais, profissionais-usuários e profissionais-usuários-serviço ofereceram aos sujeitos o acolhimento, vínculo e a responsabilização necessários para um atendimento de qualidade, a exemplo dessa ação específica é possível caracterizar a importância da integralidade para a garantia do direito a saúde no processo de viabilização da PNAB, ressaltando nesse contexto as características socioculturais e especificidades para o acolhimento dos sujeitos usuários do SUS.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasce em 2006 em meio a um cenário de fortalecimento de direitos universais, onde os cidadãos iniciam o processo de empoderamento de si e da sua força frente a construção, revisão e aplicação das legislações. A busca e maior facilidade de acesso às leis, possibilita o reconhecimento de seus direitos e

deveres, e a sua importância na construção da sociedade desejada, entendendo que os direitos universais, garantidos pela Constituição de 1988, precisam ser respeitados, pois asseguram qualidade de vida a toda comunidade (BRASIL, 2006a).

No texto da PNAB, promulgada em 2006, temos o registro de seu processo de construção com destaque para a participação de representantes de todas as esferas da sociedade, destacando as necessidade do coletivo, garantindo a participação popular e o controle social, além de disponibilizar informações sobre o processo de trabalho, de delimitar as atribuições profissionais, de destacar a ESF como ordenadora da AB e suas especificidades, e enumerar as responsabilidades de cada esfera de governo, garantindo modos de financiamento e a materialização da infraestrutura. A PNAB anunciava que se fundamentava nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão (BRASIL, 2006a).

Estes eixos visavam a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica (AB) e organizadora das redes de atenção à saúde no SUS, destacando-se como o principal acesso, além de ser uma das principais políticas organizacionais da assistência à saúde no Brasil. Seu conteúdo reafirma a importância da promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a integralidade no cuidado ao buscar conhecer, compreender e se utilizar do contexto biológico, psicológico e social em que está envolvido o usuário do sistema (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a Atenção Básica à Saúde é expressa na Portaria 648 de 03 de março de 2006 como: “(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a).

Essa conceituação de AB imputa a garantia de acesso universal e integral dos usuários aos serviços de saúde. Sendo um dos mais eficientes caminhos para se chegar a esses objetivos, o incentivo, a formação e capacitação dos profissionais da saúde, pois eles se tornam multiplicadores do conhecimento e fortalecem a promoção da saúde e prevenção de agravos, por compreenderem que a proximidade com o usuário permite um conhecimento integral do indivíduo, perpassando por questões sociais e relações familiares, possibilitando uma antecipação frente a fatores de risco que podem levar ao adoecimento (BRASIL, 2006a).

A composição das equipes de saúde da família foi assim determinada: agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem; já a equipe de saúde bucal seria composta por cirurgião dentista, técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário. Cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40hs semanais (BRASIL, 2006a).

Considerando a dinamicidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado, a PNAB foi atualizada em 2012, ressaltando o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Traz a proposta de atuação multidisciplinar como aspecto estruturante para a atenção integral em saúde, mediante uma rede de atenção ordenada e resolutiva (BRASIL, 2012a).

Essa nova versão da política continua destacando a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, utilizando-se dos territórios adstritos como divisão territorial e populacional, capaz de possibilitar o acesso universal, contínuo, gratuito e singular a população da região. Dessa forma, facilita-se o fortalecimento dos vínculos e corresponsabilização pela atenção à saúde, por parte dos profissionais e da comunidade, como forma de ampliar a sua autonomia e exercitar o controle social (BRASIL, 2012a).

De uma forma geral, a PNAB (2012) fortaleceu a gestão através do financiamento tripartite e da informatização dos serviços, incentivou o controle social e a participação da comunidade através dos Conselhos Locais de Saúde, Ouvidorias e Pesquisas, intensificou as ações intersetoriais através do Brasil Sem Miséria, Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, da Política de Alimentação e Nutrição, além de estruturar, ambientar, reformar, ampliar e construir as unidades de saúde. (BRASIL, 2012a).

Em 2017, a PNAB é submetida a uma nova reformulação, tendo a Atenção Básica um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Duas novas diretrizes foram adicionadas a nova versão da PNAB, o cuidado centrado na pessoa e a longitudinalidade do cuidado. Com essas novas diretrizes, transparece a

necessidade de o usuário participar do seu processo diagnóstico e de tratamento, além de ser tratado como único, por meio do acolhimento da sua individualidade. Essas diretrizes são fortalecidas a partir da defesa da fixação de profissionais de saúde, garantindo a continuidade do trabalho por proporcionar a estabilidade profissional e possibilitar a inserção na educação continuada, além de promover a promoção da autoavaliação para as equipes (BRASIL, 2017a).

Nesta versão da PNAB, a ESF passou a ser composta por, pelo menos 1 médico, preferencialmente, especialista em saúde da família, 1 enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser incluído o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. (BRASIL, 2017a). A inclusão do ACE e compartilhamento de funções entre os ACS e ACE, foram destaque nas discussões sobre a última versão da PNAB, por agregarem mais funções aos dois profissionais e transformarem em uma única profissão (BRASIL, 2017a).

A PNAB (BRASIL, 2017a) apresenta pouco incentivo a educação continuada e fragmenta cargas horárias profissionais, além de descaracterizar a ESF como única estratégia ordenadora da AB. Todo esse cenário põe em risco a sustentabilidade do SUS.

No entanto, pontuar as alterações realizadas na PNAB, principalmente as alterações realizadas na versão de 2017, se faz necessário, para caracterizar as ações de retrocessos e as características impostas pelo projeto neoliberal na operacionalização da política, impactando diretamente no atendimento das famílias pela RAS.

Morosini *et al* (2018) aponta os elementos que fomentaram as alterações da PNAB em 2017 destacando nesse contexto “[...] o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.” (MOROSINI *et al*, 2018, p.15). Como principal instrumento desse processo destaca-se a emenda constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do teto dos gastos que trata principalmente do financiamento. De acordo com autor supracitado um dos principais resultados foram a desconstrução do SUS, a descredibilização do sistema para a população e a ampliação dos serviços do setor privado.

Nesse contexto, os principais temas que sofreram alterações na PNAB foram a cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política, apontando como resultado a flexibilidade na AB e a descaracterização dos preceitos descritos no SUS, sendo os principais

alterações acerca da diminuição da expansão da estratégia de saúde da família, a cobertura universal apenas para as áreas de vulnerabilidade social, flexibilidade nos parâmetros de acesso a cobertura, limitação do número de profissionais por equipe, sobretudo, dos agentes comunitários de saúde – ACS, a definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para AB, retomada da lógica da seletividade, alteração na composição dos profissionais das ESF, distribuição da carga horária dos trabalhadores da AB, a não obrigatoriedade do ACS nas ESF, a fusão de atribuições do ACS e ACE, fragilização do financiamento do SUS. (MOROSINI *et al*, 2018).

Sendo assim, os fatores apresentados oferecem subsídios para que se possa problematizar acerca de qual modelo de assistência está sendo desejado pela atual gestão, visto que, os princípios de universalidade e integralidade estão sendo afetados, a partir da fragilização dos vínculos, de padrões diferenciados que comprometem a qualidade dos serviços, da descaracterização dos modelos de equipe de saúde, da desvalorização dos profissionais de base, os ACS e os ACE e, dessa forma, impactando diretamente no desmantelamento do SUS e no desmoronamento da Atenção Primária. (MOROSINI *et al*, 2018).

#### 4.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os modelos de atenção à saúde no Brasil, desde a implantação do SUS, sofreram inúmeras intervenções transformadoras com o intuito da garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tão relevantes e indispensáveis do sistema de saúde (REHEM *et al.*, 2013).

O SUS possui uma ferramenta extraordinária que é a Atenção Primária à saúde (APS) considerado o alicerce fundamental do acesso e excelência das assistências em saúde prestadas à população (TORRES *et al.*, 2014; ALONSO *et al.*, 2018). Com algumas alterações desde a implementação do SUS, há alguns anos, estabeleceu-se a configuração de redes de atenção à saúde, onde a APS não se configura mais como a porta de entrada para o sistema como um todo. A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) reforça o sistema como modelo de atenção primária à saúde, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (BARRETO *et al.*, 2012; REHEM *et al.*, 2013).

A Atenção Primária pode ser conceituada como sendo um conjunto de ações, tanto em ações individuais quanto em grupo, norteadas em promoção à vida, proteção à saúde e prevenção de agravos, além de diagnosticar, tratar e reabilitar a população, com intuito de reintegração sociocultural (BRASIL, 2012). Esta concepção da Atenção Primária se elenca nos princípios da universalidade e acessibilidade do Sistema Único de Saúde, mas também se estabelece em outros princípios e diretrizes tão importantes quanto, como a coordenação do cuidado, o vínculo estabelecido, a continuidade do cuidado, a integralidade, a responsabilização da saúde, a humanização e a equidade. Para que as ações da APS sejam eficazes, cada uma das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui áreas adscritas geograficamente e, desta forma, com um diagnóstico situacional bem desenvolvido, gerencia as intervenções com as devidas especificidades (BRASIL, 2012).

Segundo Barreto, Nery e Costa (2012) a APS possui a característica de possuir o mais eficaz dispositivo para o SUS obter a fundamentação da universalização do acesso a saúde. Sem dúvida, que esta meta só será atingida quando serviços de assistência à saúde se encontrarem estruturados (BARRETO; *et al.*, 2012). Ocorreu um incremento substancial para o investimento no crescimento dos serviços de saúde ofertados pela ESF, podendo ser compreendido como um movimento benéfico para que a população possa realmente garantir o acesso a assistência à saúde (ALONSO *et al.*, 2018).

Uma das principais características da APS é o foco centrado no indivíduo, diferentemente do modelo biomédico que sobreleva a doença ou algum órgão. Assim, há um estabelecimento de vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde nas atuações rotineiras pelo longo dos anos. Através desta estratégia de relacionamento interpessoal, os prontuários representam um verdadeiro histórico familiar e individual, com dados e qualidade máxima, e, com esta excelência os profissionais de APS compreendem as nuances familiares e os atributos individuais de cada domicílio que faz parte de sua área adscrita (MACINKO *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, cronologicamente, o acesso aos serviços sempre foi um dificultador para uma boa qualidade dos serviços prestados em saúde, apesar da criação do SUS na década de 90. Desta forma, como tentativa de melhorar significativamente este acesso, foi desenvolvido e implementado o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2010). Esta evolução na assistência decorreu em detrimento a carência de práticas efetivas para atender as

demandas populacionais. Após alguns anos, este Programa foi alterado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), para melhor definir a sua complexidade (BRITO *et al.*, 2017).

Um bom indicador de acessibilidade aos serviços de saúde é a realização de consulta médica nos últimos 12 meses e este padrão pode ser utilizado até mesmo em comparações internacionais entre os diversos sistemas de saúde. As informações obtidas das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 no que se refere a esse indicador, com análises estatísticas sobre as variáveis idade, escolaridade, sexo, renda, doenças crônicas, plano privado e região do País, apresentaram como resultados que, em relação ao acesso à consulta médica da população brasileira, esta variável elevou-se paulatinamente. A consulta nos últimos 12 meses foi significativamente maior ( $p < 0,001$ ) por faixa etária mais elevada, com 84% para os usuários com 60 anos ou mais, e por doença crônica com 94% para os pacientes com uma ou mais doença crônica (MACINKO *et al.*, 2018).

As atuações mais enfáticas e inovadoras para a reorganização da APS convergem principalmente nas frações menos favorecidas da população dos municípios, embora sejam encontradas muitas complicações que podem ser somadas a descentralização da gestão da saúde no Brasil, onde se encontram municípios aderindo firmemente à expansão da ESF, enquanto outros não, permanecendo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional (MACINKO *et al.*, 2018).

A prática de promoção à saúde no Brasil segue este padrão frutífero, em outras palavras, a APS em confluência com a ESF. Esta comunhão permite os melhores caminhos de acesso para a população (BRASIL, 2012).

As necessidades por assistência à saúde se intensificam com o envelhecimento, portanto esta população progressivamente busca cada vez mais por estes serviços (DELLAROZA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013) e com este cenário se transforma em um momento ideal para o acolhimento efetivo com intervenções benéficas e certamente com um acompanhamento confiável a estes idosos por parte dos profissionais de saúde. Mas, para tal, é imprescindível favorecer o acesso e o usufruto destas instituições prestadoras de serviços em saúde (BARRETO *et al.*, 2015).

A conexão positiva entre os idosos e os profissionais de saúde se apresenta benéfica em diversos espectros que seguem, como intervenções de promoção à saúde com qualidade e

prevenção de agravos e comorbidades maiores (BARRETO *et al.*, 2015). A proximidade com a ESF permite a implementação de intervenções de promoções e atividades pautadas no aprimoramento da saúde, e essa integração possui relação direta com uma melhoria da qualidade de vida dos idosos e de suas famílias (MOREIRA *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Pacto Pela Vida foram instituídos no Brasil no ano de 2006, os quais fundamentaram as muitas necessidades desta população. Especialmente, em relação ao acesso dos idosos aos serviços de saúde, ficou estabelecido a importância da APS e dos demais níveis de atenção conforme sua complexidade. Além de que esta Política possui uma atribuição fundamental de permitir uma acessibilidade singular aos idosos com síndrome de fragilidade (BRASIL, 2006).

As dificuldades de acesso nos serviços da APS especificadas pelos idosos permitem proferir que esses serviços não têm funcionado tão efetivamente de modo equânime e nem como gestor da rede de atenção à saúde. Portanto, maiores investimentos e reforços no acesso seriam fatores ímpares para a melhoria da qualidade dos serviços e assim reduziriam as desigualdades de acesso e atendimento à saúde (PASKULIN *et al.*, 2011; BRITO *et al.*, 2017).

Em suma fez-se necessário desenvolver um olhar integral a respeito de melhorias de acesso dos idosos aos serviços de assistência à saúde, através de políticas públicas com ênfase na educação em saúde, na promoção da saúde, possibilitando a diminuição da fragilidade, a autonomia e elevando a qualidade vida dos idosos (VERAS, 2012; BARBOSA *et al.*, 2019).

#### 4.6 RAS

Foi no contexto de enfrentamento aos desafios da saúde pública no Brasil, que ocorreu a estruturação da RAS, principalmente como resposta aos problemas de financiamento e integração do SUS.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa (2007, p. 7) “é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo.” Sendo assim, a RAS precisa estar estruturada e capacitada para este fim.

Quanto a organização da RAS, a Portaria 4.279/2010 estabelece as diretrizes, “A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de

diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

Uma vez que “os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população [...], ao se discutir uma proposta de organização do [...] SUS, deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira” (MENDES, 2010, p. 2298).

Conforme elucida a própria Portaria n. 4.279/10, o atual perfil epidemiológico brasileiro é caracterizado por uma complexa tripla carga de doença, que abarca três realidades muito diferentes:

- i) a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e de desnutrição, bem como de problemas reprodutivos com mortes de mães e de óbitos infantis por causas tidas como evitáveis, tudo segundo características típicas de países subdesenvolvidos;
- ii) o desafio das doenças crônicas, acentuado pelo processo de transição demográfica brasileiro com o envelhecimento e maior longevidade da população, junto com o aumento de fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo; e
- iii) o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito.

Para enfrentar os problemas de integração e financiamento e ainda adequar a atenção ao perfil epidemiológico que se apresenta na população, a proposta é organizar a RAS tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede — de forma coerente, aliás, com as bases do SUS. A portaria alude a experiências anteriores de organização de redes com foco e coordenação da APS como mecanismo de superar a fragmentação sistêmica e que foram também bastante eficazes na alocação de recursos e capazes de enfrentar o perfil epidemiológico e socioeconômico encontrado no país. Assim, a APS ganhou papel central na portaria n. 4.279/10, sendo a grande articuladora de toda a atenção à saúde no SUS, além de ser a porta de entrada dos usuários ao sistema. Entretanto, no arranjo em rede, todos os pontos de atenção são considerados igualmente importantes, diferenciando-se apenas em relação às suas finalidades e densidades tecnológicas que os caracterizam.

A regionalização ordena a descentralização e são os municípios que prestam os serviços em APS dentro do território. Como já dito, eles têm grande autonomia e papel central na criação, contratação de profissionais e execução das estruturas de atenção primária do sistema, estando

organizados conforme regiões de perfil similar. Cada região pode receber tratamento (e financiamento) distinto dentro do sistema, a depender da quantidade e do perfil de sua população e de suas necessidades territoriais específicas. As regiões devem ter polos onde os serviços de maior complexidade se concentram conforme a demanda, de forma que o indivíduo não necessite se deslocar corriqueiramente para as capitais dos Estados, que muitas vezes são distantes de onde reside e já sofrem com demanda excessiva por seus serviços. Tudo isso de forma a simplificar e agilizar o acesso, aumentar a resolutividade das demandas e gerar economia de escala e escopo.

Para atender à integralidade da atenção e melhorar a integração com o Sistema Complementar, os entes federativos também têm à disposição a contratualização para complementar a rede. Mais do que a simples contratação fragmentada de serviços da rede privada ou de entidades da administração pública, a contratualização envolve um esforço em rede, de corresponsabilização e de monitoramento do cumprimento de metas e objetivos previamente pactuados. Segundo a portaria, a RAS deve ter integração vertical e horizontal similar à de uma cadeia produtiva que segue os preceitos advindos da teoria econômica. Dessa forma, equilibra-se a concepção de um projeto de saúde universal e integral próprio de Estados de Bem-Estar Social com a realidade de recursos escassos de um país em desenvolvimento.

Efetivamente, diversos estudos reportam que redes de atenção baseadas na APS que foram implantadas em outros países conseguiram reduzir a necessidade da atenção hospitalar e a ocupação de leitos hospitalares, gerando economia de recursos ao sistema e desafogando as esperas nas internações. Ao mesmo tempo, a implantação das redes aumentou a satisfação da população com a assistência prestada e a percepção de seu próprio estado de saúde. Em análises de custo-efetividade, há também relatos de aumento na qualidade de anos de sobrevida. Por fim, reporta-se melhora na relação entre os usuários e os profissionais de saúde, com maior satisfação desses profissionais e ganhos na obtenção de informações sobre as condições clínicas dos pacientes que auxiliam no tratamento, principalmente de condições crônicas (MARSTELLER, 2014).

Contudo, a RAS, principalmente durante o período da sua construção, é cara e exige grande investimento para ser implantada, ainda que em longo prazo possa significar redução de custos. Sem o necessário empenho e significativo investimento, a rede pode se perder em nós mal atados e ligações inexistentes.

Em relação à gestão dos recursos, a portaria destacou a importância de economias de escala e escopo, que ganharam status de fundamentos da RAS. Na integração, forte ênfase foi dada à resolutividade das demandas (inclusive com fixação de metas e de instrumentos de avaliação dos resultados), no compartilhamento de informações entre as unidades e instituições de saúde (que devem receber o aparato tecnológico necessário para tanto), na articulação e fusão delas sempre visando, novamente, gerar economia de escala e escopo. Ainda, concebeu-se a organização em rede de forma a compreender a integração do próprio usuário no processo, mediante o incentivo da sua autonomia e da tomada de decisões compartilhadas no seio do projeto terapêutico.

A proposta parece muito adequada para endereçar as peculiaridades da demanda por saúde no Brasil e também para enfrentar grandes problemas do SUS. A portaria chegou a inovar, muito positivamente, no quadro normativo brasileiro ao ressaltar duas das grandes demandas da bioética: o respeito aos valores e decisões do usuário como forma de integrá-lo ao tratamento e à rede em si; e os cuidados paliativos, que ganham estímulo, bem como a avaliação da qualidade de vida conforme viés do próprio usuário. No entanto, estudos realizados no Brasil, antes mesmo da publicação da Portaria, já apontavam como grandes dificuldades para a consolidação das RAS no país:

- 1) hegemonia de uma cultura organizacional e de técnicas voltadas para sistemas fragmentados;
- 2) equipes técnicas insuficientemente capacitadas e lideranças não motivadas para promover mudanças;
- 3) inexistência ou insuficiência de sistemas logísticos de suporte às redes;
- 4) políticas de investimento e marco jurídico-legal inadequados para o propósito de consolidação de redes (SILVA, 2008, p. 125).

Em relação ao quarto tópico, a Portaria n. 4.279/10 veio adequar o marco jurídico. A norma, entretanto, guarda algumas omissões de conteúdo: perdeu-se a chance de definir com maior precisão a regionalização, por exemplo. Também não está claro o quanto a portaria foi discutida com a população, de forma a atender ao princípio da participação social. Ainda, tecnicamente, a norma tem estrutura e características formais que a distanciam de um bom texto legal (vide a Lei Complementar n. 95/98, que dispõe sobre a redação e elaboração de textos legais), o que pode afetar sua compreensão e eficácia enquanto texto normativo. Mas, mesmo

com essas falhas e omissões, a simples existência de regulação e formalização da RAS já é um grande passo em direção à resolução do problema enumerado no último dos tópicos acima.

Ainda sobre esse tópico, a Lei Complementar n. 141/12 está dando mostras de não ter conseguido de fato realizar grande mudança na política de investimento em saúde, obrigando que determinados percentuais fossem aplicados exclusivamente no setor. Gestores às vezes justificam gastos diversos como se em saúde fossem, já que realmente diversas estruturas e ações podem implicar benefícios indiretos na saúde da população. Falta informação e a fiscalização da destinação dos percentuais também é insuficiente. Dessa forma, mesmo após a promulgação da tão esperada lei, persiste a necessidade de investir mais em saúde no país e de cuidar para que esse investimento seja de qualidade.

Já a fragmentação do sistema persiste, não apenas na cultura dos gestores e técnicos da área como enumerado acima, mas como um espelho da mentalidade da própria população. Em relação à capacitação e às boas lideranças, também é histórica a pouca importância dada à educação no país. O baixo investimento em educação afeta, de um lado, a população, que, além de não ser bem informada quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde, sequer tem informações mínimas sobre como se comportar diante do sistema de saúde. Em razão disso, dentre outras questões problemáticas, usuários acabam atravessando toda a rede, iniciando o acesso ao sistema pelos superlotados serviços de pronto-atendimento e emergência dos hospitais.

É patente que o marco teórico-jurídico não realiza mudanças práticas por si só. Para a efetivação da RAS, é necessário grande suporte financeiro e, também, mudanças na mentalidade da população, gestores e profissionais de saúde. Tal mudança fundamentalmente requer longo trabalho de capacitação profissional e investimento em educação, tanto dos profissionais quanto da população em geral.

