

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CECÍLIA SANGLARD

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO FATORES
SOCIOECONÔMICOS, HÁBITOS DE VIDA E VULNERABILIDADE DE IDOSOS
DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU/MG**

VITÓRIA, ES

2019

CECÍLIA SANGLARD

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DISCUTINDO FATORES
SOCIOECONÔMICOS, HÁBITOS DE VIDA E VULNERABILIDADE DE IDOSOS
DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA, ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S225p Sanglard, Cecília
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa : discutindo
fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade de
idosos de uma estratégia Saúde da Família de Manhauçu/MG /
Cecília Sanglard. - 2019.
103 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Vulnerabilidade. 2. Idoso. 3. Saúde da família. 4. Políticas
Públicas. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 305.26

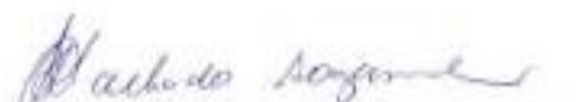
CECILIA SANGLARD

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA
IDOSA: DISCUTINDO FATORES
SOCIOECONÔMICOS, HÁBITOS DE VIDA E
VULNERABILIDADE DE IDOSOS DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU-
MG

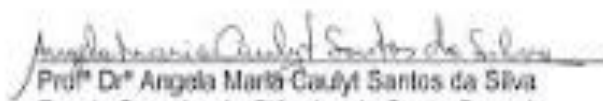
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 17 de dezembro de 2019

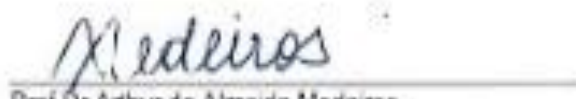
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Luciana Camapt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Profª Drª Angela Marta Cautyl Santos da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof Dr Arthur de Almeida Medeiros
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

“Quem possui a faculdade de ver a
beleza, não envelhece”

(Franz Kafka)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo e companheiro Rouver que me deu seu coração e pegou o meu, portanto, somos um só.

Às minhas filhas Ana Valentina e Maria Carolina, que são parte de mim e me mostraram a verdadeira felicidade, ensinando-me dia a dia, fazendo-me levantar e sorrir.

Ao meu pai, que hoje é luz, foi meu espelho de dignidade, profissionalismo e amor ao próximo.

À minha mãe, que segurou todas as dificuldades e me mostrou como continuar e aos meus irmãos, que seguem sempre ao meu lado.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame, que, com paciência e competência foi me construindo e fazendo o que era apenas uma ideia, concretizar-se.

Aos meus idosos da ESF São Vicente, que acreditam no futuro e continuam a lutar, embora saibam que a vida nem sempre é fácil.

À toda equipe da ESF que, com fundamental importância e dedicação, está coesa e sempre dedicada a uma ideia única, promover a saúde.

A Deus, que, com sua bondade infinita, permite que tudo aconteça e por sua vontade colocou todos vocês ao meu lado, tornando-me o que sou.

Portanto, a cada um de vocês, todo meu amor e gratidão.

RESUMO

No Brasil, nos últimos 30 anos, foram implantadas políticas públicas para assegurarem os direitos sociais, a saúde e a dignidade do idoso. Hoje, existem o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, além da Estratégia Saúde da Família ESF, um espaço privilegiado, voltado para os interesses desse indivíduo, pois prioriza a reorientação da atenção à sua saúde, promoção ao envelhecimento saudável, atendimento à domicílio, intercâmbio entre família, cuidador e equipe de saúde, além do atendimento por pessoal multiprofissional em saúde. O objetivo do estudo é descrever a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e identificar os fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade de idosos de uma ESF de Manhuaçu, MG. Para tanto, foi realizada uma pesquisa dividida em três momentos distintos, pesquisa bibliográfica, análise de leis, portarias, normas e decretos; é um estudo transversal, quantitativo, realizado com idosos cadastrados na ESF São Vicente. Para coleta de dados, foi empregado o questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, a fim de fazer a classificação socioeconômica; o instrumento IVCF-20, para o grau de vulnerabilidade, e a ficha de coleta de dados para o perfil geral, hábitos de vida e condições de saúde. Resultado: Dos 255 idosos avaliados, 60% apresentaram baixa vulnerabilidade clínico funcional, 22%, moderada vulnerabilidade e, 18%, alta vulnerabilidade. A média de idade foi de 72 anos $\pm$ 8 anos; em sua maioria, são do sexo feminino (62,5%), autodeclaram-se brancos (60%), casados (56%), não possuem cuidador (89,5%), são aposentados (82%), possuem doenças crônicas (78,5%), auto avaliam a saúde como ótima/boa (63,5%), possuem prática religiosa (87%), saem de casa sozinhos (82%) e 40% pertencem à classe social D/E. Comportaram-se como variáveis associadas $p > 0,05$, a baixa vulnerabilidade, não ter cuidador, ser negro/pardo, não ser pensionista, sair de casa sozinho, não ter doença crônica, ter uma ótima/boa percepção de saúde. Conclui-se que é de grande importância a identificação dos fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade dos idosos para elaboração de ações efetivas que mantenham a funcionalidade e qualidade de vida, tendo a ESF como espaço privilegiado para desenvolvimento destas ações.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Idoso. Família e estratégia de saúde.

ABSTRACT

In Brazil, over the last 30 years, public policies have been implemented to ensure the social rights, health and dignity of the elderly. Today, the elderly can count on the Elderly Statute and National Health Policy of the Elderly that has in the Family Health Strategy (FHS) a privileged space for the care and attention of the elderly since it prioritizes the reorientation of health care, promotion of healthy aging, home care, exchange between family, caregiver and health team and treatment by a multiprofessional health team. Thus, the objective of the study is to describe the National Health Policy of the Elderly and to identify the socioeconomic factors, lifestyle and vulnerability of the elderly from an FHS of Manhuaçu, MG. Therefore, the research was divided in three distinct moments, bibliographical research, analysis of ordinance laws, norms and decrees; and a cross-sectional and quantitative study accomplished with the elderly registered in the São Vicente FHS. Regarding the collection of data, it was used a questionnaire from the Brazilian Association of Research Enterprises to the socioeconomic ranking; the IVCF-20 instrument to the vulnerability degree and the data collection form to general profile, lifestyle and health conditions. Result: out of the 225 evaluated elderly, 60% showed low functional clinical degree of vulnerability, 22% moderate vulnerability and 18% high vulnerability. The average age of the population was 72 years $\pm$ 8 years, in its majority female (62.5%), self-declared white (60%), married (56%), with no caregiver (89.5%), retired (82%), with chronic disease (78.5%), self-evaluated with good/excellent health (63.5%), with religion practice (87%), leave home alone (82%) and 40% belong to the social class D/E. Behave as associated variables $p > 0,05$ the low vulnerability, have no caregiver, not be white, not be pensioner, leave home alone, don't have chronic disease, have good health. It was concluded that it is of great importance to identify the socioeconomic factors, lifestyle and vulnerability of the elderly to elaborate effective ways to maintain the functionality and quality of life of the elderly. The FHS being a privileged space for the development of these plans.

Keywords: Vulnerability. Elderly. Family and health strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização Manhuaçu.....	53
Figura 2 - Limites da cidade Manhuaçu.....	53
Figura 3 - Distribuição das equipes saúde da família e unidades básicas Manhuaçu.....	54
Gráfico 1 - Taxas de mortalidade nos anos 1940, 2000, 2018.....	27
Gráfico 2 - Projeções de crescimento população Brasil 2018 a 2060.....	28
Gráfico 3 - Projeção do Índice de envelhecimento Brasil 2010 a 2060.....	29
Gráfico 4 - Evolução da população de Minas Gerais e de Manhuaçu/MG menor de 15 anos e Maior 15 anos e maior de 60 anos- CENSO 2010.....	31
Gráfico 5 - Cobertura equipes de saúde família 2000-2018 de Minas Gerias por regiões do Brasil.....	51
Gráfico 6 - Cobertura ESF no Brasil e Minas Gerais em 2000 e 2018.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classes de acordo com a critério de classificação econômica Brasil.....	22
Tabela 2 - Pontuação corte do índice de vulnerabilidade clínico funcional-20.....	23
Tabela 3 - Comparação do perfil geral dos idosos assistidos pela ESF São Vicente da cidade de Manhuaçu, MG ao grau de vulnerabilidade clínico funcional.....	56
Tabela 4 - Comparação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional.....	57
Tabela 5 - Comparação das condições socioeconômicas de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional.....	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRASCO	Associação Brasileira Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica Saúde
ABVD	Atividade Básica Vida Diária
ACS	Agente Comunitário Saúde
AIVD	Atividade Instrumental Vida Diária
APS	Atenção Primária Saúde
AVD	Atividade Vida Diária
CAP	Caixa Aposentadoria Pensão
CCEB	Critério de Classificação Econômico Brasil
CEBES	Centro Brasileiro Estudos em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
ESF	Estratégia Saúde da Família
EI	Estatuto do Idoso
ENSP	Escola Nacional Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Instituto Aposentadoria Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICVF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
IE	Índice Desenvolvimento
IMC	Índice de Massa Corporal
LOAS	Lei Orgânica Assistência Social
NASF	Núcleo Apoio Saúde Família
NASSF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAD	Pesquisa Amostra Domicílio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAPS	Política Estadual Saúde Pública
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso à Atenção Primária
PNAB	Política Nacional Atenção Básica

PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
2 METODOLOGIA.....	19
2.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
2.2 LOCAL.....	20
2.3 CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA.....	20
2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO.....	20
2.4.1 Perfil do idoso, hábitos de vida e histórico de saúde.....	21
2.4.2 Condições Socioeconômicas.....	21
2.4.3 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – IVCF-20.....	22
2.4.4 Análise de dados.....	24
2.5 QUESTÕES ÉTICAS.....	24
3 CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS E O IDOSO: O PROCESSO HISTÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS PARA O CUIDADO DO IDOSO.....	25
3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	25
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DIGNIDADE E SAÚDE PARA O IDOSO.....	31
3.3 UM NOVO OLHAR NO CUIDADO DOS IDOSOS.....	36
4 CAPÍTULO 2 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE.....	48
4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU.....	52
4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO VICENTE.....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
APÊNDICE B - Ficha de Coleta de Dados.....	77
ANEXOS.....	78
ANEXO A - Questionário Sócio Econômico da ABEP.....	79
ANEXO B - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20).....	80

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP.....	81
ANEXO D - Marcadores Gerais de Vulnerabilidade Clínico Funcional Utilizados no IVCF-20.....	85
ANEXO E - Trabalho Completo Publicado em Anais de Evento.....	93

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo e a maioria destes idosos está vivendo em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Tal envelhecimento populacional mundial é uma realidade e, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), existem 893 milhões de pessoas cuja idade está acima de 60 anos e a tendência é que esse grupo cresça. Isso se confirma com o fato de que entre 1990 e 2012 houve um aumento de seis anos na expectativa de vida, e a estimativa é que, no meio do século, o número de idosos chegue a 2,4 bilhões. Essa nova realidade torna as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O conceito de idoso é determinado pela Lei n. 8.842 de 1994, da Política Nacional do Idoso (PNI), que, em seu Capítulo I, Artigo 2, considera idosa a pessoa maior de sessenta (60) anos de idade, conceito reafirmado pelo Estatuto do Idoso em 2003 (BRASIL, 1994, 2003).

Analisando o desenvolvimento populacional, em 1960, a população mundial era de aproximadamente 3.037 milhões de pessoas, sendo que 167,0 milhões estão acima de 65 anos. Na década de 80, a população total era de 4.4327,1 milhões, com 259,5 milhões de pessoas acima de 65 anos (HOOVER; SIEGEL, 1986). Da mesma maneira que antes, a população humana continua a crescer e é esperado que chegue entre 8,3 e 10,0 bilhões em 2050, e as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam também que, pela primeira vez, em 2020, haverá mais idosos que crianças até 5 anos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

No Brasil, em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou uma importante aceleração do processo de envelhecimento populacional. De acordo com o censo brasileiro, a expectativa de vida do brasileiro saltou de 48 anos em 1960 para 73,4 anos em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A população de pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, passou de 15,5 milhões em 2001, para 23,5 milhões em 2011, tendo um crescimento de 55% em 10 anos. Ao mesmo tempo, o número de crianças de até quatro anos no país caiu de 16,3 milhões, em 2000, para 13,3 milhões, em 2011 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O processo de envelhecimento que está acontecendo no Brasil deriva de uma diminuição da natalidade, acarretando em uma desaceleração do crescimento da faixa etária de 0 a 14 anos. Estima-se que, em 2060, 13% dos jovens de até 14 anos estarão nesta faixa, enquanto que serão 33% das pessoas acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Essa mudança demográfica que ocorre em todo o mundo também é observada na região do estado de Minas Gerais, pois, segundo as análises da evolução populacional referendadas pelos dados do censo demográfico do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; 2010), Minas Gerais tinha uma população de 19.584.657 habitantes, sendo 2.302.341 idosos no ano de 2010. Em 1991, para cada 100 mineiros na faixa etária até 14 anos, havia 22,3 idosos; em 2010, esse número mais que duplicou e chegou a 52,6 (PLANO..., 2014).

Com essa transição demográfica, um conjunto de legislação foi proposta ao longo de 25 anos para garantir o direito ao envelhecimento, já que a velhice é uma etapa da vida, portanto, precisa ser vista com respeito. Desta forma, o olhar sobre a pessoa idosa no Brasil é recente, iniciando em 1994 com o estabelecimento de políticas públicas, entre elas, a Política Nacional do Idoso, Lei n.8.842 de 1994 (BRASIL, 1994), Estatuto do Idoso, Lei n.10.741 de 2003 (BRASIL, 2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria n. 2.528 de 2006.

Destacamos o Estatuto do Idoso, que afirma que é de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade assegurar os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida e, também, reduzir as desigualdades (BRASIL, 2003).

Com o envelhecimento, o idoso fica mais suscetível às doenças crônicas, como: doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, câncer, doenças mentais e déficit no campo físico, psíquico e social, tornando-o mais vulnerável (SAQUETTO et al., 2013).

O termo vulnerabilidade deriva do latim *vulnerable*: ferir, *vulnerabilis*: que causa lesão. Ele foi amplamente utilizado em resoluções, leis e tratativas para designar grupos fragilizados, que necessitavam ter seus direitos assegurados. No estudo da população idosa, a

vulnerabilidade dá fundamento e ressalta a necessidade do trabalho a ser desenvolvido (MAIA, 2011).

No campo do envelhecimento, a vulnerabilidade tem sido de interesse crescente entre pesquisadores, profissionais e estudiosos preocupados em operacionalizar, intervir e identificar idosos expostos a eventos adversos e/ou suscetíveis a danos ao bem-estar e saúde. Na última etapa do ciclo da vida, que é a velhice, é provável que somem fatores socioeconômicos e culturais, que tornariam as pessoas mais ou menos vulneráveis. Entretanto, nem todo idoso em condições sociais desfavoráveis possuem condições de saúde ou de vida desfavoráveis (SILVA; LIMA; GALHORDINI, 2010).

Segundo Rodrigues e Neri (2012), o estudo das condições individuais, econômicas e sociais de vulnerabilidade da população idosa, associados ao acesso e o uso dos serviços de saúde, pode influenciar no planejamento de ações de atenção à saúde do idoso. Segundo Ayres et al. (2013), a vulnerabilidade pode ser vista em três aspectos: individual, social e programático. Nesse âmbito, as vulnerabilidades individuais são representadas pelo seu comportamento e autocuidado, as vulnerabilidades sociais estão relacionadas às condições sociais e ao seu acesso aos serviços, e a programática está ligada aos programas públicos e institucionais, para fortalecimento do bem-estar e da saúde (AYRES et al., 2013).

A funcionalidade global é a base do conceito da saúde do idoso. O declínio funcional é a perda da autonomia ou independência, pois limita as atividades e participação social do idoso. Moraes (2012) relaciona a importância do funcionamento adequado entre as áreas da cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação.

No Brasil, os profissionais de saúde têm a tendência de determinar que o idoso é frágil pela aparência ou pelo número de doenças e comorbidades que apresenta, no entanto, uma identificação do idoso frágil deve ser feita de maneira rápida e simples, mas de forma adequada e segura (MORAES et al., 2016).

Com essa finalidade, uma equipe geriátrico-gerontologia especializada desenvolveu o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), cuja elaboração também contou com a contribuição de ACS, auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, médicos, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e gestores da Atenção Primária

à Saúde (APS). O IVCF-20 é um instrumento de caráter multidimensional com alto grau de sensibilidade e considerável especificidade para identificação do idoso de risco, válido, confiável, simples e de fácil aplicação. Além de reconhecer o idoso de risco, o IVCF-20, por si só, é capaz de sinalizar algumas intervenções que podem ser implementadas, independentemente da realização de uma avaliação geriátrico-gerontologia especializada (CARMO, 2014).

Embora existam outros instrumentos para avaliação da capacidade funcional do idoso, como o *Vulnerable Elders Survey-13*(VES-13), optamos pelo IVCF-20 devido a sua fácil aplicabilidade, grande especificidade e porque se mostra viável como instrumento de rastreio na atenção básica que identifica o idoso com fragilidade (idoso em risco de fragilização e idoso frágil) (MORAES et al., 2016). Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde, com o objetivo de indicar a prioridade para a assistência da saúde desse idoso, determinando melhor acompanhamento que será destinado a ele (CARMO, 2014; MORAES et al., 2016).

Na presente pesquisa, foi aplicado o IVCF-20 em idosos cadastrados em uma unidade de ESF de Manhuaçu, Minas Gerais. Trata-se de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizada por equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que visa mudar o modelo assistencial centrado na doença, no médico e na prática hospitalar (BRASIL, 2012b). As UBS desempenham um papel central na garantia do acesso a uma atenção de saúde de qualidade, pois estão instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham e estudam (BRASIL, 2012b). A equipe de saúde da ESF deverá ser capaz de identificar os problemas de saúde prevalentes em seu território de atuação, conhecer a realidade dos indivíduos idosos e demais envolvidos nos âmbitos demográficos, sociais, físicos, psíquicos, além de traçarem, com base nessas informações, um diagnóstico que possibilite detectar possíveis situações de vulnerabilidade (MALTA et al., 2013).

Diante do exposto, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: Quais os fatores socioeconômicos, hábitos de vida e grau de vulnerabilidade de idosos de uma ESF de Manhuaçu, MG?

1.1 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento é um fato natural e acontece na vida de todos, mas o importante é envelhecer bem, com uma qualidade de vida que proporcione independência física, psicológica e social ao idoso. Seguindo a tendência mundial, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada, e a cidade de Manhuaçu/MG também se enquadra nessa mudança demográfica observada.

Iniciei minha vida profissional em 1986, trabalhando em rede pública e privada, mas não me sentia realizada com o resultado puramente curativo do modelo assistencial centrado no médico e mais hospitalar. Em 2000 foi implantado, na cidade de Manhuaçu/MG, o Programa de Saúde da Família (PSF), modelo que trouxe um sossego parcial para a minha angústia, visto que apresentava um caráter humanizado para o atendimento, porque passou a ter uma preocupação com a prevenção, centrado no indivíduo, mas com atenção em toda sua família e na sua comunidade.

Contudo, saltou-me outra inquietação: quem são os idosos que estão sob meus cuidados? Como vivem? São em sua maioria homens ou mulheres? Qual sua raça, idade, escolaridade, estado civil? Quais variáveis são relevantes e têm associação com grau de vulnerabilidade?

Quero então conhecer, por meio dessa pesquisa, o grau de vulnerabilidade dos idosos assistidos pela ESF São Vicente de Manhuaçu/MG. O intuito disso é poder propor ações que venham contribuir com a diminuição da vulnerabilidade dos idosos, promovendo uma velhice saudável, diminuindo os agravos que possam incidir sobre eles, estendendo, posteriormente, tais ações a todas as Unidades de Saúde de Manhuaçu/MG.

Sendo assim, o objetivo geral da presente pesquisa foi conhecer a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e verificar os fatores socioeconômicos, hábitos de vida e grau de vulnerabilidade dos idosos assistidos pela ESF na cidade de Manhuaçu/MG. Como objetivos específicos, têm-se: a) Compreender o processo histórico que culminou no desenvolvimento da atual política de Atenção à Saúde do Idoso no Brasil, com enfoque na ESF e seu papel no cuidado do idoso; b) Caracterizar os idosos quanto às características sociodemográficas, hábitos de vida, histórico de saúde e as condições socioeconômicas em idosos; c) Identificar

o grau de vulnerabilidade dos idosos assistidos pela ESF São Vicente na cidade de Manhuaçu/MG; d) Verificar a associação do grau de vulnerabilidade com as variáveis sociodemográficas e econômicas, hábitos de vida e histórico de saúde dos idosos assistidos pela ESF São Vicente na cidade de Manhuaçu/MG.