Mendes (2011, p. 71) destaca que as RAS são uma resposta à crise contemporânea dos sistemas de saúde, um movimento universal, sustentado em evidências. Para o autor, “os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima.”

Ele considera, ainda que, a situação considerada "ótima" nas RAS nos é dada a partir da ‘concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos.’ (MENDES, 2011)

## 5 O USO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

### 5.1 CONCEITUAÇÃO DE FRAGILIDADE, DE CAPACIDADE FUNCIONAL E DE INCAPACIDADE

É fato que o crescimento demográfico da população idosa ocorre em ritmo acelerado no Brasil, em um cenário composto por diferenças socioeconômicas e regionais (NEUMANN *et al.*, 2018). O conhecimento dessa realidade e do perfil dos idosos implica o planejamento do cuidado e da assistência integral à pessoa idosa, tendo em vista que as condições de vida se relacionam diretamente com a saúde e a qualidade de vida do indivíduo (LEAL *et al.*, 2020).

Nesse contexto, ao traçarmos um panorama da população idosa no território nacional, observa-se uma distribuição heterogênea desses indivíduos entre as distintas regiões do país, configurando prioridades diferentes entre elas. O Brasil conta com uma maior proporção de pessoas com idade superior a 60 anos nas regiões Sul e Sudeste, e um predomínio de mulheres em todo o território, o que está associado às diferenças globais de expectativa de vida entre os gêneros. Aponta-se que o perfil do idoso brasileiro tem uma preponderância de indivíduos brancos, moradores da zona urbana, com baixa escolaridade (média de 6 anos de estudo), que ocupam papel de destaque no arranjo familiar e contam com renda inferior a um salário mínimo. Quanto à renda, a maioria dos idosos depende de valores provenientes de programas de previdência pública, principalmente os idosos das regiões Nordeste e Norte (TRAVASSOS *et al.*, 2020).

Quanto ao perfil epidemiológico desse segmento populacional, destaca-se uma elevada prevalência de DCNT, que impacta fortemente as condições de morbimortalidade do país (SOUZA *et al.*, 2018). Entre elas, as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias e o diabetes mellitus são responsáveis por cerca de 72,6% dos óbitos nacionais, sendo as maiores causas em todas as regiões brasileiras (MALTA *et al.*, 2019).

Essas enfermidades e seus agravos podem ter implicações importantes na qualidade de vida do idoso devido à elevada morbidade e aos riscos de incapacidades, além de também aumentar a utilização do sistema de saúde. No Brasil, as doenças crônicas relacionam-se com

as condições sociais desfavoráveis dos idosos, sendo predominantes em indivíduos mais pobres e mais vulneráveis aos fatores de risco (MALTA *et al.*, 2017).

Nesse cenário, Melo *et al.* (2019) apontam que os idosos brasileiros apresentam uma elevada prevalência de multimorbidades (variando entre 30,7% à 57,0%), descritas como a presença de duas ou mais doenças crônicas. Além disso, essas condições relacionam-se com questões socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e aspectos familiares do idoso. Dentre essas enfermidades, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são as doenças comuns e podem levar à incapacidade funcional dos idosos (MOTA *et al.*, 2020).

Ambas constituem fatores de risco para a insuficiência renal, as doenças cardíacas e cerebrovasculares, e apresentam altas taxas de morbimortalidade, com repercussões socioeconômicas e comportamentais na população idosa (BARRETO *et al.*, 2015; DIEL *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) assume que os idosos estão entre os grupos populacionais com maior vulnerabilidade e reconhece a heterogeneidade dessa população, como também a complexidade das demandas de saúde trazidas pelos idosos, apresentando diretrizes para uma Atenção Integral à saúde do idoso (BRASIL, 2006). No entanto, apesar dos avanços preconizados na PNSPI, a operacionalização efetiva ainda representa o principal desafio a ser superado (DIAS E PAIS-RIBEIRO, 2018).

Assim, observa-se que o processo de envelhecimento tem um caráter dinâmico, pois resulta de complexas interações entre os fatores genéticos, ambientais, comportamentais e um gradual declínio biológico que pode levar o indivíduo a uma maior vulnerabilidade a doenças (SOUSA *et al.*, 2013).

Essas mudanças relacionadas à velhice podem produzir demandas complexas de saúde, como a Síndrome da Fragilidade (DENT *et al.*, 2019).

O termo fragilidade é utilizado pela Política de Saúde, para representar o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa a desfechos adversos, tais como a própria capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter-se independente e autônomo. Além de outros como por exemplo, o risco de institucionalização ou morte. O conceito de fragilidade não é novo, porém, é recente a sistematização das informações que possibilitam a indicação de que uma pessoa idosa está em classificação, pela política de saúde, de risco frágil.

Além do conceito disposto na PNSPI, alguns autores também se detiveram sobre este conceito:

Destaca-se Fried (2001), que propôs o termo “*frailty*” para representar uma síndrome geriátrica de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida a situações que causem estresse. Essas condições resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Este conceito foi operacionalizado em um instrumento conhecido como Fenótipo da Fragilidade, que se caracteriza pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso involuntária; auto relato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e mobilidade reduzida. Neste pressuposto, a presença de três ou mais critérios na pessoa idosa definiu a classificação de risco frágil e, a presença de dois critérios, definiu a pessoa idosa com classificação de risco pré-frágil. As pessoas idosas que não apresentaram nenhum destes parâmetros, são classificadas como robustas.

Ante ao conceito citado, imprescindível para este estudo, é o de Capacidade Funcional, considerado como um novo paradigma de saúde, sendo levado a pauta no Brasil pela PNSPI, e definido pela OMS desde a década de 1990, fazendo parte, daí em diante, de uma conceituação necessária nas políticas públicas voltadas para o envelhecimento no mundo e, que se traduz, pela “autonomia”, que se refere à capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões, e pela “independência”, definida como a capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. Devendo ser discutido e reavaliado constantemente na área da Saúde pois irá determinar os demais conceitos presentes na avaliação de funcionalidade da pessoa idosa e demais estratificações de risco.

A incapacidade funcional, contudo, e em consonância com o CAB nº 19 (p. 37-38, 2007), seria a dificuldade ou necessidade de ajuda para executar atividades no dia-a-dia, que se constituem em dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) que estão relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador, como conseguir se alimentar, se banhar, se vestir, se mobilizar, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas e; as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que estão relacionadas à participação no entorno social e indicam a capacidade de se levar uma vida independente dentro da comunidade, como poder utilizar meios de transporte, manipular ou tomar medicamentos, fazer compras,

fazer tarefas domésticas leves e pesadas, usar o telefone, preparar suas refeições e cuidar das próprias finanças.

A incapacidade é, portanto, um processo de “evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos”. (CAB nº19, p.39, 2007)

A avaliação de incapacidades, Figura 7, é um dos pareceres que podem ser realizados na APS a partir do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de analisar a capacidade Funcional do idoso e se há necessidade ou não de auxílio de terceiros para o cuidado com ele.

| 4. INCAPACIDADES                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PONTUAÇÃO:</b><br>As respostas positivas (“sim”) valem 4 pontos cada. Todavia, a <b>pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos</b> , mesmo que a pessoa idosa tenha respondido “sim” para todas as perguntas. |                                                                                                          |
| <b>Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b>                                                                                                                                   |                                                                                                          |
| Sim. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/>                      |
| <b>Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?</b>                                                                                             |                                                                                                          |
| Sim. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/>              |
| <b>Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?</b>                                                                                                                         |                                                                                                          |
| Sim. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/>           |
| <b>Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?</b>                                                                       |                                                                                                          |
| Sim. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> |
| <b>Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?</b>                                                                                                                          |                                                                                                          |
| Sim. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                     | Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/>            |

Figura 7- Avaliação de Incapacidades.  
 Fonte: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2014, p. 20)

Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), normalmente, podem afetar a capacidade funcional de pessoas idosas. “Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.” (CAB, Nº19, p. 09, 2007)

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde “Envelhecimento e Saúde” (OMS, 2015), pessoas idosas possuem grande diversidade quanto a autonomia e capacidade funcional, por exemplo, uma pessoa de 80 anos pode ter capacidades físicas e mentais de um jovem de 20 anos, já um idoso de 60 anos, pode necessitar de ajuda para realizar tarefas simples. As políticas públicas para este segmento que se compõe de forma tão diferenciada, precisam

garantir um sistema de saúde adequado, com cuidados contínuos, articulando a Rede de Proteção Social e criando na sociedade um ambiente favorável sem estereótipos como o idadismo/ageísmo ou de fardo/encargo social.

As pessoas idosas comprovadamente, através de pesquisas e estudos econômicos mundiais, contribuem com a economia de seus países, sejam de alta, média ou baixa renda, como no caso dos países africanos.

A OMS (2015) pondera que o foco das políticas públicas precisa mudar, entendendo que gastos em saúde devem ser vistos não como custos, mas sim, como investimentos, que garantem direitos fundamentais, isto é, saúde, assistência social, educação, entre outros, que são uma obrigação do estado e da sociedade civil de um país.

A OPAS (p. 26, 2021) considera como Envelhecimento Saudável “um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida.”

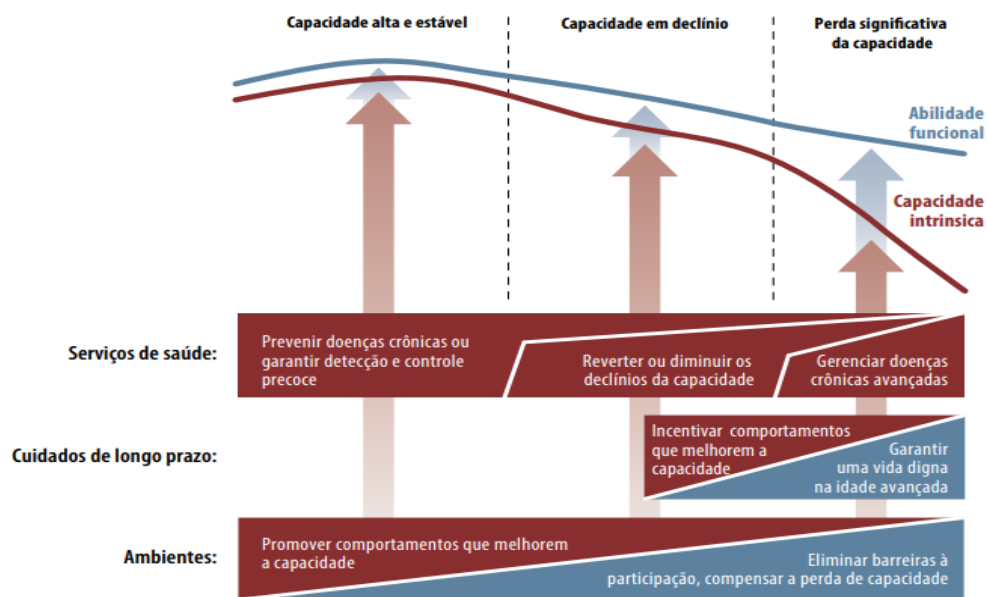


Figura 8- Atenção à saúde para o “Envelhecimento Saudável” durante o ciclo de vida.

Fonte: Relatório da OMS (2015, p. 15)

Para alcançar o Envelhecimento Saudável durante o ciclo de vida, nas sociedades mundiais, é primordial que sejam incorporados novos conceitos de saúde, que urgem serem definidos não somente pela prevalência ou ausência de doenças, mas pelo impacto que essas

condições ou necessidades causam na funcionalidade e no bem-estar das pessoas mais velhas. E de acordo OMS (2015), como representado na Figura 5, é necessário serviços de saúde que irão prevenir DCNT, garantindo capacidade alta e estável, cuidados a longo prazo quando a capacidade entrar em declínio e a garantia de ambientes na promoção de comportamentos que melhorem a capacidade. Ente estes o conceito mais relevante, para conhecimento e qualificação profissional na área de pessoas idosas, é o de CF, capacidade/habilidade funcional. (OMS, 2015).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa (2007, p. 7) “é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo.”

Destaca-se, também, como um dos conceitos mais atuais sobre a classificação de risco da fragilidade da pessoa idosa, Gobbens (2010), o que o autor define como uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual. Desse modo, culminam com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos adversos, como por exemplo, o declínio funcional, as quedas, múltiplas hospitalizações, a institucionalização e a morte.

A fragilidade é entendida como uma síndrome clínica de múltiplas causas, caracterizada pela diminuição da força, resistência e redução das funções, o que aumenta a vulnerabilidade individual para o desenvolvimento da dependência e/ou morte.

Nos últimos anos, o conceito de Fragilidade ganhou maior destaque nas discussões científicas e sociais, devido a necessidade de uma melhor compreensão da saúde e do estado funcional da pessoa idosa (LOURENÇO *et al.*, 2018). Segundo Rodríguez-Añas *et al.* (2012), não há consenso quanto à definição da fragilidade, entretanto, os especialistas concordam que a fragilidade é uma síndrome multidimensional.

A Síndrome da Fragilidade se caracteriza como um estado de extrema vulnerabilidade aos estressores endógenos e exógenos expondo a pessoa a um maior risco de desfechos negativos relacionados à saúde (FHON *et al.*, 2018). A fragilidade representa um estado inespecífico de risco aumentado de eventos adversos de saúde e mortalidade, considerada frequente com o envelhecimento. O estudo da fragilidade está em progresso ganhando cada vez

mais destaque nas discussões científicas e sociais à custa da necessidade de uma melhor compreensão da área da saúde, devido ao envelhecimento ser constituído como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e determinantes sociais (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, como consequência da transição demográfica e epidemiológica, a fragilidade tem se tornado uma epidemia que afeta as pessoas idosas tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Na população idosa, os indivíduos frágeis são os que mais necessitam de acesso e cuidado de saúde, assim, nessa perspectiva, a fragilidade pode ser utilizada como um potencial organizador de gerenciamento da saúde da pessoa idosa (TELLORODRÍGUEZ; VARELA-PINEDO, 2016).

Historicamente, a fragilidade começou a ser identificada na década de 1970, nos EUA, quando o termo foi utilizado por órgãos governamentais para descrever a “pessoa idosa com condições socioeconômicas desfavoráveis, que apresentasse declínio físico e/ou cognitivo” (DUARTE; LEBRÃO, 2017, p.1803). A partir do desenvolvimento de estudos longitudinais foi possível observar que muitos idosos alcançavam a velhice em boas condições de saúde e funcionalidade, assim o conceito ser frágil foi gradativamente substituído por se tornar frágil (FRIED *et al.*, 2010).

Sendo assim, no decorrer dos anos, muitos pesquisadores passaram a buscar a definição, e a partir de um consenso e de estudos primários sobre fragilidade, passou-se a sugerir a existência de um quadro de síndrome (TELLO-RODRÍGUEZ; VARELA-INEDO, 2016). A Síndrome de Fragilidade, que apresenta influência de determinantes diversos, e embora relacionados, é independente da presença de multimorbidades, incapacidade e vulnerabilidade social, o que impediria uma única definição (MORLEY *et al.* 2013).

Posteriormente, a SF passou a ser compreendida como uma precursora de declínio funcional, morte precoce e evidências étnicas e culturais (FRIED *et al.*, 2010). Com isso, entre vários modelos conceituais, as suas principais definições surgiram ao longo dos anos. Uma das primeiras e principais definições foi descrita no estudo de Rockwood *et al.* (1994) no qual a SF é definida como um modelo dinâmico de ganhos e perdas, um modelo que a pessoa idosa pode ganhar com aspectos relacionados a atitudes e práticas saudáveis e perder com a presença de incapacidades e dependências ligadas a suas condições de saúde.

Mais tarde, um grupo de pesquisadores definiram a fragilidade “como uma síndrome biológica de diminuição da reserva e resistência aos estressores, resultantes de declínios acumulados em vários aspectos fisiológicos e causando vulnerabilidade a efeitos adversos” (FRIED *et al.*, 2001, p.146). Esse conceito distingue fragilidade de incapacidade, a SF implica em um processo de declínio energético que inclui perda de massa muscular, taxa metabólica, força, energia e diminuição na mobilidade da pessoa idosa (FRIED *et al.*, 2010).

Bergman e colaboradores (2004) também definiram a fragilidade como um conjunto de resultados adversos decorrentes de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Morley *et al.* (2006) consideraram a interação de doenças com os processos fisiológicos que ocorrem durante o envelhecimento do ser humano. Para Bandeen Roche *et al.* (2006) trata-se de um grupo de sinais e sintomas que, em conjunto, caracterizam uma anormalidade.

Nesse cenário, segundo Rodríguez-Mañas *et al.* (2012), embora não haja um consenso quanto a sua definição, após estudo sobre Definição-Consenso de Fragilidade, notou-se que os especialistas concordam que a Fragilidade é uma Síndrome multidimensional caracterizada por um estado de extrema vulnerabilidade que pode causar prejuízo funcional, nutricional, mental e cognitivo, dentre outros desfechos.

Percebe-se que a literatura descreve inúmeros fatores que contribuem para a fragilidade, e as discussões inerentes a SF reforçam que ela não é vista como uma doença que pode receber uma classificação, mas sim um estado de vulnerabilidade como um marcador prognóstico da saúde da pessoa idosa, um alerta de que aquele indivíduo requer cuidados especiais e que o seu risco para um evento adverso mais grave é extremamente expressivo (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

Nesse sentido, no que se refere a uma avaliação da fragilidade, os autores supracitados consideram a avaliação em diferentes aspectos e contextos, sejam eles culturais, econômicos e clínicos. Diante disso, os dois modelos mais aceitos na literatura sobre a definição da fragilidade e avaliação são: o modelo “fenótipo” da pesquisadora Fried dos Estados Unidos, no qual a fragilidade é vista por meio de cinco critérios físicos (lentificação de marcha; fraqueza muscular; perda de peso; exaustão e inatividade física) e o modelo “acúmulo de déficit” do pesquisador Rockwood no Canadá, que extraiu esse modelo por meio de um estudo de coorte com mais de dez mil pacientes, que avaliou múltiplos fatores (avaliação geriátrica ampla; multidimensional;

mais abrangente e múltiplas doenças) (FRIED *et al.*, 2001; MITNITSKI; MOGILNER; ROCKWOOD, 2001).

Apesar da avaliação de fragilidade ser recomendada, muitas vezes não é realizada, em termos da avaliação por profissionais nos serviços de saúde, por isso a importância e a necessidade dessa avaliação no ambiente da atenção primária à saúde. Em estudo de consenso em que diversos pesquisadores que trabalham com esse tema interessados no cuidado e diagnóstico de pessoas idosas, passaram a considerar a fragilidade como uma síndrome de importância médica; que pode ser identificada e tratada; se destacou a existência de exames de rastreio disponíveis e recomendou-se que pessoas com mais de 70 anos deveriam ser rastreados (MORLEY *et al.* 2013). Assim, Dent *et al.* (2017) propuseram a criação de comitês regionais de apoio às diretrizes baseadas em evidências, mediante ao uso de ferramentas de medição validadas para identificar a fragilidade.

No consenso brasileiro de fragilidade publicado no ano de 2018, os pesquisadores descreveram os três modelos conceituais: a fragilidade representa um aumento de vulnerabilidade fisiológica; o acúmulo de déficits e o conceito multidimensional, por fim abordaram que instrumentos de aferição são baseados, sobretudo, na presença de incapacidade funcional e defenderam a importância de todos os profissionais da saúde que assistem a pessoa idosa conhecerem a SF e suas consequências (LOURENÇO *et al.*, 2018).

Esses consensos valorizam a utilização de instrumentos simples, rápidos e factíveis para o uso na clínica geral, especialmente no contexto da atenção primária à saúde (MORLEY *et al.*, 2013; DENT *et al.*, 2017). Partindo desse pressuposto, o maior risco para a instalação da SF é a influência de fatores como as condições econômicas desfavoráveis, o baixo nível de escolaridade e a pobreza. E essas questões inerentes às condições de vida da população idosa tornam a SF um grande problema de saúde pública (MIYMURA *et al.*, 2019).

O CREASI – Centro de Referência à Saúde do Idoso é a referência estadual na Bahia para assistência à população senil, promovendo uma atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia, através da avaliação multidimensional. Utiliza como critério de inclusão a Classificação de Risco Funcional, através de uma ficha específica, figura abaixo, recebendo idosos com classificação a partir dos estratos 4 até o 10 (idoso em risco de fragilização ou idoso frágil), devendo a ficha ser encaminhada por um profissional de saúde da família (enfermeiro,

médico ou dentista). A solicitação deve ser via e-mail: [sesab.creasi@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.creasi@saude.ba.gov.br). (Coordenação de Referência à Saúde do Idoso, CREASI/SESAB-Ba, 2022).

Seu principal objetivo é garantir a manutenção ou recuperação da saúde física, mental e funcional da pessoa idosa, adequando seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar. Suas diretrizes são pautadas na PNSPI, Promoção do envelhecimento saudável; Manutenção da capacidade funcional; Assistência às necessidades de saúde do idoso; Reabilitação da capacidade funcional comprometida; Capacitação de RH especializado; entre outras.

O CREASI, também propicia a formação de profissionais para atuação em equipes interdisciplinares em outros locais da RAS, principalmente, no interior do Estado, estimulando e apoiando o ensino e a pesquisa nas áreas da Geriatria e da Gerontologia.