A presente dissertação está estruturada em 4 capítulos a saber: o próximo capítulo traz a descrição da metodologia aplicada e dos instrumentos utilizados para a realização da referida pesquisa; o capítulo 3, cujo título é Políticas Públicas voltadas para o idoso: o processo histórico para a construção das políticas voltadas para o cuidado do idoso, o qual apresenta uma síntese desta evolução, abordando a transição demográfica, história e o novo olhar no cuidado do idoso; e o último capítulo, intitulado Estratégia Saúde da Família: atenção integral à saúde do idoso, no qual foi traçado um breve histórico da ESF no Brasil, Minas Gerais e no município de Manhuaçu, a partir da discussão acerca de fatores socioeconômicos, hábitos de vida e avaliação clínico funcional dos idosos assistidos pela unidade de ESF São Vicente. Depois, têm as considerações finais, seguidas das Referências bibliográficas utilizadas, os Apêndices e Anexos pertinentes a esse estudo.

2 METODOLOGIA

Descreveremos a seguir os processos e procedimentos empregados para realização dessa pesquisa.

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa aplicada, explicativa e quantitativa, que foi dividida em três momentos distintos.

No primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca dos objetivos propostos nessa pesquisa, utilizando artigos de bibliotecas eletrônicas, como CAPES, Scielo, BVS. Também houve pesquisa baseada em dados eletrônicos a partir do Pubmed, Lilacs, Science e Medline. Foram utilizados livros, dissertações e teses, quando trataram sobre o tema e os objetivos da pesquisa. O período de publicação dos artigos que foram pesquisados foi de 1980 a 2019, e os textos estavam compilados em inglês, português e espanhol. Os descritores usados foram Vulnerability, Elder, Family e Healthstrategy.

Em um segundo momento, realizou-se o levantamento dos principais documentos, como: portarias, leis, decretos e normas voltadas para a política de atenção ao idoso. Com esses dados, foi realizada uma abordagem histórica sobre a evolução da política para os idosos, culminando com o que temos hoje em legislação.

O terceiro momento resultou em uma pesquisa de campo, caracterizada como um estudo transversal, com coleta de dados sobre os idosos assistidos pela ESF São Vicente, Manhuaçu, MG.

2.2 LOCAL

A proveniente pesquisa foi realizada na ESF São Vicente da cidade de Manhuaçu/MG, cujo território é dividido em 11 microáreas, e, em novembro de 2018, contava com o total de 4.716 pessoas cadastradas, sendo 748 idosos, composta por uma equipe de saúde.

2.3 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Os participantes dessa amostra foram indivíduos idosos adscritos ao território da unidade da ESF São Vicente, na cidade de Manhuaçu/MG, no mês de outubro de 2018. O cálculo amostral foi realizado para diferentes prevalências, com 748 idosos cadastrados na Unidade de Saúde, com margem de erro de 0,05, estimativa de proporção de 0,5 e o n almejado é de 255 idosos. Para seleção da amostra, foi realizado um sorteio aleatório dos idosos cadastrados na ESF em novembro de 2018, com idade igual ou superior a 60 anos, independentemente de sua condição de saúde. Posteriormente, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

2.4 PROTOCOLO DE ESTUDO

Os dados foram obtidos a partir do questionário semiestruturado, elaborado para esse estudo (APÊNDICE B), com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico, os hábitos de vida e histórico de saúde, e foi complementado pelo questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ANEXO A). O grau de vulnerabilidade foi verificado pelo IVCF-20 (ANEXO B).

Para a coleta de dados, foi feito sorteio aleatório, com dados cadastrais dos idosos atualizados no mês de novembro de 2018. Após o sorteio, os idosos foram convidados pelos ACS a comparecerem à ESF São Vicente para a realização da entrevista em dias previamente agendados entre os meses de novembro e dezembro de 2018 e janeiro de 2019. Aos que não

puderam comparecer, solicitamos que viessem em demanda espontânea, e os que não vieram à ESF tiveram a oportunidade de ter a coleta feita em domicílio.

2.4.1 Perfil do idoso, hábitos de vida e histórico de saúde

Para obtenção do perfil do idoso, seus hábitos de vida e histórico de saúde, inicialmente foi aplicada a ficha de coleta de dados que contém: a identificação do idoso, idade, sexo, raça, estado civil, gênero, escolaridade, se tem cuidador, com quantas pessoas mora, doenças existentes, se fuma, se bebe, se pratica atividade física ou de lazer, peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da panturrilha, presença de internação nos últimos 5 meses e por qual motivo e velocidade de marcha. Como atividade de lazer considerou-se qualquer prática recreativa realizada fora do domicílio, como forró da terceira idade, reuniões comunitárias ou outras atividades (APÊNDICE B).

2.4.2 Condições Socioeconômicas

Para levantamento dos dados socioeconômicos do idoso, utilizou-se o questionário disponibilizado pela ABEP (2016), chamado Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ANEXO A). O CCEB avalia o poder de compra do público, dividindo-o em classes econômicas definidas como A, B1, B2, C1, C2, D-E. O questionário é baseado em um sistema de pontos que verifica a presença e quantidade dos bens e serviços que o entrevistado possui e o seu grau de escolaridade.

Os indivíduos entrevistados foram alocados nas classes econômicas acima citadas, de acordo com a pontuação atingida no questionário. Os cortes foram feitos de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Classes de acordo com o critério de classificação econômica Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

2.4.3 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – IVCF-20

O IVCF-20 (ANEXO B) é composto por oito dimensões consideradas preditoras do declínio funcional e/ou óbito em idosos, sendo elas: idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Sua pontuação varia de 0 a 40, e pontuações elevadas indicam maior risco de vulnerabilidade clínico funcional (MORAES et al., 2016). Para esse estudo, foram consideradas as seguintes pontuações definidas por Moraes (2017): 0 a 6 pontos, baixo risco de vulnerabilidade; 7 a 14 pontos, moderado risco de vulnerabilidade; e ≥ 15 pontos, alto risco de vulnerabilidade (IVCF-20).

Para obtenção dos dados, peso, IMC, medida da panturrilha e velocidade de marcha referente ao item 14 do IVCF-20, realizaram-se os seguintes procedimentos:

- Peso: para mensuração do peso, pedimos ao idoso que subisse em uma plataforma de uma balança digital, ficando de frente para ela. Para uma melhor medição, ele devia estar usando roupas leves e não usar sapatos. Ajustamos o marcador digital até que estivesse zerado; pedimos que permanecesse na plataforma por alguns segundos para fazermos a anotação do peso.
- A estatura de cada idoso foi registrada em centímetros, considerando a primeira casa decimal. Para medição da estatura, foram adotados os seguintes procedimentos: o participante ficou descalço ou de meias e colocado em pé, no centro da balança, ereto,

com os pés paralelos, braços estendidos ao lado do corpo, cabeça erguida. As costas do idoso voltadas para o estadiômetro.

- c) IMC: O IMC foi calculado pela fórmula $IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$ na qual:

IMC	Classificação estado nutricional
< 22 Kg/m ²	Desnutrição
22 – 27 Kg/m ²	Eutrofia
>27 Kg/m ²	Obesidade

- d) Medida da panturrilha: essa medida foi feita com uma fita métrica inelástica, na perna esquerda, em sua parte mais protuberante. O paciente ficava com a perna dobrada, formando um ângulo de 90 graus com o joelho. Foi considerada adequada a medida de circunferência ≥ 31 para homens ou mulheres.
- e) Velocidade de marcha: tal teste consiste em avaliar funcionalmente a marcha. Para tanto, foi solicitado ao idoso que andasse em um percurso de 4 metros e, ao mesmo tempo, era cronometrada a velocidade em que ele realizou o percurso.

No ANEXO E estão descritos os marcadores de Vulnerabilidade Clínico Funcional utilizados no instrumento IVCF-20, segundo colocou o autor. Para interpretação dos dados do IVCF-20, foram utilizados os critérios demonstrados na tabela 2.

Tabela 2- Pontuação corte do índice de vulnerabilidade clínico funcional-20

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da AMI
0 a 6 pontos	----	Idoso com BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	MÉDIA
	Especificidade: 71%		
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	ALTA
	Especificidade: 98%		

Fonte: Moraes et al. (2017).

2.4.4 Análise de dados

Os dados quantitativos foram tabulados em planilha do Software Microsoft Excel e analisados de forma descritiva e inferencial. Procedeu-se a análise descritiva, que foi reportada por meio de tabelas de frequências para variáveis nominais e medidas de resumo de dados como médias, desvio padrão, mínimo e máximo, para variáveis contínuas. Para a análise estatística, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para comparar as variáveis categóricas entre os grupos pesquisados. Considerou-se como variáveis independentes o perfil geral, as condições de saúde e hábitos de vida e as condições socioeconômicas, enquanto a vulnerabilidade foi considerada variável dependente.

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$ e, para as variáveis que apresentaram associação significativa, foi aplicado o teste do qui-quadrado residual, objetivando identificar as categorias que apresentaram de fato associação com a vulnerabilidade clínico-funcional. Para tal análise, foram considerados valores superiores a 1,96.

2.5 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e aprovado sob o número 2.851.034 (CEP/EMESCAM) (ANEXO C).

Em todas as etapas da pesquisa serão respeitadas as normas estabelecidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da resolução 466/12. O sigilo das informações obtidas será garantido mediante a não identificação nominal dos sujeitos da pesquisa, os quais serão identificados numericamente (01, 02, 03...), e a guarda das informações ficará sob responsabilidade da pesquisadora responsável durante o período de cinco anos.

3 CAPÍTULO 1 - POLÍTICAS PÚBLICAS E O IDOSO: O PROCESSO HISTÓRICO PARA A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS VOLTADAS PARA O CUIDADO DO IDOSO

O processo de transição demográfica ocorreu no Brasil traduzido por um aumento da longevidade da população. Nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por mudanças no perfil sociodemográfico, as quais implicaram em novas demandas para o setor de saúde. A construção e o fortalecimento de políticas públicas que mantenham o bem-estar físico, psíquico e social daquele que envelhece, bem como manter sua dignidade, identificar vulnerabilidades e prevenir agravos, mostraram-se como um grande desafio. O presente capítulo tem o objetivo apresentar dados que confirmam a transição demográfica no Brasil, contextualizar historicamente as políticas públicas de saúde para o idoso e, por fim, refletir o que vem sendo feito para o cuidado do idoso.

3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A transição demográfica no Brasil tem acontecido de forma acelerada e seus reflexos foram sentidos pela sociedade brasileira, pois, com o aumento da longevidade, as pessoas vão se tornando mais vulneráveis devido aos fatores que incidem sobre os idosos (CAMARANO, 2014). Desta forma, eles ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de patologias crônico-degenerativas e ao abandono social e familiar, que favorecem o desenvolvimento da perda de suas capacidades funcionais, tornando a pessoa idosa dependente da família e do Estado (CAMARANO, 2014).

Envelhecer já não é uma proeza reservada a uma pequena parcela da população. É um processo geral de transição demográfica que ocorreu de forma diferenciada nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas os mecanismos que levaram ao envelhecimento são distintos (KALAVHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Portanto, essa nova esperança de vida descortinou uma realidade que gerou grandes desafios a serem enfrentados pelo governo brasileiro, visto que tal realidade vigente no país não era

observada por quem cuidava da saúde dos seus idosos (CAMARANO, 2014). Respondendo aos movimentos voltados para valorização da cidadania e saúde do idoso ocorridos no mundo, o Brasil iniciou o desenvolvimento de políticas públicas que garantissem os direitos sociais, o direito de ser cidadão e, principalmente, o direito de envelhecer com saúde (VERAS, 2009).

A transição demográfica teve origem na Inglaterra, no século XVIII, com a Revolução Industrial, quando começou a acontecer a diminuição da fecundidade devido às transformações ocorridas, as quais levaram à melhoria das condições sociais e econômicas das populações, associadas às ao saneamento, que reduziram as epidemias, estendendo-se, depois, por vários países. Concomitante, houve um decréscimo da mortalidade e consequente aceleração do crescimento (NASRI, 2008). Essa transição ocorreu em diferentes fases nos diversos países, mas com semelhanças entre os processos. Na América Latina, principalmente nos países em desenvolvimento, observa-se hoje um fenômeno semelhante ao ocorrido na Europa, porém, com implicações diferentes (LEBRÃO, 2007).

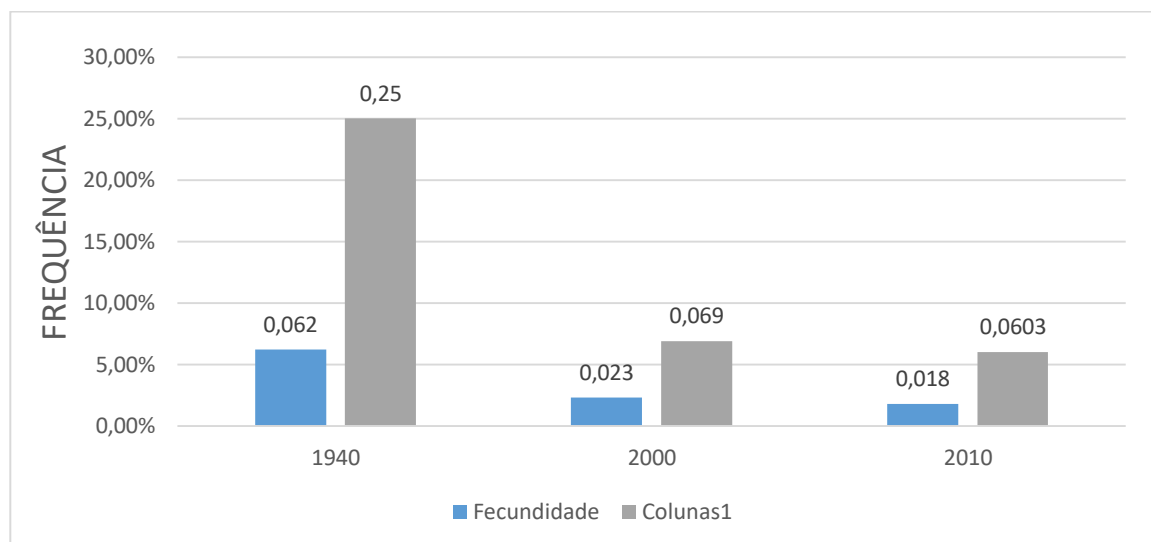
Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu lentamente, quando já tinham conquistado elevado padrão de vida, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas. Logo, quando as demandas e as preocupações sociais e econômicas trazidas pelos idosos foram percebidas, já estavam prontos a recebê-las (LEBRÃO, 2007).

Destaca-se que, em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais (BERQUÓ; GARCIA, 2012).

Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda (NASRI, 2008). Cabe destacar que, segundo Lebrão (2007), o que ocorreu em 200 anos na Europa acontece em poucas décadas na América Latina. O Brasil começou a observar esta transição no ano de 1940, época em que a taxa de mortalidade começou a cair, e em 1960, quando a fecundidade entrou em declínio, passando de 6,2% para 1,8% (CHAIMOWICZ, 1997). Segundo Carvalho e Garcia (2003), o declínio da fecundidade foi observado primeiramente nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas e depois estendeu-se por todo país.

O Gráfico 1 mostra as taxas de mortalidade comparativamente nos anos de 1940, 2000 e 2010.

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade nos anos de 1940, 2000 e 2010¹



Fonte: Elaborado pela autora.

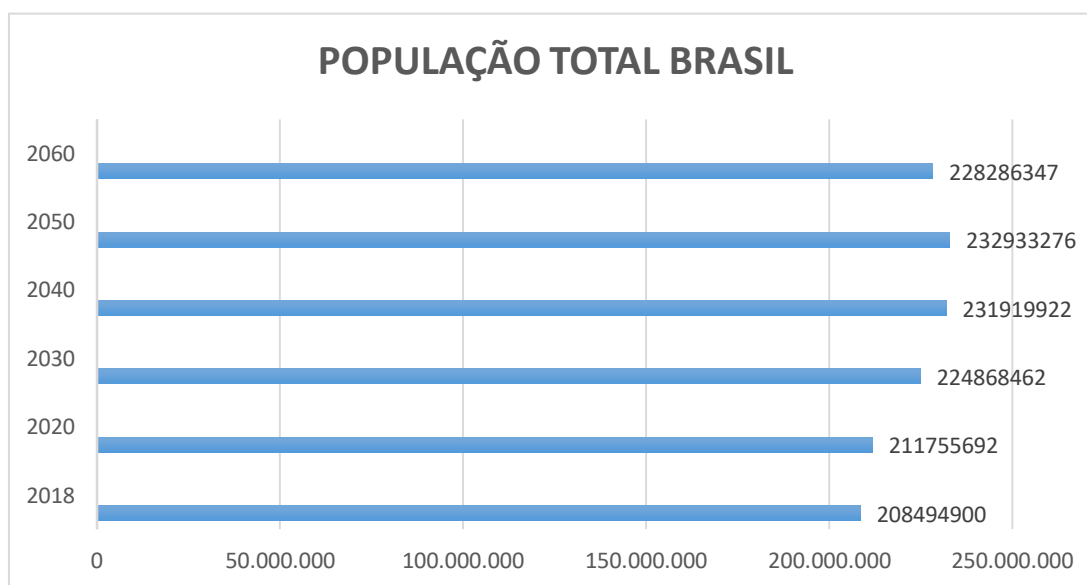
No Brasil, o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Houve crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões. Por outro lado, a parcela de crianças de 0 a 9 anos de idade na população residente caiu de 14,1% para 12,9% no mesmo período, uma redução de 4,7% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Segundo Andrade et al. (2013), estima-se que a população idosa no Brasil chegará a 65 milhões em 2050.

Projeções demográficas, segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), apontam que o número de idosos acima de 60 anos de idade excederá o de crianças pela primeira vez em 2047. Uma revisão recente do IBGE, realizada em 2013 e publicada julho 2018, aponta que essa virada acontecerá antes do que era esperado, pois já em 2031 haverá 42,3 milhões de jovens (0-14 anos) e 43,3 milhões de idosos (60 anos e mais).

¹ Os dados do Gráfico 1 foram adquiridos em pesquisa no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos CENSOS de 1940, 2000, 2010.

Uma nova projeção da população brasileira foi divulgada pelo IBGE em julho de 2018, estimada em 208,5 milhões de habitantes, trazendo uma novidade que o pico populacional acontecerá em 2047, quando o número de brasileiros chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes ocorrerá um decréscimo estimado em 228,3 milhões de habitantes em 2060 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). O Gráfico 2 demonstra as projeções estimadas para a população brasileira.

Gráfico 2 - Projeções do crescimento população Brasil 2018 a 2060

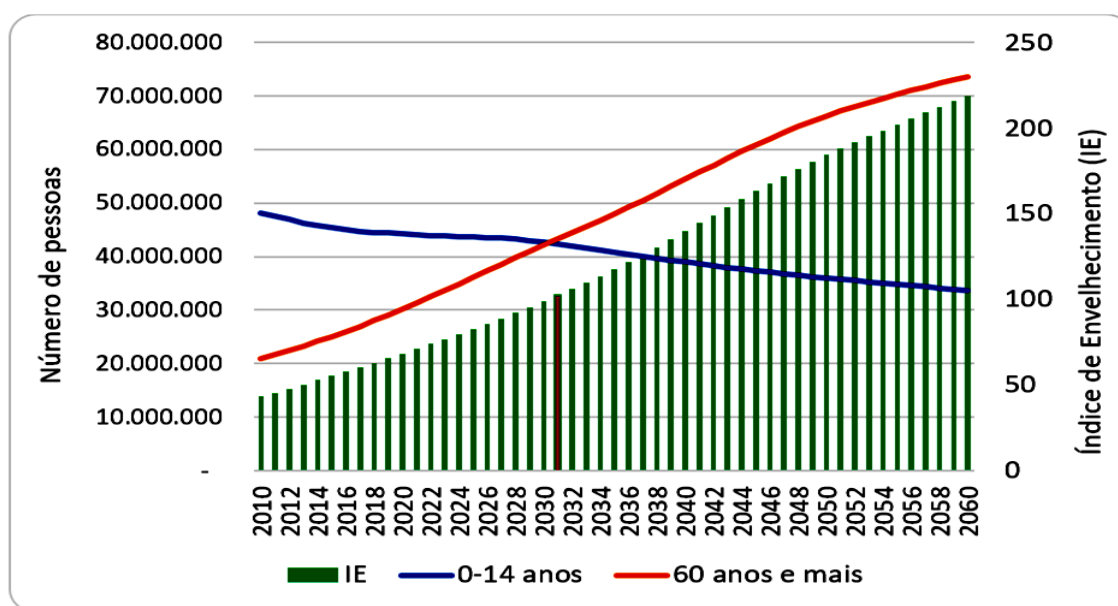


Fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018).