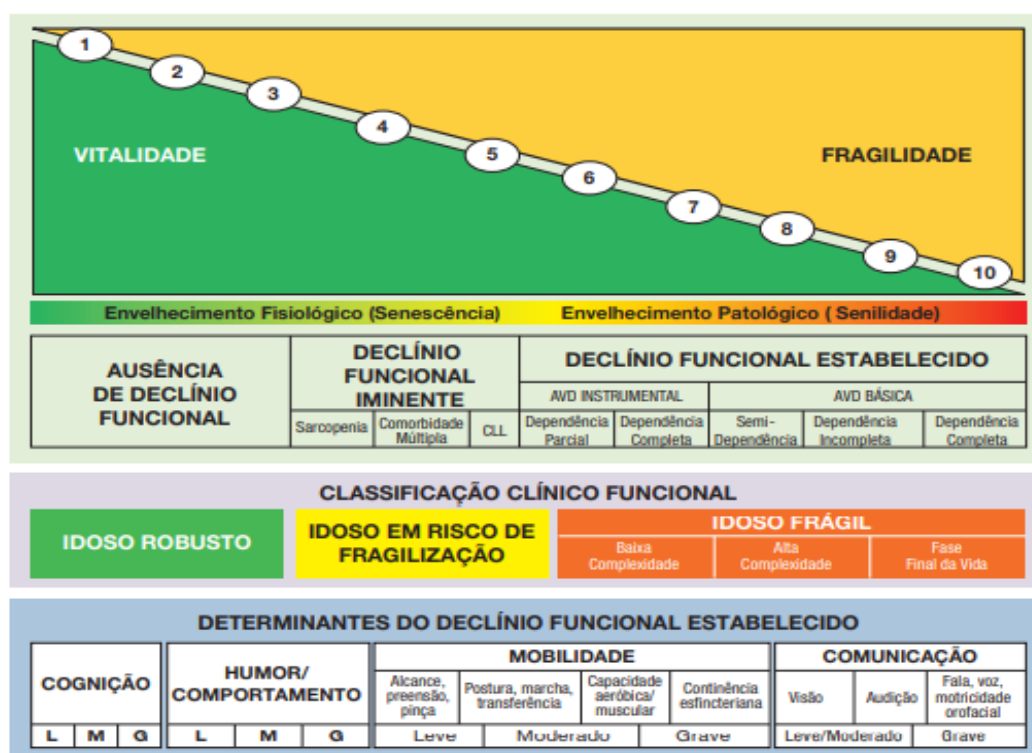


Figura 9- Estratificação de Risco Funcional

Fonte: Coordenação de Referência à Saúde do Idoso, CREASI/SESAB-Ba (2022)

A estratificação clínico-funcional ou classificação de risco funcional, baseia-se na funcionalidade (dependência ou independência para AVD avançadas, instrumentais e básicas)

e na presença de fatores de riscos, doenças e comorbidades múltiplas, além da heterogeneidade funcional.

Três grupos determinam o status do idoso:

Idoso robusto: estratos 1,2 e 3; encontram-se em plena condição de realizar suas atividades, saúde mental e motora estão em atividade.

Idoso em risco de fragilização: estratos 4 e 5; possui sarcopenia que resulta em (fenótipo, identificação da marcha, circunferência da panturrilha e emagrecimento frequente), e comorbidades múltiplas, que resultam em (polipatologia, polifarmácia e internação recente).

Idoso frágil: estratos 6, 7, 8, 9 e 10: reúne a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa (Coordenação de Referência à Saúde do Idoso, CREASI/SESAB-Ba, 2022).

De maneira específica, o termo fragilidade vem sendo utilizado por profissionais da especialidade de geriatria e gerontologia para caracterizar o estado que leva a pessoa idosa a apresentar um elevado risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização e morte (FRIED *et al.*, 2001; MIYMURA *et al.*, 2019). Sendo assim, idosos em situação de fragilidade tem maior necessidade de cuidado, mostrando a importância do avanço na detecção e prevenção das condições de saúde, na identificação da prevalência de fragilidade nas pessoas idosas (FREIRE; CALÁBRIA, 2019), assim como também, é relevante considerar os fatores de risco como o isolamento social, comprometimento cognitivo, depressão e baixa condição socioeconômica (MIYMURA *et al.*, 2019).

Quanto à Síndrome da Fragilidade, ainda se observa a ausência de uma conceituação padronizada e os modelos operacionais são bastante variados na literatura especializada. Apesar disso, fica bem estabelecido pelos autores o impacto da Síndrome da Fragilidade sobre a qualidade de vida dos idosos, caracterizando um estado de alta vulnerabilidade para desfechos adversos como incapacidade funcional, queda, hospitalização e morte. (CHEN *et al.* 2014; THILLAINADESAN *et al.*, 2020). Duas definições e modelos principais da fragilidade validados são mais comuns em todo o mundo: O Fenótipo de Fragilidade e o Índice de Fragilidade (DENT *et al.*, 2016; LOURENÇO *et al.*, 2018).

Para Fried e colaboradores (2001), a fragilidade é definida como um declínio de múltiplos sistemas orgânicos, apoiados pelo tripé de desregulação neuroendócrina, disfunção imunológica e sarcopenia, que cursa com a diminuição da resistência a fatores estressores e a

dificuldade de manter ou restabelecer a homeostase corporal. Esse conceito foi operacionalizado por meio do Fenótipo de Fragilidade, que aborda as características físicas dessa condição clínica em cinco itens, sendo eles: fraqueza muscular, a exaustão, a perda de peso não intencional, a lentidão da marcha e o baixo nível de atividade física. Uma vez avaliados pelos cinco itens que compõem o fenótipo, os idosos serão considerados frágeis quando positivos em três ou mais itens; pré-frágeis, quando positivos em um ou dois critérios do fenótipo; e não frágeis, quando não registrarem nenhum item positivo (FRIED *et al.*, 2001; FRIED *et al.*, 2021).

Em outra perspectiva teórica, de acordo com Mitnitski e Rockwood (2001), a fragilidade é resultado do acúmulo de déficits observados em diferentes sistemas do corpo relacionados à idade e tem, portanto, uma natureza multidimensional. Essa definição é instrumentalizada pelo Índice de Fragilidade, que considera os aspectos físicos e biopsicossociais da fragilidade. O instrumento de avaliação, segundo essa perspectiva, consiste em uma escala contínua em que cada item tem um peso que varia de 0 a 1, fornecendo uma medida ponderada entre os déficits apresentados pelo indivíduo e o total de déficits clínicos integrantes do modelo, que podem variar de 30 a 70 itens (ROCKWOOD; MITNITSKI, 2007).

Existem outras medidas derivadas dessas concepções que são utilizadas no campo acadêmico e assistencial internacionalmente, sendo bastante variadas e com diferentes níveis de qualidade. São elas: *Frailty index derived from comprehensive geriatric assessment* (FICGA), *Study of Osteoporotic Fractures* (SOF) Index, *Edmonton Frailty Scale* (EFS), *Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, Loss of Weight* (FRAIL) Index, *Clinical Frailty Scale* (CFS), *Multidimensional Prognostic Instrument* (MPI), *Tilburg Frailty Indicator* (TFI), *PRISMA-7*, *Groningen Frailty Indicator* (GFI), *Sherbrooke Postal Questionnaire* (SPQ), *Kihon Check-list* (KCL), *Individual frailty measurements*, *Other frailty measurements* (DENT *et al.*, 2016).

Essa Síndrome é frequente em idosos. Ofori-Asenso e colaboradores (2019) estimaram a incidência global da fragilidade e da pré-fragilidade com dados de 120.805 indivíduos com 60 ou mais residentes na comunidade em 28 países, através de uma revisão sistemática e meta-análise. Segundo os autores, a taxa de incidência anual de idosos frágeis e pré-frágeis combinada foi de aproximadamente 43 e 151 novos casos por 1000 pessoas, respectivamente. O estudo apontou também uma maior incidência de fragilidade e pré-fragilidade em mulheres e em países de baixa e média renda. Além disso, foi visto que a incidência de fragilidade variou

conforme o critério de diagnóstico, sendo 40,0 casos por 1000 pessoas-ano, ao usar o fenótipo de Fragilidade, e 71,3 casos ao usar outros critérios.

Rónán O' Caoimh e colaboradores (2021) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise de estudos de base populacional envolvendo 62 países, relatando a prevalência da fragilidade e da pré-fragilidade em indivíduos que vivem na comunidade com idade igual ou superior a 50 anos; foram incluídos dados de mais de 1,5 de pessoas. Utilizando o modelo do fenótipo de Fragilidade, os resultados apontaram que 12% dos indivíduos apresentavam fragilidade física e 46% foram considerados pré-frágeis. Já usando o modelo de acumulação de déficit, a prevalência foi de 24% e 49%, respectivamente. Conforme o estudo, a prevalência de fragilidade variou segundo o sexo, sendo maior em mulheres.

Coelho-Junior e colaboradores (2020) estimaram a prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis em sete países da América do Sul (Brasil, Chile, Peru, Colômbia, Equador, Argentina e Venezuela) através de uma revisão sistemática de estudos observacionais. Foram incluídos os dados de 53.134 pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, registrados do total dos 118 estudos selecionados na revisão. Conforme os resultados, a prevalência média da fragilidade foi de 23,0% em idosos comunitários, 55,8% naqueles institucionalizados e 39,1% em idosos hospitalizados. Quanto à pré-fragilidade, foi observada uma percentagem de 47,6% em idosos residentes na comunidade, 29,8% nos idosos institucionalizados e 50,7% naqueles internados.

No Brasil, um estudo transversal de base populacional realizado pela Rede FIBRA (Rede de Estudos de Fragilidade em Idosos Brasileiros) estimou a prevalência da fragilidade entre 5501 idosos comunitários com 65 anos ou mais de dezessete municípios do país, avaliados conforme o Fenótipo de Fragilidade. Os resultados apontaram que 11,70% dos idosos foram classificados como frágeis, cerca de 51,30% foram avaliados como pré-frágeis e 37% como não frágeis. Além disso, o perfil dos idosos frágeis foi composto por mais mulheres e, segundo os dados do estudo, houve uma forte associação com a lentidão na velocidade da marcha, reconhecendo-se a fragilidade como um importante indicador funcional de saúde da população idosa (GUEDES *et al.*, 2020).

Melo e colaboradores (2020) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar a prevalência da fragilidade entre idosos brasileiros não institucionalizados com 60 anos ou mais. A prevalência geral da fragilidade foi de 24% entre os 17.604 indivíduos, semelhante entre homens e mulheres. Ainda segundo o estudo, variações na prevalência são esperadas de

acordo com os critérios utilizados, sendo 16% conforme o fenótipo de Fragilidade e 40% de acordo outros critérios; isso demonstra que essa condição clínica é muito comum no país.

Dessa forma, o interesse pelo estudo da fragilidade no idoso tem aumentado dentro da geriatria e da gerontologia que perduram no século XXI, de modo que ela é cada vez mais vista como um problema de saúde pública e um desafio para a sociedade como um todo. É importante a investigação da Síndrome da fragilidade no contexto brasileiro, levando em consideração a realidade dos idosos e os fatores que podem contribuir para o aparecimento da fragilidade, os quais devem nortear a prática clínica e a elaboração de políticas públicas adequadas (DUARTE *et al.*, 2018).

A OMS (2015) reputa, como termo mais apropriado, o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, suscitando discussões em torno dos estereótipos ultrapassados com relação a idade, bem como a necessidade de mudanças decorrentes das transformações de nossa população e do aumento significativo da longevidade.

De acordo com o conceito apresentado, entende-se que a Política de Saúde destaca a operacionalização da classificação de risco em saúde da pessoa idosa, para facilitar seu reconhecimento e a implementação de intervenções capazes de maximizar a independência da pessoa idosa e impedir desfechos adversos, tornando este termo útil àqueles que se detêm sobre a prevenção da incapacidade funcional em pessoas idosas.

Nesse sentido, a incorporação desses pressupostos serve para auxiliar na identificação da pessoa idosa com classificação de risco frágil. Para tal identificação, a Política de Saúde dispõe do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável/*Vulnerable Elders Survey* (VES-13).

O VES-13 foi criado nos Estados Unidos e sua utilização no Brasil se deu a partir de 2014, via Ministério da Saúde, tendo sua inclusão na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. É um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa em situação de fragilidade residente na comunidade. A ênfase tem base nos dados referentes à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. A Política de Saúde no Estado do Paraná, conta desde o ano 2014 com este instrumental para auxiliar na classificação de risco em pessoas idosas. (PARANÁ, 2014).

A Estratificação de Risco e Grau de Fragilidade da Saúde da pessoa idosa recebe os escores obtidos com aplicação do VES-13. O instrumento se apresenta como um questionário

composto por 13 (treze) itens, que contemplam idade, saúde autorreferida, capacidade funcional e condição física. Apresenta o risco e o grau de vulnerabilidade da pessoa idosa, podendo ser respondido pelo usuário ou pelos familiares/cuidadores, como pode ser observado na Figura 10.

**2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)**

---

**1. IDADE**

---

**2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE**  
Em geral, comparando-se com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

---

**3. LIMITAÇÃO FÍSICA**  
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

|                                                          | Nenhuma dificuldade | Pouca dificuldade | Média (alguma) dificuldade | Muita dificuldade | Incapaz de fazer (não consegue fazer) |
|----------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se                        |                     |                   |                            |                   |                                       |
| Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg |                     |                   |                            |                   |                                       |
| Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro     |                     |                   |                            |                   |                                       |
| Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos          |                     |                   |                            |                   |                                       |

Figura 10- Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável

Fonte: CSPI (2000, p. 20)

O MS recomenda que se utilize um protocolo de identificação de idoso vulnerável (a figura acima, faz parte da Caderneta de Saúde do Idoso) ou de funcionalidade, e seja incluído na rotina da ESF, para que seja adaptado e utilizado como ferramenta para auxiliar as equipes de profissionais de saúde na estratificação do risco, sendo este baixo, médio ou alto, bem como para identificar o grau de vulnerabilidade, de funcionalidade e de fragilidade da saúde da pessoa idosa.

A compreensão do estado integral de saúde e a realidade sócio familiar que a pessoa idosa está inserida é uma ferramenta importante da atenção primária. E mais, as condições ambientais, naturais e sociais, incluindo o nível socioeconômico, a presença de suporte social, o convívio social e a sensação de autossuficiência exercem influência decisiva na saúde dos indivíduos, particularmente, no que diz respeito à população idosa.

Considerando a longitudinalidade e a população adscrita, pode-se lançar mão de implementações e cuidados individualizados que resultam em melhores resultados. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado, entretanto, o modelo atual de atenção não o reconhece como uma condição-problema. (BRASIL, 2014).

Conhecer e tratar condições crônicas de saúde é importante no âmbito da atenção básica, porém não é o suficiente, conhecer os domicílios residenciais, as dinâmicas familiares, os atores envolvidos na vida da pessoa idosa é de suma importância.

Garantir e prevenir a não ocorrência de acidentes domiciliares asseguram uma melhor expectativa e qualidade de vida para a pessoa idosa. Os índices de internamentos ocorridos devido fraturas e traumas são exorbitantes, garantindo a alta mortalidade destes usuários. Observando a realidade, constata-se a necessidade de realizar a estratificação de risco da pessoa idosa na atenção primária à saúde. (VERAS, 2012).

É importante ressaltar que se pode envelhecer da mesma maneira como se vive, mas nada impede de modificar hábitos prejudiciais à saúde. Segundo Vicente e Santos (2013), tudo irá depender da motivação para tal, do suporte e do acesso que encontramos, principalmente nos serviços de saúde. Por isso, um dos pilares importantes para a melhoria de assistência é o foco dos serviços de saúde em ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e ao acesso equitativo aos cuidados de qualidade para, então, promover o envelhecimento saudável.

Tal alteração no perfil populacional, decorrente de fatores diversos, como avanços tecnológicos, queda na fecundidade e mortalidade, melhorias nos serviços de saúde e aumento da expectativa de vida, incita os serviços de saúde a urgentemente readaptarem-se, focando não só no diagnóstico das incapacidades dos idosos, mas das capacidades que ainda persistem, atuando de forma sistemática e qualificada, proporcionando bem estar, uma visão de vida positiva e uma busca de manter a autonomia, por meio de um cuidado integral (COSTA *et al.*, 2015; SANTOS; CUNHA, 2014; COUTINHO *et al.*, 2013; AGUIAR *et al.*, 2011; VERAS, 2009).

Para a população almejar viver independente, ter condições de realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, exige dos profissionais de saúde um foco na capacidade funcional, como novo paradigma de saúde para essa população (COSTA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2015; SANTOS; CUNHA, 2014; BRASIL/MS, 2014).

A condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar em seu meio, ter a capacidade de tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se de um local para outro, manter a continência, preparar refeições, controlar as finanças, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone/celular e

caminhar certa distância, são definidos como critérios de avaliação da capacidade funcional, conceituada como a capacidade do indivíduo para a realização de atividades relacionadas à sua sobrevivência (FREITAS *et al.*, 2012; TORRES *et al.*, 2010).

Avaliar o estado de saúde do idoso utilizando, exclusivamente, estatísticas de mortalidade e morbidades, pode não fornecer um quadro detalhado e efetivo das reais condições de vida e saúde desse indivíduo. São necessários indicadores de morbidade que abordem as incapacidades, que descrevem o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Nesse contexto, a avaliação funcional seria a estratégia de maior alcance de informações que estão inseridas na vida do idoso, permitindo um planejamento assistencial mais adequado, verificando, de forma sistematizada, em que grau as doenças impedem a sua capacidade funcional, seu campo de conhecimento e da prática, que se constrói de forma cumulativa, necessitando muitas vezes de uma e mais escalas de avaliação da capacidade funcional (SANTOS; CUNHA, 2014).

É conspícuo o quanto essa avaliação se torna imperiosa para detecção da funcionalidade do idoso, para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas (COSTA *et al.*, 2017; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Torna-se, portanto, urgente a implantação e implementação de um instrumento de avaliação funcional no município de Camaçari, com foco nas informações sobre a vida do idoso e verbalizada pelo próprio indivíduo, pelos profissionais que cuidam e pelos familiares e cuidadores, identificando pontos básicos, porém, muito relevantes para a promoção de um envelhecimento saudável e ativo.

Referente a essa avaliação, sua maior consequência é descrita por Nogueira e Miranda (2012), quando citam que:

[...] a avaliação funcional permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção e necessidades, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidado adequado às demandas assistenciais identificadas, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e, estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular (p.315).

Visto como foco da intervenção geriátrica e gerontológica, o declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade, independentemente da idade do paciente, fazendo surgir uma atenção maior ao termo fragilidade, utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (BRASIL/MS, 2014; MORAES, 2012).

Apesar de não se ter um consenso sobre o conceito de fragilidade, termo que começou a ser utilizado desde a década de 1980 (LANA; SCHNEIDER, 2014; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014), a definição mais utilizada ainda é a de Fried *et al.* (2001), que definiu algumas exigências para o diagnóstico de síndrome de fragilidade, baseadas na presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fatigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

Nessa classificação, subestima-se a importância de outros determinantes da funcionalidade global, como a cognição, o humor e a comunicação, além de outros indicadores de mal prognóstico, como a presença de polipatologia, polifarmácia, internação hospitalar recente, idade avançada e risco psicosóciofamiliar elevado, descrito como a insuficiência familiar, já apresentados por outros autores como fundamentais para a avaliação da funcionalidade do idoso. Outros critérios de fragilidade valorizam a idade ou a utilização excessiva dos serviços de saúde. O reconhecimento dos idosos frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde (MEDEIROS *et al.*, 2014; MORAES, 2012).

Diante das várias definições, o termo fragilidade, dependendo da dimensão utilizada como referência, dificulta sua padronização e operacionalização na prática clínica e na comparação entre diferentes estudos (MORAES *et al.*, 2016; GORDON; MASUD; GLADMAN, 2014; RODRIGUES-MAÑAS *et al.*, 2013).

Os idosos frágeis, por sua vez, podem ser portadores de condições múltiplas com alto grau de complexidade clínica, múltiplas incapacidades ou dúvida diagnóstica ou terapêutica. Nesse caso, são classificados como idosos frágeis de alta complexidade. Nos extremos dessa classificação clínico funcional temos os idosos robustos, termo utilizado por Moraes (2012) para descrever idosos que são independentes para todas as atividades de vida diária e portadores de condições clínicas mais simples, e os idosos em fase final de vida, que apresentam alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevida.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) os componentes da saúde são a funcionalidade e a incapacidade (CIF, 2015).

Para Farias e Buchalla (2005), esse primeiro componente é considerado um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social, enquanto a incapacidade é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social. As funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. Ainda para os referidos autores, quando há perda dessa função, se provoca um nível de incapacidade denominado deficiência, considerado como uma perspectiva corporal da incapacidade.

Já o termo *atividade* é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, e representa a perspectiva individual da funcionalidade. A *limitação* dessas atividades é a dificuldade que o indivíduo pode ter na execução de uma atividade. E a *participação* é o envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real, que representa a perspectiva social da funcionalidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Moraes (2012), ao citar o estudo de Farias e Buchalla, realizado em 2005, destaca ainda que as restrições da participação social são problemas que o indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida, ou seja, a perspectiva social da incapacidade. Toda essa explicação é para compreender que a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo, descritas anteriormente como deficiências, enquanto a revisão das funções corresponde à avaliação das atividades, que é a limitação, e da participação social, que são as restrições.

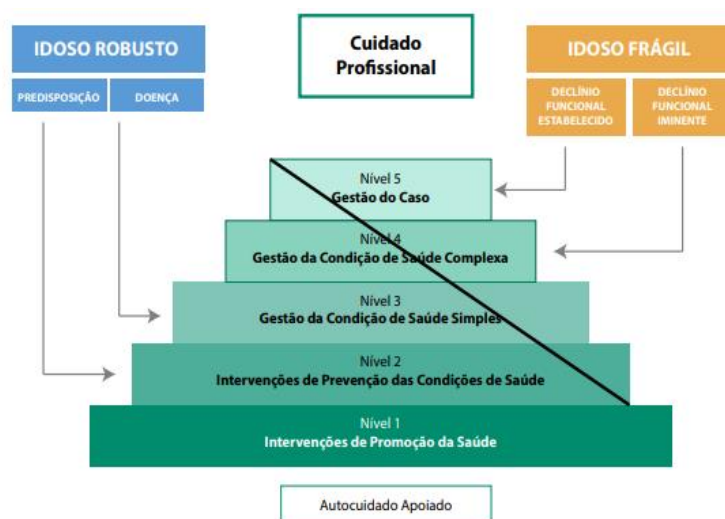


Figura 11- Modelo de Atenção às Condições Crônicas - ao Cuidado das Pessoas Idosas

Fonte: Moraes (2012), uma adaptação do Modelo de Mendes (2010)

Portanto, é importante a realização da avaliação multidimensional do idoso, que é um processo global e amplo, com o envolvimento do idoso e da família, tendo como principal objetivo a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados.

## 5.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Há uma prospecção de estender a longevidade humana o mais próximo possível de seus limites conhecidos sem que isso se acompanhe por uma epidemia de pessoas idosas portadoras de doenças e condições crônicas, vulneráveis, frágeis e incapacitadas requerendo contínuos, progressivos e complexos serviços sociais e de saúde (DUARTE; LEBRÃO, 2016).

Perspectivas para o século vinte um apontam que a identificação, a avaliação e o tratamento de pessoas idosas frágeis constituirão o centro da atenção em geriatria e gerontologia com especial ênfase na prevenção da perda de independência e de outros desfechos adversos de saúde a que eles estão mais suscetíveis (AHMED *et al.*, 2007).