O Gráfico 3 ilustra o índice de envelhecimento no Brasil, fortalecendo a tendência do envelhecimento². Em 2030, pela primeira vez, o Índice de Envelhecimento (IE) será maior que 100, ou seja, haverá 102,3 idosos para cada 100 jovens. O envelhecimento populacional continuará sua marcha inexorável ao longo do século XXI. No ano de 2055, as projeções do IBGE indicam o montante de 34,8 milhões de jovens (0-14 anos) e de 70,3 milhões de idosos (60 anos e mais) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

² Uma maneira de medir o envelhecimento populacional é por meio do Índice de Envelhecimento (IE), que é a razão entre o número de pessoas idosas sobre os jovens (crianças e adolescentes). Trata-se de uma razão entre os componentes extremos da pirâmide etária. O IE pode ser medido pelo número de pessoas de 60 anos e mais para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade. Uma população é considerada idosa quando o topo da pirâmide é maior do que a sua base, ou seja, quando o Índice de Envelhecimento (IE) é igual ou superior a 100 (CLASS; SCHWANKE, 2012).

Gráfico 3 - Projeção do Índice de Envelhecimento Brasil 2010 a 2060



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

Segundo o Censo brasileiro, em 2010, o número de idosos ultrapassou os 20 milhões de pessoas, destacando-se que o aumento proporcional é mais acelerado no grupo denominado idosos em velhice avançada (a partir de 80 anos de idade). Essa faixa etária consiste no segmento populacional que mais cresce na atualidade, e abrange mais de 14,2% da população idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Entre as características do envelhecimento da população brasileira está o aumento da proporção de mulheres à medida que os idosos envelhecem. Em 2000, para um grupo de 100 mulheres, havia cerca de 81 homens; em 2050, haverá aproximadamente 76 homens. Esse fenômeno se acentua entre idosos com mais de 80 anos, chegando a 61 homens para cada 100 mulheres, alcançando a proporção de quase duas mulheres para cada homem (LEBRÃO, 2007).

Com o aumento do envelhecimento, observa-se também a expansão das doenças crônico-degenerativas, causando mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, substituindo as doenças infecciosas pelas degenerativas, o que caracteriza a transição epidemiológica (LEBRÃO, 2007).

Outra característica que torna o perfil epidemiológico dos idosos particular é a predominância de doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência do indivíduo. Isso acontece porque, vivendo mais, as pessoas tornam-se mais vulneráveis às patologias crônico-degenerativas e isso possibilita que haja dependências funcionais, trazendo consequências socioeconômicas, como a necessidade de cuidador. Em algum momento do adoecimento, o idoso buscará o serviço de saúde e, em geral, o uso é mais prolongado do que em outras etapas da vida (BRITO et al., 2013).

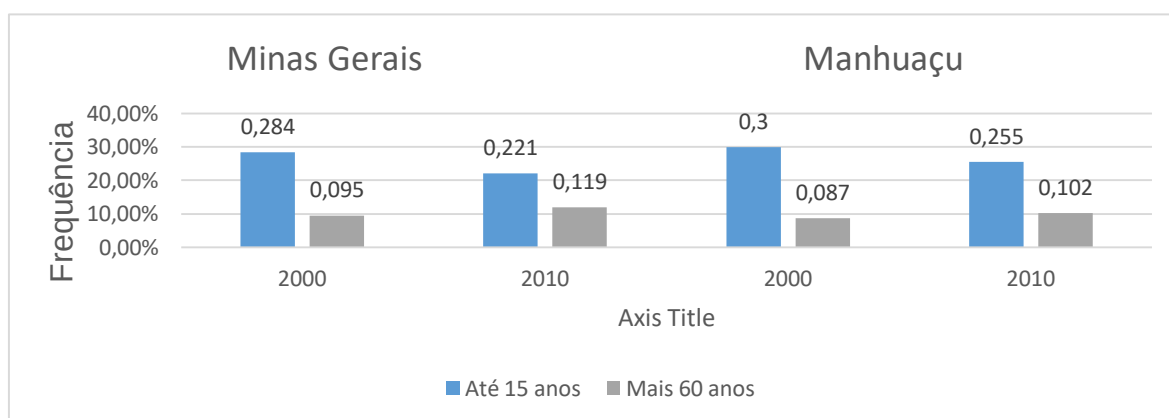
No Estado de Minas Gerais, de acordo com a PAD-MG, em 2011, a população de 60 anos ou mais, era de aproximadamente 2.302.000 pessoas, 11,8% da população total, sendo que em 1980 era de 6,1%, portanto, quase que dobrou em 30 anos. A maioria desses idosos se concentra na faixa etária entre 60 e 74 anos. A população com idade mais avançada, 80 anos ou mais, representa 1,7% da população total e soma 332 mil idosos. Cabe destacar que, apesar de o segmento mais idoso ainda representar uma parcela pequena da população, a tendência é de que ocorra uma mudança na composição da estrutura etária entre os idosos. Tal mudança inclui o aumento cada vez maior da população mais velha, com o aumento da longevidade, consequência da queda das taxas de mortalidades em todas as idades, inclusive nas mais avançadas (SOUZA, 2014).

Este fato também é observado no crescimento do contingente de idosos que é pelo índice de envelhecimento, estimado pela razão entre a população de 60 anos e mais e o grupo de 0 a 14 anos. Em 1991, para cada 100 mineiros na faixa etária até 14 anos, havia 22,3 idosos; enquanto em 2010, esse número mais que duplicou e chegou a 52,6 (PLANO..., 2014).

Manhuaçu/MG é uma cidade do estado de Minas Gerais onde evidencia-se que a transição demográfica também é uma realidade local. A cidade, local de realização da pesquisa, detém uma população estimada de 88.580 habitantes, sendo 9.973 pessoas acima de 60 anos, seu índice de desenvolvimento humano é de 0,689 e tem uma incidência de pobreza de 23,21% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O gráfico 4 mostra a população de idosos e menores de 15 anos na cidade de Manhuaçu/MG e no Estado de Minas Gerais, confirmando a tendência do aumento do envelhecimento.

Gráfico 4 - Evolução da população de Minas Gerais e de Manhuaçu/MG menor de 15 anos e maior de 60 anos – CENSO 2010



Fonte: Elaborado pela autora.³

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DIGNIDADE E SAÚDE PARA O IDOSO

A velhice parece ser aquela em que o cotidiano pode se tornar árduo e as atividades passam a ser mais complexas. A vulnerabilidade em que se encontram os idosos é uma condição crescente, visto que o processo de envelhecimento da população vem aumentando rapidamente (VERAS, 2009).

Grandes são os desafios frente a esta nova realidade, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, cujas condições sociais são precárias. Segundo dados da OMS, estima-se que, em 2025, entre os dez países do mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (VERAS, 2009).

Novas necessidades foram explicitadas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva. A fim de atender a essas novas expectativas, foram estruturados, nos últimos trinta anos, instrumentos legais que garantem

3 Os dados do Gráfico 4 foram adquiridos pelo censo do IBGE. Foi feito um levantamento da idade das faixas etárias selecionadas

proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas, em um esforço conjunto de vários países (VERAS, 2009).

A implementação das políticas públicas de saúde no Brasil iniciou muito precariamente com a vinda da Família Real portuguesa para o Brasil, no século XVI. Neste início, algumas dificuldades ocorreram, pois não havia profissionais. Essa carência levou a população a ter medo e desconfiança em relação ao tratamento oferecido, assim, preferia buscar ajuda nos curandeiros e nos boticários (COSTA JÚNIOR; COSTA, 2014; POLIGNANO, 2006).

A carência de profissionais era tanta que, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. Em outros estados brasileiros eram mesmo inexistentes. O principal interesse da Medicina, na época, estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se prolongou por quase um século, além do fato de que as atividades de saúde pública estavam reduzidas ao controle dos navios e atribuições sanitárias (POLIGNANO, 2006).

Isso não era suficiente, logo, havia a necessidade de investir mais nessa área, porque o quadro de saúde pública gerou consequências para vários setores, tanto no âmbito coletivo, caracterizado por doenças graves como febre amarela, varíola, malária e a peste, como para o comércio, pois os navios não mais queriam atracar na cidade do Rio de Janeiro (PAIM; TEIXEIRA, 2006). No entanto, ações de políticas públicas de saúde foram vistas apenas no período compreendido entre o fim da Monarquia e início da República Velha, visando mudar o modelo vigente do controle sanitário, que era caótico, a partir da criação de normas e organizações sanitárias.

Nesse processo, destaca-se a ação fundamental de Oswaldo Cruz, nomeado para Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revolta-se. Essa onda de insatisfação se agrava com outra medida, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti varíola, obrigatória para todo o território nacional, período que ficou conhecido como a revolta da vacina. Nesse período, Oswaldo Cruz criou o Instituto Soroterápico Federal, hoje, Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2006).

No entanto, em relação à assistência médica individual, pouca coisa mudara no período. As classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, enquanto o restante da população buscava atendimento filantrópico nos hospitais mantidos pela igreja, além de recorrer à medicina caseira (POLIGNANO, 2006).

A saúde pública passou a ser tomada como questão social com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, ligado ao Ministério da Justiça, reestruturado por Carlos Chagas em 1920. Ele difundiu a educação sanitária como instrumento de promoção da saúde, além de ter criado departamentos específicos para lepra, tuberculose e doenças venéreas. Esse sistema falhou porque a importância foi dada aos agentes etiológicos, sem que trouxessem alterações no âmbito das condições de vida individual e familiar (BERTOLAZZI; GRECO, 1996; SILVA et al., 2010).

No início do século XX, a economia nacional era basicamente agrícola. Com a constante urbanização, houve necessidade da utilização de imigrantes, principalmente europeus, mais experientes no setor industrial. Esses operários não tinham nenhuma garantia trabalhista e, devido a isso, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Elói Chaves, Decreto nº 4.682, marco inicial da previdência social no Brasil. Por essa lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados a elas. (PAIM, 2003; POLIGNANO, 2006).

Segundo Silva et al. (2010), o governo Getúlio Vargas, conhecido como Era Vargas, período que corresponde de 1930 a 1945, dedicou-se à criação de um sistema previdenciário que visava os trabalhadores organizados por categorias. A primeira ação específica voltada para a saúde foi a criação do Ministério da Educação e Saúde, que motivou a construção dos Conselhos Nacionais de Saúde e Educação, cujo objetivo era manter uma relação entre este Ministério e os governos estaduais (BRASIL, 1990).

O modelo inicial da assistência na saúde não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, assim, só tinham direito aos benefícios e assistência médico-hospitalar os trabalhadores que contribuía para a Previdência, ou seja, aqueles que tinham carteira assinada. Os trabalhadores rurais, domésticas, desempregados, os que atuavam

informalmente, dependiam das Casas de Caridade. No campo da saúde pública, os programas eram voltados para realização de ações sanitárias mínimas (BERTOLAZZI; GRECO, 1996; PAIM, 2003).

A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em substituição às CAPs, abrangendo os trabalhadores agrupados por categorias profissionais, não por empresas. Devido à crise de 1930, as condições de vida pioraram muito, com isto, foi estabelecido o salário mínimo e os IAPs passaram a prestar serviços de assistência médica (BERTOLAZZI; GRECO, 1996).

O período compreendido de 1930 a 1937 foi marcado pelo enfretamento social, quando aconteceu o aumento das práticas assistencialistas filantrópicas privadas, mas também aumentou o espaço da assistência nas instituições públicas (HADDAD, 2001; BERTOLAZZI; GRECO, 1996).

Com o fim da Segunda Guerra, em 1948, o Governo Federal de Eurico Gaspar Dutra formula o Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE), cujo objetivo era estimular e melhorar o desenvolvimento nos setores de transporte, energia e saúde, em uma tentativa de priorizar a saúde, elevando-a uma questão social (BERTOLAZZI; GRECO, 1996, p.385).

No ano seguinte, em 1949, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes. Na segunda metade da década de 1950, com o desenvolvimento industrial, dois fatores são observados: o aumento da urbanização e maior número de pessoas assalariadas. Desse modo, houve uma pressão sobre os institutos para ofertar assistência médica, favorecendo o crescimento do complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários (POLIGNANO, 2006).

O desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação aconteceu em 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde, sem que isto significasse uma mudança de comportamento no governo, pois não houve uma real preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública sob sua responsabilidade. Tal órgão contava apenas com uma pequena parte destinada ao antigo Ministério da Educação e Saúde. Em 1956, foi criado o Departamento

Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste (POLIGNANO, 2006).

A atenção ao idoso, suas necessidades e demais questões não traziam preocupação para o governo ou à sociedade civil, uma vez que, até o início do século XX, a população idosa representava menos de 3% de toda população brasileira. Além disso, em decorrência, provavelmente, de todo o cenário sanitário apresentado anteriormente, segundo o IBGE, em 1910, ao nascer, o brasileiro tinha uma esperança de vida de apenas 33,7 anos. Quanto ao envelhecimento populacional, a expectativa de vida do brasileiro começou a crescer e, em 1960, foi registrada em 48 anos. Nessa altura, na década de 60, aqueles indivíduos com 60 anos ou mais já representavam 4,7% do total de brasileiros no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011; CARVALHO; GARCIA, 2003).

O contexto político de instabilidade mundial refletido no Brasil ocasionou mudanças sociais e políticas que levaram a perdas no processo democrático, resultando no regime militar. No ano de 1960, houve a unificação dos IAPs depois de muito debate legislativo, e muitos direitos conquistados tiveram que ser abandonados. Finalmente, em 1960, foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que estabeleceu a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhista (CLT), com exceção, os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência. Em 1963, criou-se o Fundo de Assistência ao trabalhador Rural (FUNRURAL) para assistência ao trabalhador rural, com a Lei nº 4.214 de 2 de março 1963 (POLIGNANO, 2006).

O Brasil passou por momentos políticos diferentes, sem que mudanças de fato ocorressem em benefício do sistema de saúde vigente. No ano de 1964, as Forças Armadas assumiram o poder, instaurando o Regime Militar. Esse período foi caracterizado por uma gestão que se dividiu em um sistema de medicina previdenciária e de saúde pública. Foi criado, em 1966, o Instituto da Previdência Social (INPS), Decreto nº 72 de 21 de novembro de 1966, que utilizava o mesmo sistema das CAPs. Com sua criação, ocorreu a unificação das instituições previdenciárias, reforçando a privatização dos serviços médicos, tendência à contratação de produtores de serviços privados como estratégia para a consolidação da política adotada. No

campo da saúde pública, propriamente dita, as ações eram voltadas para uma medicina curativa, hospitalar e assistencialista (BERTOLAZZI; GRECO, 1996; CATÃO, 2011).

O INPS criou contrato e convênios com hospitais e médicos de todo país, pagando pelo serviço particular, em sistema de pró-labore, que levou ao aumento do consumo de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares. Tal política corroeu a capacidade gestora do sistema (CATÃO, 2011).

3.3 UM NOVO OLHAR NO CUIDADO DOS IDOSOS

Até a década de 1970 no Brasil, a assistência aos idosos era basicamente caritativa, fornecida pelas Santa Casa de Misericórdia ou outras instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. Uma outra pequena parte estava vinculada a atividades previdenciárias (BRITO, 2008).

No final da década de 1970, a expectativa de vida do brasileiro era de pouco mais de 62 anos e seu crescimento populacional representava um aumento mais significativo em relação ao restante da população e já eram 5,1% da população, mesmo assim, as políticas públicas na área da saúde eram direcionadas para uma população de um país jovem e a base demográfica apontava para as políticas sócio sanitárias direcionadas à população materno-infantil (FERNANDES; SOARES, 2012). Nos anos 1970 é que o processo sócio-político começou a operar mudanças diante do novo perfil da população, assim, alguns marcos históricos foram consagrados.

Devido à necessidade de elaboração de ações urgentes a serem adotadas por todos os governos, de 6 a 12 de setembro de 1978 foi realizada, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, visando promover os cuidados de saúde de todos os povos do mundo. A declaração ressalta a importância de ações urgentes e eficazes para países desenvolvidos e principalmente em desenvolvimento em um trabalho colaborativo, direcionando apoio técnico e financeiro principalmente para os países em desenvolvimento, estabelecendo como meta para todos os países até 2000, Saúde para Todos.

A Declaração de Alma Ata alertou o mundo sobre a necessidade de firmar a atenção para a saúde mundial (MENDES, 2004).

Continuando com essa preocupação, aconteceu em Viena, em 1982, a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, que salientou a importância de se formular e aplicar políticas específicas para os idosos, incorporando-lhes uma série de direitos que não estavam sendo atendidos. Dessa Assembleia, resultou o Plano Global de Ação para orientar os Países quanto à formulação dessas políticas, considerado um marco mundial nas questões relacionadas ao envelhecimento (CARVALHO, 2007).

O objetivo desse plano era garantir a segurança econômica e social da pessoa idosa e possibilitar sua integração ao processo de desenvolvimento dos países. Devido a esse caráter social, econômico e político, assumiu a vulnerabilidade da pessoa idosa como um quadro de preocupação vigente. Em decorrência dessas discussões, o Brasil passou a olhar de forma mais consciente para o tema em sua agenda política (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A construção de políticas públicas que garantam direitos protetores das pessoas idosas em suas necessidades sociais e de saúde, que diminuam as desigualdades e reafirmem sua participação na sociedade foi tomando corpo, pois o aumento da longevidade não se traduz em uma velhice frágil. Uma grande parcela das pessoas idosas mantém-se em boas condições físicas, realizam as tarefas do cotidiano e contribuem ativamente com suas famílias (RODRIGUES et al., 2007).

Acontecendo o término do Regime Militar e consequente abertura política, iniciou-se o processo de redemocratização política do País e o movimento de Reforma Sanitária cresceu. Nesse contexto político, ocorreu, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, durante a qual, houve a primeira participação da sociedade em deliberações sobre as políticas de saúde. Fortaleceu-se a ideia sanitarista, que trouxe um novo e amplo conceito de que saúde é proteção, promoção e recuperação. A conferência teve três temas principais:

- 1) Saúde como direito;
- 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e
- 3) Financiamento do setor.

As deliberações finais dessa conferência resultaram em propostas que deram alicerce para a construção do capítulo sobre a universalidade da saúde na Constituição Federal e posterior criação do SUS (SOUZA, 2014). O texto constitucional não é específico, mas faz referência ao idoso, estabelecendo, no Art. 229, que os filhos maiores têm o dever de amparar e ajudar os pais na velhice, doença e qualquer necessidade, e no Art. 230, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a pessoa idosa (Brasil, 1998).

Entretanto, Camarano (2010) destaca que a Constituição Federal deu pouco enfoque à pessoa idosa, porém, no Art. 1º, Inciso III, deixou claro que um dos fundamentos do País é a dignidade da pessoa humana, e no Art. 3º, Inciso IV, deliberou os objetivos fundamentais do País, assim, todos direitos da pessoa idosa estariam garantidos.

[...]

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I. Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II. Garantir o desenvolvimento nacional;
- III. Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV. Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL 1998).

[...]

Importante ressaltar que a Constituição Federal trouxe uma nova concepção para a Assistência Social ao incluí-la na esfera da Seguridade Social⁴, em seu Art. 194, pois a Assistência assegurada, sendo regulamentada, fornece uma cobertura ampliada em relação à saúde, e garante a assistência social não mais para os trabalhadores segurados apenas, mas também aos não segurados (MONTEIRO et al., 2018).

A Constituição Brasileira foi promulgada em um período de grande instabilidade econômica, durante o qual os movimentos sociais se retraíram e a população perdia o poder de compra, mas, paralelamente, o setor da saúde se reorganizava. Foi exatamente nesse momento que

⁴ A Seguridade Social abrange as políticas de proteção ao cidadão, visando manter sua integridade, dignidade e bem-estar. Ela é composta por três eixos principais: saúde, previdência social e assistência social, e é uma das principais conquistas da Constituição Federal (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA 2009).

houve a implementação do SUS, em 1990, ano da posse do primeiro presidente eleito pelo voto direto, Fernando Collor de Mello, que, seguindo uma política neoliberalista, não se comprometeu com a Reforma Sanitária. Mesmo assim, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 foi aprovada (BRASIL, 1990; PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde, em seu Art. 4º, estabelece e define o SUS como “O conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a saúde passa a ser um direito que foi conquistado pela sociedade brasileira desde 1988, quando ocorreu a promulgação da Constituição Federal, reafirmada posteriormente pela criação do SUS. Esse novo sistema de saúde garante atenção, assistência e promoção integral da saúde da pessoa idosa, de forma descentralizada, reorganizando todo o sistema de saúde, tornando-a acessível a todas as pessoas. Tais mudanças trouxeram um aumento da demanda da população idosa carente de cuidados (BRASIL, 1990).

A lei também dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Embora não seja específico para o idoso, ele é inserido como beneficiário, porque a saúde passa a ser um direito garantido (LIMA et al., 2013).

Com a sua implantação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação, tendo como princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade da assistência à saúde. Usa como estratégias a hierarquização, participação popular e a descentralização. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida (BRASIL, 1990).

Posteriormente, em dezembro, foi promulgada a Lei nº 8.142/90, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, criando assim os Conselhos de Saúde, interligando as três esferas governamentais. Por meio desse conselho, a comunidade tem representatividade nas deliberações dos processos no sistema de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse período, também foram estabelecidas diretrizes que oportunizam a inserção social, política, econômica e cultural dos idosos, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Esses princípios e diretrizes tiveram uma repercussão direta no Brasil, que, no ano seguinte, sanciona a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei nº8.472, de 07 de dezembro de 1993. A LOAS passa a assegurar benefícios importantes aos idosos, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em seu Art. 20, que substitui a renda mensal vitalícia de 1974, garantindo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais um salário mínimo mensal, desde que comprovem não possuir meios de promover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. O idoso poderá receber ainda um benefício adicional, caso esteja em situação de vulnerabilidade temporária. Apesar de não ser uma lei exclusivamente voltada para o idoso, avançou muito nesta questão ao favorecer a integralidade da atenção à saúde do idoso. Por ser um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído com o INSS para recebê-lo, mas o idoso não recebe 13º salário e a contribuição não fica como pensão (BRASIL, 1993; PEREIRA, 1998).

As novas demandas do setor de saúde para os idosos passam a ser justificadas pelas mudanças do perfil sóciodemográfico pelo qual a população brasileira vem passando. A construção e o fortalecimento de políticas públicas que mantenham o bem-estar físico, psíquico e social daquele que envelhece, bem como manter sua dignidade, identificar vulnerabilidades e prevenir agravos, apresentaram-se como um grande desafio que precisava ser reparado.

A partir da necessidade de agregar qualidade de vida, facilitar o desenvolvimento das capacidades funcionais, identificar as vulnerabilidades na população idosa foi promulgada em 1994 a Política Nacional para o Idoso. Embora a Constituição já trouxesse em seus artigos alguns direitos dos idosos, eles precisaram ser assumidos pelo poder público, necessitando a criação de leis na esfera federal. A PNI foi posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6 (RODRIGUES et al., 2007; MONTEIRO et al., 2018).

A finalidade dessa Lei é assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Foi um compromisso do governo em acompanhar as exigências da sociedade para enfrentar os desafios do rápido envelhecimento, como expressa em seu Art. 1º que “A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994). A

assistência ao idoso fica garantida integralmente por meio do Estado, família e sociedade, como também destaca que deve ser de conhecimento de todos o processo de envelhecimento e que o idoso não pode ser alvo de discriminação de qualquer natureza, sendo dever do governo a aplicabilidade da lei, princípios regidos no Art.3 (BRASIL, 1994).

Souza (2014) destaca que a PNI veio consolidar os direitos já adquiridos na Constituição Federal, e também evitar o descumprimento deles, a partir de meios legais, promovendo a proteção integral ao idoso. O ano de 1994, quando foi promulgada a PNI, foi também o ano de implantação do PSF como um modelo assistencial de reorganização da atenção à saúde de toda família, que posteriormente foi transformado em ESF. Seu objetivo, entre outros, é o de aprimorar uma adequada visão acerca da pessoa idosa, por exemplo, a promoção do envelhecimento saudável, como ressalta Silvestre e Costa Neto (2003). As diretrizes para a assistência do idoso nas ESF estão fundamentadas no Art. 4º, p.6 -7 PNI, 2014, em nove diretrizes:

- 1) Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- 2) Participação do idoso, por meio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- 3) Priorização do atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, exceto os casos de idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- 4) Descentralização político-administrativa;
- 5) Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
- 6) Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- 7) Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- 8) Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família, e;
- 9) Apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Além dessa política voltada ao idoso, destaca-se também a criação da Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Essa política assume que o pior que pode acontecer ao idoso é a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das suas capacidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básicas da vida diária. Essa política promove a readequação dos planos, projetos e atividades conforme as diretrizes nela estabelecida. (BRASIL, 2006b).

Mesmo com o amparo legal à pessoa idosa, Alcântara, Camarano e Giacomini (2016) relatam as dificuldades para a construção de um sistema de garantias dos direitos da pessoa idosa e indaga as responsabilidades sobre sua execução, pois a lei menciona os direitos, mas não de quem é a responsabilidade de promoção e defesa; no sistema jurídico, não atribui competências sobre a aplicação das normas e cumprimento desses direitos, além de não determinar ações para evitar a violação de tais determinações. Em decorrência desse fato, houve a necessidade de criar um sistema jurídico de garantias em resposta às discussões internacionais, realizadas na 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento de Madri⁵, de 2002, e do Plano do Envelhecimento, Ativo da ONU⁶.

Sendo assim, com o objetivo de manter a atenção e a necessidade de fortalecer e garantir os direitos e a dignidade da pessoa idosa, foi aprovado pelo Presidente da República, em 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, que também preconiza no seu artigo 1º que idoso é toda pessoa igual ou maior de sessenta (60) anos. Como pontos principais do EI, destaca-se o seu artigo 2º, pois reafirma que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando todas as oportunidades para preservação de sua saúde física, mental, intelectual, espiritual (KEINERT; ROSA, 2009).

⁵ No contexto mundial, por incentivo da ONU, realizou-se em Madri, em abril de 2002, a 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento. Foi uma resposta à preocupação mundial, justificada pelo ritmo contínuo de crescimento da população idosa, já que ela quase quadruplicará em 2050. Foram aprovados dois principais documentos finais: Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri 2002, que obrigam os governos a agirem face aos desafios acerca do envelhecimento populacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003). A Assembleia reconheceu a importância de inserir o envelhecimento nas estratégias de desenvolvimento governamentais, conferindo ao Governo a responsabilidade pela proteção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais. Os textos consolidam a garantia de envelhecimento ativo por meio da promoção de estilos de vida saudáveis, acesso aos serviços e investimento nos serviços sociais.

⁶ Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o Plano Envelhecimento Ativo, que reconhece que os cuidados com os idosos vão além dos cuidados com a saúde (KEINERT; ROSA 2009). Ainda referente a este documento, Rodrigues et al. (2007), a OMS recomenda que as políticas de saúde na área do envelhecimento devem levar em consideração os determinantes de saúde, cultura, acesso a serviços, fatores pessoais, comportamentais, sociais e econômicos. Ressalta ainda o autor que estes fatores ocorrem ao longo do curso de toda a vida.

Reafirmando o artigo 230 da Constituição Federal, o artigo 3º do EI determina que é obrigação do Estado, da sociedade, da comunidade e da família assegurar ao idoso total direito à vida, à saúde, à alimentação, esporte, lazer, trabalho e cidadania. Importante ressaltar, ainda, que o artigo 4º trata da proteção contra qualquer tipo de violência, negligência, crueldade ou omissão e sua punição na forma da lei. No artigo 15, a saúde é reafirmada pela assistência via SUS, garantindo o acesso universal e igualitário em todos os níveis de atenção, associando ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e também atenção às doenças que afetam preferencialmente esta idade.

Keinert e Rosa (2009) afirmam que, apesar das garantias dos direitos serem ampliadas e fortalecidas, há a necessidade de enfrentamento de desafios, como falta de estrutura do SUS para acolhimento desse idoso e suporte para as famílias, pois com a efetivação da atenção ofertada pelas ESF, evidenciou-se uma lacuna entre atendimento hospitalar e pós-alta ao idoso frágil. Esse fato reforça a necessidade da atenção básica oferecida pelas ESF: a atenção ao idoso, que passa a ser cuidado dentro do contexto familiar.

Embora a legislação brasileira, em relação aos cuidados com idoso, esteja bem desenvolvida, a prática ainda é insatisfatória. O Ministério da Saúde revoga a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e, em 2006, promulga a PNSPI, Portaria nº 2.528. A PNSPI traz dois grandes eixos principais: a fragilidade do SUS, das famílias e dos idosos, e a promoção do envelhecimento ativo, conforme proposto pela ONU. Segundo Louvison e Barros (2009), existe também a necessidade de efetivação de políticas para o cuidado de idosos frágeis ou com vulnerabilidades, realidade mostrada pelo EI e pela ampliação das ESF.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define diretrizes norteadoras para todas ações no setor de saúde e objetiva um envelhecimento saudável, que significa preservar sua capacidade funcional e manter a qualidade de vida em consonância com os preceitos do SUS. A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter, promover a autonomia e independência da pessoa idosa (BRASIL, 2006c):

- 1) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- 2) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- 3) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade das ações;
- 4) Implantação de serviços de atenção domiciliar;

- 5) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- 6) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- 7) Fortalecimento da participação social;
- 8) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- 9) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- 10) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- 11) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Keinert e Rosa (2009) sintetizam que a PNSPI tem como meta uma assistência à saúde de todos idosos com dignidade, mas principalmente aqueles que têm um envelhecimento desfavorável, marcado por doenças e agravos que afetam o seu bem-estar.

Visando alcançar maior eficiência e qualidade nas respostas do SUS, foi desenvolvido em 2006, o Pacto pela Saúde⁷, uma reforma institucional do SUS nas três esferas de gestão: União, Estado e Município.

No que se refere à saúde do idoso, o Pacto pela Vida se definiu com estratégias (BRASIL, 2006c):

- 1) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, cujo objetivo é qualificar a atenção ofertada à pessoa idosa pelo SUS, sendo um instrumento de cidadania que traz informações importantes sobre a sua saúde desse indivíduo. A implantação da Caderneta teve início em 2007, sendo distribuídas pelas equipes das ESF (BRASIL, 2006c);
- 2) Manual de Atenção à Saúde Básica da Pessoa Idosa (Caderno de Atenção Básica e Envelhecimento da Saúde da Pessoa Idosa): visa estimular ações de saúde, tendo por

⁷ O Pacto pela Saúde é constituído por três eixos: Pacto em defesa do SUS, Pacto em defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Traz como desafios: alcançar maior efetividade, qualidade, eficiência das respostas do sistema às necessidades das populações e promover inovações nos processos de gestão. A implantação do Pacto nessas três dimensões possibilita efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006b). O Pacto pela Vida é um compromisso entre os gestores do SUS, priorizando as necessidades de saúde da população. São seis as prioridades pactuadas, determinadas pelo Ministério da Saúde, entre eles, a da saúde do idoso (BRASIL, 2006b).

base as diretrizes da PNSPI e a valorização da funcionalidade. Programa de Educação Permanente a Distância: programa voltado para profissionais que atuam na rede de atenção básica;

- 3) Acolhimento: reorganizar o acolhimento da pessoa idosa nas Unidades de Saúde;
- 4) Assistência Farmacêutica: visa qualificar ações que facilitem a dispersão do medicamento da pessoa idosa;
- 5) Atenção diferenciada na internação: instituir avaliação geriátrica e multidisciplinar no atendimento hospitalar; e
- 6) Atenção Domiciliar: prestação de serviço, valorizando o ambiente familiar no processo de recuperação do idoso.

O caminho da legislação brasileira para favorecimento dos idosos avançou muito, evoluindo dentro das demandas urgentes que envolviam o cuidado do idoso, mas, na prática, ainda são insuficientes. A busca pelo aprimoramento das políticas públicas e o aumento do número das ESF mostraram famílias fragilizadas, em situação de grande vulnerabilidade social, mas as políticas foram ferramentas essenciais para a valorização da saúde da pessoa idosa (FERNANDES; SOARES, 2012).

Em 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº2.436, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do SUS. O novo texto foi aprovado pela Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) no final de agosto. As mudanças ocorridas foram (BRASIL, 2017):

- a) A medida determina o aumento do número de equipes que recebem apoio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visto que, atualmente, os NASF apoiam somente as Equipes de Saúde da Família. Com a revisão, passarão a apoiar também outras equipes de Atenção Básica. Também haverá a possibilidade da atuação de um gerente da Unidade, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS;
- b) Melhora na forma de acesso do cidadão aos serviços da UBS. Hoje em dia, o usuário é vinculado à Unidade próxima à residência. Com o novo texto, o cidadão poderá acessar outras unidades, como as que ficam próximas ao trabalho, desde que haja uma equipe como referência para o cuidado. Com a implantação do Prontuário Eletrônico

em todas as UBS, a população poderá ser atendida em qualquer uma, caso haja necessidade;

- c) Traz novas atribuições para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como aferir pressão arterial e glicemia capilar, além de fazer curativos limpos. Essas novas atividades começarão após autorização legal e capacitação técnica para tal;
- d) A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica de acordo com características e necessidades locais e deverão ser compostas minimamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e/ou técnicos de enfermagem. A mudança englobaria as equipes que já existem e, atualmente, cobrem 10% da população do país;
- e) Às equipes de Atenção Básica, será exigida carga horária mínima de 40h de funcionamento, que poderá ser cumprida por até três profissionais de mesma categoria, desde que cada profissional cumpra um mínimo de 10 horas.

Entidades ligadas à Saúde Coletiva, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) posicionarem-se contra a nova PNAB-2017, porque a veem com desconfiança e como uma ameaça aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Também acreditam que reduzirá o financiamento a tal órgão, o que afetará progressivamente os seus recursos por 20 anos (ANTUNES, 2017). Ainda segundo a ABRASCO, o texto rompe com a centralidade do SUS, instituindo um financiamento específico para outros modelos de Atenção Básica que não contemplem a formação com equipe multiprofissional de saúde. Continua afirmando que essa política revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS. Ameaça também a presença do ACS como integrante e profissional da atenção básica (MOROSINI, 2018).

Com o objetivo de cumprir as determinações das políticas para as pessoas idosas, o Estado de Minas Gerais desenvolveu a Atenção à Saúde do Idoso em 2006, visando desenvolver assistência diferenciada para cada microrregião do Estado. Em resposta a esse plano de Atenção à Saúde do Idoso preconizada pelo Estado, a cidade de Manhuaçu/MG tem a pessoa idosa inserida em sua Lei Orgânica, revisada em 2009, Art. 213, da Assistência Social, na qual a velhice é tratada com o objetivo de proteção, por meio do desenvolvimento de ações socioeducativas (CÂMARA MUNICIPAL DE MANHUAÇU, 1990, p. 76).

Em decorrência desse Plano e pela necessidade de manter o compromisso de efetivação dos direitos dos idosos, o Governo do Estado de Minas Gerais, junto à Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social e Subsecretaria dos Direitos Humanos, efetivou o Plano Mineiro de Atenção Integral à Pessoa Idosa, em 2014. Esse documento orienta acerca de ações estratégicas do governo em três diretrizes: pessoa idosa e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice, além da criação de ambiente propício e favorável, que foram desenvolvidas em nove eixos.

Destaca-se ainda que, para promover a saúde e o bem-estar do idoso, foram elaborados objetivos específicos, como: reduzir os efeitos acumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças e, em consequência, a possível dependência na velhice; elaborar políticas para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas; e permitir o acesso de todos os idosos à alimentação e a uma nutrição adequada (PLANO..., 2014).

Ainda, esse Plano ressalta a importância do fortalecimento das ações voltadas ao cumprimento dos direitos da pessoa idosa, mantendo sua dignidade, a fim de que envelheça com qualidade de vida. Assim, o Plano Mineiro da Pessoa Idosa é um instrumento essencial para a realização do planejamento de implantação, coordenação e fortalecimento das políticas públicas voltadas para as pessoas idosas. (PLANO..., 2014).

Por intermédio das ESF e do NASF-AB, a Prefeitura de Manhuaçu reconhece que, para viver bem durante o envelhecimento, é preciso descobrir soluções para sanar a solidão, favorecer a alegria de viver, apesar das limitações impostas pela idade. Desse modo, são promovidos grupos de convivência, entre eles, a Melhor Idade, cujo objetivo é a promoção da melhoria da qualidade de vida.

4 CAPÍTULO 2 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO

A Declaração de Alma-Ata, 1978, lançou a meta mundial, Saúde para Todos, no ano 2000, afirmando a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos seus, a partir de medidas sociais e sanitárias. Considera também a APS como uma necessidade essencial à saúde, com acesso garantido a todas as famílias da comunidade, além de deter a função central do sistema de saúde nacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Encontrava-se em atividade no país, desde o início de 1990, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que nasceu no final da década 1980, implantado em 1991 pelo Ministério de Saúde em caráter emergencial, visando dar suporte em regiões onde não havia assistência básica à saúde. Iniciou no Nordeste com essa finalidade, de melhorar as condições de saúde de algumas comunidades nordestinas, trazendo os indivíduos da própria comunidade, inicialmente mulheres, para um trabalho de casa em casa (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

No PACS, os ACS eram o elo de ligação da comunidade com os serviços de saúde (BRASIL, 1999). Dentre as principais funções dos ACS destacam-se:

- a) Levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe;
- b) Visita domiciliar; planejamento das ações de saúde;
- c) Promoção da saúde;
- d) Prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente;
- e) Prevenção e monitoramento de grupos específicos;
- f) Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; e
- g) Acompanhamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1999).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde no Brasil. Sua definição se dá por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares ou coletivas que atuam na promoção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e redução de danos, tendo como objetivo promover uma atenção integral, para melhorar a autonomia e a saúde individual e coletiva. Esse trabalho é

desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, por equipes multiprofissionais (BRASIL, 1990, 2007, 2017).

A APS deve ser a porta de entrada para o acesso à saúde de toda rede do SUS, visando ser o primeiro contato para o desejado e necessário cuidado à população, podendo, também, direcionar o usuário para qualquer dos serviços de saúde da rede do SUS (STARFIELD, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2007), os países que possuem melhor foco na APS têm melhores resultados nos indicadores de saúde, como:

- a) Menor mortalidade geral;
- b) Menor mortalidade por doença cardíaca;
- c) Menor mortalidade infantil;
- d) Detecção precoce de câncer de cólon-retal, mama, próstata, colo uterino/cervical e melanoma.

Para atender o que estabelece a legislação, o Ministério de Saúde, em 1994, implantou o PSF, pois o modelo hospitalocêntrico, individualista e injusto, privilegiado por décadas de incentivo à medicina previdenciária e terceirizada, cujos recursos provinham da prestação de serviço, não caberia mais no Brasil depois da promulgação da Constituição *Cidadã* de 1988. O PSF visou mudar o modelo assistencial oferecido à população (BRASIL, 1994), para tanto, apresentou uma estratégia para reverter a forma vigente de prestação de assistência à saúde, a partir de uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 1994). Como o PSF passou a ser uma estratégia permanente da ABS, posteriormente passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a). Sua implantação ocorreu em 2006, juntamente com o Pacto de Atenção à Saúde, que foi uma reorganização do SUS, buscando melhorar a ABS, com o intuito de fortalecer a promoção da saúde.

As diretrizes e fundamentos da ESF, segundo a Política Nacional de Atenção Básica Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), são:

1. Território adstrito;
2. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
3. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
4. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, incentivar o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde quanto à organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social;
5. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

Nas ESF, os usuários têm acolhimento, atendimento assegurado e resolutividade, seja em procedimentos de cunho curativo ou preventivo. As atividades básicas de uma equipe de Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

- a) Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais a população está exposta;
- b) Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida;
- c) Garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso;
- d) Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária;
- e) Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade, para o enfrentamento conjunto dos problemas;
- f) Discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; e

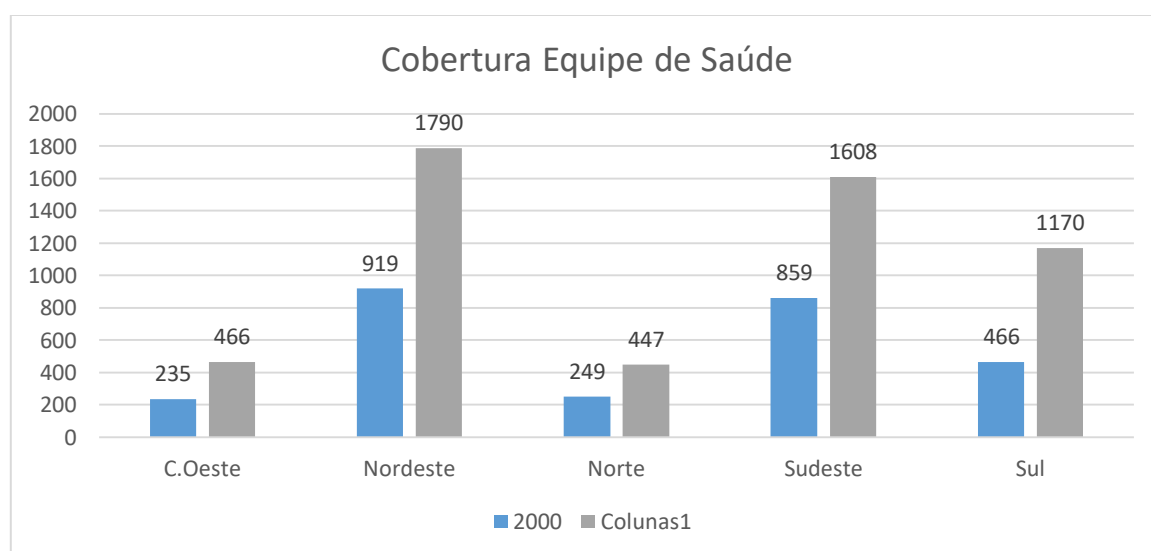
- g) Incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Sendo a porta de entrada do SUS, a ESF expandiu-se em todo território nacional, com intenso incentivo do Ministério da Saúde. Uma porta aberta e resolutiva, pois, segundo Fausto et al, 2014, assim se caracteriza porque envolve facilitação do acesso ao atendimento com acolhimento, aos serviços especializados e aos cuidados assistenciais, oferecendo horário com prioridade, funcionamento adequado e demanda espontânea.