A capacidade de que o sistema de saúde dispõe para cuidar efetivamente dessas pessoas e ainda prevenir a fragilidade está diretamente relacionada com a formação de profissionais capacitados e em número adequado e com a existência de recursos suficientes, reconhecendo que o cuidado dispensado a esse grupo requer habilidades especiais, além de maior tempo de

intervenção (AHMED *et al.*, 2007; DUARTE *et al.*, 2010; FRIED *et al.*, 2001; HAZZARD, 2005).

Em gerontologia, o termo “frágil” relaciona-se com fraqueza muscular, fragilidade óssea, índice de massa corporal muito baixo, vulnerabilidade ao trauma, ao risco de infecção, ao *delirium*, instabilidade e/ou capacidade física significativamente diminuída. Pode ainda descrever uma condição na qual um número crítico dessas alterações específicas possa ocorrer em paralelo (FERRUCCI *et al.*, 2006; FISHER, 2005; ROCKWOOD, 2005a; ROCKWOOD *et al.*, 2005b).

Verificou-se na literatura uma tendência à concordância do significado de fragilidade com a falha em prosseguir a vida em suas condições mais prósperas. Embora importantes avanços tenham sido obtidos, em especial na última década, o termo “fragilidade” ainda carece de um consenso, relacionando-o com multimorbidades e incapacidade (DUARTE *et al.*, 2010; DUARTE, 2007; FRIED *et al.*, 2001).

De acordo com Duarte e Lebrão (2016), nos últimos 20 anos, foram desenvolvidos muitos estudos buscando clarificar a definição e as características da fragilidade, bem como sua etiologia, de forma a fundamentar as intervenções e implementar estratégias de prevenção.

A partir do desenvolvimento de estudos longitudinais foi possível observar que muitos idosos alcançavam a velhice avançada em boas condições de saúde e funcionalidade. Esse fato fez com que, na década de 1990, o conceito “ser frágil” fosse gradativamente sendo substituído por “tornar-se frágil” acreditando-se ser essa uma condição que, embora relacionada, é independente da presença de multimorbidades, incapacidade e vulnerabilidade essencialmente sociais (DUARTE; LEBRÃO, 2016).

Em 1992, uma conferência realizada para discutir a fisiologia da fragilidade concordou que controvérsias em sua definição, bem como compreensão limitada de sua etiologia retardariam a adoção de estratégias preventivas, além de apontar que essa síndrome constituiria a maior ameaça a uma expectativa de vida ativa (DUARTE, 2007; FRIED *et al.*, 2010; KARUNANANTHAN *et al.*, 2009; WALSTON *et al.*, 2006).

A síndrome de fragilidade passou assim a ser compreendida como uma precursora do declínio funcional, da institucionalização e da morte precoce com fortes evidências étnicas e culturais (DUARTE, 2007; FRIED *et al.*, 2010; KARUNANANTHAN *et al.*, 2009; WALSTON *et al.*, 2006).

Os indivíduos frágeis apresentam maior risco para um número importante de desfechos adversos em saúde incluindo dependência, institucionalização, quedas, lesões, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta ou ineficaz dessas alterações e morte. Como resultado, a manutenção de sua vida, seu bem-estar e sua autonomia dependem do uso de compensações extrínsecas devido à sua baixa capacidade de compensação fisiológica (FRIED *et al.*, 2010).

Segundo a União Europeia, a definição de fragilidade é fundamental pois as pessoas frágeis são importantes consumidores dos serviços sociais e de saúde. A adoção de intervenções precoces pode contribuir para a melhora da qualidade de vida dos idosos e redução dos custos relacionados com o cuidado (MORLEY *et al.*, 2013).

Visando ao estabelecimento de um consenso sobre essa temática, a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria e a Organização Mundial da Saúde convocaram uma conferência de consenso em Orlando, Flórida, em 7 de dezembro de 2012, com o objetivo de estabelecer uma definição operacional de fragilidade envolvendo aspectos de triagem e tratamento de forma a ser possível abranger a população mais suscetível a tal condição (DUARTE; LEBRÃO, 2016).

De acordo com os estudos e pesquisas de MORLEY *et al.*, é possível distinguir uma definição mais ampla de fragilidade, associada a um estado ou condição geral do indivíduo, e uma síndrome clínica mais específica que foi denominada fragilidade física (MORLEY *et al.*, 2013).

Como resultado, MORLEY *et al.* (2013) definem que a fragilidade é um estado clínico em que há um aumento da vulnerabilidade do indivíduo a maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um estressor. Pode ocorrer como resultado da presença de multimorbidades diversas. Foram estabelecidos três pontos de consenso sobre fragilidade física:

- Fragilidade física é uma síndrome clínica com múltiplas causas e fatores associados que se caracteriza pela diminuição da força, resistência e função fisiológica, aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo para o desenvolvimento de maior dependência e/ou morte;
- Fraqueza física pode potencialmente ser prevenida ou tratada com exercícios, suplementação proteico-calórica, vitamina D e redução da polifarmácia;
- Testes de rastreio simples e rápidos têm sido desenvolvidos e validados para permitir que os profissionais de saúde identifiquem objetivamente as pessoas frágeis.

Conforme Duarte e Lebrão (2016) a fragilidade não é apenas uma condição física, mas também psicológica, ou uma combinação das duas. Concluíram assim, que existem duas abordagens para definir fragilidade física que se tornaram populares, o modelo de acumulação de déficits que gera o índice de fragilidade e o fenótipo de fragilidade que consiste na apresentação de um ou mais de cinco componentes (perda de peso, fadiga, fraqueza, lentidão e redução da atividade física) em decorrência de um sistema múltiplo de desregulação.

Ambas as definições são usadas atualmente para definir como pré frágil, uma condição entre frágil e não frágil. Em ambos os constructos, a força física aparece como uma característica discriminante (FRIED *et al.*, 2001; ROCKWOOD *et al.*, 2005; MORLEY *et al.*, 2013).

Alguns tópicos ainda relacionados com a fragilidade e que obtiveram 80% de concordância foram:

- Ser uma síndrome clínica;
- Não ser deficiência ou incapacidade;
- Aumento da vulnerabilidade em que o mínimo de estresse pode causar comprometimento funcional;
- Pode ser reversível ou atenuada por intervenções ativas;
- Necessidade de detecção precoce pelos profissionais de saúde;
- Especialmente útil na atenção básica visando à identificação precoce.

Segundo Morley *et al.* (2013), independente do instrumento utilizado, recomendou-se fortemente a implementação de um *screening* (rastreamento) de fragilidade e seu monitoramento na prática clínica em todo o mundo, pois considerando o envelhecimento da população mundial, essa é uma medida que não deve mais ser postergada.

Todos os déficits potenciais presentes em um indivíduo (sinais, sintomas, condições geriátricas, alterações laboratoriais, incapacidades) são listados e posteriormente somados. O somatório dos déficits acumulados em diferentes condições de saúde e em níveis distintos (clínico, fisiológico, funcional) seria preditor de mortalidade (ROCKWOOD, 2005; ROCKWOOD *et al.*, 2005).

Já no segundo grupo, Fried *et al.* (2001; 2010) e Fried e Walston (2003) descreveram fragilidade como processo fisiopatológico único, resultante de alterações em uma série de mecanismos biológicos, que leva a modificações de múltiplos sistemas e, eventualmente, ao

rompimento do equilíbrio homeostático. Segundo os autores, os sistemas são inter-relacionados e formam uma rede de regulação homeostática que apresenta, quando íntegra, habilidade compensatória aos estressores graças a sua reserva e resiliência.

Esse ciclo teria manifestações clínicas como declínio de força, energia, velocidade de marcha, atividade física e perda de peso, todas inter-relacionadas. Essas condições seriam detectáveis por um fenótipo mensurável constituído por cinco componentes (FRIED *et al.*, 2001; 2010; FRIED; WALSTON, 2003):

1. Perda de peso não intencional (4,5 kg ou mais no último ano ou pelo menos 5% do peso corporal);
2. Fadiga (obtida por auto-referência de exaustão a partir de duas questões do *Center for Epidemiologic Studies – Depression*);
3. Diminuição da força (mensurada por dinamômetro em membro superior dominante ajustado por gênero e índice de massa corporal);
4. Baixo nível de atividade física (obtido pelo cálculo do dispêndio médio semanal de quilocalorias e pelo relato das atividades físicas desenvolvidas no período ajustadas por gênero);
5. Diminuição da velocidade da marcha (obtida pelo tempo despendido para caminhar um espaço de 4 m ajustado por gênero e altura).

Dada sua complexidade, lidar com a síndrome de fragilidade tanto em sua prevenção quanto nas intervenções representa um grande desafio para todos. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a temática e a atualização constante dos diferentes profissionais que atuam com pessoas idosas a fim de torná-los agentes modificadores desse processo (DUARTE; LEBRÃO, 2016).

Nesse sentido, a alta prevalência da Síndrome da Fragilidade na população idosa e sua associação com desfechos adversos, bem como a utilização de serviços públicos de saúde e assistência social, é bem descrita na literatura (MARCUCCI *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2021). Isso justifica a importância de estratégias de gerenciamento efetivas para o manejo da fragilidade, tendo em vista que é uma condição clínica que pode ser prevenida, revertida entre idosos considerados frágeis e retardada entre idosos pré frágeis (MARCUCCI *et al.*, 2019).

Apesar dos esforços dos pesquisadores para o conhecimento dessa síndrome, ainda existem lacunas na percepção de evidências e na prática clínica sobre a gestão da fragilidade (MORLEY, 2011).

A Figura 12 descreve algumas dessas estratégias apontadas para o manejo da fragilidade e possíveis profissionais participantes nesse cuidado.

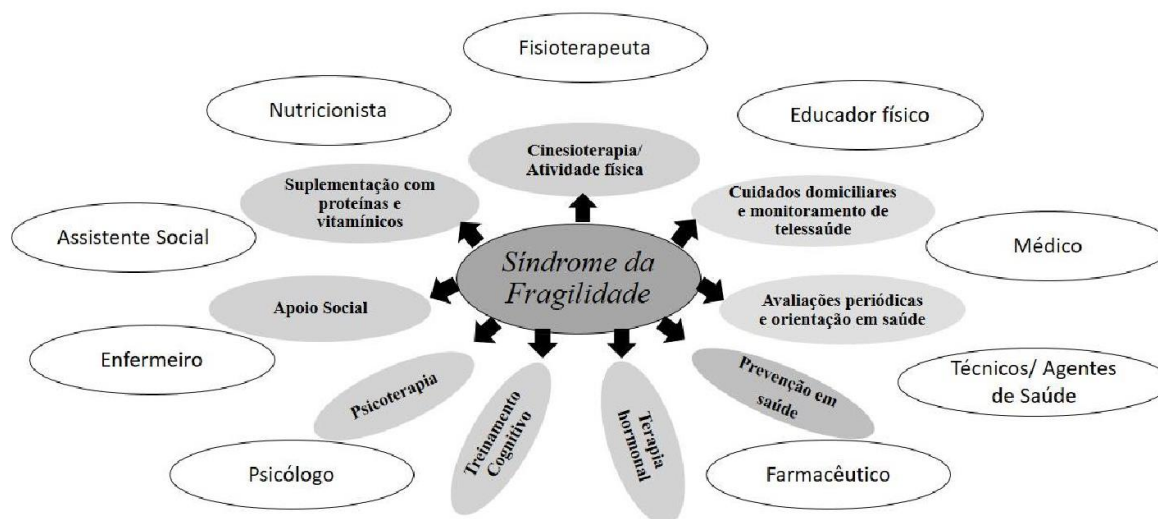


Figura 12- Estratégias usadas para o manejo da fragilidade e profissionais da equipe multiprofissional  
Fonte: Ruiz, Chales e Tom (2012); Yeolekar *et al.* (2014); Marcucci *et al.* (2019); Dent *et al.* (2019); Won *et al.* (2020).

Embora várias intervenções sejam encontradas e sugeridas em pesquisas, há uma ausência de evidências robustas para o tratamento da fragilidade e permanece obscuro qual seria o tratamento mais eficaz (WOU, 2013; KOJIMA *et al.*, 2019).

No entanto, as evidências disponíveis têm sinalizado para os profissionais da saúde e da reabilitação a necessidade de planejar terapêuticas voltadas para a preservação da autonomia e das funções física e cognitiva. Tais intervenções têm como objetivo criar estratégias para lidar com a fragilidade no idoso, evitando internações hospitalares desnecessárias e diminuindo o índice de institucionalização (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; DENT *et al.*, 2019; HIGUERAS-FRESNILLO *et al.*, 2020).

As evidências sobre intervenções para a Síndrome da fragilidade em idosos são limitadas. É necessário um aprofundamento das pesquisas, para verificar a viabilidade na prática clínica, a relação custo-eficácia, e saber se tais intervenções estão alinhadas com as

preferências dos idosos frágeis. Assim, é importante a realização de avaliações para triagem e identificação de casos, além do conhecimento sobre intervenções efetivas para a Síndrome da fragilidade (DENT *et al.*, 2019).

A saúde da pessoa idosa requer conhecimentos específicos, ainda muito centrados nas especialidades de geriatria e gerontologia, muitas dessas especificidades são decorrentes do envelhecimento ser um processo multidimensional. O aumento dos riscos das multimorbidades, das interferências da história de vida de cada indivíduo, das influências ambientais, e de muitos outros fatores que intervêm no estado de saúde nessa fase de vida, corroboram para a complexidade dessa etapa de vida.

O processo de envelhecimento vem, desde 1950, sendo foco de estudos, conforme mencionado no primeiro capítulo, e se mostra impactante principalmente pelo seu crescente aumento no âmbito mundial. Requer uma amplitude de conhecimento, como descrito na Figura 13, onde há diversos fatores que interferem, como os fatores socioeconômicos, acesso aos serviços públicos, hábitos de vida, aspectos culturais, dinâmica familiar, capacidade funcional, as doenças crônicas não-transmissíveis, levando o idoso a maior vulnerabilidade.

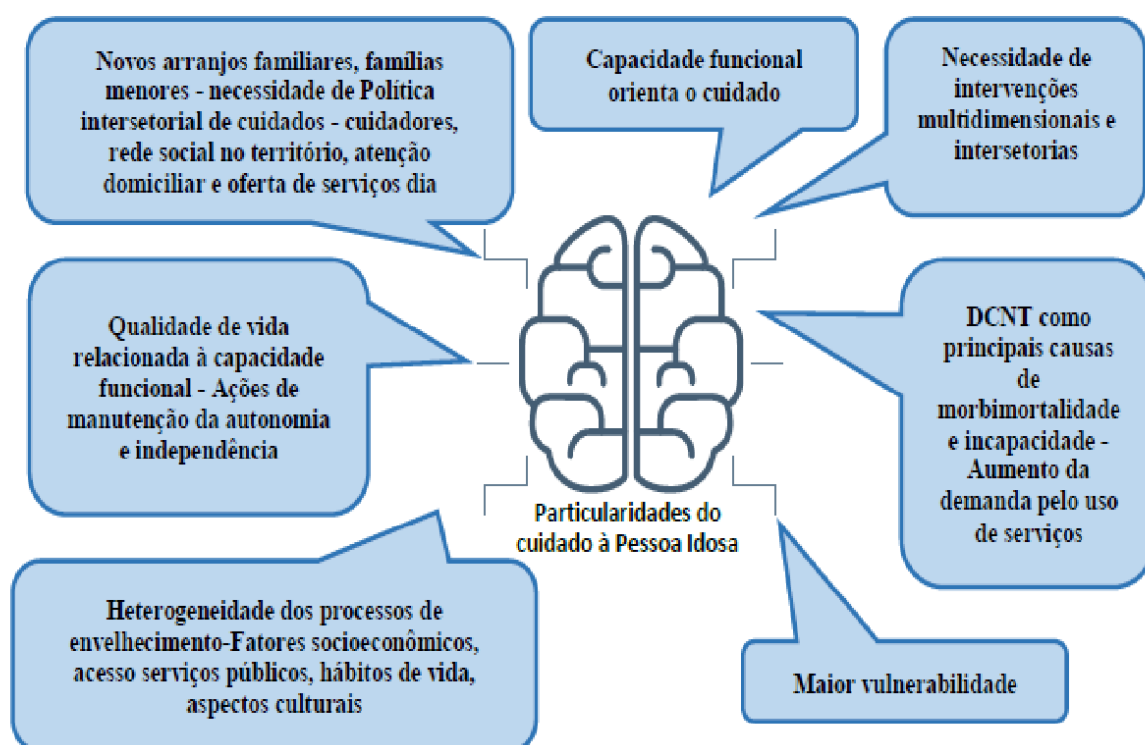


Figura 13- Fatores importantes no processo de envelhecimento.

Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

Nesse contexto, ratifica-se que, busca-se uma assistência à saúde da pessoa idosa com base na Capacidade Funcional, almejando a implementação dessas ferramentas/instrumentos de avaliação multidimensional, com utilização de escalas, e mensurações que contemplem essa avaliação ampliada. Moraes (2012) enfatiza que a avaliação multidimensional da pessoa idosa é um somatório de todas as informações possíveis do idoso e deve ser complementada sempre que for preciso; seu objetivo maior é reconhecer as incapacidades no que se refere à independência e autonomia em todos os aspectos descritos na Figura abaixo.

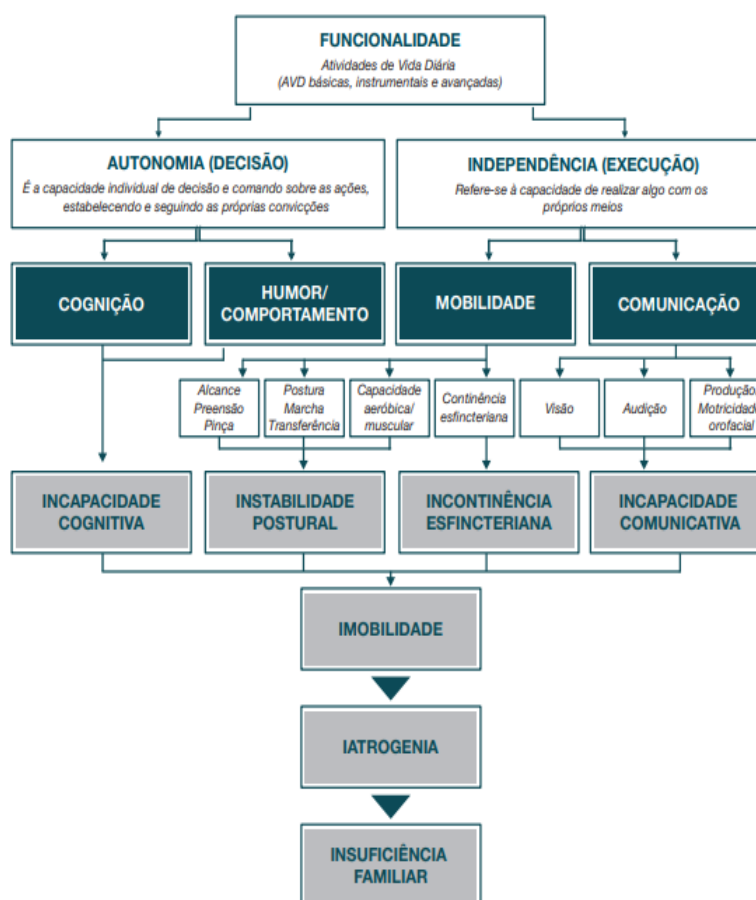


Figura 14- Avaliação Multidimensional do idoso

Fonte: Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba: SESA (2017, p. 12)

Na prática, a avaliação da funcionalidade global é mensurada por meio das Atividades de Vida Diária (AVD), dividida em três grupos: básicas – tarefas cotidianas diretamente relacionadas à sobrevivência; instrumentais – tarefas envolvidas na manutenção da vida em comunidade; e avançadas – atividades mais complexas, subdivididas nos domínios físico, lazer,

social e produtivo, que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões motivacionais e culturais. Compreender bem as AVD's é fundamental para uma avaliação sem viés, bem como ter conhecimento prévio da funcionalidade do idoso, podendo comparar o indivíduo com ele mesmo (DIAS *et al.*, 2011).

As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) são relacionadas ao autocuidado, referindo-se às tarefas necessárias para o cuidado com corpo ou autopreservação, presentes em atividades como alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, usar o banheiro, vestir-se, banhar-se, bem como transferir-se, as quais são elementares ou básicas para a sobrevivência do idoso.

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são mais complexas que as básicas e são indicadoras da capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade, necessárias para o cuidado com suas atividades domésticas ou intradomiciliar, como preparo de alimentos, fazer compras, tomar conta do orçamento, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédio, caminhar, refletindo a capacidade de se adaptar ao seu meio. Essas tarefas são significativamente influenciadas pelo gênero e pela cultura.

As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) referem-se às atividades relacionadas à integração social, às atividades produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em atividades religiosas, serviço voluntário, organização de eventos, uso de tecnologias, estando presente até em dançar, praticar yoga, participar de um trabalho voluntário, tocar algum instrumento, andar de bicicleta, cuja ausência não atrapalha a vida do idoso. São atividades extremamente individualizadas e de difícil generalização, daí a importância do conhecimento da funcionalidade prévia, única forma de comparar o indivíduo com ele mesmo e reconhecer a presença do declínio funcional (MARQUES *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014; MORAES, 2012; SANTOS *et al.*, 2010; DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; BRASIL/MS, 2006).

Além da avaliação das Atividades Básicas de Vida, torna-se necessário prosseguir com a identificação da existência ou não da presença de comprometimento dos sistemas funcionais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação, utilizando-se de escalas específicas, por isso, a necessidade da assistência longitudinal, da integralidade do cuidado e da formação de um vínculo forte com o usuário idoso no SUS, nas unidades da AB, em específico na USF (MORAES, 2012).

Para o referido autor, entende-se por cognição o conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. É formada pela memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosis/percepção e função visuoespacial (que é a capacidade/habilidade de analisar e manipular mentalmente os objetos). A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é vista como o “*desmoronamento*” ou o “*apagamento*” da identidade que nos define como ser pensante.

Quanto ao humor, função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, é essencial para a realização das atividades de vida diária. Destaca-se a necessidade de mensurar/identificar a presença de sintomas depressivos entre os idosos, muito negligenciada e com prevalência de 8 a 16%. Vista como uma “epidemia silenciosa”, sua magnitude na morbimortalidade geral se aproxima à observada nas doenças crônico degenerativas (MORAES, 2012).