As ESF funcionam com equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e, no mínimo, de quatro ACS, podendo ter ou não profissionais da saúde bucal. Atende uma área com população de até 4.000 pessoas, dependendo do risco e vulnerabilidade social da população (BRASIL, 2012).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2019), a implantação da ESF no país experimentou expressiva expansão de cobertura na última década, com ritmo diferente entre os Estados brasileiros. O Gráfico 5 mostra esse cenário.

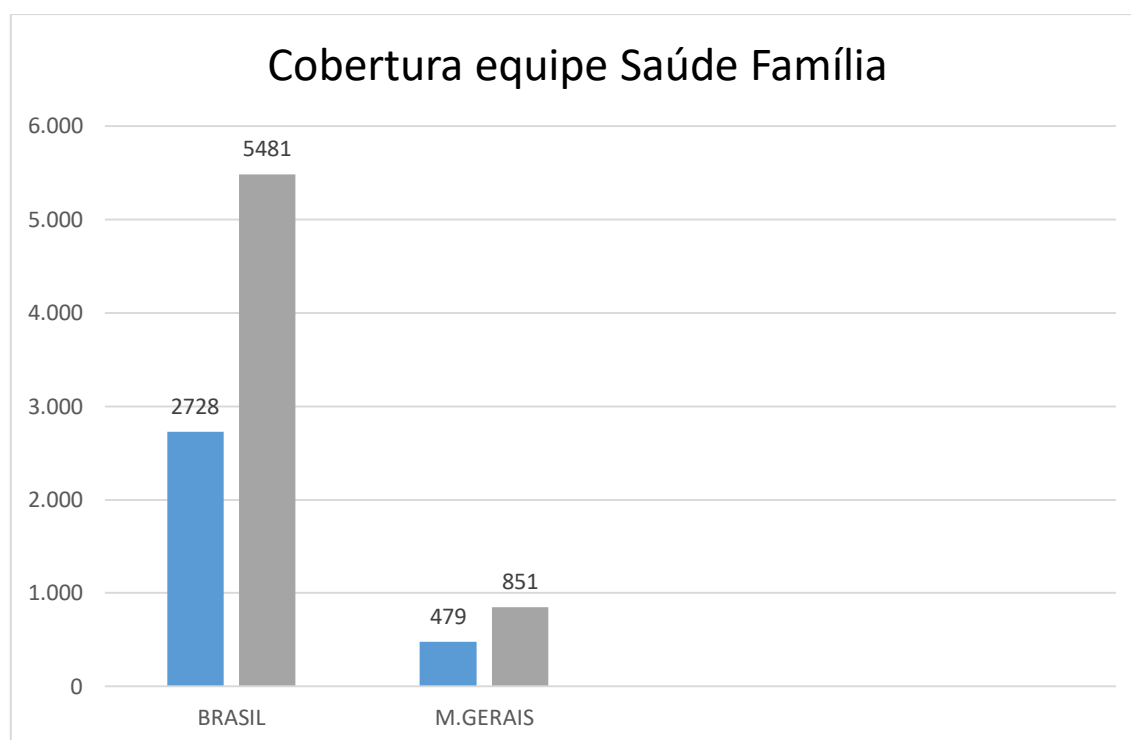
Gráfico 5 – Número de equipes de saúde da família de 2000 a 2018, por regiões do Brasil



Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo a tendência do País, Minas Gerais também apresentou um crescimento na cobertura das equipes de ESF, como é demonstrado no Gráfico 6.

Gráfico 6 – Número de Equipes ESF no Brasil e Minas Gerais em 2000 e 2018



Fonte: Elaborado pela autora.

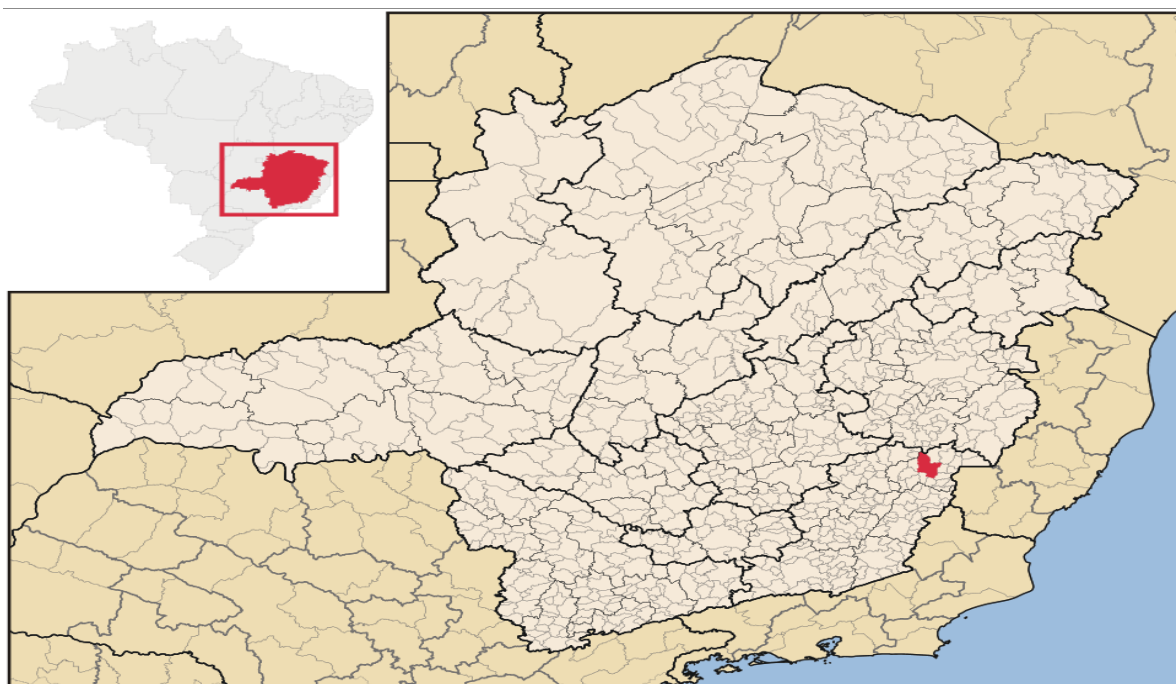
Verifica-se que o Estado de Minas Gerais ainda mantém os preceitos definidos e exigidos pelas diretrizes da APS. Segundo Souza (2014), 49,6% dos idosos mineiros avaliaram sua saúde de forma positiva (muito boa ou boa), 40,8% como regular e apenas 9,6% perceberam-na como ruim ou muito ruim. Entre os que não têm doenças crônicas, a maioria avaliou sua saúde de forma positiva (84,1%). Daqueles que possuem pelo menos uma enfermidade crônica, 39,5% mencionaram que sua saúde era muito boa ou boa. O principal local de busca por atendimento foi o posto de saúde (47,3%), seguido de hospital (26,9%) e consultório médico particular (19,5%). Outros locais somaram 6,3%. Dos atendimentos, 71,7% foram realizados por meio do SUS. Apenas 17,3% das intervenções de saúde se deram em outro município (SOUZA, 2014). Com esses dados positivos, verifica-se a validação das ESF no Estado de Minas Gerais.

4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU

O município de Manhuaçu localiza-se na região Leste, na macrorregião II, que corresponde à

Zona da Mata de Minas Gerais, ocupando uma área de 628, 32 Km² e possui cerca de 87.735 habitantes. Nas figuras 1 e 2, pode-se observar a localização do município de Manhuaçu em relação a sua meso e microrregiões e com as cidades limites.

Figura 1 - Localização de Manhuaçu



Fonte: Abreu (2006).

Figura 2 - Limites da cidade de Manhuaçu



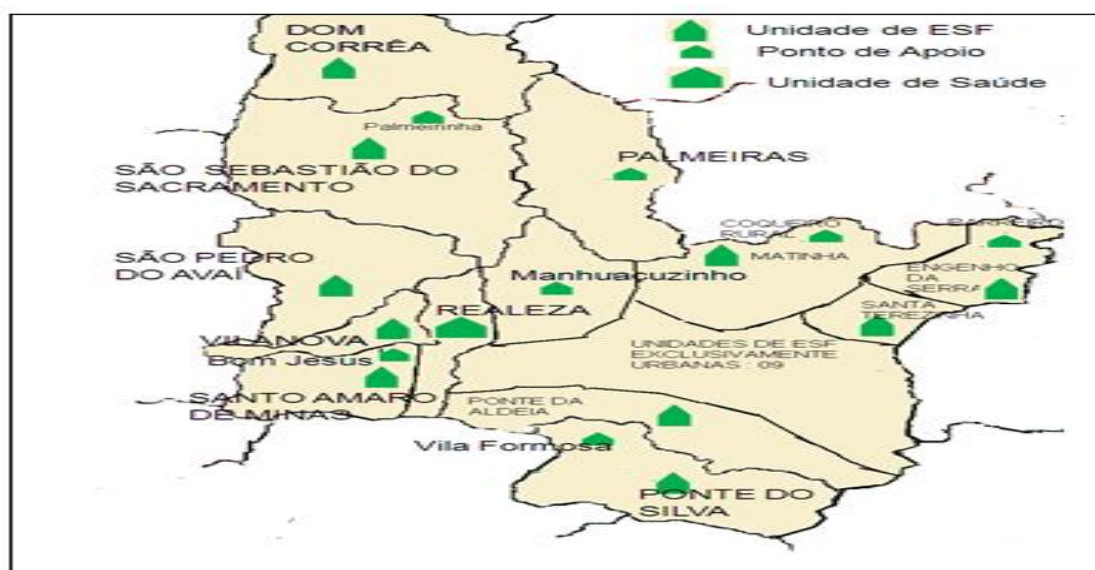
Fonte: Manhuaçu (MG) (2017).

A economia se baseia na agropecuária, sendo a principal fonte, a produção de café. Segundo dados retirados de e-SUS, do ano de 2017, a população do município concentra-se na faixa etária dos 29 aos 59 anos, confirmando que a virada demográfica ocorrerá como estimado pelo IBGE, em 2030 (BOM DESPACHO (MG), 2017).

Em concordância com os princípios e diretrizes da Política Estadual de Atenção Primária (PEAPS/MG), o município adequou as formas de organização dos serviços de atenção primária, com a garantia do cumprimento dessas diretrizes e de alcance dos resultados, em consonância com o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando compreender as necessidades de saúde da população e a superação das iniquidades entre as regiões do Estado. Com esse intuito, desenvolveu-se, em 2018, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde.

O Serviço de Atenção Primária do município de Manhuaçu (2018) engloba 22 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 09 Equipes de Saúde Bucal – ESB, 03 equipes de Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Todas estão sob uma coordenação central, distribuídas nas áreas urbanas da sede e dos distritos, sendo: 16 urbanas e 06 rurais, estando o município com 85,69% (e-gestor AB) de cobertura por ESF e 92,46% de cobertura pela Atenção Básica, no mês de novembro de 2018 (BRASIL, 2018). A Figura 3 apresenta a distribuição das equipes de saúde e unidades básica de saúde de Manhuaçu.

Figura 3 - Distribuição das equipes de saúde e Unidades de Saúde



Fonte: Manhuaçu (MG) (2017).

Nas ESF de Manhuaçu foram implantadas ações que são realizadas nas unidades, com base nas propostas da PNAB, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), entre outros, que contribuem para a oferta de uma atenção qualificada na rede de atenção à saúde. Em relação à saúde do idoso, são realizadas ações de promoção e prevenção que são orientadas e desenvolvidas seguindo o preconizado:

- a) Detecção e tratamento precoce de problemas de saúde;
- b) Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais da pessoa idosa;
- c) Identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos;
- d) Prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização;
- e) Levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade;
- f) Identificação de situações de risco/vulnerabilidade, com avaliação da capacidade funcional;
- g) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo;
- h) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) Ações de imunização específicas para o grupo.

A seguir, passo a apresentar o perfil socioeconômico, hábitos de vida e grau de vulnerabilidade dos idosos adscritos à ESF São Vicente e que representam os sujeitos da presente pesquisa.

4.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO VICENTE

A ESF São Vicente, iniciada em 2001, é uma unidade que conta com prédio próprio, situado na rua Mascarenhas de Moraes, número 92, e dividido em 11 microáreas dispostas nos bairros Alpha Sul, São Vicente e uma parte do centro da cidade. Essa abrangência de bairros faz com que a população que vai até essa ESF seja formada por classes sociais distintas, logo, os usuários são heterogêneos. O território adscrito é formado por muitos morros, com ladeiras

íngremes e escadarias. Tem 4920 pessoas cadastradas, com 1813 famílias, 859 idosos, 14 acamados, 26 gestantes, 328 crianças menores de 5 anos, segundo dados atualizados em agosto de 2019.

A equipe de saúde é composta por 11 agentes de saúde, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e um médico, 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais. Tal equipe é auxiliada por um grupo de funcionários do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutico, 1 nutricionista, 1 assistente social e 1 profissional de Educação física, que exercem suas atividades 1 vez por semana, pois se dividem em outras ESFs.

Para caracterizar os fatores socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida associados ao grau de vulnerabilidade clínico funcional dos idosos da ESF São Vicente em Manhuaçu, foi realizado um estudo transversal com aplicação do instrumento sobre vulnerabilidade (IVCF-20) e condições socioeconômicas, conforme desenho no capítulo de material e método.

As Tabelas 3, 4, 5 apresentam, respectivamente, o perfil geral, condições de saúde, hábitos de vida e condições socioeconômicas dos idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais.

Tabela 3- Comparação do perfil geral dos idosos assistidos pela ESF São Vicente da cidade de Manhuaçu, MG ao grau de vulnerabilidade clínico funcional

(Continua)

Variável	IVCF-20				p
	Perfil Geral n (%)	Baixo Risco n (%)	Moderado Risco n (%)	Alto Risco n (%)	
Sexo					
Masculino	96 (37,6)	63 (41,2)	19 (33,9)	14 (30,4)	0,339 ¹
Feminino	159 (62,4)	90 (58,8)	37 (66,1)	32 (69,6)	
Etnia					
Branco	153 (60)	83 (54,2)	42 ² (75,0)	28 (60,9)	0,025 ^{1*}
Pardo/Negro	102 (40)	70 ² (45,8)	14 (25,0)	18 (39,1)	
Estado civil					
Casado (a)	143 (56,1)	94 (61,4)	27 (48,2)	22 (47,8)	0,477 ¹
Solteiro (a)	26 (10,2)	14 (9,2)	7 (12,5)	5 (10,9)	
Viúvo (a)	71 (27,8)	36 (23,5)	18 (32,1)	17 (37,0)	
Outros	15 (5,9)	9 (5,9)	4 (7,1)	2 (4,3)	

Tabela 3- Comparação do perfil geral dos idosos assistidos pela ESF São Vicente da cidade de Manhuaçu, MG ao grau de vulnerabilidade clínico funcional
(Conclusão)

Variável	IVCF-20				p
	Perfil Geral n (%)	Baixo Risco n (%)	Moderado Risco n (%)	Alto Risco n (%)	
Cuidador	228 (89,4)	146 ² (95,4)	52 (92,9)	30 (65,2)	0,000 ^{1*}
Sim	27 (10,6)	7 (4,6)	4 (7,1)	16 ² (34,8)	
Aposentado					0,450 ¹
Não	45 (17,6)	28 (18,3)	7 (12,5)	10 (21,7)	
Sim	210 (82,4)	125 (81,7)	49 (87,5)	36 (78,3)	
Pensionista					0,046 ^{1*}
Não	215 (84,3)	136 ² (88,9)	44 (78,6)	35 (76,1)	
Sim	40 (15,7)	17 (11,1)	12 (21,4)	11 (23,9)	
Trabalha					0,286 ¹
Não	236 (92,5)	139 (90,8)	52 (92,9)	45 (97,8)	
Sim	19 (7,5)	14 (9,2)	4 (7,1)	1 (2,2)	
Escolaridade					0,073 ¹
0 anos	46 (18)	30 (19,6)	6 (10,7)	10 (21,7)	
0 a 4 anos	118 (46,3)	69 (45,1)	22 (39,3)	27 (58,7)	
4 a 8 anos	45 (17,6)	26 (17,0)	14 (25,0)	5 (10,9)	
9 a 13 anos	18 (7,1)	13 (8,5)	3 (5,4)	2 (4,3)	
Mais de 13 anos	28 (11)	15 (9,8)	11 (19,6)	2 (4,3)	
Quantidade de moradores					0,753 ¹
Um morador	40 (15,7)	27 (17,6)	9 (16,1)	4 (8,7)	
Dois moradores	126 (49,4)	75 (49,0)	26 (46,4)	25 (54,3)	
Três moradores	51 (20)	30 (19,6)	13 (23,2)	8 (17,4)	
Quatro ou mais	38 (14,9)	21 (13,7)	8 (14,3)	9 (19,6)	
Multigeracional					0,259 ¹
Não	67 (26,3)	45 (29,4)	14 (25,0)	8 (17,4)	
Sim	188 (73,7)	108 (70,6)	42 (75,0)	38 (82,6)	

Legenda: *p<0,05

¹ Pearson Chi-Square Test (X^2)

² Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96

Fonte: Elaborada pela Autora.

Tabela 4- Comparação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional

(Continua)

Variável	IVCF-20				p
	Perfil Geral n (%)	Baixo Risco n (%)	Moderado Risco n (%)	Alto Risco n (%)	
Doenças Crônicas					0,043 ^{1*}
Não	55 (21,6)	41 ² (26,8)	7 (12,5)	7 (15,2)	
Sim	200 (78,4)	112 (73,2)	49 (87,5)	39 (84,8)	
Quais					0,557 ¹
HAS	121 (60,8)	71 (64,0)	31 (63,3)	19 (48,7)	

Tabela 4- Comparação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional

(Conclusão)

Variável	IVCF-20				p
	Perfil Geral	Baixo Risco	Moderado Risco	Alto Risco	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
HAS e diabetes	52 (26,1)	26 (23,4)	11 (22,4)	15 (38,5)	
Diabetes	8 (4,0)	4 (3,6)	3 (6,1)	1 (2,6)	
Outras	18 (9,0)	10 (9,0)	4 (8,2)	4 (10,3)	
Internação hospitalar					
Não	247 (96,9)	151 (98,7)	53 (94,6)	43 (93,5)	0,115 ¹
Sim	8 (3,1)	2 (1,3)	3 (5,4)	3 (6,5)	
Tabagismo					
Não	239 (93,7)	146 (95,4)	51 (91,1)	42 (91,3)	0,391 ¹
Sim	16 (6,3)				
Etilismo					
Não	226 (88,6)	137 (89,5)	51 (91,1)	38 (82,6)	0,348 ¹
Sim	29 (11,4)	16 (10,5)	5 (8,9)	8 (17,4)	
Atividade física					
Não	179 (70,2)	106 (69,3)	40 (71,4)	33 (71,7)	0,926 ¹
Sim	76 (29,8)	47 (30,7)	16 (28,6)	13 (28,3)	
Atividade de lazer					
Não	158 (62,0)	100 (65,4)	31 (55,4)	27 (58,7)	0,369 ¹
Sim	97 (38,0)	53 (34,6)	25 (44,6)	19 (41,3)	
Autoavaliação da Saúde					
Ótima/boa	162 (63,5)	114 ² (74,5)	27 (48,2)	21 (45,7)	0,000 ^{1*}
Razoável	74 (29)	30 (19,6)	26 ² (46,4)	18 (39,1)	
Ruim/péssima	19 (7,5)	9 (5,9)	3 (5,4)	7 ² (15,2)	
Religião					
Católica	196 (76,9)	119 (77,8)	40 (71,4)	37 (80,4)	0,573 ¹
Evangélica	57 (22,4)	32 (20,9)	16 (28,6)	9 (19,6)	
Outra	2 (0,8)	2 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Praticante					
Não	33 (12,9)	15 (9,8)	7 (12,5)	11 ² (23,9)	0,044 ^{1*}
Sim	222 (87,1)	138 (90,2)	49 (87,5)	35 (76,1)	
Sai de casa sozinho					
Não	46 (18)	3 (2,0)	13 (23,2)	30 ² (65,2)	0,000 ^{1*}
Sim	209 (82)	150 ² (98,0)	43 (76,8)	16 (34,8)	
Frequência					
De 1 a 3 vezes por semana	53 (25,2)	37 (24,5)	10 (23,3)	6 (37,5)	0,495 ¹
De 4 a 5 vezes por semana	157 (74,8)	114 (75,5)	33 (76,7)	10 (62,5)	

Legenda: *p<0,05

¹ Pearson Chi-Square Test (X²)

² Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 5- Comparação das condições socioeconômicas de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funciona

IVCF-20					
Variável	Perfil Geral	Baixo Risco	Moderado Risco	Alto Risco	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p
Renda Individual					
(Em salários mínimos)					
Menos de 1	35 (13,7)	21 (13,7)	6 (10,7)	8 (17,4)	0,825
1.1 a 3	166 (65,1)	101 (66,0)	36 (64,3)	29 (63,0)	
3.1 a 5	23 (9,0)	13 (8,5)	7 (12,5)	3 (6,5)	
Mais de 5	7 (2,7)	5 (3,3)	2 (3,6)	0 (0,0)	
Não respondeu	24 (9,4)	13 (8,5)	5 (8,9)	6 (13,0)	
Renda Familiar					
(Em salários mínimos)					
Menos de 1	7 (2,7)	4 (2,6)	1 (1,8)	2 (4,3)	0,199
1.1 a 3	161 (63,1)	103 (67,3)	33 (58,9)	25 (54,3)	
3.1 a 5	41 (16,1)	23 (15,0)	10 (17,9)	8 (17,4)	
Maior que 5	21 (8,2)	11 (7,2)	8 (14,3)	2 (4,3)	
Não respondeu	25 (9,8)	12 (7,8)	4 (7,1)	9 (19,6)	
Contribuição para a Renda Familiar					
Não	24 (9,4)	12 (7,8)	7 (12,5)	5 (10,9)	0,554
Sim	231 (90,6)	141 (92,2)	49 (87,5)	41 (89,1)	
Classe social					
A/B	58 (22,7)	32 (20,9)	17 (30,4)	9 (19,6)	0,187
C	95 (37,3)	52 (34,0)	21 (37,5)	22 (47,8)	
D/E	102 (40,0)	69 (45,1)	18 (32,1)	15 (32,6)	

Legenda: *p<0,05

¹ Pearson Chi-Square Test (X^2)

² Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao se fazer a análise dos resultados, a presente pesquisa apontou que a maioria dos idosos avaliados apresentam baixo grau de vulnerabilidade. Comportaram-se como variáveis associadas: não ter cuidador, ser negro/pardo, não ser pensionista, sair de casa sozinho, não ter doença crônica, ter uma ótima/boa percepção de saúde. Em contrapartida, ao se considerar o moderado e alto risco, verificaram-se como fatores associados: não ser praticante de nenhuma religião, possuir cuidador, não sair de casa sozinho, ser branco, percepção ruim/razoável da saúde.

Essa pesquisa encontrou resultado diferente quanto à vulnerabilidade de idosos ao se aplicar o IVCF-20, comparado a outras pesquisas, como a de Moreira et al. (2016), que, ao estudar os idosos residentes em uma instituição de longa permanência, verificou que 85% dos idosos apresentaram alto grau de vulnerabilidade. Em sua pesquisa, Campos et al. (2017) também empregou o mesmo instrumento e observou que 13% apresentaram alta vulnerabilidade, 44,4% moderado grau de vulnerabilidade e 42,6% baixo grau de vulnerabilidade ao estudar idosos de uma ação social financiada pela prefeitura de Juatuba, que incluía o desenvolvimento de atividades físicas. Também Cabral et al. (2018) estudou a vulnerabilidade com outros instrumentos e apresentou resultados semelhantes aos de Campos et al. (2017) e Moreira (2016), pois 49% dos idosos mostraram-se vulneráveis, sendo que a maior prevalência de vulnerabilidade foi associada à dependência em atividades instrumentais da vida diária, apresentar sintomas depressivos e estar na faixa etária de 80 anos e mais. A prevalência de vulnerabilidade encontrada no estudo de Cabral et al. (2018) foi alta ao se comparar com outros estudos realizados com idosos da comunidade ou, como relatada em pesquisa realizada nos Estados Unidos (MOHILE et al., 2007), em pacientes com câncer de próstata.

O envelhecimento, etapa natural da vida, é determinado por processos fisiológicos e morfológicos celulares que levam à diminuição da capacidade funcional do indivíduo, ocorrendo a redução da força muscular, da capacidade do funcionamento esfincteriano, da acuidade visual e auditiva, além de ser uma época favorável para o desenvolvimento de doenças crônicas, incapacidades, hospitalização e morte (CARNEIRO et al., 2017). As pessoas são afetadas por esse processo de forma mais ou menos acentuada, dependendo das condições socioeconômicas, hábitos de vida e condições de saúde variáveis que consequentemente aumentam a vulnerabilidade e podem interferir na qualidade de vida do idoso (SILVA et al., 2010; MORAES, 2016).

Especificamente na presente pesquisa, alguns fatores se associaram a esse baixo risco de vulnerabilidade dos idosos assistidos pela ESF estudada. Entre eles, tem-se a ausência do cuidador, que é aquele indivíduo que presta serviço, que assume a função de suprir as perdas funcionais do idoso, Pozzoli e Cecílio (2017). O cuidador pode ser formal, denominação dado para os cuidadores profissionais ou a instituição que presta serviço, ou informal, que é exercida pelo familiar, vizinho ou amigo, geralmente de forma voluntária, Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018). A presença de cuidador se faz cada vez mais necessária, pois, ao mesmo

tempo que a longevidade do idoso aumenta dia a dia, a sua vulnerabilidade também cresce, acarretando em proporcional perda da funcionalidade. Algumas pesquisas têm apontado a presença do cuidador associado ao alto risco de vulnerabilidade e de diminuição da funcionalidade (KARSCH, 2003; NASCIMENTO et al., 2008; PAMPOLIM et al., 2017). Entretanto, cabe ressaltar algo observado durante a entrevista: a presença do cuidador se faz necessária a partir do momento que o idoso apresenta algum declínio funcional, fato já observado por Jesus, Orlandi e Zazzetta (2018) e Carneiro et al. (2017), pois a presença desse cuidador está relacionada ao declínio da funcionalidade. Portanto, a fragilidade acarreta a necessidade de ter alguém que cuide desse indivíduo, visto que os idosos necessitam de ajuda no desenrolar das suas AVD. Destaca-se que, segundo afirmação de Miranda et al. (2015), quando há perda de funcionalidade, a realidade dos cuidados recai sobre a família, corroborando com o resultado dessa pesquisa, pois observou-se que a figura do cuidador aparece quando o idoso já apresenta alguma dependência. Em consonância com esses resultados, foi observado também, por Pozzoli e Cecílio (2017), que a presença do cuidador é mais frequente em famílias com idosos mais vulneráveis ou já acamados.

Outro fator associado à baixa vulnerabilidade na presente pesquisa, foi o fato de os idosos saírem de casa sozinhos 4 a 5 vezes por semana, o que nos faz supor que uma vida ativa, caracterizada por caminhadas frequentes e uma boa socialização, é fundamental para a manutenção da funcionalidade física e psicológica do idoso. Nessa pesquisa, constatou-se que as atividades básicas instrumentais da vida diária, como ir ao mercado, ir a bancos, levar e buscar os netos na escola são realizadas de forma sistemática e rotineira. Resultados semelhantes foram observados na pesquisa de Pinto et al. (2016), em Pelotas, na qual foram observados 820 idosos da zona rural. Desses, 81,8% realizavam as atividades básicas da vida e 54,6% realizavam as atividades instrumentais da vida diária. Uns ainda trabalhavam como lavradores e, segundo os autores, devido a isso, a capacidade funcional e autonomia dos indivíduos foram preservadas, mantendo-os independentes. Segundo Pinto e Neri (2013), a diminuição das práticas das AVD resultou em limitação da mobilidade.

Alguns autores, como Faro e Pereira (2011), afirmam que ser negro já é uma condição de vulnerabilidade, pois, em geral, essas pessoas adoecem mais e têm mais doenças crônicas. Entretanto, nessa pesquisa, observou-se que as pessoas que se auto declararam negras ou pardas tiveram um baixo risco de vulnerabilidade. Tal achado possivelmente se deve ao fato

desses indivíduos terem trabalhado, em grande parte, nas lavouras de café e terem realizado as atividades da vida, geralmente, sem a ajuda de outros, mantendo sua funcionalidade.

Nesse estudo, observou-se a associação entre a prática religiosa e a baixa vulnerabilidade. Estudo realizado por Vitorino, Lucchetti, A. L. G. e Lucchetti, G. (2018) relaciona a prática religiosa a ganhos na qualidade de vida, corroborados por melhoria na autopercepção de saúde, na saúde física, por meio de comportamentos saudáveis, estímulos emocionais e apoio social. Segundo Vitorino, Lucchetti, A. L. G. e Lucchetti, G. (2018), como a velhice é a última etapa da vida, faz-se necessário e mais evidente o pensar na morte, trazendo a religião, e sua consequente prática, como estímulo ao fortalecimento do espírito, e natural enfrentamento das vulnerabilidades. Semelhante resultado também foi obtido por Bittar et al. (2017), que afirma, baseado em sua pesquisa realizada com idosos, cuja maioria era católica, que a prática religiosa fortalece o idoso no processo de enfrentamento de sua realidade, constituída, por vezes, de solidão, falta de afetividade e conflitos.

Na presente pesquisa, observou-se que 63,5% dos idosos relataram uma autopercepção de saúde positiva. Essa é uma importante variável de avaliação do idoso, porque está ligada ao seu declínio funcional e estado de saúde. Em pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2018), com objetivo de verificar as condições de saúde dos idosos, foi utilizado o mesmo instrumento IVCF-20 e observou-se que 70,3% dos idosos perceberam sua saúde como negativa, possivelmente por ter sido realizado em um Centro de Referência para atendimento de idosos em Belo Horizonte, MG.

A qualidade de vida dos idosos, bem como o grau de vulnerabilidade, podem ser afetados pelo número de doenças crônicas existentes. Observou-se neste trabalho que, embora 78,5% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, sendo a hipertensão arterial a mais presente, tal condição não foi associada ao alto grau de vulnerabilidade. Ao refletir sobre isso, estamos de acordo com MORAES (2012), que afirma que a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças.

Partindo dos resultados dessa pesquisa, propõe-se que ações de incentivo à socialização devem ser uma constante dentro das equipes das ESF. Entre esses estímulos, têm-se o incentivo e orientações para o desenvolvimento da prática de atividades da vida diária, de exercício físico

regular, de realização de grupos nas ESF para controle das doenças crônicas, de orientações acerca de mudanças alimentares e hábitos de vida e o uso adequado de medicamentos. Portanto, manter os idosos ativos, socializados, inseridos na comunidade e na família são práticas simples, mas de grande resultado para diminuir a vulnerabilidade, minimizando, conseqüentemente, o declínio funcional, o isolamento, o sedentarismo e a polifarmácia. Nesse sentido, o cuidado com os idosos encontra um amparo essencial nas ESF, pois é um espaço ideal para acolhimento e desenvolvimento de ações voltadas para dar respostas às questões relacionadas não só com a saúde orgânica, como também às condições social e psicológica desse idoso, Motta, Aguiar e Caldas (2011). Uma atenção global é proporcionada por uma equipe multiprofissional, convergindo para a qualidade de vida deste idoso e família (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto, conclui-se que a maioria dos idosos avaliados pelo instrumento IVCF-20 apresentou baixo grau de vulnerabilidade e não houve associação com a classe social. Destaca-se, para associação positiva, a baixa vulnerabilidade nos idosos que têm prática religiosa, saem de casa sozinhos, mantêm-se ocupados, com a realização das AVD básicas e instrumentais, ficando física e psicologicamente ativos.

Essa pesquisa vem reforçar a importância de detecção de idosos vulneráveis para evitar os desfechos negativos, além de salientar a necessidade de se ter na pauta de ações das ESF e dos gestores de saúde, um olhar específico para a população idosa.

Evidenciou-se em todo o trabalho a importância do contínuo desenvolvimento de políticas públicas para alavancar e manter o cuidado do idoso, estimulando a promoção de saúde nas ESF, com olhar constante na qualidade de vida da pessoa que envelhece. Reforçando que a Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e acolhimento aos idosos, entendendo que, para o cuidado do idoso, necessitam-se de ações específicas, reforçando a valorização, autonomia e manutenção do bom estado funcional do idoso. Envelhecer como viveu, com dignidade, respeito e altivez.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento mundial é uma realidade. Em 2017, existiam 962 milhões de pessoas acima de 60 anos, e no meio do século, esse número chegará a 2,4 milhões, havendo também um aumento progressivo na expectativa de vida do brasileiro. Tal mudança de cenário trouxe novos desafios em relação ao cuidado da saúde pública do idoso, em decorrência das vulnerabilidades que incidem sobre o bem-estar da terceira idade.

Diante disso, houve, então, a necessidade de se voltar um olhar a essa população que envelhece. Então, o governo inicia uma resposta à sociedade, promovendo mudanças no sistema político, social e de saúde vigentes. Para tanto, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), os idosos foram inseridos como pessoa de direito, deixando claro que um dos fundamentos do País é a dignidade da pessoa humana, objetivando que todos os direitos da pessoa idosa fossem garantidos.

Embora o esforço de elaborações da legislação em favor dos idosos tenha iniciado nos anos de 1970, anterior a isso, havia somente uma legislação previdenciária excludente. Somente em 1994 foi aprovada a Política Nacional do Idoso, cuja finalidade é assegurar os direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Foi um compromisso do governo em acompanhar as exigências da sociedade para enfrentar os desafios do rápido envelhecimento. O ano de 1994 foi também o ano de implantação do PSF como um modelo assistencial de reorganização da atenção à saúde de toda família e que, posteriormente, foi transformado em estratégia de Saúde da Família (ESF).

No ano de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que fortaleceu as garantias de cidadania, manutenção da autonomia e participação do idoso na sociedade, bem como seu cuidado ser de responsabilidade da família, do governo e da sociedade. Essa legislação também determinou punição em forma de lei contra qualquer tipo de violência sobre o idoso.

Especificamente na área da saúde, foi aprovada a PNSPI 2006, assumindo que o pior que pode acontecer ao idoso é a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das suas capacidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básicas da vida diária.

Tal Política reforça que a assistência de saúde do idoso deve ser realizada principalmente na ESF, que visa aprimorar uma adequada abordagem da pessoa idosa, como a promoção do envelhecimento saudável. A ESF viabilizou um espaço de fundamental importância para realização dessas práticas, pois prioriza os cuidados ao idoso, a partir de ações de promoção, prevenção e atendimento individual domiciliar, não só do idoso, como também de sua família, por meio de uma equipe multiprofissional de saúde. Descortinou, assim, a verdadeira realidade vigente de vulnerabilidades dos idosos.

Entender como se dá a vulnerabilidade do idoso é tema de interesse entre os pesquisadores que procuram manter a funcionalidade desse indivíduo, identificando os fatores adversos que incidem sobre idosos suscetíveis, podendo ser sociais ou biológicos. Nesse contexto, a funcionalidade e doenças crônicas se somam para aumentar ou diminuir as adversidades sobre os longevos.

Fatores sociais têm sido historicamente relacionados ao desenvolvimento das vulnerabilidades, como a falta de cultura, a escassez de disponibilidade financeira e a dificuldade de acesso a serviços de saúde, tornando as conquistas sociais do século XX de fundamental importância para mudanças nesse cenário. Já os fatores biológicos trazem o declínio funcional como fator primordial de vulnerabilização dos idosos. A diminuição da capacidade funcional geralmente leva a pessoa a iniciar um processo de limitações, tornando o idoso dependente para realização de suas atividades rotineiras. As AVD, estando limitadas, predis põem o aparecimento de comorbidades, hospitalização e morte, sendo um dos primeiros sinais de declínio da capacidade funcional.

Esse estudo objetivou verificar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, associado aos fatores socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida dos idosos cadastrados na ESF São Vicente. Como resultado, foi observado que a manutenção das práticas das atividades cotidianas, uma autoavaliação positiva de saúde, não ter cuidador, ser negro e a prática religiosa são relevantes para o baixo grau vulnerabilidade encontrado nesta comunidade específica.

Portanto, o envelhecimento é uma etapa da vida e não um estado de doença, e a funcionalidade pode ser definida como a capacidade do idoso em exercer suas atividades de vida diária, mantendo sua independência e autonomia. O declínio funcional acontece quando se tem a

perda da capacidade para o idoso gerir-se sozinho, aumentando a possibilidade de tornar-se vulnerável e deve ser evitado.

Diante dos resultados encontrados, valida-se a importância de manter sempre atualizada a legislação voltada para os idosos, trazendo à frente as ações promovidas pela ESF. Medidas diárias simples, como estímulo à prática de atividades físicas, favorecendo a realização das AVD, incentivando a socialização por meio de grupos de convivência, atividades de lazer e práticas religiosas podem manter o idoso ativo e mais saudável.

Ressalta-se a necessidade de toda equipe de saúde da família estar treinada e atualizada para detecção de idosos com risco de declínio funcional, pois só assim poderá formular ações específicas e individualizadas para esse idoso, prevenindo a vulnerabilidade.

Desse modo, tal pesquisa vem reforçar a importância de detecção de idosos vulneráveis, a fim de evitar os desfechos negativos, além de salientar a necessidade de se ter um olhar específico para a população idosa nas ações das ESF e dos gestores de saúde.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. L.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.).

Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ANDRADE, L. M. et al. **Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa.** Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-52, dez. 2013.

ANTUNES, A. **Política nacional de atenção básica: retrocessos a caminho?** Disponível em: jun. 2018. <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016.** 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/inesc/Downloads/01_cceb_2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/inesc/Downloads/01_cceb_2015%20(1).pdf)>. Acesso em: 20 maio 2018.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

BITTAR, C. M. L. et al. Qualidade de vida e sua relação com a espiritualidade: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 195-209, maio/ago. 2017.

BOM DESPACHO (MG). Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde.** Bom Despacho, MG: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção 1, p. 18769.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. **Cobertura da atenção básica.** Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso: 10 nov. 2018.

_____. _____. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos agentes comunitários de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. _____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional para o idoso**. Brasília, DF, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994.

_____. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006a. Seção 1, p. 71-6.

_____. 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). **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 14.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006c. Seção 1, p. 142.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017, Edição 183, Seção 1, p. 68.

BERTOLAZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BERQUÓ, E.; GARCIA, S. Algumas considerações sobre a reprodução tardia no Brasil. In: TURRA, C. M.; CUNHA, J. M.C. (Org.). **População e desenvolvimento em debate: contribuições da associação brasileira de estudos populacionais**. Belo Horizonte: ABEP, 2012.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev Bras Est Pop**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Rev Kairós Gerontol**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161-78, 2013.

CABRAL, J. F. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela estratégia saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3227-36, set. 2019.

CÂMARA MUNICIPAL DE MANHUAÇU. **Lei orgânica do Município de Manhuaçu Estado de Minas Gerais**. 1990. Disponível em: <http://www.manhuacu.mg.leg.br/leis/lei-organica-municipal/lei-organica-de-manhuacu/view>. Acesso em: 20 maio 2018.

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

_____. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 253-92.

CAMPOS, A. C. et al. **Levantamento de vulnerabilidades funcionais em idosos: possibilidades de atuação para a atenção primária à saúde.** Sinapse Múltipla, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 235-40, dez. 2017.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso.** 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2014.

CARNEIRO, J. Á. et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 70, n. 4, p. 745-52, 2017.

CARVALHO, M. C. B. N. M. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto era uma vez... atividades intergeracionais.** 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-33, maio/jun. 2003.

CATÃO, M. O. O sistema de saúde brasileiro. In: _____. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade.** Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 169-210.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CLASS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. **Breve relato histórico das políticas públicas de saúde no Brasil.** 2014. Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=17>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R. P. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise.** Brasília, DF: IPEA, 2009. p. 17-37.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. **Est Psicologia**, Natal, v. 16, n. 3, p. 271-8, set./dez. 2011.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp. p. 13-33, 2014.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1491-502, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio: Resumo executivo**. 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 575-625.

HADDAD, E. G. M. **O direito a velhice: os aposentados e a previdência social**. 2. d. São Paulo: Cortez, 2001.

HOOVER, L. S.; SIEGEL, J. S. International demographic trends and perspectives on aging. **J Cross-Cultural Gerontol**, Dordrecht, v. 1, n. 1, p. 5-30, 1986.

ÍNDICE de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20). Disponível em: <<https://www.ivcf20.com.br/>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade: 2000-2030: revisão 2013**. Rio de Janeiro, IBGE, 2013.

_____. **Projeção da população: (revisão 2018)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

_____. **Sinopse do censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S, ZAZZETTA, M. S. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 199-209, 2018.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, 1987.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-66, maio/jun. 2003.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos humanos, envelhecimento ativo, e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS, Bol Inst Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 4-8, abr. 2009.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007.

LIMA, G. K. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161-78, 2013.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS, Bol Inst Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 53-5, 2009.

MAIA, F. O. M, **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo, Estudo SABE. 2011. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 221, n. 2, p. 327-38, 2016.

MANHUAÇU (MG). Secretária Municipal de Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde**. Manhuaçu, MG: Secretária Municipal de Saúde, 2017.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 447-8, maio/jun. 2004.

MIRANDA, A. C. C. et al. Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte - MG. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-50, 2015.

MIRANDA, D. M.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface**, (Botucatu), v. 21, n. 61, p. 309-20, 2017.

MOHILE, S. G. et al. A pilot study of the Vulnerable Elders Survey-13 compared with the Comprehensive Geriatric Assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. **Cancer**, New York, v. 109, n. 4, p. 802-10, 2007.

MONTEIRO, A. C. L et al. Envelhecimento populacional: efetivação dos direitos na terceira idade. **PUBVET**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 1-8, fev. 2018.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. et al. **Avaliação multidimensional do idoso - SAS**. Curitiba: SESA, 2017.