Outro aspecto importante é a mobilidade, fundamental para a execução das decisões tomadas, responsável pelo deslocamento do indivíduo, postura, marcha e transferência, e manipulação do meio, responsáveis pelo alcance, preensão e pinça. A capacidade aeróbica fornece a energia necessária para o gasto energético inerente a toda atividade muscular (MORAES, 2012).

Por último a comunicação, atividade primordial que estabelece um relacionamento produtivo com o meio, troca de informações, manifestação de desejos, ideias e sentimentos que estão intimamente relacionadas à habilidade de se comunicar. Sua incapacidade causa perda ou restrição da participação social, comprometendo a capacidade de execução das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo (MORAES, 2012).

O desempenho desses sistemas funcionais precisa estar integrado, harmonioso, caso contrário, originam-se as principais síndromes associadas ao envelhecimento, conhecidas como Grandes Síndromes Geriátricas, dentre as quais estão presentes as incapacidades cognitivas, a instabilidade postural, a incontinência esfincteriana, a imobilidade e a incapacidade comunicativa. A presença destas condições crônicas aumenta a complexidade do manejo clínico e, conseqüentemente, eleva o risco de iatrogenia, exigindo cuidados de maior durabilidade, muitas vezes conduzidos por familiares, resultando em quadro de insuficiência familiar, por não estarem preparados para essa nova função de cuidar (PARANÁ/SES, 2018; MORAES *et al.*, 2016; MORAES, 2012).

Com relação às síndromes geriátricas, a instabilidade postural é muito frequente nos idosos e tem como complicações as quedas e a imobilidade. As quedas ocorrem em 30% dos idosos e as complicações mais temidas são a fratura de fêmur e o hematoma subdural. O medo de cair é muito frequente e pode desencadear o ciclo vicioso da imobilidade, suscitando o isolamento social da pessoa idosa (MORAES, 2012).

A incontinência urinária, queixa muito negligenciada no exame clínico, apresenta prevalência de 30 a 60%, dependendo da idade e do grau de fragilidade do idoso, com repercussões funcionais frequentes, requer uma atenção especial, devendo ser solicitada ao idoso a descrição de sua micção, volume, frequência, intervalo, aspecto, enfatizando a urgência miccional e noctúria (MORAES, 2012).

É considerável mensurar, como informação substancial para uma avaliação qualificada do idoso, a avaliação dos sistemas fisiológicos principais, alertando para a saúde bucal, a nutrição, o sono e os sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, musculoesquelético, nervoso, endocrinometabólico e a pele, que devem ser avaliados rotineiramente. Não menos relevantes, mas também essenciais para o alcance de uma avaliação completa, os dados sociodemográficos, a listagem dos medicamentos, a história pregressa, tabagismo, etilismo, imunização, sexualidade, atividade física, cirurgias prévias, imunização, uso de órteses ou próteses; bem como avaliação sócio familiar, a avaliação do cuidador/família e avaliação ambiental, que corresponde ao risco de quedas, bem como o risco de reações adversas à drogas e, por conseguinte, desencadear o declínio funcional, as incapacidades, a internação e o óbito (OLIVEIRA *et al.*, 2020; LANA; SCHNEIDER, 2014; MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014; MORAES, 2012).

O autor destaca a relevância dos fatores contextuais, sociofamiliares, dinâmica do território, a importância da rede comunitária e intersetorial, referências fundamentais para mapear o ambiente que a pessoa idosa faz parte. A avaliação sociofamiliar é um fator de proteção (está presente na CSPI), que se não for cuidada ou estimulada torna-se um grande fator que influencia significativamente na segurança emocional do idoso, visto ele está propenso a transtornos mentais, além de demências, cerca de aproximadamente 12%, que vão muito além do Alzheimer, e todas estas condições de agravos ou sociais, irão contribuir para o envelhecimento, pouco ou nulo, saudável (REIS *et al.*, 2020; MORAES, 2012).

Na visão de Cavalcanti (2016), a ação de algum determinante afetará o envelhecimento seja sobre forma de risco, seja como proteção. As redes sociais e comunitárias, determinantes sociais de saúde intermediários de acordo com o modelo Dahlgren e Whitehead CNDSS(2006) ou o que alguns autores se referem como “capital social”, seria entendido como o conjunto de relações sociais caracterizados por atitudes de confiança, cooperação e solidariedade, sob a ótica de Geib (2012), portanto, formam a rede de proteção mais próximas e efetivas para o idoso pois são formadas por vizinhos, líderes comunitários e agentes comunitários de saúde, do que as redes de proteção formais, como Conselhos, Ministério Público ou Delegacias.

Na avaliação multidimensional faz-se imprescindível o somatório de todas as informações possíveis do idoso e devem ser complementadas sempre que for preciso, só assim, o Plano de Cuidado alcançará seu maior objetivo que é estimular a saúde funcional do idoso para uma melhor qualidade de vida. O objetivo maior desse diagnóstico multidimensional é reconhecer as incapacidades e vulnerabilidades que dificultam ou impedem a autonomia e independência da pessoa idosa, em todos os aspectos já mencionados da sua vida e proteção social (MORAES, 2012).

Devido à amplitude da avaliação multidimensional, estudos apontam que são muitas as escalas disponíveis para uma avaliação de cada item descrito, e a presença do declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice, e sim representar um sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos.

Para tanto, é importante desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças pré existentes, normalmente comorbidades que, em sua maioria, são totais ou parcialmente reversíveis. Nesse contexto de informações, o serviço de referência das unidades da APS, devem ter em sua assistência, como rotina, a consulta multiprofissional (endocrinologista, psiquiatra, cardiologista, geriatra, gerontólogo, entre outros), disponível na RAS, particularmente na AAE, para a população idosa. A avaliação multidimensional é imprescindível na garantia do cuidado ao idoso e deve ser usual em toda a rede de assistência, diante de todos os ganhos de saúde, como também, pela diminuição dos altos custos destinados a essa população, que se não bem assistida, certamente terá perdas irreparáveis (SILVA *et al.*, 2015; MORAES, 2014, 2012; PAULA *et al.*, 2013; DRUMMOND, ALVES, 2013).

Para a avaliação da capacidade funcional na população idosa, exige-se a implantação de escalas e instrumentos de avaliação, e de protocolos assistenciais que devem ser instituídos

desde os serviços primários de saúde até os serviços terciários de saúde. Entretanto, há uma variabilidade de escalas, de instrumentos e de questionários voltados para o atendimento da pessoa idosa, alguns focados em patologias específicas, com um foco determinado de diagnóstico e/ou reabilitação da pessoa idosa, outros para itens individuais da funcionalidade, conforme descritos no próximo item.

Por toda sua amplitude, conforme anteriormente citado, a avaliação da pessoa idosa deveria iniciar, essencialmente, nos serviços de APS, não apenas como uma recomendação do MS, da PNI, da PNSPI e do Estatuto do Idoso. A ênfase está na CF, o que facilita identificar doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, permitindo que a equipe de saúde, seja na APS ou AAE, avalie as perdas e os recursos disponíveis, intersetoriais, para o cuidado individualizado ao idoso, o que permite a elaboração de um plano de cuidado individual. (BRASIL/MS, 2007).

Enfatiza-se, portanto, que o mais importante é que muitos dos problemas diagnosticados precocemente por meio de avaliações multidimensionais são passíveis de intervenções e encaminhamentos, e dessa forma, possibilita a efetividade de uma atuação interdisciplinar e promove um serviço de saúde eficaz e eficiente na abordagem à pessoa idosa (MARCIANO; LIMA, 2010).

### 5.3 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A pessoa idosa, classificada pela Política de Saúde como de risco frágil, tem tal condição de saúde considerada como risco social gerador de necessidade protetiva do Estado. Considerando o importante crescimento da população idosa no Brasil, que vem alterando a pirâmide etária, o que já é realidade em muitos países, bem como a insuficiência das políticas sociais, tudo indica que se terá, em um futuro próximo, uma grande parcela da população idosa, classificada pela Política de Saúde como de risco frágil.

A longevidade do ser humano passou a ser considerada por muitos como uma conquista social, sendo o fato de envelhecer não mais encarado como uma eventualidade. A propósito, envelhecimento quer dizer um processo que se apresenta como inseparável da condição humana, ou seja, envelhecer não é apenas um momento na vida do indivíduo, acontece desde o momento em que viemos ao mundo (MESSY, 2001, p. 32).

É fato que os seres humanos estão vivendo mais mundialmente, e que no Brasil, devido ao desenvolvimento do sistema capitalista e a preocupação com a plena realização de seus interesses, não há condições objetivas para que todas as pessoas idosas vivam com qualidade. Contudo, envelhecer não pode se caracterizar como sinônimo de vulnerabilidade, perdas de papéis sociais, retirada da atividade econômica, agravamento de doenças crônicas e degenerativas, entre outros.

Não obstante, é a fragilização e/ou ruptura de vínculos familiares, em especial a violência doméstica (por familiares e cuidadores), o que tem sido elencado como principal responsável pela ocorrência de situação de risco da população idosa. Na contemporaneidade, a família é vista como agente “privilegiado” de proteção social, impulsionada pela crise do Estado e pelo avanço do neoliberalismo como orientação das políticas econômicas e sociais.

Se faz cada vez mais relevante, e de forma imprescindível, assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promoção do seu protagonismo, da sua autonomia, da inclusão e da participação ativa e efetiva, contribuindo, assim, para a diminuição da incidência de casos de pessoas idosas com classificação de risco frágil.

Nesse sentido, a CSPI tem como função realizar um levantamento periódico de algumas condições de saúde da pessoa idosa e outras condições interferentes de seu bem-estar. Uma aplicação da avaliação multidimensional coletiva no seu território através da CSPI, que deve ser utilizada de forma prioritária e habitual pelas Equipes de Saúde na Atenção Primária, a fim de estabelecer critérios de risco para a organização dos atendimentos nos serviços de saúde e proporcionar a construção de uma rede de atenção à saúde da população idosa, além de reconhecimento e do fortalecimento do vínculo da pessoa idosa com a equipe ou unidade de saúde (BRASIL, 2007).

Para os gestores, a CSPI implica em conhecer a prevalência de marcadores e agravos em saúde dessa população; possibilidade de estruturar ações específicas e de estabelecer metas, além do acompanhamento das ações de monitoramento dos resultados obtidos e/ou esperados.

Para a equipe de saúde em relação às ações coletivas, a CSPI proporciona: Conhecimento de marcadores e agravos em saúde da população idosa atendida, de forma transversal e longitudinal; Estruturação de ações estratégicas guiadas por esses marcadores (promoção, prevenção, assistência); Estabelecimento de metas; Acompanhamento das ações propostas; Monitoramento dos resultados obtidos/resultados esperados; Possibilidade de

capacitação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), seus fatores de risco e de proteção, e em vigilância; Mudança do paradigma da atenção (BRASIL, 2007 p. 14).

Em relação às ações individuais, fica esclarecido que a CSPI identifica individualmente os marcadores e agravos em saúde; estrutura ações estratégicas individualizadas; proporciona o acompanhamento de metas individuais e o monitoramento dos resultados; e possibilita uma visão longitudinal do processo de saúde/adoecimento da pessoa idosa. (BRASIL, 2007).

Desta feita, foi distribuída no ano de 2007, a 1ª versão da CSPI, como um instrumento de cidadania, retratando singularidades e viabilizando as intervenções mais eficazes para cada caso. A caderneta deve ser preenchida e disponibilizada a população idosa na Atenção Primária em Saúde, por todos os profissionais. As informações de saúde do idoso estão reunidas em um único local e facilita assim a comunicação entre os idosos, os profissionais e os cuidadores. Seu preenchimento é realizado por qualquer profissional da equipe de saúde no momento do atendimento na Unidade ou nas visitas domiciliares (VD), de acordo com as informações relatadas pelo idoso, por seus familiares ou cuidadores (SÁ, 2016; BORGES *et al.*, 2013).

Em 2008, o MS lançou o Manual de Preenchimento da CSPI contendo informações sobre a importância do instrumento e ensinando como os profissionais deveriam preencher cada informação contida nele. Todas as questões deveriam ser respondidas pelo próprio idoso, seus familiares e/ou cuidadores durante a VD e na unidade de saúde quando houver consulta do idoso (BRASIL, 2008).

Algumas informações da CSPI são para orientar ao idoso e familiares/cuidadores sobre comportamentos de risco à saúde, enquanto orientam os profissionais a identificar os idosos frágeis ou em processo de fragilização (BRASIL, 2014).

Em 2012, a Caderneta foi revisada e atualizada a partir das sugestões dos coordenadores da Atenção ao Idoso das diversas regiões do país em um evento em Brasília, e em 2014 foi colocada sob consulta pública para que fosse lançada uma nova edição para todo o território nacional (BRASIL, 2014).

A COSAPI (Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa), a FIOCRUZ RJ (Fundação Oswaldo Cruz) e um grupo de especialistas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) formularam o projeto para ampliar a articulação e instrumentalizar as equipes da AB para os cuidados com a pessoa idosa, em resposta às críticas dos gestores a respeito da necessidade de atualização dos instrumentos naquele contexto do SUS (BRASIL, 2014).

Parceiros estratégicos de diferentes áreas do MS e outras instâncias participaram do processo de revisão da CSPI, resultando em uma nova proposta com alguns diferenciais, tais como o acompanhamento longitudinal por cinco anos, possibilidade de identificar o idoso frágil através do índice de vulnerabilidade clínico-funcional, permitir o monitoramento de condições crônicas de saúde, alertar a pessoa idosa e os profissionais de saúde para os medicamentos potencialmente de risco.

A proposta, conforme esclarece o MS, foi submetida, após testes de campo em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (MG), Rio Branco (AC), Brasília (DF) e Porto Alegre (RS), ao VII Colegiado de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, onde sugestões de conteúdo e de estratégias de distribuição e divulgação foram realizadas. Em fevereiro de 2014, a CSPI foi colocada em consulta pública por 30 dias e a COSAPI recebeu aproximadamente 50 contribuições que foram avaliadas e consolidadas no produto final. Em junho de 2014 a CSPI foi lançada no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2014).

O MS disponibilizou, em apoio a implementação da CSPI, um Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, objetivando orientar e colaborar para o preenchimento correto dos campos da CSPI e de sua Ficha Espelho (permite consolidar as informações coletadas com a Caderneta, ficando na unidade de saúde e contribuindo para o monitoramento da condição da saúde e planejamento das ações ofertadas pela equipe de saúde, qualificando os profissionais).

Contudo, mesmo diante das propostas para orientação sobre o preenchimento adequado do instrumento, pesquisas (SÁ, 2016; DANTAS, 2015; BORGES; SILVA; LIMA *et al.*, 2013; ROCHA; SILVA; ANDRADE *et al.*, 2013) demonstraram que entre os pontos negativos na sua implementação, referenciado pelos idosos e pelos profissionais, está o não recebimento da caderneta ou informações sobre ela causando completo desconhecimento do instrumento; e ainda a distribuição do material para as equipes de Saúde da Família (e-SF) sem a qualificação dos profissionais (COSTA; AGUIAR; ROLIM *et al.*, 2015).

Segundo as autoras, corroborando com o MS, a CSPI seria um instrumento que serviria de suporte aos profissionais e aos gestores: os profissionais podem planejar e organizar suas ações e acompanhar o estado de saúde dessa população e os gestores podem estruturar e acompanhar as ações específicas, estabelecer metas, monitorar os resultados obtidos ou

esperados, conhecer a prevalência de marcadores e agravos em saúde da população idosa (COSTA; AGUIAR; ROLIM *et al.*, 2015).

Ainda encontramos que, apesar de distribuída e disponível nas (e para as) Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) pelo MS, a CSPI não é disponibilizada e entregue para todos os idosos com mais de 60 anos, permanecendo parte da população idosa sem o instrumento, ou mesmo quando entregue, os profissionais não estimulam sua utilização (SÁ, 2016; SILVA; SANTOS, 2015).

Estudo realizado por Rocha (2013) identificou que a maioria dos idosos de seu estudo (62%) não conheciam a CSPI e sequer a possuíam (77%), evidenciando a falta de informações e orientações dentro da atenção em saúde que recebem na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Outro estudo cujo objetivo foi verificar a atenção ao idoso pelos Enfermeiros em uma Unidade de Saúde da Família, observando os aspectos que dificultam ou facilitam este cuidado, encontrou como resposta “a necessidade de profundas mudanças nos atendimentos nas ESFs, identificando uma desarticulação entre as ações práticas e os programas ministeriais” (CORREIA; FREIRES; LUCENA, 2015).

Um dos pontos positivos da CSPI é poder conhecer o perfil da população idosa de cada ESF e planejar melhor as ações em saúde e, entre os desafios para a adesão dos profissionais da ESF e dos ACS na implantação da CSPI, encontra-se a falta de divulgação do MS sobre a importância do instrumento para que possam compreender e aceitar sua utilização como ferramenta de avaliação, monitoramento e controle de dados e ações (BORGES *et al.* 2013).



Figura 15- CSPI.  
Fonte: Brasil - CSPI (2020)

Ressalta-se que a educação em saúde é parte do papel da ESF junto aos seus usuários e, como uma prática educativa para a promoção da saúde, é através dessas ações educativas que se pode alcançar melhores condições de saúde da população e acesso a bens e serviços. Nesse contexto, Sá (2016) demonstrou um desejo positivo entre alguns profissionais após avaliá-los quanto a CSPI, pois se apresentam com um posicionamento favorável ao seu uso e a sua utilização como instrumento de informações de saúde, o que facilitaria o atendimento, permitindo a identificação de idosos frágeis ou em processo de fragilização, e como ponto negativo a dificuldade de aderir ao uso no atendimento, por ser mais um instrumento a ser preenchido durante a consulta.

Essa mesma dificuldade aparece para Correia, Freires e Lucena (2015), reforçando que a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a área da atenção ao idoso, requerendo investimentos no desenvolvimento de competências para o profissional lidar com o envelhecimento, abrangendo promoção, prevenção, reabilitação e melhor compreensão dos fenômenos determinantes socioambientais do processo saúde-doença. Os autores referem a importância da VD para estabelecer o cuidado e o vínculo com a comunidade e que deve ser planejada com cada família, dando assim, suporte adequado e específico às necessidades de cuidado da pessoa idosa.

Corroborando com os autores, Dantas (2015) determinou em seu estudo que 48,5% dos idosos desconhecem a CSPI, 40,8% a utilizam e 10,7% a possuem, mas não a utilizam. Ressaltando que os idosos que a utilizam referiam a obrigatoriedade do instrumento para seu atendimento na unidade de saúde e que através dele possuem orientação mais enfática sobre a prevenção das doenças. Enquanto os que a possuem sem fazer uso, relataram que não há a exigência do instrumento quanto ao seu uso para ocorrência do atendimento. Outro ponto apresentado refere-se à fragilização da adesão, implicando na preferência dos idosos por outros instrumentos como o cartão do SUS (o Cartão Nacional de Saúde, CNS) e o cartão do hipertenso.

Não basta que tenhamos a implementação de um instrumento que seja por definição capaz de provocar mudanças significativas na qualidade de vida da pessoa idosa e nas relações de trabalho da equipe de saúde junto a essa população, quando há deficiência de informações e orientações dos profissionais. Caberia rever como ocorre ou ocorreu o processo de educação

permanente em saúde e cursos de capacitação para efetivar a aplicação do instrumento, com sensibilização dos profissionais para buscarem essa capacitação na área de saúde do idoso.

A atenção oferecida hoje, de uma forma geral na APS, é uma prática voltada a uma proposta curativa, dentro do modelo hegemônico, e focalizada na doença e não na integralidade do ser humano, em seus aspectos biopsicossociais e holístico, sendo completamente oposta a proposta da PNAB e da ESF, que é de orientar, a partir de um modelo de atenção para a promoção do envelhecimento saudável, com a prevenção de agravos e de incapacidades (SILVA; SANTOS, 2015).

## **6 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA APS E A IMPORTÂNCIA DE UMA LINHA DE CUIDADO**

### **6.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA APS**

A APS deve ser resolutiva e, portanto, responsável por resolver 80% de todas as necessidades de situação de saúde, evitando o uso inadequado de outros níveis de atenção e garantindo economia de recursos públicos. Para tanto, se faz necessário que a população seja atendida via o modelo de Acesso Avançado (AA) na atenção básica, que consiste que o agendamento será no mesmo dia ou em até 48 horas após o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, atendendo hoje quem tem necessidade de ser atendido hoje, de acordo com a capacidade técnica, seus trabalhadores, e o que a unidade básica permite, garantindo assim o acesso, um dos atributos da APS. (MENDES, 2012).

Em relação ao cuidado com o idoso na APS e de acordo com as Diretrizes para o cuidado de pessoas idosas no SUS (2014, p. 18):

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.

Ainda sobre a assistência ao idoso na atenção primária é explicitado no Caderno de Atenção Básica (2006, p.19): “A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. Neste ponto da atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido [...]”. Isso facilita aos profissionais conhecer a vida cotidiana dos seus usuários e criar vínculos, demonstrando que a atenção centrada na pessoa é imprescindível para atender o idoso de forma integral garantindo um cuidado adequado às suas necessidades de saúde. Sendo assim, é perceptível que as pessoas idosas na Atenção Básica, deverão ser atendidas por equipes de referência, em seus espaços geográficos.

O Caderno de Atenção Básica, de nº 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, data de 2006, mesmo ano do Estatuto do Idoso, e percebe-se que houve um cuidado, uma preocupação por parte do MS em aprimorar o conhecimento das equipes de saúde da AB.

Na apresentação do CAB, nº 19, Temporão (2006), então secretário de saúde do MS, discorre sobre a sua finalidade:

Este Caderno de Atenção Básica foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Tudo foi pensado no sentido de se obter uma abordagem integral para as pessoas em seu processo de envelhecer.

A Assistência à pessoa idosa na unidade de saúde da família:

[...] deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional [...] influenciado por diversos fatores[...] o ambiente onde o idoso vive, a relação com o profissional de saúde [...] a história clínica, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais, e o exame físico. (CAB Nº 19, p.13, *grifos feitos pelo autor*).

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)

A avaliação multidimensional da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo principal, a avaliação global com ênfase na Capacidade Funcional (CF). A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. Com esta avaliação é possível fazer um diagnóstico acerca das perdas, condições incapacitantes, e quais são os meios, medidas, para supri-las. (CAB nº 19, 2007)

A partir da avaliação da capacidade funcional coletiva dos idosos, Figura 16 abaixo, é possível classificar o risco funcional de cada idoso, vinculado ao território de determinada unidade de saúde da família, mensurando quantos idosos são acamados, parcialmente dependentes, independentes e se existem idosos em ILPIs locais. Sendo assim, cada USF teria uma análise da situação de saúde local de seus idosos.