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**, France, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016.

MOREIRA, J. C. et al. Funcionalidade de idosos residentes em instituição de longa permanência e risco de quedas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl.8, p. S191-4, 2016

MOROSINI, M. V. G. C., FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política nacional de atenção básica: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar 2018.

NASRI, F.O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, Supl. 1, p. S4-6, 2008.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-86, abr. 2011.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 61, n. 4, p. 514-7, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**: 2002. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

PAIM, J. S. Políticas de saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, esp. p. 73-8, 2006.

PAMPOLIM, G. et al. Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 235-43, 2017.

PEREIRA, P. A. P. Centralização e exclusão social: duplo entrave à Política de Assistência Social. **Ser Social**, Brasília, DF, n. 03, p. 119-33, jul./dez. 1998.

PINTO, A. H. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-55, 2016.

PINTO, J. M.; NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3449-60, 2013.

- PLANO Mineiro de Atenção à pessoa Idosa. 2014. Disponível em: <<http://livrozilla.com/doc/601909/plano-mineiro-de-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-%C3%A0-pessoa-idosa--pdf.-3mb->>. Acesso em: 20 maio 2018.
- POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- POZZOLI, S. M. L.; CECÍLIO, L. C. O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. *Saúde Debate*, | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1116-29, out./dez 2017.
- ABREU, R. L. Image:MinasGerais MesoMicroMunicip.svg, own work, CC BY 2.5, 2006. Disponível em: < <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1108153> > Acesso em 20 ago. 2108.
- RIBEIRO, E. G. et al. Self-perceived health and clinical functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v.7, n. Suppl 2, p.860-7, 2018.
- 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. 536-45, jul./set. 2007.
- RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-39, 2012.
- SAQUETTO, M. et al. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 518-24, 2013.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHORDINI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações perspectivas. **Interface**, Bocucatu, v. 14, n. 35, p. 867-77, dez. 2010
- SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-50, 2010.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, maio/jun. 2003.
- SOUZA, N. R. M. (Coord.). Perfil da população idosa de Minas Gerais - 2011. **Boletim PAD-MG**, Belo Horizonte, ano 3, n. 6, p. 1-85, mar.2014.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- VITORINO, L. M.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. A espiritualidade na atenção à saúde da pessoa idosa. TIEPPO, A.; SOGAME, L. C. M.; COELHO, M. C. R. (Org.).

Desafios das políticas públicas na atenção à pessoa idosa. Vitória, ES: EMESCAM, 2018. p. 153-71.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2014:** a wealth of information on global public health. Geneva: WHO, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Condições de saúde, capacidade funcional e funcionalidade familiar de idosos assistidos por uma unidade de saúde da família de Manhauçu- MG”. A participação do Sr(a) consiste em responder algumas perguntas pessoais, como: idade, escolaridade, hábitos de vida e saúde e de instrumentos validados. Ressalto que não haverá utilização de métodos invasivos (ex. agulhas) ou medicamentos.

O(a) Sr(a) não é obrigado a participar, podendo vir a desistir a qualquer momento, sem se justificar ou se preocupar que isso venha trazer algum prejuízo para sua relação com os pesquisadores ou com a Unidade de Saúde. As informações obtidas serão utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em periódicos e/ou livro e, em hipótese alguma, o seu nome será divulgado.

A sua participação não acarretará risco para sua saúde, porém, pode vir a ocorrer desconforto em razão do tempo da entrevista, por exemplo, e, na tentativa de evitar tal situação, a pesquisa será realizada da forma mais eficaz e rápida possível. Para tanto, ela será previamente agendada e acordada com o Sr(a), visando o seu conforto.

Quanto aos benefícios envolvidos, além de contribuir para o crescimento da comunidade científica, a sua participação poderá ajudar no planejamento de ações e na busca pela constante melhora da qualidade da assistência prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família na atenção aos idosos.

Eu _____, portador do RG _____, declaro ter sido informado e orientado quanto ao teor da pesquisa acima descrita. Estou ciente sobre o objetivo da pesquisa e que não há nenhum valor econômico envolvido, a pagar ou receber, pela minha participação. Portanto, manifesto o meu livre consentimento em participar como voluntário do projeto de pesquisa aqui mencionado.

Esse documento será assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura Pesquisador Responsável

Manhuaçu, ____/____/20____

Em caso de dúvidas ou maiores informações, o Sr(a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável: Luciana Carrupt Machado Sogame

E-mail: luciana.sogame@emescam.br / Celular: (27) 999242570

Endereço: Rua José Luiz Gabeira, 170 apto 1001, bl C, Barro Vermelho, Vitória/ES, 29057-570

Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP EMESCAM

E-mail: comite.etica@emescam.br /Telefone: (27) 3334-3586

Endereço: Prédio da Farmácia, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória – ES, 29045-402.

Funcionamento 2ª-6ªfeira, de 07h às 16h.



Impressão do dedo
polegar do participante
(caso necessário)

APÊNDICE B - Ficha de Coleta de Dados

FICHA DE COLETA DE DADOS– Idosos	
Características Socioeconômicas	
US: _____ Equipe: _____ MA: _____ Família: _____ Idade: _____ Sexo: 1.Masculino 2. Feminino Etnia: 1.Branco 2.Pardo 3.Negro 4.Indígena 5.Amarelo Estado Civil: 1.Casado 2.Solteiro 3.Viúvo 4.Outro _____ Escolaridade em anos: _____ Filhos: 0.Não 1.Sim Quantos? _____ Cuidador: 0.Não 1.Sim Quem? 1. Familiar 2.Profissional 3.Amigo Religião: 1.Católico 2.Evangélico 3.Outro _____ Praticante? 0.Não 1.Sim Aposentado: 0.Não 1.Sim Pensionista: 0.Não 1.Sim Trabalha: 0.Não 1.Sim Profissão: _____ Renda em Salários Mínimos (SM) 1. (< 1 SM) 2. (1,1 – 3) 3. (3,1 – 5 SM) 4. (5,1 – 7 SM) 5. (> 7,1 SM) 6.(Não Respondeu) Renda Familiar em Salários Mínimos (SM) 1.(< 1 SM) 2.(1,1 – 3 SM) 3.(3,1 – 5 SM) 4.(5,1 – 7 SM) 5.(7,1 - 9 SM) 6.(>9,1) 7.(Não Respondeu) Contribuição para renda Familiar: 0.Não 1.Sim	
Arranjo Familiar / Apoio Social	
Mora sozinho: 0.Não 1.Sim Quantidade de Moradores: 1 2 3 4 5 >5 Residência Multigeracional: 0. Não 1. Sim Em caso de necessidade tem com quem contar: 0.Não 1.Sim Quem? _____ Sai de casa sozinho? 0.Não 1.Sim Frequência:1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana	
Histórico de Saúde e Hábitos de Vida	
Doenças Crônicas: 0.Não 1.Sim Quais?1. HAS 2. DM 3.Alzheimer 4.Parkinson 5.Osteoartrose 6.Outras _____ Fuma: 0.Não 1.Sim Frequência:1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana 4. Diariamente Bebe: 0.Não 1.Sim Frequência:1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana 4. Diariamente Atividade Física: 0.Não 1.Sim Frequência:1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana Atividades de Lazer: 0.Não 1.Sim Frequência:1. 1x semana 2. 2 a 3x semana 3. 4 a 5x semana Como o Sr (a) avalia sua saúde? 1.Ótima 2.Boa 3.Razoável 3.Ruim 4.Péssima Medicamentos em Uso: _____	

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

ANEXOS

ANEXO A - Questionário Sócio Econômico da ABEP

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

BENS DE CONSUMO E SERVIÇO

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

Pontuação final- ☐ Classe Econômica (A) (B1) (B2) (C1) (C2) (D-E)

Data____/____/____ Local:_____

ANEXO B - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade? ☐ 60 a 74 anos ⁰ ☐ 75 a 84 anos ¹ ☐ ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: ☐ Excelente, muito boa ou boa ⁰ ☐ Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ☐ Sim ⁴ ☐ Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ☐ Sim ⁴ ☐ Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ☐ Sim ⁴ ☐ Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ☐ Sim ⁶ ☐ Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ² ☐ Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ☐ Sim ² ☐ Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ☐ Sim ² ☐ Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ☐ Sim ¹ ☐ Não	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; - Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . ☐ Sim ² ☐ Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ☐ Sim ² ☐ Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ☐ Sim ² ☐ Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ☐ Sim ² ☐ Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ☐ Sim ² ☐ Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ☐ Sim ² ☐ Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? - Cinco ou mais doenças crônicas () ; - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; - Internação recente, nos últimos 6 meses () . ☐ Sim ⁴ ☐ Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Fonte: ÍNDICE..., 2109.

ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU- MG

Pesquisador: Luciana Camurê Machado Sogame

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95324418.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.851.034

Apresentação do Projeto:

CONDIÇÕES DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MANHUAÇU- MG

É um projeto guarda-chuva cujas informações serão utilizadas para a dissertação de três mestrandos

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral analisar as condições de saúde, capacidade funcional e funcionalidade familiar de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família de Manhuaçu- MG em uma única unidade. Como objetivos específicos apresenta:

- a) Caracterizar o perfil de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG considerando os aspectos sociodemográficos e clínicos.
- b) Classificar a funcionalidade de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG
- c) Verificar a funcionalidade familiar dos idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG
- d) Observar o índice de vulnerabilidade clínico funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190 - Centro da Pesquisa
Distrito: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** corife.elcio@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 2.884.034

e) Identificar a prevalência de polifarmácia em idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG

f) Verificar a associação entre as condições de saúde e os aspectos sociodemográficos com a polifarmácia e vulnerabilidade clínico funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família de Manhuaçu-MG

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata que o estudo pode apresentar riscos mínimos para os indivíduos, que se evidenciam na possibilidade de incômodo e/ou desconforto ao responder às entrevistas ou ao passarem pelas avaliações.

Para que estes riscos sejam amenizados as entrevistas serão realizadas em data e horário pré-agendado e conveniente para o entrevistado, e quanto às avaliações, os instrumentos utilizados reproduzem e/ou inquerem sobre atividades do dia-a-dia e/ou condições psicossociais, não configurando portanto estresse adicional aos idosos. Todos os pesquisadores envolvidos serão previamente treinados para que todo o processo de entrevista e avaliação seja feita de forma rápida e dinâmica. Caso apresentem alguma necessidade detectada através dos instrumentos de avaliação,

a equipe de saúde será informada e os idosos imediatamente encaminhados a Unidade de Saúde para acompanhamento.

Outro risco em potencial neste estudo é a identificação de seus participantes, risco este que será nulado através do comprometimento dos pesquisadores com o absoluto anonimato dos envolvidos. Como benefício relata o melhor conhecimento do perfil da população idosa atendida, conhecendo quem são e qual a realidade funcional e de saúde dos idosos assistidos pela ESF será possível propor estratégias de assistência e prevenção de comorbidades advindas com o processo de envelhecimento, e, dessa forma, auxiliar na promoção do envelhecimento saudável, favorecendo a essa população um bem-estar, físico, psíquico e social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância visto que o envelhecimento populacional é uma realidade do nosso país; e o conhecimento dessa população pode levar a melhor utilização dos recursos públicos para a atenção à saúde da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto; carta de anuência; dois TCLE (para os idosos e para a familiares) Cronograma.

Endereço: EMESCAM, Av. N. S. da Penha 2190 - Centro da Pesquisa
Cidade: Bairro Santa Leiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** carrita.alves@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Contratação do Parecer: 2.081.034

Documentação apresentada adequadamente para realização dos estudos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais e critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PI INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1189381.pdf	07/08/2018 11:37:02		Aceito
Outros	carta.pdf	06/08/2018 13:24:56	Luciana Camugli Machado Sogame	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	06/08/2018 13:28:10	Luciana Camugli Machado Sogame	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	06/08/2018 13:19:38	Luciana Camugli Machado Sogame	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	06/08/2018 13:15:08	Luciana Camugli Machado Sogame	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2180 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Leiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comita.etica@emescam.br

Página 13 de 18

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.281.034

VITÓRIA, 28 de Agosto de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: BMESCAM, Av. N. S. da Penha 2190 - Centro da Pesquisa
Cidade: Bairro Santa Leiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 04 de 08

ANEXO D - Marcadores Gerais de Vulnerabilidade Clínico Funcional Utilizados no IVCF-20

IDADE

Perguntar a idade do idoso, pontuando 0 se a idade for entre 60 e 74 anos; 1 ponto se a idade for 75 e 84 anos; 3 pontos se a idade for igual ou maior que 85 anos. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior o risco de dependência funcional. Assim, os idosos muito idosos são mais vulneráveis e devem ser acompanhados com maior atenção.

AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE

Perguntar ao idoso como ele diria que sua saúde é, quando comparada com outras pessoas da mesma idade. Se boa, muito boa ou excelente, não pontuar. Se regular ou ruim, marcar 1 ponto. A auto-percepção da saúde é um bom preditor de morbi-mortalidade nos idosos.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

AVD Instrumental
Respostas positiva
valem 4 pontos
cada. Todavia, a
pontuação máxima
é de 4 pontos,
mesmo que o idoso
tenha respondido
sim para todas as
três atividades de
vida diária.

O envelhecimento, por si só, não compromete a capacidade de fazer as tarefas do cotidiano, como controlar o dinheiro e as despesas da casa, fazer compras e pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve. Estas tarefas recebem o nome de atividades de vida diária (AVD) instrumentais, por serem mais complexas que as AVD básicas, que se referem ao auto-cuidado, como tomar banho sozinho, por exemplo. A perda destas atividades recebe o nome de declínio funcional, que traduz a perda da autonomia e independência do indivíduo. A detecção de declínio funcional é o dado mais relevante na avaliação da saúde do idoso, pois, quando presente, é sempre patológico e merece uma investigação minuciosa. No questionário, esta seção é constituída de quatro perguntas, com respostas "sim" ou "não", sendo três perguntas referentes às AVD instrumentais (fazer compras, controlar o dinheiro e realizar pequenos trabalhos domésticos) e uma pergunta referente à AVD básica (tomar banho sozinho). No item AVD instrumentais, respostas positivas recebem quatro pontos cada. Contudo a pontuação máxima neste critério é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido "sim" para todas as três perguntas. No item AVD básica, a resposta positiva, ou seja, o idoso não consegue mais tomar banho sozinho, sem ajuda de terceiros, vale 6 pontos. Observe que a valorização é maior, pois quando o idoso perde a capacidade de cuidar de si mesmo, é sinal de um comprometimento funcional mais avançado. Normalmente, há uma certa hierarquia no declínio funcional, de tal forma que, quando o idoso não consegue mais cuidar de si mesmo (AVD básica), é sinal de que ele já não consegue também cuidar de sua casa ou morar sozinho (AVD instrumental). Deve-se ter o cuidado de afastar outras causas de não realização destas tarefas, que não a saúde ou condição física do paciente. Por exemplo, pode ser que o idoso nunca controlou o dinheiro, gastou ou pagou contas, pois o cônjuge sempre o fez. Assim, não houve perda ou declínio funcional, pois a pessoa nunca teve a oportunidade de executar aquela tarefa anteriormente. Nestes casos, a resposta é negativa, pois a pessoa não faz aquela tarefa por outros motivos que não sua saúde ou condição física.

AVD Básica

Internação recente
(<6 meses)

COGNIÇÃO	Esta seção avalia o funcionamento da memória, utilizando três perguntas relacionadas ao esquecimento. A presença de esquecimento, por si só, não é tão importante, pois, a maioria das pessoas tem esquecimento, sem que isso represente qualquer problema de saúde. Todavia, quando o esquecimento é percebido pelas outras pessoas ou quando somente as outras pessoas o percebem, deve-se ficar atento com a possibilidade de esquecimento patológico (1 ponto). Outros dados relevantes são a piora progressiva do esquecimento (1 ponto) e, principalmente, quando o esquecimento impede que a pessoa continue fazendo tarefas do cotidiano, que sempre fez (2 pontos). O declínio funcional é o principal marcador de esquecimento sugestivo de incapacidade cognitiva.	
HUMOR	Esta seção avalia o humor e é composto por duas perguntas. Cada resposta positiva vale 2 pontos e sugere a presença de transtorno depressivo.	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	Constituído de duas perguntas, tem por objetivo verificar a capacidade do idoso de executar tarefas diárias, que dependem dos membros superiores. Cada resposta positiva vale 1 ponto.
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	Esta seção avalia a presença de sarcopenia, que pode ocorrer na presença de qualquer uma das quatro condições: perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m²; velocidade da marcha menor que 0,8m/s ou circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm. A presença de qualquer uma destas quatro possibilidades recebe 2 pontos. Os pontos não são cumulativos, de forma que o valor máximo da pontuação neste item é 2 pontos.
MOBILIDADE	Marcha	Esta seção avalia a capacidade de deambulação e a presença de instabilidade postural e de quedas de repetição. Cada resposta positiva vale 2 pontos. O diagnóstico de instabilidade postural deve ser feito na presença de dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano. Da mesma forma, a presença de duas ou mais quedas no último ano é um sinal de alerta de que algo não vai bem. Ambas as situações não são normais "da idade" e devem ser melhor investigadas.
	Continência esfincteriana	A perda do controle da urina ou fezes nunca pode ser atribuída ao envelhecimento normal. Este item recebe 2 pontos, se a resposta for positiva. A presença de incontinência urinária é frequente nos idosos, mas não é normal "da idade" e deve sempre ser investigada.

**COMUNICAÇÃO
COMORBIDADES MÚLTIPLAS**

Visão

A visão e a audição são essenciais na manutenção da independência dos indivíduos, pois são essenciais na execução das atividades do cotidiano. Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e/ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano. Cada resposta positiva vale 2 pontos. A pontuação deverá ser zero, se o problema auditivo ou visual estiver sendo corrigido pelo uso de óculos ou prótese auditiva. Assim, não basta ter problemas auditivos ou visuais. Tais problemas devem trazer prejuízos significativos nas tarefas do cotidiano.

Audição

Polipatologia

Polifarmácia

Internação
recente

(<6 meses)

O termo comorbidades múltiplas engloba as condições de saúde relacionadas ao funcionamento adequado dos sistemas fisiológicos principais. Inclui a presença de polipatologia (cinco ou mais doenças crônicas), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, diariamente) e a história de internação recente (há menos de seis meses), sugestivas de maior vulnerabilidade. Na presença de qualquer resposta positiva, o item recebe quatro pontos. A pontuação não é cumulativa. Desta forma, a pontuação máxima do item é 4 pontos.

Fonte: Moraes et al. (2017)

ANEXO E - Trabalho Completo Publicado em Anais de Evento



7º Encontro Internacional de Política Social

14º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise

Vitória (ES, Brasil) 3 a 6 de junho de 2019

Eixo: Direitos geracionais

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: DIGNIDADE E SAÚDE PARA O IDOSO

Cecília Sanglard⁸
Gracielle Karla Pampolim Abreu⁹
Luciana Carrupt Machado Sogame¹⁰

Resumo

O envelhecimento é um caminho natural da vida e merece total respeito e reverência por parte da sociedade. O olhar para esta realidade foi construído passo a passo através de políticas públicas quando as demandas sociais e econômicas gritaram e não mais puderam ser silenciadas. A realidade da transição demográfica, suscitou uma resposta, uma legislação efetiva que reacendesse a dignidade da população longeva. Um caminho de assistência na área social foi seguido, chegando à Política Nacional do Idoso e ao Estatuto do Idoso. Este estudo foi realizado com o desejo de mergulhar nas políticas públicas que fortalecem a dignidade do idoso e da atenção à saúde de forma integral. Observaremos aqui a construção e sua contribuição das políticas para o fortalecimento da dignidade da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso; dignidade; políticas públicas; saúde.

Contextualization of Public Policies: Dignity and Health for the Elderly

Abstract

Aging is a natural process in life and it deserves society's full respect and esteem. The perception of this reality was built by step through public policies when social and economic demands began to crop up and couldn't be hidden anymore. The demographic transition is a

⁸ Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local; Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). E-mail: <ceciasanglard@gmail.com>.

⁹ Doutoranda em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E-mail: <graciellepampolim@hotmail.com>.

¹⁰ Doutora em Ciências; Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Professora do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e das Graduações em Fisioterapia e Medicina. E-mail: <Luciana.sogame@emescam.br>.

fact that demanded answers and effective legislation, which would restore dignity to the elderly population. The path chosen was of social assistance winding up at the Elderly National Politics 2 and at the Elderly Statute³. The present academic study was developed founded in the desire to plunge into the public politics which strength the elderly self-worth and the attention towards health in its entirety. Here we observe the making and the contribution of politics that outcome in the robustness of elderly's dignity.

Keywords: Elderly; Personhood; Public policy; Health.