Figura 16- Capacidade Funcional Coletiva  
Fonte: UNASUS (2014)

Alinhado com o CAB Nº 19 (p. 30-31), entende-se que não se aplica o conceito de “doença única” para se explicar as manifestações e queixas em pessoas idosas, já que normalmente essa população apresenta comorbidades, um conjunto de doenças, onde um quadro desencadeado por uma doença pode agravar outra, e assim sucessivamente, tendo um “efeito cascata.” As doenças em idosos se apresentam de forma atípica quando comparadas em adultos ou jovens, portanto, o diagnóstico diferenciado é tão importante, dando ênfase nos antecedentes e doenças crônicas que precisam ser investigadas para serem afastadas.

Os cuidados específicos ao longo da vida, segundo recomendação da Secretaria Nacional da Atenção Básica, devem ser feitos através de uma avaliação multidimensional, podendo ser guiados pela Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que parte de escalas de vulnerabilidades sociais a físicas, com objetivo de garantir um plano de cuidados singular para cada idoso. Estas concepções de identificação da vulnerabilidade do idoso e da sua Capacidade Funcional (autonomia e independência), foram trazidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa a partir de 2006, advindas da II Assembleia Mundial de Madri, quando foi elaborado um Plano de Ação para o Envelhecimento Internacional (ONU, 2002) que atendesse as necessidades dos idosos no século XXI, com uma proposta para políticas públicas de “Envelhecimento Ativo” e

que vem fundamentando, desde então, as políticas sociais brasileiras voltadas para a pessoa idosa, a níveis nacional, estaduais e municipais.

O cuidado da pessoa idosa tem particularidades, em consonância com o quadro abaixo (Figura 17), desenvolvido pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, dessa forma, é possível entender que a Capacidade Funcional (CF) deve orientar o cuidado, frisando a importância da rede social, comunitária, territorial e familiar, além da intervenção multidimensional e intersetorial. É necessária, também, uma avaliação criteriosa das doenças, vulnerabilidades e ações (a avaliação multidimensional) para manter a autonomia e independência do idoso, seja em que grau estas se apresentem, entendendo que na promoção, prevenção e cuidado ao idoso as DCNTs diminuem a morbimortalidade, causadoras a maioria das perdas funcionais, limitações físicas, cognitivas e incapacidades nestas pessoas.



Figura 17- Particularidades do cuidado à pessoa idosa  
Fonte: Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/DAET/SAS/MS (2013)

O gerontólogo Renato Veras (2018) apresenta um modelo assistencial de saúde que atende as particularidades do cuidado ao idoso, reconhecido pela OMS.

Veras e Oliveira (2018) salientam que “o cuidado deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante, pois os idosos possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais.”

Este modelo possuiria 5 níveis, o 1º seria a APS, porta de entrada do SUS, local onde o idoso seria acolhido, estabelecendo vínculo, o 2º haveria o atendimento ambulatorial nas unidades de saúde da família, no terceiro nível, se realizaria o atendimento com especialistas,

geriatrias, entre outros, e o quarto e quinto nível se daria respectivamente em hospitais, cuidado por um curto período e em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), cuidado por um longo período.

Além disso, Veras reitera a importância de o idoso ter no mínimo cinco consultas anuais, todas no mesmo local, ter acompanhamento com uma equipe de saúde da família e com uma equipe multidisciplinar. Segundo este autor o modelo é usual em outros países, a exemplo da Inglaterra, e estaria dentro das normas e recomendações internacionais para acompanhamento e monitoramento da saúde do idoso, estando de acordo com a PNSPI.

Um dos melhores exemplos de qualidade na atenção à saúde do idoso no Brasil, é realizado no Estado do Paraná, nas UBSs/USFs, as quais fazem uso da avaliação multidimensional para estratificar o risco de fragilidade. Desde o primeiro atendimento, realizado pelo ACS (Agente Comunitário de Saúde), nas visitas domiciliares, é feito um rastreamento das fragilidades do idoso. Há um Fluxograma de Atenção à Saúde do Idoso na RAS deste Estado, o que permite um maior e melhor acesso, além de garantir a integração das Linhas de Cuidado de doenças crônicas com o acompanhamento longitudinal do usuário idoso, executado pelas e-SFs. Um plano de cuidados é elaborado após identificada a fase em que se encontra aquele determinado o idoso, através da avaliação multidimensional (estratificação da fragilidade), e se caso estiver na fase pré-frágil ou na fase frágil será discutido com toda a equipe um plano de cuidado. Este PC será primeiramente e prioritariamente gerenciado pela Atenção Primária, e um outro Plano de Cuidado voltado para à assistência na Atenção Especializada juntamente com à AP, estará sob a responsabilidade de ambos os níveis de complexidade. Sendo assim, o idoso é assistido dentro dos princípios de equidade, integralidade e universalidade que devem pautar os serviços do SUS.

É necessário, de acordo com A Linha Guia de Saúde do idoso, da Secretaria de Saúde Estadual do Paraná que o:

modelo de atenção ao idoso tenha como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento dos recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade. A identificação e o tratamento de doenças continuam sendo objetivos, mas isso não basta. Conhecer como o idoso está exercendo suas tarefas diárias e seu grau de satisfação exige que o médico investigue funções básicas [...] e outras mais complexas, como trabalho, lazer e espiritualidade, valorizando o envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria da capacidade funcional, prevenção de doenças, recuperação da saúde e das capacidades funcionais. É prioritário utilizar esse conhecimento para efetuar a necessária transição do modelo assistencial clínico para outro, com ênfase na

prevenção. (Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA, Pereira et al.-Curitiba: SESA, p. 19, 2018. *grifos da autora*).

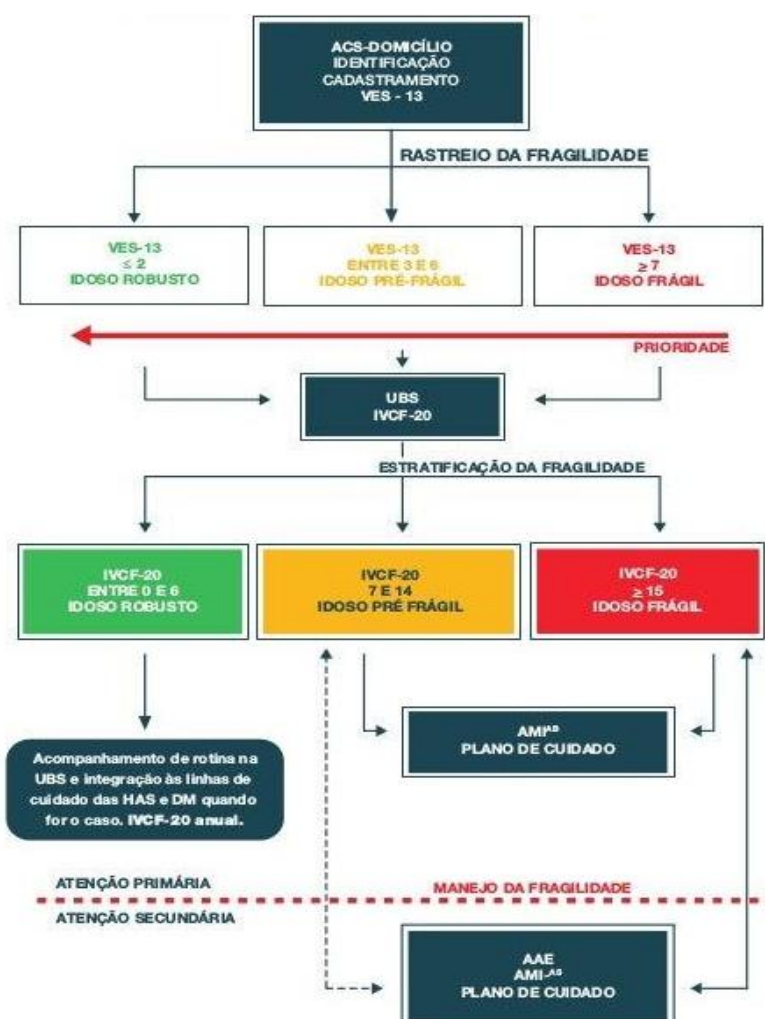


Figura 18- Fluxograma de Atenção à Saúde do Idoso  
Fonte: Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba: SESA (2012)

## 6.2 LINHAS DE CUIDADO

As Linhas de Cuidado foram desenvolvidas sob a perspectiva do cenário de saúde pública brasileira, sua implantação deve ter a Atenção Primária em Saúde como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde. (Brasil, 2018)

Em 2018 o MS lançou orientações técnicas para nortear a construção e a implementação de uma linha de cuidados para as pessoas idosas nos municípios e Estados do Brasil. Embasado

neste documento busca-se discorrer como deverá ocorrer a elaboração e a implementação de forma estratégica na RAS.

Uma Linha de Cuidado é um conjunto de padronizações técnicas que envolvem ações desde preventivas, promocionais, curativas, paliativas e de reabilitação, que deve ser coordenada pela APS na RAS e na rede intersetorial.

A implementação de Linhas de Cuidado de maneira geral, sugere uma organização ou reorganização da RAS. O primeiro passo é a criação de um sistema de governança local, um comitê gestor, que deverá ser composto por gestores dos três níveis de atenção, como também gestores intersetoriais que abranjam o sistema de proteção ao idoso; elaboração da situação de saúde de cada território para construir um perfil demográfico e epidemiológico do município, a partir deste diagnóstico se dá a organização ou reorganização da RAS, pois se tem um retrato das necessidades de saúde dos idosos desta localidade. O quarto e quinto passos, são a elaboração de funções e competências de cada nível de atenção ao idoso, e a construção de fluxogramas e protocolos por onde o idoso irá caminhar na rede. O sexto passo e de grande relevância, é a articulação intersetorial, que dará suporte às equipes de referência e às especializadas na condução do Plano de Cuidados ou PTS. Para atingir a qualificação efetiva dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção do SUS local, se faz necessário a produção de um Plano de Educação Permanente. E com a definição de indicadores que demonstrem a realidade da Atenção à Saúde do Idoso nos três níveis de complexidade, teremos um instrumento gerenciador que servirá para avaliação, monitoramento e (re)planejamento da LC. Com esta composição descrita acima, teremos o Plano de Implementação da Linha de Cuidado, conforme a figura abaixo.

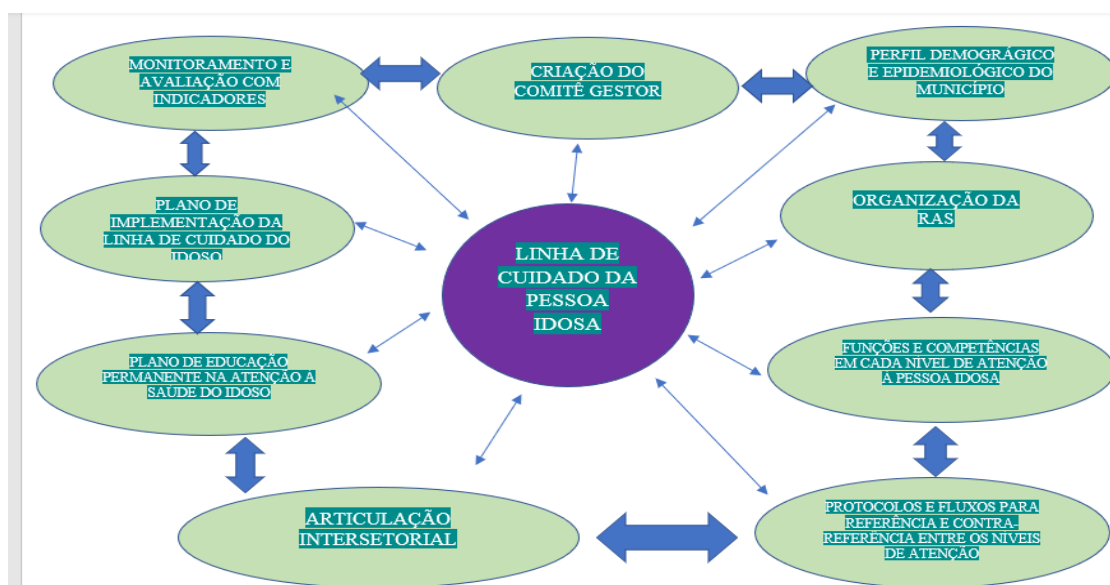


Figura 19- Modelo para Implementação da LC do Idoso

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS. (Brasil, 2018)

A Linha de Cuidado da Pessoa Idosa já é uma realidade em alguns municípios do Sul e Sudeste, a exemplo no Estado do Paraná (anexos), de Santa Catarina (anexos) e Rio Grande do Sul, estes com um número populacional alto de pessoas idosas e de expectativa de vida. Florianópolis é considerada uma das melhores cidades do Brasil para o idoso morar após a aposentadoria, com o maior número de leitos disponíveis e serviços do SUS para este segmento no país (IBGE, 2021). Quanto ao RS existe uma Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 444/2021 SES-RS) em anexos, uma RAS organizada para à atenção ao idoso, e destaque para a “UBS Amiga do Idoso” e para as ações de EP regionais e municipais, abordando temas relacionados ao fortalecimento de ações em Saúde do Idoso na Atenção Básica.

A figura abaixo representa o Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa recomendado pelo MS e utilizado e/ou adaptado pelos Estados e seus municípios, acima citados.

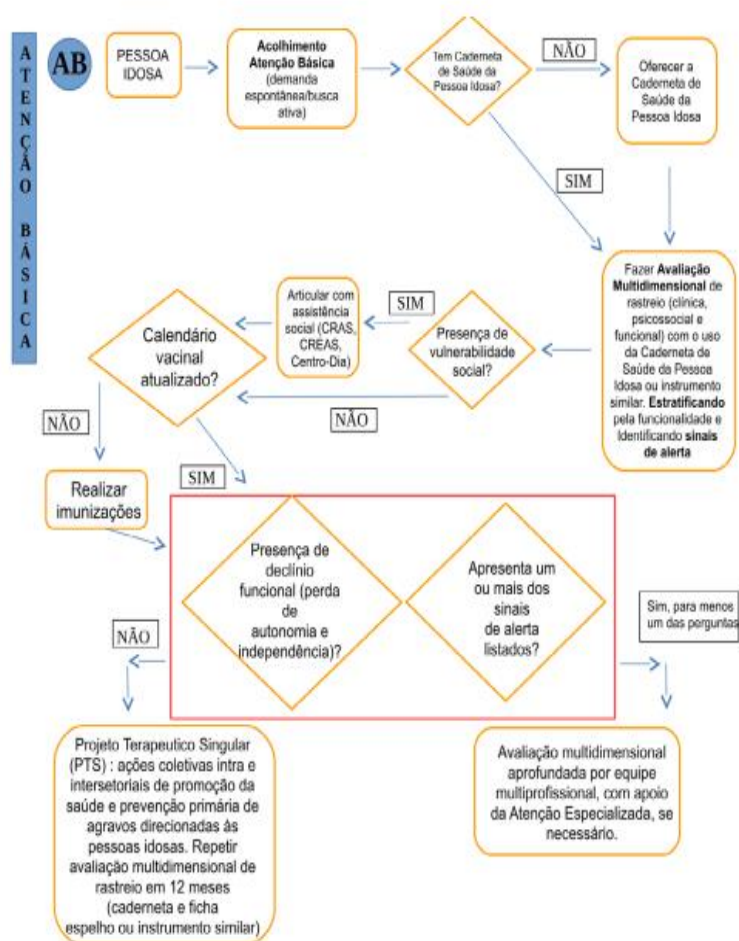


Figura 20- Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: Fluxograma de Linha de Cuidado da Saúde da Pessoa Idosa proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010)

### 6.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR OU PLANO DE CUIDADOS PARA AÇÕES DE SEGMENTO DO IDOSO

Desde à década de 1990 se fala em PTS, juntamente a reforma sanitária e psiquiátrica, o seu uso se generalizou na saúde mental, e os profissionais desta área passaram a possuir no cotidiano de suas ações a capacidade de trabalhar de forma multidisciplinar, com discussão de casos, compartilhando saberes, e valorizando a opinião do usuário do serviço, além de co-responsabilizá-lo, como também, a sua família.

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2003) considera o PTS, um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivo, em situação de

vulnerabilidade. E por vulnerabilidade, compreende-se a situação em que se encontra algum usuário, e este apresente dificuldades ou empecilho de sair de determinada condição, normalmente socioeconômica ou familiar (perda ou quebra de vínculos familiares), sozinho. (PTS, p.04)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. A palavra projeto no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, mas na organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. (Caderno Humaniza SUS, 2010, p. 94)

A elaboração de um PTS demanda a realização de três movimentos, que devem estar sobrepostos e articulados: Coprodução da problematização; Coprodução de projeto e; Cogestão/avaliação do processo. (Humaniza SUS, p.94-95). A condução efetiva de um PTS, depende de uma pactuação entre equipe e usuários. É uma tarefa singular, cada usuário é um indivíduo único, portanto, cada caso precisa ser discutido e pensado sob diferentes olhares, não existe um roteiro exato a seguir.

Um plano de cuidados deve ser realizado a partir de uma pactuação da equipe com o usuário, como mostra a figura abaixo, a partir de algumas hipóteses elaboradas na discussão do caso (ou problematização), em uma primeira reunião. O usuário deve ser convidado para participar da próxima reunião, quando serão definidos objetivos e metas, responsabilidades divididas entre os componentes da equipe com o aval e participação do usuário responsabilizando-o pelo autocuidado que deve ser apoiado (autocuidado apoiado), dependendo muito do nível de fragilidade que o idoso apresente. A família e a comunidade podem também serem co-responsabilizadas, visto este, ser um processo de possível vulnerabilidade ou mesmo de quebra de vínculo familiar.

Um plano deverá, necessariamente, ter um tempo previsto para início, meio e fim, com ações de curto, médio e longo prazo, e um monitoramento para avaliar e/ou reavaliar a situação atual de saúde, quais objetivos e metas foram atingidos e os que não foram, e quais as estratégias para alcançá-los. A equipe deve ter profissionais, nos três níveis de complexidade, que possam realizar matriciamento.



Figura 21- Modelo do Processo de Pactuação no PTS  
Fonte: Caderno Humaniza SUS (2010)

Uma das principais exigências para que um plano de cuidados seja efetivo e eficaz é o suporte da rede do território, da RAS do município e da articulação intersetorial dos serviços de proteção básica e especial, tanto do SUS como do SUAS/Sistema Único de Assistência Social. Estes dois sistemas trabalham dentro de uma mesma perspectiva, tendo a APS como porta de entrada do SUS e o CRAS/Centro de Referência de Assistência Social como porta de entrada do SUAS.

Acessar a singularidade de um caso é criar sentidos e relações onde já não estão mais prioritariamente em jogo a adequação do usuário ou da equipe a um plano de normalidade da vida e sim ao plano investido da própria vida. Acessar a singularidade de um caso é produzi-la, na relação com o caso. Fazer o caso “engordar” para a equipe deve ser o resultado vivo do movimento de coprodução de problematização no PTS. (HUMANIZA SUS, 2010, p. 101)

Moraes (2012) refere que o Plano de Cuidados é a estratégia que deve ser utilizada para a organização do cuidado, devendo ser definido quais as necessidades de saúde do usuário, quais são as intervenções mais apropriadas, porque fazer essas intervenções, quais/quem são os profissionais de referência naquele nível de atenção, e em quais locais da RAS este idoso irá transitar estrategicamente na sua busca pela melhora física e funcional. Este cuidado deve estar baseado em evidências científicas e centrado no indivíduo, com ações que, a depender da

necessidade do longo tempo, podem ser: preventivas e/ou promocionais; curativas e/ou paliativas e; de reabilitação.

Um Plano de Cuidados ou PTS deverá ser feito sempre após a Avaliação Multidimensional, seja em quaisquer níveis de fragilidade em que o idoso se encontre, e mesmo o idoso robusto necessita de acompanhamento longitudinal e contínuo. Em cada nível de fragilidade, 1, 2 ou na 3, irá se destacar atividades e ações da equipe, da RAS e da rede intersectorial, que irá dar suporte seja na prevenção, reabilitação e até nos cuidados paliativos, como também, na provisão de alimentos, Atenção Domiciliar, entre outros.

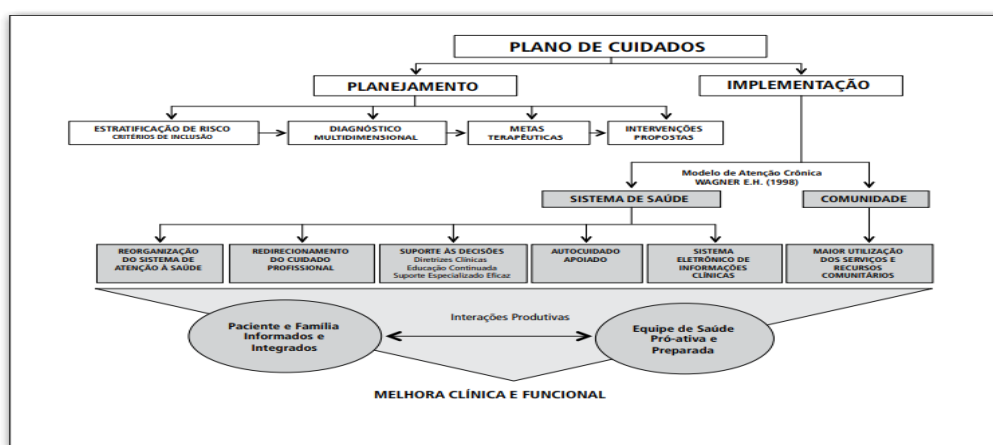


Figura 22- Modelo de Plano de Cuidados

Fonte: Moraes (2012, p. 75) modificação do Modelo de Wagner (1998)

Um PTS ou Plano de Cuidados não deve ser considerado como suficientemente capaz de provocar transformações ou resultados significativos, nos modelos de atenção e de gestão. Mas é uma ferramenta que usada de forma adequada, sem soluções mágicas, dá suporte às equipes de referência, em especial com idosos, para vislumbre de ações estratégicas, alicerçando-as. (Brasil, 2010)

## 7 RESULTADOS

Com o objetivo geral de analisar a assistência às pessoas idosas na atenção primária à saúde no município de Camaçari, elaborou-se uma matriz de marco lógico, orientado por marcos teóricos e legais da atenção ao idoso com indicadores que pudessem representar a qualidade, eficiência e eficácia da atenção à saúde do idoso, os quais foram analisados dentro de parâmetros normativos utilizados na área. Esta primeira avaliação se deu a partir da análise de instrumentos de informação, utilizados e formalmente orientados pelo MS no SUS, e que estão dentro dos atuais critérios de financiamento da APS.

O cadastro do e-SUS, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde municipais, totalizam 30.099 indivíduos cadastrados, a partir de 60 anos até 120 anos, confirmando, assim, o número estimado da população idosa de Camaçari que é de aproximadamente 30 mil pessoas. Destes, 13.315 são do sexo masculino ou se identificam como e 16.784 são do sexo feminino ou se identificam com este gênero. 89% referem serem pardos ou negros. Quanto as informações sociodemográficas, na relação de parentesco com o responsável familiar, 70% informam morar sozinho, 5% com os pais, 15% com o cônjuge e 10% com outros familiares. Apenas 39% encontram-se aposentados ou recebendo pensão, 30% recebem algum benefício assistencial, 5% ainda trabalha de carteira assinada, 8,5% trabalham como autônomos, menos de 0,5% são donos do próprio negócio. Do total, 23% informam ter alguma deficiência. Quanto ao curso mais elevado que frequentaram, 3% têm nível superior ou pós graduação, 15% fizeram o ensino médio, 8% não foi alfabetizado, 30% não informa seu grau de instrução, e os outros 44% fizeram alguma série do ensino fundamental. Quanto ao acesso a saúde, apenas 5% têm plano de saúde e 85% fazem uso do SUS. Quanto a condição/situação de saúde do idoso informada (este cadastro é respondido baseado na autorreferência), 2% afirmam ter doença respiratória ou pulmonar, 5% doença cardíaca, 1,3% informa ter doença renal, 1,2% diz ter doença mental, 5% teve derrame, 2% já infartou, 2,1% tiveram alguma neoplasia, 1,5% encontra-se acamado, 51% possuem HAS, 21% têm DM, 2,5% foram internados nos últimos 12 meses, 4,6 % fazem uso de álcool, 5,1% são tabagistas, 0,10% estava com Hanseníase e 0,16 estava se tratando de Tuberculose. Quanto a estar em situação de rua: havia 29 idosos nesta condição, destes, 13 não possuem referência familiar. (Dados do e-SUS, dez. 2022)

Quanto a assistência dispêndida a pessoa idosa no período do ano de 2022, em Camaçari, temos os seguintes dados: Houve um total geral de 45.162 atendimentos; 209 foram atendidos na Academia da Saúde; 01 foi consultado no CER II; 50 na policlínica de especialidades; 44.902 idosos tiveram atendimento na atenção básica. (Dados do e-SUS, dez. 2022)

Quanto a morbimortalidade de janeiro a setembro de 2022: 1.566 idosos faleceram residentes no município, sendo 21% com doença do aparelho circulatório; 13% por neoplasias; 12% com doenças no aparelho digestivo; 10% com doenças no aparelho geniturinário; 10% por lesões, envenenamento ou causas externas; 34% vieram a óbito por doenças diversas. (Dados da SESAB/BA, out. 2022)

Considerando as informações do cadastro individual do e-SUS é possível inferir que existe um conhecimento dos idosos do território, qual a situação de saúde individual e coletiva neste cenário, e informações socioeconômicas e sociodemográficas vastas desta população. Isso sugere que existem informações consistentes para conhecimento e incremento na atenção a pessoa idosa.

Considerando as informações quanto a assistência dispensada na RAS é possível inferir que 99,9% das consultas se concentram na APS, cada idoso teve ao menos 2 consultas no ano, conforme recomendação do MS. Não foi possível analisar o atendimento do idoso na RAS, seja na atenção especializada, seja em serviços de promoção, prevenção e reabilitação. Sendo assim, avalia-se que a atenção ao idoso na atenção básica de Camaçari é efetiva e resolutiva. A falta de dados significativos na RAS nos levar a deduzir que os dados talvez não sejam fidedignos, podendo ser por falta de atendimento ao idoso na RAS, ou pelo fato da RAS estar desorganizada, o que compromete a atenção integral a saúde da pessoa idosa em todos os níveis de atenção, ou mesmo, por falta de digitação dos atendimentos no e-SUS, na atenção especializada.

Considerando a morbimortalidade do idoso camaçariense é possível concluir que as doenças do aparelho circulatório foram as que apresentaram maior percentual porque são doenças como a hipertensão, a diabetes, a aterosclerose, acidente vascular cerebral, entre outras, ocasionadas por DSS, hábitos, má alimentação, sedentarismo, elitismo, obesidade, etc.

Para verificar se na APS é realizada a avaliação multidimensional através do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e conhecer os fluxos da Rede de Atenção à Saúde no que se refere a uma linha de cuidado para a pessoa idosa no município de Camaçari, foram retirados

indicadores a partir da matriz de marco lógico que respondessem aos objetivos específicos, e foi elaborado um questionário no *Google Forms* aplicado com 25 gestores de saúde municipais.

Os gestores que responderam o referido questionário se constituem em 100% de mulheres, todas com nível superior, 84,6% são servidoras efetivas, tendo a maioria acima de 10 anos de formada e mais de 6 anos na gestão.

As principais questões referentes a gestão do cuidado da pessoa idosa na RAS, foram destacadas abaixo:

Quanto ao conhecimento na área de saúde da pessoa idosa: 11,5% têm pouco conhecimento, 69% possuem conhecimento razoável e 19,5% têm um bom conhecimento.

Quanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: 25 % conhecem superficialmente e 75% desconhecem.

Quanto a conhecer a Caderneta da Pessoa Idosa: 50% conhecem e 50% conhecem superficialmente.

Quanto a conhecer o conceito de Capacidade Funcional: 37,5% conhecem, 50% conhecem superficialmente e 12,5% desconhecem.

Quanto a realização de algum curso na área de Saúde da Pessoa Idosa: 12,5% dizem que sim, 25% dizem já faz muito tempo que fez um curso e 62,5% dizem que nunca fizeram.

Quanto a ter qualificação para um maior conhecimento na área: 100% expressaram ter essa necessidade.

Quanto a existência de uma Política Municipal de Atenção à Pessoa Idosa em Camaçari: 25% acreditam que sim, 25% não conhecem profundamente e 50% dizem que não existe.

Quanto a existência de uma Coordenação ou Área Técnica específica de Atenção à Pessoa Idosa: 25% desconhecem e 75% acreditam que não existe.

Quanto a existência de protocolos específicos de atendimento no cuidado com o idoso em Camaçari: 12,5% dizem que conhecem, 37,5% não os conhecem profundamente e 50% afirmam que não existem.

Quanto a utilização de planos de cuidados ou PTS (plano terapêutico singular) com idosos na APS: 12,5 % utilizam e 87,5% não utilizam.

Quanto a realização da avaliação multidimensional individual com os idosos na APS de Camaçari: 12,5% dizem que realizam e 87,5% não realizam.

Quanto a realização de avaliações multidimensionais coletivas com os idosos por MA: 25% realizam e 75% não realizam.

Quanto a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa ser utilizada como mais uma ferramenta de qualificação do cuidado para a pessoa idosa na APS: 50% utilizam e 50% não utilizam.

Quanto a existência de um fluxo ou linha de cuidado desenhada para a pessoa idosa na RAS de Camaçari: 37,5% afirmam existir e 62,5% acreditam que não existe.

Quanto a existência de um fluxo no qual a pessoa idosa poderá fazer quando necessita de assistência em outro nível de atenção: 50% dizem existir e 50% dizem desconhecer.

Com base nos dados acima é possível depreender que os gestores de saúde municipais não possuem um consenso quanto a conceitos, fluxos, ferramentas e marcos teóricos, imprescindíveis para a assistência adequada a população idosa. É notória a necessidade de capacitação/qualificação/aprimoramento através da EP, sendo de assentimento geral, até então.

Ao contrapor os dados da pesquisa sobre os instrumentos de informação com as respostas dos gestores de saúde, deduz-se que a atenção à saúde da pessoa idosa no município de Camaçari e tem como foco a atenção básica como porta de entrada, conforme determina a PNAB, com ênfase na resolutividade das demandas de saúde, nesse nível de atenção. Contudo, fica perceptível nesta análise, a exigência de uma reestruturação da RAS, bem como, a indispensabilidade de uma Educação Permanente sólida, ativa e atuante, como requisito essencial para a implementação de uma Linha de Cuidado a fim de atender as necessidades de saúde fundamentais para a população idosa de Camaçari.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa vem em acelerado crescimento a partir da transição epidemiológica e demográfica no mundo, mas na nossa sociedade brasileira essa transição se dá diferentemente dos países desenvolvidos, os europeus, onde o modelo desta transição foi criado. O Brasil possui grandes desigualdades sociais, com Estados do Sul e Sudeste com IDH mais altos, e do Norte e Nordeste chegando a níveis de IDH baixíssimos, que influenciam diretamente nas condições de saúde das pessoas idosas, visto que, está posto a influência direta dos DSS na situação de saúde deste segmento, assim como, a subjetividade da situação de saúde do idoso, circunstâncias estas mencionadas nos capítulos 4 e 5.

Sendo assim, nos parece claro que a saúde da pessoa idosa está vinculada a saúde, a educação, a moradia, a previdência, a proteção social, que são os fatores sociais, como também, a fatores psicológicos, hábitos como sedentarismo, alcoolismo, etilismo e a fatores genéticos. Estes fatores, em especial os sociais, dependem diretamente da implementação de políticas públicas que permitam seu acesso a bens e serviços, os quais possam garantir um envelhecimento participativo e mais saudável, conforme a ONU recomenda. O Brasil faz parte dos países que fez a adesão ao “Envelhecimento Ativo e Saudável” se comprometendo no fomento e implementação de políticas sociais que visem atingir os objetivos propostos, tendo para tanto, elaborado o “Pacto pela Vida”, em 2006.

A PNSPI dentro dos seus princípios e das diretrizes, traz propostas que visam responder às necessidades de saúde, entendendo que o conceito de Capacidade Funcional deve permear à atenção da pessoa idosa no SUS. A questão da funcionalidade do idoso é a referência que irá embasar sua assistência que deverá ser coordenada pela APS, a partir do uso da Caderneta do Idoso, como ferramenta recomendada pelo MS para realização da avaliação multidimensional que irá nortear os profissionais de saúde da equipe de referência quanto aos caminhos que o idoso deve percorrer na RAS, a partir de um Plano de Cuidados, e mesmo o idoso robusto, deverá ser contemplado com um PC para garantir o seguimento longitudinal e monitoramento contínuo da sua situação de saúde.

Estas questões avaliadas durante todo o processo de estudo levam a considerar, que somente é possível acreditar em um futuro digno para pessoa idosa, direito irrefutável (que faz parte da Constituição Federal/88, no art. I, quanto a dignidade da pessoa humana), quando as

políticas públicas forem prioridade para os governos, sejam municipais, estaduais ou federal. Todavia, enquanto o neoliberalismo fizer parte do projeto político da maioria que nos governa, esta mudança estrutural ainda demorará bastante, impedindo a mitigação das desigualdades sociais, causando custos extremamente elevados com os cuidados no nível de alta complexidade e de proteção especial, o que leva a insuficiência, ineficiência e ineficácia do SUS e das políticas públicas em geral.

Refletindo sobre o papel da gestão municipal, enquanto responsável direto na garantia da execução de políticas voltadas ao cidadão, e avaliando dentro do contexto da descentralização, é preciso a responsabilização dos atos legais daqueles que conduzem este processo, que deve pautar-se dentro dos princípios do SUS, tanto os doutrinários (ou ideológicos): universalidade, integralidade e equidade; quanto os organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular. Além disso, existe a necessidade emergencial da implementação de políticas sociais e de um modelo de atenção à saúde que garantam a toda população, especificamente ao idoso, uma melhoria real da condição de saúde e de qualidade de vida.

Nesta análise da atenção à saúde do idoso no município de Camaçari, pondera-se que será preciso algumas mudanças na gestão do cuidado com a pessoa idosa, que dependem efetivamente dos gestores municipais de saúde, como por exemplo: uma reestruturação dos equipamentos de saúde municipais, uma reorganização da RAS e o fortalecimento da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado. Portanto, para garantir as transformações consideradas, salienta-se e reitera-se, como principal estratégia, a Educação Permanente para qualificação dos profissionais, o que garantirá capacitação adequada e treinamento suficiente, mudanças de paradigmas, melhoria na qualidade da assistência e alicerceará os conceitos atuais de envelhecimento ativo e saudável, de Capacidade Funcional e de fragilidade, como também, das principais síndromes geriátricas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.3, 2010.

ARAÚJO E FERNANDES, F. N. F. de; PEREIRA M. J. Perfil de cuidadores de pessoas idosas no Brasil. **Anais do Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. – Vol. 2, n.1, 2015. Disponível em: [https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO\\_EV040\\_MD2\\_SA11\\_ID1826\\_25072015161043.pdf](https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2015/TRABALHO_EV040_MD2_SA11_ID1826_25072015161043.pdf). Acesso em: 11 mar. 2021.

ATLAS.ti, Scientific Software Development, GmbH, Berlin. All rights reserved. **Manual Version:** 654.20190114. Updated for program version: 8.4, 2019.

AUGUSTI, D. *et al.* Análise da síndrome da fragilidade em pessoas idosas na atenção primária - Estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. DOI: 10.5712/rbmfc12(39)1353. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BALASSIANO, M. *et al.* Escolaridade, Salários e Empregabilidade: Tem Razão a Teoria do Capital Humano. In: **Revista de Administração Contemporânea/Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração**. Volume 9, nº. 4. Rio de Janeiro: ANPAD, 1997.

BARBOSA, K. B. F. *et al.* Estresse oxidativo: conceito, implicações e fatores modulatórios. **Revista de Nutrição** (online), v. 23, n. 4, p. 629-643. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Rio de Janeiro: CFESS/ABEPS, 2009. p. 301-322.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERNADOTTE, A.; MIKHELSON, V. M.; SPIVAK, I. M. Markers of cellular senescence. Telomere shortening as a marker of cellular senescence. **Aging** (Albany NY), v. 8, n. 1, p. 3. 2016.

BERTOLIN, G.; VIECILI, M. Abandono Afetivo da pessoa idosa: Reparação Civil ao Ato de (não) amar? In: **Revista Eletrônica de Iniciação Científica**. Itajaí, Centro de Ciências Sociais e Jurídicas da UNIVALI. v. 5, n.1, p. 338-360, 2014. Disponível em: <https://www.univali.br/graduacao/direito-itajai/publicacoes/revista-de-iniciacao-cientifica-ricc/edicoes/Lists/Artigos/Attachments/996/Arquivo%2018.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2018.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43 São Paulo. 2009.

BIRAN, A. *et al.* Quantitative identification of senescent cells in aging and disease. **Aging Cell**, v. 16, n. 4, p. 661-671. 2017.

**BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado Federal, Brasília – DF, 2012.

**BRASIL, Decreto Legislativo nº. 269, de 2008**. Congresso Nacional. Brasília – DF, 2008.

**BRASIL, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília – DF, 2006 a.

**BRASIL, Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: Proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Ministério da Saúde. OPAS. Brasília, 2014.

**BRASIL, Envelhecimento ativo**: uma Política de Saúde. World Health Organization; Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília - DF, 2005.

**BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF

**BRASIL. Fundação João Pinheiro. Elaboração de Marco Lógico**, Brasília, 2013.

BRASIL. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. **Lei nº 14.176**, de 22 de junho de 2021. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estabelecer o critério de renda familiar **per capita** para acesso ao benefício de prestação continuada. Brasília, 2021.

BRASIL, Lei de Participação Na Gestão do SUS - Lei nº. 8.142/1990. **In: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**, CRESS-PR-11ª Região, Curitiba, 2003 b.

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei nº. 8080/1990. **In: Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania**, CRESS-PR-11ª Região, Curitiba, 2003 a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em saúde**. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2007. \_\_\_\_.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição: Porto Alegre, 2003 c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed., rev. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2016. v. 4

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a Passo para elaboração e implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. Ver. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. \_\_\_\_\_.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. **Orientações técnicas a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS (recurso eletrônico)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998. 3. Brasília, DF.

BRASIL, **Política Nacional da pessoa idosa** – Lei nº. 8.842/1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm) Acesso em 20 abril 2020.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** - portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2017.

BRASIL, **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** - Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2006 b.

BRASIL, **Portaria 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, Brasília, DF, 2016.

BRASIL, **Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** - Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2010.

BRASIL, **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. 2013. Brasília, DF.

BRASIL, **Resolução Nº 510**, de 07 de abril de 2016, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 2016

BRASIL. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 502**, de 27 de maio de 2021. disponível em :7609169b-840d-440a-b18e-e0ef725fdf3d (anvisa.gov.br)

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, 2004.

BRAZIL (ED.). **Guia de vigilância epidemiológica**. 6a ed., [1a reimpressão] ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2006.

BRAVO, M. I. de S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. **In: BRAVO, Maria Inês de Souza, et al, (org). Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S. Saúde. **In: Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância, 2000.

BRITO, M. C. C. *et al*. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós**, São Paulo, v16, n.2, p.161-178, jun 2013. DOI://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i2p161-178

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007 BRASIL.

CAB, **Cadernos de Atenção Básica Nº 19**, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)

CAB, **Cadernos de Atenção Básica nº 34**, Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **In: Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

CAMARANO, A. M.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A. População Brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. **In: Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento.** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p.1460-1472. Julho 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128914>.

CAMPOS, M. E. D. S. M. Desafios e potencialidades para a gestão local na implementação de políticas públicas para envelhecimento. **GIGAPP Estudos Working Papers**, Madrid, v. 7, n. 150-165, p.429-446. Abril 2020.

CARNEIRO, J. L.; AYRES, J. R. D. C. M. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v.55, n. 29, p.1-9, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856>.

CARVALHO, R.; IAMAMOTO, M.V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

CASTRO, H. C. de O. de *et al.* A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **In: Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n.2, 2008. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO\\_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf) Acesso em: 13 março 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente na Saúde (I. B. Pereira, J. C. F. Lima, Eds.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECILIO, L. C. DE O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, p. 197–210, 2003.

CÉUAZUL. **Histórico do Município.** Disponível em: <https://www.ceuazul.pr.gov.br/municipio/historia>. Acesso em: 14 fev 2021.

CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.] São Paulo: EDUSP, 2015.

CISOP. **Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná**. Disponível em: <https://cisop.com.br/cisop/43>. Acesso em: 04 mar 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br)

COMTE, M. *et al.* Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social? os conselhos de saúde como instrumento**. 1 reimp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

COSTA, *et al.* Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. **Rev Pesq Saúde**, v. 16, n. 2, p. 95-101, mai-ago, 2015.

COSTA, S. G. *et al.* Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **RIASE** online, v.3, n.2, p. 942-53; ago 2017.

COUTINHO, A.T. *et al.* Integralidade do cuidado com idoso na Estratégia de Saúde da Família: visão da equipe. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 4, p. 628-37, out-dez., 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130005>.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALLA LANA, L.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no pessoa idosa: uma revisão narrativa. In: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838839019>. Acesso em 12 mar 2021.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031

DIAS, E.G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev Ter Ocup**, v. 22, n. 1, p.45-51, 2011.

DIAS, E. N.; RIBEIRO J. L.R. Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: Um estudo relacional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, v. 19, n. 3, p. 591-604, dez 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>.

DRUMMOND, A.; ALVES, E. D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 727-738, 2013.

DUARTE, Y. A. O. **Família**: rede de suporte ou fator estressor - a ótica de idosos e cuidadores familiares. (Tese) 2001. Universidade de São Paulo, São Paulo; 196f, 2001.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc Enfermagem USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

ESTADO DE TOCANTINS. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Cartilha Educação Permanente**. Palmas: SESRT: EtSUS, 2016.

FALEIROS, V. de P. **Estratégias em Serviço Social**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, p. 187-193, 2005.

FERNANDES, D. R. **Determinantes e consequência da violência contra idosos**: Revisão de literatura, tese de mestrado, Conselheiro Lafaiete, 2012.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. In: **Texto e Contexto – Enfermagem**, vol. 21, n. 3, Florianópolis – SC, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

FIOCRUZ. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde** (CNDSS), 2008.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação e Ciência Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso** (SISAP-Idoso). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>. Acesso em: 25 de junho de 2022.

FIOCRUZ. **Saúde do Idoso**. <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br>

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Bookman, 2004.

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F. R. Cuidador da pessoa idosa com câncer avançado: um ator vulnerado. **In: Cadernos de Saúde Pública**. V. 22, n. 3, Rio de Janeiro, 2006.

FONSECA, L. M. de S.; BITTAR, C. M. L. **Dificuldades no atendimento ao pessoa idosa: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família**. RBCEH, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, maio/ago. 2014.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da Rede de Saúde. p. 13, 2012.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo, Série Pesquisa, Autores Associados**, 5ª edição, Campinas, 2018.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. (Ed.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Saúde em debate. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. (Ed.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Saúde em debate. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. J. 4ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

FREITAS, R. S. *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm.**; v. 25, n. 6, p. 933-9, 2012.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, Washington, v. 56, p. M146-56, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>. PMID: 11253156.

FRIED L.P.; TANGEN C. M.; WALSTON J. *et al.* **Frailty in older adults:** evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology Series A, Med Sciences*, v. 56, p. M146-156, 2001.

GALVAO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia**. *Serv. Saúde, Brasília*, v. 23, n.1, p. 183-184, mar. 2014. Disponível em: Acesso em: 20 de outubro de 2021.

GEIB, L. T. C. **Determinantes sociais e a saúde do Idoso**. Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo, **In: Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 123-133, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed.-Atlas, São Paulo, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo, Atlas, 2008.

GIOVANNI, G. Di. "Sistema de Proteção Social: uma introdução conceitual". In: OLIVEIRA, Marco Aurélio de (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas, São Paulo, UNICAMP, IE, 1998.

GOBBENS, R. J.; LUIJKX, K. G.; WIJNEN-SPONSELEE M. T.; SCHOLS J. M. G. A. In: **Search of an integral conceptual definition of frailty: opinion of experts**. *J Am Med Dir Assoc*. 11(5):338-43, 2010. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00348-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00348-X/fulltext). Acesso em 23 ago 2020.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, SP, v. 35, n. 2, 1995.

GONÇALVES, S. R. S. **(In)visibilidade da violência simbólica no cotidiano do cuidador familiar do idoso portador de Alzheimer** [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2005.