Introdução

O mundo está envelhecendo e este envelhecimento populacional mundial é uma realidade e com o aumento na expectativa de vida novos desafios sociais e de saúde pública global se fazem presentes. Uma população é considerada idosa quando o topo da pirâmide é maior do que a sua base, ou seja, quando o Índice de Envelhecimento (IE) é igual ou superior a 100. A transição demográfica no Brasil começou a ser observada segundo Chaimowiz (1997), no ano de 1940, onde a taxa de mortalidade começou a cair e em 1960 a fecundidade também entrou em declínio. Dados do IBGE (2018) apontam que em 2031 também pela primeira vez o IE será maior que 100, ou seja, haverá 102,3 idosos para cada 100 jovens. O envelhecimento populacional continuará sua marcha inexorável para cada 100 jovens. O envelhecimento populacional continuará sua marcha inexorável ao longo do século XXI. No ano de 2055, as projeções do IBGE indicam o montante de 34,8 milhões de jovens (0-14 anos) e de 70,3 milhões de idosos (60 anos e mais) (IBGE, Projeções de População, 2018).

Essa transição demográfica ocorreu de forma e maneira diferenciadas ao se considerar os países europeus e a América Latina. O primeiro diferencial, em relação à transição demográfica europeia e a latino-americana, é o momento histórico no qual ambas ocorreram. No modelo Europeu, aconteceu significativo desenvolvimento social e aumento de renda, ocorrendo, lentamente, quando estes já tinham conquistado elevado padrão de vida, reduzido as desigualdades sociais e econômicas. Portanto, quando as demandas e as preocupações sociais e econômicas com as demandas trazidas pelos idosos foram percebidas, já estavam prontos a recebê-las (LEBRÃO, 2007).

Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda, trazendo importantes desafios a serem superados (NASRI, 2008). Cabe destacar que, segundo Lebrão (2007), o que ocorreu em 200 anos na Europa, acontece em poucas décadas na América Latina.

O envelhecimento da população é um fato real que está em andamento em grande parte do mundo, sendo almejado pela maioria das sociedades. Mas só pode ser considerado realmente favorável quando está agregado a ganhos reais na qualidade de vida, portanto, quando não há presença de fatores de vulnerabilidade para a população que se torna longeva.

Destacamos dentre as Políticas Públicas construídas para fortalecer o bem-estar dos idosos, a Política Nacional do Idosos, Lei 8.842/94, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96, que surge como instrumento legal efetivo de amparo aos direitos da pessoa idosa e o Estatuto do Idoso, Lei Nº 1.074, de outubro de 2003, que se tornou um dos principais documentos de direito dos idosos.

Desta forma, o presente artigo se propõe a contextualizar o caminho das políticas públicas que reforçam a dignidade da pessoa idosa. Para isto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com artigos em português e inglês na biblioteca eletrônica do PUBMED, LILACS, SCIELO. A busca para identificação dos estudos foi através das palavras-chave: *Elderly; Personhood; Public policy; helath*. A pesquisa documental foi realizada através de uma classificação documental sobre leis, decretos, portarias, e normas relacionadas à temática, bem como a evolução histórica sobre o surgimento das políticas públicas para essa população.

Desenvolvimento

A velhice parece ser aquela em que o cotidiano pode se tornar árduo, as atividades passam a ser mais complexas. A vulnerabilidade em que se encontram os idosos é uma condição crescente, visto que o processo de envelhecimento da população vem aumentando rapidamente (VERAS, 2009).

Grandes são os desafios frente a esta nova realidade, principalmente nos países como o Brasil, cujas condições sociais são precárias. Segundo dados da OMS, estima-se que, em 2025, entre os dez países do mundo com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil (VERAS, 2009).

Novas necessidades foram explicitadas pela idosa como de autonomia, mobilidade, acesso a informações, serviços, segurança e saúde preventiva. A fim de atender a essas novas expectativas foram estruturados nos últimos trinta anos instrumentos legais que garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas (VERAS, 2009).

Esta nova realidade mostrou a necessidade de construção de políticas públicas voltadas para o idoso gerado por uma nova realidade social e econômica, implicando na necessidade de adoção de políticas sociais específicas para melhorar as condições de vida dessa população. Tais políticas sofreram influências de organismos internacionais na sua elaboração como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

A construção destas políticas volta-se para 24 de janeiro de 1923, quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Elóy Chaves, Decreto nº 4.682, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP). As CAPs, organizadas pelas empresas, após pressão dos trabalhadores, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões apenas aos funcionários vinculados às empresas (PAIM, 2003, POLIGNANO, 2006).

A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), em substituição às CAP, abrangendo os trabalhadores agrupados por categorias profissionais, não por empresas. Devido à crise de 1930, as condições de vida pioraram muito, com isso foi estabelecido o salário mínimo e os IAP passaram a prestar serviços de assistência médica (BERTOLAZZI; GRECO, 1996).

Este período compreendido de 1930 a 1937 foi marcado pelo enfrentamento social, com movimentos sociais e dos trabalhadores, forçando a criação de uma legislação trabalhista e

e previdenciária, e acontece não só o aumento das práticas assistencialistas filantrópicas privadas, mas também aumenta o espaço da assistência nas instituições públicas (HADDAD, 2001; BERTOLAZZI; GRECO, 1996)

O contexto político da instabilidade mundial refletido no Brasil ocasionou mudanças sociais e políticas que levaram a perdas no processo democrático, resultando no regime militar. No ano de 1960, houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) depois de muito debate legislativo, pois muitos direitos conquistados tiveram que ser abandonados.

Finalmente em 1960 foi promulgada a lei 3.807, que disserta sobre os direitos trabalhistas. Ele cita já em seu 1º artigo o indivíduo idoso, ao afirmar que tem por objetivo “asegurar aos beneficiários os meios indispensáveis de manutenção, por motivo de idade avançada, incapacidade, tempo de serviço, prisão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente”. Essa lei, conhecida como a Lei Orgânica da Previdência Social, aprovou daquela época, através do artigo 30, a aposentadoria por velhice aos 70 anos para homens e 65 anos para mulheres. Esse artigo foi revogado em 1973, pela Lei nº 5890, que considera os indivíduos com 65 anos, no caso masculino, e 60 anos, no caso feminino (BRASIL, 1960; 1973).

As Forças Armadas assumiram o poder no ano de 1964, instaurando o Regime Militar. Este período foi caracterizado por uma getão em que se observou a limitação de direitos civis, políticos e expansão dos direitos sociais, sem atnes entender quais eram as necessidades reais da população, inclusive a da pessoa idosa, e que se dividiu em um sistema de medicina previdenciária e de saúde pública. Foi criado em 1966 o Instituto da Previdência Social (INPS), Decreto nº 72 de 21 de novembro de 1966, utilizava o mesmo sistema das CAP. Concretizou a unificação das instituições previdenciárias, reforçando a privatização dos serviços médicos, tendência à contratação de produtores de serviços privados, como estratégia para a consolidação da política adotada. No campo da saúde pública, propriamente dita, as ações eram pública, propriamente dita, as ações eram voltadas para uma medicina curativa, hospitalar e assistencialista (BERTOLAZZI; GRECO, 1996; CATÃO, 2011).

As políticas públicas para os idosos foram desenvolvidas por pressões da sociedade, e duas ações foram significativas para a construção das políticas públicas para os idosos, ressaltam Camarano e Pasinato, (2004). Em 1961, foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia cujo um dos objetivos é estimular ações sociais de amparo a velhice. E o segundo foi determinado pelo Serviço Social do Comércio (SESC), que se preocupou com os idosos, iniciando a mudança no cuidar do idoso que, até então, era somente na forma asilar. Ofereciam atividades para os idosos que foram desenvolvidos em 3 projetos: grupo de convivência de idosos; escolas abertas para a terceira idade e trabalho para os aposentados (HADDAD, 2001).

EM 1974, foi criada a Renda Mensal Vitalícia (RM V) para pessoas a partir de 70 (setenta) anos e os inválidos que comprovassem que trabalharam anteriormente, e não recebiam rendimento superior a 60% do valor do salário mínimo. Além disso, não poderiam ser mantidos pela família, bem como não poderiam ter outro meio de se sustentar, passaram a receber um salário. Camarano (2004) relata que, pela primeira vez, os idosos tiveram um benefício como idoso e não mais como ex-trabalhador. Recebiam o equivalente a meio salário mínimo e mesmo assim eram poucos que conseguiam, pois a expectativa de vida neste período era de 57 anos (CAMARANO, 2004).

Em 1975 surge o primeiro Programa de Assistência ao Idoso – PAI, em todo país, por iniciativa de um órgão governamental, o então INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Esse programa consistia na organização e implantação de grupos de convivência para idosos previdenciários, nos postos de atendimento do INPS. Esses grupos objetivavam criar condições de promoção social por meio de uma série de ações, como atividades físicas, recreativas e culturais, dentre muitas outras, que impactavam diretamente na qualidade de vida dessa população. No ano seguinte, o PAI foi expandido e passou a ser responsabilidade da Fundação Legião Brasileira de Assistência Social – LBA, que se tornou responsável pela assistência ao idoso em todo o Brasil, através de parcerias com Organizações Não Governamentais (ONG), estados e municípios (CORREA, 2009; RODRIGUES, 2001).

Em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social, editou um documento contendo algumas diretrizes para a construção das políticas públicas para a população idosa. Até então, as medidas tomadas eram mais baseadas em medidas previdenciárias ou de proventos para idosos dependentes, ideia que passou a mudar com os movimentos internacionais de atenção ao idoso (CAMARANO, 2004).

No Brasil, ainda nos anos 1980, toma ímpeto movimentos da sociedade civil, associações científicas, profissionais de saúde, universitários e de grupos políticos que reivindicavam, dentre muitas outras exigências, a garantir do envelhecimento saudável com direitos e dignidade. Esse acontecimento foi denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e influenciou sobremaneira as discussões da Assembleia Constituinte Nacional, realizada em Brasília entre os anos de 1987 e 1988 e que culminou na promulgação da Constituição Federal, em 1988. (GOLDMAN; FALEIROS, 2008; PASCHE, 2007).

A Constituição Federal de 1988, chamada de Constituição Cidadã, não é específica, mas faz referência ao idoso, e estabelece, no Art. 229, que os filhos maiores têm o dever de amparar e ajudar os pais na velhice, doença e qualquer necessidade, e no Art. 230, que a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar a pessoa idosa (Brasil, 1998).

Entretanto, Camarano (2010) destaca que a Constituição Federal deu pouco destaque à pessoa idosa, mas no artigo 1º, inciso III, deixou claro que um dos fundamentos do País é a dignidade da pessoa humana, e no artigo 3º, inciso IV, deliberou os objetivos fundamentais do País, com isto, todos direitos da pessoa idosa estariam garantidos.

[...]

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil>

I – Construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II – Garantir o desenvolvimento nacional;

III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1998)

[...]

Importante ressaltar que a Constituição Federal trouxe uma nova concepção para a Assistência Social, ao incluí-la na esfera da Seguridade Social, em seu Art. 194, a Assistência assegurada, sendo regulamentada, fornece uma cobertura ampliada em relação à saúde, e garante a assistência social não mais apenas para os trabalhadores segurados, mas também aos não segurados. (MONTEIRO et al, 2018).

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 2003, p. 193).

Posteriormente estabelecidas diretrizes que oportunizam a inserção social, política, econômica e cultural dos idosos, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Estes princípios e diretrizes tiveram uma repercussão direta no Brasil, que no ano seguinte, sanciona a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.472, de 07 de dezembro de 1993. Institui a Assistência Social como um direito social, estabelecendo seus princípios e diretrizes (BRASIL, 1993).

A LOAS passa a assegurar benefícios importantes aos idosos, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em seu art. 20, que substitui a renda mensal vitalícia de 1974, garantindo a pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais um salário mínimo mensal, desde que comprovem não possuir meios de promover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. O idoso poderá receber ainda um benefício adicional, caso esteja em situação de vulnerabilidade temporária. Apesar de não ser uma lei exclusivamente voltada para o idoso, avançou muito nesta questão ao favorecer a integralidade da atenção à saúde do idoso. Por ser um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído ao INSS para recebe-lo, mas não paga 13º salário e não fica como pensão (BRASIL, 1993; PEREIRA, 1998).

Com a necessidade de agregar qualidade de vida, facilitar o desenvolvimento das capacidades funcionais, identificar as vulnerabilidades na população idosa foi promulgada em 1994 a Política Nacional para o Idoso. Embora a Constituição já trouxesse em seus artigos alguns direitos dos idosos, estes precisariam ser assumidos pelo poder público, necessitando

a criação de leis na esfera federal. A PNI foi posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6 (RODRIGUES et al., 2007; MONTEIRO et al., 2018).

Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Foi um compromisso do governo em acompanhar as exigências da sociedade para enfrentar os desafios do rápido envelhecimento, como assegura em seu artigo 1º:

Artigo 1º - A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).
[...]

A assistência ao idoso fica garantida integralmente através do estado, família e sociedade, como também destaca que deve ser de conhecimento de todos o processo de envelhecimento e que o idoso não pode ser alvo de discriminação de qualquer natureza, sendo dever do governo a aplicabilidade da lei, princípios regidos no art. 3 (BRASIL, 1994). Garante a dignidade e o bem-estar do idoso através de suas diretrizes, sendo de competência do Estado, da sociedade e da família (RODRIGUES, 2007).

Souza (2014) destaca que a PNI veio consolidar os direitos já adquiridos na Constituição Federal, e também evitar o descumprimento destes, através de meios legais, promovendo a proteção integral ao idoso. Com o objetivo de estabelecer diretrizes no que se refere ao cuidado com a saúde do idoso, foi promulgada em 1999 a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI), Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Esta política assume que o pior que pode acontecer ao idoso é a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das suas capacidades físicas, mentais necessárias para a realização das atividades básicas da vida diária. Esta política promove readequação dos planos, projetos e atividades conforme as diretrizes nela estabelecida. (BRASIL, 2006a).

Mesmo com o amparo legal à pessoa idosa Alcântara, Camarano e Giacomini (2016) relatam as dificuldades para a construção de um sistema de garantias dos direitos da pessoa idosa e indaga as responsabilidades sobre sua execução, pois a lei menciona os direitos, mas não de quem é a responsabilidade de promoção e defesa, também no sistema jurídico, não atribui competências sobre a aplicação das normas, não determina ações para evitar o abuso e o cumprimento destes direitos.

Sendo assim, com o objetivo de manter a atenção e a necessidade de fortalecer e garantir os direitos e a dignidade da pessoa idosa, foi aprovado pelo Presidente da República, em 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, que também preconiza no seu artigo 1º, que idoso é toda pessoa igual ou maior de sessenta (60) anos. Como pontos principais do EI, destaca-se o seu artigo 2º, que reafirma que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando todas as oportunidades para preservação de sua saúde física, mental, intelectual, espiritual (KEINERT; ROSA, 2009).

Reafirmando o artigo 230 da Constituição Federal, o artigo 3º do EI determina que é de obrigação do Estado, da sociedade, da comunidade e da família assegurar ao idoso total direito à vida, à saúde, à alimentação, esporte, lazer, trabalho, cidadania. Importante ressaltar ainda, que o artigo 4º trata da proteção contra qualquer tipo de violência, negligência, crueldade ou omissão e sua punição na forma da lei. No artigo 15, a saúde é reafirmada pela assistência através do SUS, garantindo acesso universal e igualitário em todos os níveis de atenção associando ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e também atenção às doenças que afetam preferencialmente esta idade. Entretanto, segundo Louvison (2009), existe também a necessidade de efetivação de políticas para o cuidado de idosos frágeis ou com vulnerabilidades, pois foi uma realidade mostrada pelo EI.

Embora a legislação brasileira em relação aos cuidados com o idoso esteja bem desenvolvida a prática ainda é insatisfatória. O Ministério da Saúde, em 2006, promulga a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define diretrizes norteadoras para todas as ações no setor de saúde e objetiva um envelhecimento saudável, que significa

preservar sua capacidade funcional e manter a qualidade de vida em consonância com os preceitos do SUS. A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter, promover a autonomia e independência da pessoa idosa (BRASIL, 200.6b).

Para garantir esse cuidado integral ao idoso foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) como um modelo assistencial de reorganização da atenção à saúde de toda família e que posteriormente foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho das ESF, entre outras atribuições, visa aprimorar uma adequada abordagem da pessoa idosa, como a promoção do envelhecimento saudável, como ressalta Silvestre e Costa Neto (2003).

Entretanto, em 2017 é publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017). Esta nova portaria gerou manifestações contrárias e muita polêmica e entidades ligadas à Saúde Coletiva, têm expressado preocupação e desconfiança com relação à portaria que reformulou a PNAB. Segundo textos produzidos pela FIOCRUZ (2017), essa nova PNAB representa uma ameaça aos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social no Sistema Único de Saúde. “Causa imensa preocupação”, diz o texto da nota:

“a proposição de uma reformulação da PNA num momento de ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, e de sítio fiscal imposto com a promulgação da Emenda Constitucional 95, que agravará o subfinanciamento crônico do SUS, reduzindo progressivamente seus recursos por 20 anos” (FIOCRUZ, 2017).

Ainda segundo a ABRASCO, o texto rompe com a centralidade do SUS, instituindo um financiamento específico para outros modelos de Atenção Básica, que não contemplem a formação com equipe multiprofissional de saúde. Continua afirmando que esta política revoga a prioridade do modelo assistencial da ESF no âmbito do SUS. (FIOCRUZ, 2017).

O caminho da legislação brasileira para favorecimento dos idosos avançou muito, evoluindo dentro das demandas urgentes que envolviam o cuidado do idoso, mas na prática, ainda são insuficientes. Esta busca pelo aprimoramento das políticas públicas, o aumento do

número das ESF, mostrou famílias fragilizadas, em situação de grande vulnerabilidade social, mas as políticas foram passos essenciais para a saúde da pessoa idosa (FERNANDES; SOARES, 2012).

Considerações finais

Diante do exposto, conclui-se que a velhice é tema que ganhou destaque no Brasil durante as últimas décadas. O processo de envelhecimento ganha corpo, ficando robusto, aumentando em números, com estimativa de ultrapassar o quantitativo de jovens em 2030. A realidade desta população que descortinou frente aos olhos da sociedade e do governo mostrou que grandes desafios teriam que ser superados.

Até 1970, o país não dispunha de políticas públicas que abrangessem a crescente população idosa, de modo que ficavam à mercê da caridade e da boa vontade de entidades religiosas ou dos setores privados. Posteriormente, foram implantadas políticas e programas como a PNI, EI, PNSI e PNPI que têm como objetivo promover a autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, com qualidade de vida, saúde e dignidade.

Sendo assim, a população idosa teve muitas conquistas nestes últimos 30 anos, trazendo com marco judicial nas garantias sociais adquirida o EI, tornando-o essencial para a adequação constante das políticas públicas, possibilitando um envelhecimento digno, com qualidade de vida. Entretanto, o aprimoramento de ações, implementações de políticas que favoreçam o acesso a serviços públicos, participação na comunidade, fortalecimento da autonomia, independência e saúde integral ainda se fazem presentes.

Referências

ALCÂNTARA, A. L.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016

BRASIL. Lei nº 5.890, de 08 de junho de 1973. Altera a legislação da previdência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 jun. 1973.

_____. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 set. 1960.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo nº 186/2009 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012^a.

_____. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção I, p. 18769.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção I, p. I.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional para o Idoso**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 1994.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 out. 2006b. Seção I, p. 142.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

BERTOLAZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. cap. 8, p. 253-92.

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

CATÃO, M. O. O sistema de saúde brasileiro. In: _____. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011. P. 169-210. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde pública*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. *Rev Saúde pública*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CORREA, M. R. Linhas cartográficas: a velhice e a terceira idade. In: _____. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009, cap. 2, p. 41-86.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. **Breve relatório histórico das políticas públicas de saúde no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=professores&id=17>>. Acesso em: 30 jun. 2018

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1491-502, 2012.

FIOCRUZ. **Política nacional de atenção básica: retrocessos a caminho?** 2017. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

GOLDMAN, S. N.; FALEIROS, V. P. Participação social e cidadania. In: BORGES, A. P. A.; COIMBRA, A. M. C. (Org.) **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008, cap. 15, p. 331-336.

HADDA, E. G. M. **O direito à velhice: os aposentados e a previdência social** 2. d. São Paulo: Cortez, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções de População**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias...2018>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos humanos, envelhecimento ativo, e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS, Bollnst Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 4-8, abr. 2009.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS, Bollnst Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 53-5, 2009.

MONTEIRO, A. C. L et al. Envelhecimento populacional: efetivação dos direitos na terceira idade. **PUBVET**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 1-8, fev. 2018.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 6, Supl. I, p. S4-6, 2008.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 307-17, 2007.

PAIM, J. S. políticas de saúde pública no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. Medsi, 2003. p. 587-603.

PEREIRA, P. A. P. Centralização e exclusão social: duplo entrave à Política de Assistência Social. **Ser Social**, Brasília, DF, n. 03, p. 119-33, jul/dez. 1998.

POLIGNANO, M. V, **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br//ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica. **Estud Intersdiscip Envelhec**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158. 2001.

RODRIGUES RAP et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul/set. 2007.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, maio/jun, 2003.

SOUZA, L. E. P. F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, out./dez. 2014.

VERAS, R, Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.