GORDON A. L.; MASUD T.; GLADMAN J. R. F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? **Age and Ageing**, v. 43, n. 1, p. 8-9, 2014. DOI:10.1093/ageing/aft161.

GROSS, C. B. *et al.* Níveis de fragilidade de pessoas idosas e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000200209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de junho 2020.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>

GUERRIERO, I. C. Z.; SCHIMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. **Saúde em debate**; Aderaldo & Rothschild Editores Ltda. São Paulo, 2008. ISBN 978-85-60438-63-1 1

HOGAN, D. B. Models, definitions, and criteria for frailty. **In: Conn's Handbook of Models for Human Aging (Second Edition)**. 2018.

IAMAMOTO, M. V. O serviço social na contemporaneidade: **trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br). Acesso em: 10 janeiro 2019.

IPEA. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. IPEA, n. 13, Brasília, 2007.

JACCOUD, L. Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios. **In: Conceção e gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; UNESCO, 2009. p. 57-86.

JESUS, I. T. M. de *et al.* Fragilidade e Qualidade de Vida de pessoas idosas em Contexto de Vulnerabilidade Social. **In: Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 27, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072018000400315&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400315&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 de junho de 2020.

JUNIOR, E. P. L.; LELIS, H. R. O direito ao envelhecimento no século XXI: uma análise sobre a possibilidade de adoção de uma convenção internacional de proteção aos direitos dos

idosos. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 161-177. ago 2018. DOI: 10.25192/issn.1982-0496.rdfd.v23i21123.

JÚNIOR, M. B. M. de S.; MELO, M. S. T. de; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 03, p. 31-49, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

KAIM, M. e B.; HARTMANN, L. T. Envelhecimento celular: teorias e mecanismos. **Revista Saúde Integrada**, v. 12, n. 23 (2019) – ISSN 2447-7079.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008;13(4):1107-11.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**; 5. ed. Atlas, São Paulo, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**: Ciência e conhecimento científico; Atlas, São Paulo, 2008.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673-80, 2014.

LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M.; SANTOS, A. M. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. **Rev. bras. Geriatria e Gerontologia** [conectados]. 2008, vol.11, n.2 [citado 2020-06-27], pp.209- 221. Disponível em: ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11027>.

LIMA, B. M.; ARAÚJO, F. A.; SCATTOLIN, F. A. A. Quality of life and functional independence of the elderly goes to the elderly house in the city of Sorocaba. **ABCS health sci**, v. 41, n. 3, p. 168-75, 2016.

LOURENÇO, R. A. *et al.* **Consenso Brasileiro de Fragilidade Em pessoas idosas: Conceitos, Epidemiologia e Instrumentos de Avaliação**. São Paulo, 2018.

MAFRA, M. D. R. P.; CHAVES, M. M. N. O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E A ATENÇÃO À SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 6, n. 2, 31 ago. 2004.

MARCIANO, J. A.; LIMA, M. T. O. Avaliação Multidimensional da saúde do idoso na atenção primária: possibilidades e desafios. **Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – ICBS**, PUCMinas: 2010.

MARQUES, H. *et al.* Berg balance range: protocol to evaluate quality of life of elderly. **Rev. Salusvita (Online)**, v.35, n.1, p. 53-65, 2016.

MARSTELLER, J. A. *et al.* Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. **Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 4, p. 308-315, aug. 2010.

MARTINS, J. R. **Processo de envelhecimento da fase adulta-idosa: políticas públicas, redes de apoio e demandas de cuidados**. 2016. 162 f. (Dissertação) Universidade Federal de Juiz de Fora – Curso de Enfermagem. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Juiz de Fora. 2016.

MARX, K. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Trad. Maria Antônia Pacheco. Lisboa: Avante, 1993.

MATOS, M. de C. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **In: Serviço Social e Sociedade**. Ano XXIV Nº. 74, São Paulo: Cortez, 2003.

MEDEIROS, C.B. *et al.* A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural**. Natal, v.4, n.3, p.43-56, abr 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17290>. Acesso em: 15 nov 2021.

MEDEIROS, E. N. *et al.* Determinants of risk of falls among elderly: a systematic study. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 11-120, dec. 2014.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad Saude Publica**, v. 30, n.6, p. 1143-1168, 2014.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. MG. 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012.

MENDES E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. Hucitec, São Paulo, 1999.

MENDONÇA, J. M. B de. Dependência e Pessoas idosas: significado e políticas. **Revista Kairós — Gerontologia**, 20(2), pp. 59-78. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2017

MENEZES, R.L. *et al.* Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da Saúde de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.14, n.3: 485-496, 2011.

MENEZES, A. V. *et al.* Efetividade de uma intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo leve e demência leve. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n.11, p. 3459-67, 2016.

MENEZES, J.N. *et al.* A visão do idoso sobre o seu processo de envelhecimento. **Revista Contexto & Saúde**. Editora Unijuí. v.18, n. 35, jul/dez. 2018.

MERHY, E. E.; MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec, 2005.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice.** São Paulo: Aleph, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Organizadora). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis, Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. Hucitec. São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (Org.) DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2016.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. In: **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo (SP), v.5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO M. C. S.; SOUZA E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Souza ER. Minayo M. C. S. organizadoras. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.141-165

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 507-519. junho, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MOLINA, N. P. F. M. *et al.* Quality of life and morbidities among elderly with and without indicative of depression. **Rev. enferm. atenção saúde**, v. 7, n. 2 (supl), p. 54-67, Ago/Set. 2018.

MONTEIRO, G. T. R. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. 1.ed. Curitiba: Appris, 2013.

MONTEIRO, R. L. S.; SANTOS, D. S. (2019). A utilização da ferramenta google forms como instrumento de avaliação do ensino na escola superior de guerra. **Revista Carioca de Ciência, Tecnologia e Educação**, 4, 28-38.

<https://recite.unicarioca.edu.br/rccte/index.php/rccte/article/view/72/106>

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

MORAES, E. N. **Avaliação Multidimensional do Idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio**. 4.ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES E. N. *et al.* A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **J Aging Res Clin Pract.**, v. 5, n. 1, p.24-30, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.14283/jarcp.2016.84>.

MORAES, E. N de; AZEVEDO. R.I S. **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte (MG): Editora Folium, 2016. 412p.

MORAES, E. N de; M. F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5 ed. Belo Horizonte (MG): Editora Folium, 2016

MOREIRA, A. C. *et al.* **Viver é envelhecer: os Direitos Sociais dos pessoas idosas na sociedade contemporânea**. Sinapse Múltipla, v. 5, n. 2, p. 151, 2016.

MOTA, F. R. N. *et al.* Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p.833-8, 2010.

MOTA, J. da . Utilização do Google Forms na pesquisa acadêmica. **Revista Humanidades e Inovação**, v.6, n. 12, 2019.

MOTA, P. M.; FIGUEIREDO, P. A.; DUARTE, J. A. **Teorias biológicas do envelhecimento**. Departamento de Desporto, Universidade de Trás Os Montes e Alto Douro Instituto Superior da Maia, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física Universidade do Porto, Portugal, 2004.

MOURA, M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. de C. **A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 848-855, dez. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452010000400027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000400027&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 março 2021.

MUELLER, M. *et al.* Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. **BMC nursing**, v. 7, n. 3, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-7-3>.

NERY, C. Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país. **Agenda de Notícias IBGE**, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=popula%C3%A7%C3%A3o+idosa> Acesso em: 15 de outubro de 2021.

NETTO, J. P. Ditadura e serviço social: **uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** – 16. ed.– São Paulo: Cortez, 2008 b.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. In: CFESS. ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília, DF, 2009.

NETO, M. G. S.; SILVA, A. C. B. B. As demandas sociais da pessoa idosa institucionalizada com ênfase na atuação do assistente social nas Instituições de Longa Permanência. **II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos.** Londrina, p. 1-11, jul 2017.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação social da saúde e reforma sanitária Rio de Janeiro:** Cebes, 2010 NOVO estudo revela que um em cada seis idosos sofre alguma forma de abuso.

NOGUEIRA, B. M. S.; MIRANDA, M. A. L. Promoting Healthy Aging: Evaluating the Functional Capacity of Elderly. **Com. Ciências Saúde**, v.23, n. 4, p. 313-325, 2012.

NUBILA, H. B. V. D. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 122-123, June 2010. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100013&lng=en&nrm=iso). access on 23 Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100013>.

NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de pessoas idosas e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do estudo SABE. **In: Revista Brasileira de Epidemiologia**. 21, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180020/#>. Acesso em: 11 março 2021.

NUNES, W. A *et al.* Cognição funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. **Rev Rene.**; v.17, n. 1, p. 103-11, Jan-Fev 2016.

OLIVEIRA, C. E. S. *et al.* Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 33, p. eAPE20190172, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0172>.

OLIVEIRA, F. L. de. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. **Ciências Sociais Unisinos**, 51(2):133-143, São Paulo, 2015. DOI: 10.4013/csu.2015.51.2.03

OLIVEIRA, M. R. de; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. de A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280411, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>

OLIVEIRA NETA, R. S. O. *et al.* Impact of a three-month resistance training program for elderly persons with knee osteoarthritis residing in the community of Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 950-7, Dec. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160040>.

OMS, **Ageism is a global challenge**: UN. WHO, 2021, disponível em <https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-globalchallenge-un>

OMS. **Classificações**: outras classificações. Online. Disponível em <https://www.who.int/classifications/other-classifications/en/> Acesso em 20 out. 2020.

OMS. **Como usar a CIF**: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. [Tradução Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 03 fev. 2019.

OMS. **Década de Envelhecimento Saudável da ONU**. WHO, 2020/2021, disponível em <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Acesso em 26 de junho de 2021.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: [http://www.pt.Wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_Mundial\\_da\\_Sa%C3%ADe](http://www.pt.Wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%ADe). Acesso em: 12 fev 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde, **Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE)**”. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>.

OMS. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health – ICF**. (WHO/EIP/GPE/CAS/01.3): Genebra, 2002.

OMS. **Trabajar en pro de la salud**: Presentación de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2006. Disponível em: [http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf). Acesso em 09 nov 2020.

OMS. **World Report on Ageing and Health**. 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 03 janeiro 2020. ISBN 978 92 4 069481 1 (PDF).

OPAS BRASIL, 2017. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5447:novoestudo-revela-que-um-em-cada-seis-idosos-sofre-alguma-forma-de-abuso&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5447:novoestudo-revela-que-um-em-cada-seis-idosos-sofre-alguma-forma-de-abuso&Itemid=820). Acesso em: 6 de junho de 2022.

OPAS. **DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2020-2030**, outubro, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization. [Tradução Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 03 fev. 2019.

OPAS. **Início da Década do Envelhecimento Saudável ((2021-2030) nas Américas.**

Disponível em: <https://www.paho.org/pt/eventos/inicio-da-decada-do-envelhecimento-saudavel-2021-2030-nas-americas> Acesso em 20 de maio de 2022.

OPAS. **PLANO DE AÇÃO SOBRE A SAÚDE DOS IDOSOS, INCLUINDO O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL: RELATÓRIO FINAL**, Washington, D.C., EUA, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2019, DISPONÍVEL EM:

[ris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51634/CD57-INF-9-p.pdf?sequence=3&isAllowed](https://ris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51634/CD57-INF-9-p.pdf?sequence=3&isAllowed)

ORTA, A. C. A. **Contributo dos centros de dia para o bem-estar subjetivo dos idosos.**

2014. 265f. Tese de Doutorado Instituto Politécnico de Beja, Mestrado em Psicogerontologia Comunitária - Escola Superior de Educação Beja. 2014.

PARANÁ, **Linha Guia da Saúde da pessoa idosa.** SESA, 2018.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023** - Curitiba: SESA, 2020.

PARANÁ/SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Avaliação multidimensional do idoso.** Secretaria de Atenção à Saúde. Curitiba: SESA, 2018.

PASTORINI, A. A **“Categoria Questão Social” em debate.** São Paulo: Cortez, 2004.

PASTORINI, A. Quem Mexe os Fios das Políticas Sociais: Avanços e Limites da Categoria concessão-conquista. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº. 83, São Paulo: Cortez, p. 81-101, 1997.

PAULA, A. F. M. *et al.* Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric service. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 212-8, 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. Políticas públicas e os determinantes sociais da saúde: o desafio da produção e uso de evidências científicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s135-s140, 2011.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de pessoas idosas no Brasil: Estudo FIBRA. **In: Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2017000505005&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000505005&lng=e&nrm=iso). Acesso em: 18 junho 2020.

PEREIRA, A. M. V. B.; ROSA, A. C. D. S. **Linha guia da saúde do idoso**. Curitiba: SESA, 2018

PEREIRA, C. *et al.* Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. **Rev. Port. Saúde pública**, Lisboa, v.29, n.1, p. 53-63, jan. 2011.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 893-908, 2015.

PEREIRA, E. E. B. *et al.* Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro; v. 17, n. 1, p. 165-76, 2014.

PEREIRA, M. C. A. *et al.* Contribuições da socialização e das políticas públicas para a promoção do envelhecimento saudável: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.29, n.1, p.124-131, mar 2016.

PEREIRA, M. E. F. D. **Políticas dos Mínimos Sociais**: integração e responsabilidade. Texto-base de Conferência ministrada na Justiça Federal, Secção Judiciária do Maranhão, junho de 2007.

PEREIRA, P. A. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. **In: BRAVO, Maria Inês Souza, PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). Política Social e Democracia**, 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

PIEXAK, D. R.; CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A. International Classification of Functioning, Disability and Health: a Content Analysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 363-369, jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.363-369>.

PIMENTEL, E.; COSTA, G. M. Questão social e desigualdade: novas formas, velhas raízes. **Revista Ágora**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 1-26, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMMERHEHN, J.; DELBONI, M. C. C.; FEDOSSE, E. International Classification of Functioning, Disability and Health, and aphasia: a study of social participation. **Codas**, v. 28, n. 2, p.132-140, apr., 2016.

PTYUSHKIN, P.; CIEZA, A.; STUCKI, G. Most common problems across health conditions as described by the International Classification of Functioning, Disability, and Health. **Int J Rehabil Res.**; v. 38, n. 3, p. 253-62. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.000000000000124>.

QUERI, S. ICF - Assessment in der psychiatrischen Rehabilitation-Begründung einer eigenständigen Rehabilitationsdiagnostik. [ICF assessment in the field of psychiatric rehabilitation-a rationale for a stand-alone rehabilitation assessment]. **Rehabilitation** (Stuttg); v. 53, n. 4, p. 230-6, Aug. 2014.

RAGGI, A. *et al.* Determinants of disability using count-based approaches to ICF-based definition of neurological disability. **NeuroRehabilitation**, v. 36, n. 1, p. 23-9, 2015.

RAMOS, D. K. *et al.* Elaboração de questionários: algumas contribuições, **Research, Society and Development**, vol. 8, núm. 3, pp. 01-13, 2019, Universidade Federal de Santa Catarina.

RAZALI, R. *et al.* A Is the Bahasa Malaysia version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-BM) a better instrument than the Malay version of the Mini Mental State Examination (M-MMSE) in screening for mild cognitive impairment (MCI) in the elderly? **Compr Psychiatry**, v. 55, Suppl 1, p. S70-5, jan., 2014.

REIS, D. L. A. *et al.* Avaliação multidimensional rápida aplicada em idosos de uma instituição de longa permanência em Tucuruí-PA. **Braz. J of Develop.**, Curitiba, v.6, n.3, p. 12018-34, mar. 2020.

REIS, K. **Estatuto do Idoso**: marco para os direitos da pessoa idosa. GESUAS, 2018. Disponível em: <https://www.gesuas.com.br/blog/estatuto-do-idoso/marcos-legais-pessoaidosa> Acesso em: 6 de novembro de 2021.

REIS, R. S. (Org.). **Epidemiologia: Conceitos e Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde**. EDUFMA, São Luís - MA, 2017.

RIBEIRO, C. R. *et al.* Factors associated with urinary between elderly of rural área. **Rev. enferm. atenção saúde**, v.7, n.1, p. 3-14, Jan-Jul, 2018.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do banco mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

RODRIGUES, D. C. *et al.* Políticas Públicas Gerontológicas: Desafios, lacunas e avanços, uma revisão da literatura. **Revista Kairós**. São Paulo, v. 24, n. 29 p. 203-220, abril, 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i0p203-220>.

RODRIGUES, J. N; MEDEIROS, F. A. L.; MEDEIROS, A. C. T. Políticas públicas de saúde a pessoa idosa no Brasil: um caminho para o futuro? **International Journal of Development Research**, v.10, Issue, 06, p. 37189-37192, June, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.19084.06.2020>.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, Sept. 2007.

RODRIGUES-MAÑAS, L. R. *et al.* Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v.68, n. 1, p.62-7, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gls119>.

ROMERO, D. E. *et al.* Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 134-157, mar 2019. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1569>.

RUARO, J. A.; RUARO, M. B.; GUERRA, R. O. International Classification of Functioning, Disability and Health core set for physical health of older adults. **J Geriatr Phys Ther**; v. 37, n. 4, p. 147-53, Oct-Dec 2014.

SALTYCHEV, M. *et al.* Differences between rehabilitation team, rehabilitants, and significant others in opinions on functioning of subacute stroke survivors: Turku ICF study. **Int J Rehabil Res.**, v. 37, n. 3, p. 229-35, Sep. 2014.

SÁNCHEZ, J. *et al.* Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. **Rehabil Psychol**; v. 61, n. 1, p. 19-31, fevereiro 2016.

SANGLARD, C. *et al.* Contextualização das políticas públicas: dignidade e saúde para o idoso. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**. Vitória, v. 1, n. 1, p. 1-14, jun 2019.

SANTA CATARINA, **LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA** SANTA CATARINA, GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, Florianópolis, 2018.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 2, n. 3, p. 268-78, 2014.

SANTOS, F. H. dos; ANDRADE, V. M.; AMADEO, O. F. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Bueno Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009

SANTOS K. S. *et al.* O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.12302018

SANTOS, M. I. P. O.; NEVES, E. O. S.; FEITOSA, L. S. Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1639-44, abril 2017.

SANTOS, S. S. C *et al.* Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.9, n.1: p.129-136. 2010.

SANTOS, S. S. C. *et al.* Validation of categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health for the elderly. **Rev. RENE**; v. 17, n. 4, p. 475-82, jul-ago, 2016.

SCHMIDT, M. L. S.; TONIETTE, M. A. **A relação pesquisador-pesquisado: algumas reflexões sobre a ética na pesquisa e a pesquisa ética**, São Paulo, 2008.

SILVA, C. A. M. *et al.* Valoración del estado funcional de e adultos mayores com dependência moderada y severa pertenecientes a um centro de salud familiar. **Fisioter Pesq.**, v. 22, n. 1, p. 76-83, 2015.

SILVA, J. P. F. J.; BEZERRA, A. P. F. A psicologia no contexto das políticas públicas da assistência social. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, Aracaju, v. 7, n.1, p. 119-126, jun 2018. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2018v7n1p119-126>.

SILVA, M. J. *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p.527-32, Jul-Set, 2014.

SILVA, M. do R. de F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **In: Serviço Social e Sociedade**, n. 126, São Paulo, 2016.

SILVA, S. F da (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 125.

SOUZA, E. R de. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1153-1163, 2008.

SOUZA, R. A *et al.* Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 48, n. 3, p. 469-76, 2014.

SUBIRATS, J. Quais políticas públicas para qual crise? Transformação social e intervenção do estado. **In: Políticas Sociais para o desenvolvimento: superar a pobreza e promover a inclusão**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2010b. pp. 103 – 126.

TEIXEIRA, E. B. A Análise de dados na pesquisa científica importância e desafios em estudos organizacionais, **DESENVOLVIMENTO EM QUESTÃO**, Editora Unijuí, ano 1, n. 2, p. 177-201, jul./dez, 2003.

TEIXEIRA, I. N. D'A. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6. SP, 2010.

TORRES, G.V. *et al.* Qualidade de vida e fatores associados e idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.** v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009a.

TORRES, G.V. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. **Avaliação Psicológica**, v.8, n.3. p. 415-423, 2009b.

TORRES, G.V. *et al.* Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p.19-30, jan./mar., 2010.

TSENG, W.; HSIEH, R. Effects of short-term active video game play on community adults: under International Classification of Functioning, Disability and Health consideration. **Chin Med J (Engl)**; 126(12): 2313-9, 2013 Jun.

TSUTSUI, H. *et al.* Validation of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Diabetes Mellitus in patients with diabetic nephropathy. **Clin Exp Nephrol**, v.19, n.2, p. 254-63, 2015 Apr.

TUIJL, J. *et al.* Screening for cognitive impairment in older general hospital patients: Comparison of the Six-Item Cognitive Impairment Test with the Mini-Mental State Examination. **International journal of geriatric psychiatry**, v.27, p. 755-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2776>, 2012.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). **World Population Prospects 2019: Highlights** (ST/ESA/SER.A/423). ISBN: 978-92-1-148316-1 Disponível em: World Population Prospects 2019 Highlights (un.org). Acesso em: 05 jan.2020.

VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica, da população brasileira e impacto nas internações no âmbito do SUS. **EDUCERE** (REF FAESNE), João Pessoa, VOL. X, Nº 2, 2019. ISSN 2358-1905

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**.v.21, n.4, Brasília 2012.

VERAS, R. **The Current Challenges of Health Care for the Elderly**. Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro UNATI – UERJ, Rio de Janeiro, 2015

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** 2009; 43(3):548-54.

VERAS, R. P. *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. R de. **Envelhecer no Brasil**: a construção de um modelo de cuidado, UAT, Rio de Janeiro, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6 p. 1929-1936, jun 2018 DOI: 10.1590/1413-81232018236.04722018.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.22, n.2, p.370-378, junho, 2013.

VIEHOFF, P. B. *et al.* Identification of relevant ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) categories in lymphedema patients: A cross-sectional study. **Acta Oncol**, v. 54, n. 8, p. 1218-24, 2015.

WANG, P. *et al.* The feasibility and validity of the comprehensive ICF core set for stroke in Chinese clinical settings. **Clin Rehabil**, v. 28, n. 2, p. 159-71, 2014 Feb.

WILLIG, M. H.; LENARDT, M. H.; MÉIER, M. J. A trajetória das políticas públicas do idoso no brasil: breve análise. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n.3, p. 574-8, jul - set, 2012.  
YEN, C. *et al.* Validity and reliability of the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version based on the WHODAS 2.0--36 items. **J Formos Med Assoc.**, v.113, n. 11, p. 839-49, 2014 nov.