

Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS

Marília Cristina Prado Louvison¹
Sonia Barros²

“É um paradoxo que a idéia de ter vida longa agrade a todos, e a idéia de envelhecer não agrade a ninguém”.

(Andy Rooney)

A construção de uma política pública de saúde com foco no envelhecimento e na saúde da pessoa idosa estabelece uma dimensão necessária às transformações da sociedade e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno atual de grande relevância em todo o mundo, pois à medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre os idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Em São Paulo, a população idosa, já atinge mais de 4 milhões de pessoas, representa mais de 10% da população e consome mais de 25% dos recursos de internação hospitalar do SUS (DATASUS, 2009).

Estudos populacionais, como o estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) (LEBRÃO; DUARTE, 2003) e outros (RAMOS *et al.*, 1993) têm demonstrado que as pessoas idosas apresentam baixo nível socioeconômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas, causadoras de limitações funcionais e de incapacidades. Em torno de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente, atingindo mais da metade deste contingente populacional e impactando num crescente aumento da demanda e utilização de serviços de saúde, principalmente hospitalares. Há uma feminização da velhice e, além disso, a população mais idosa, ou seja, de 80 anos ou mais, está aumentando rapidamente, trazendo novas demandas e desafios às políticas públicas em uma sociedade que

hoje se concentra nas grandes metrópoles e com agregados familiares e modos de vida pouco continentais às demandas familiares (LEBRÃO, DUARTE, 2003).

Além disso, as desigualdades são importantes, considerando que ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de se tornarem ricos, os avanços na incorporação tecnológica ainda não são acessíveis igualmente a todos (KALACHE, 2008) e a idade avançada freqüentemente exacerba outras desigualdades pré-existentes associadas à raça, etnia ou ao gênero. Políticas equânimes são importantes no sentido de reduzir as desigualdades “injustas” – as iniquidades e a exclusão social – e está diretamente relacionada à garantia de acesso. Acesso é a possibilidade de utilizar a rede de atenção, sempre que o cidadão achar necessário e nesse sentido, procurar serviços, ou seja, gerar demanda. Boaventura Santos traduz a equidade como: “direitos iguais quando a diferença inferioriza e o direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”. Envelhecer com saúde é um direito de cidadania.

Nesse sentido, é fundamental a construção de políticas públicas de garantia de direitos que protejam as pessoas idosas em suas necessidades, garantam sua participação e reduzam as desigualdades. No Brasil, a Política Nacional do Idoso foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 (Lei n. 8.842/94 e Decreto n. 1.948/96), assegurando direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade e em 2003, o Estatuto do Idoso (Lei n. 1.0741/2003), reafirmou os direitos dos idosos na área da Saúde, vedando a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade e assegurando a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS.

¹ Médica Especialista em Medicina Preventiva e Social pela UNIFESP e em Clínica Médica pela SBCM. Mestre e Doutoranda em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Diretora Técnica de Serviço de Saúde responsável pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: marilia@saude.sp.gov.br

² Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Diretora do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: sbarros@saude.sp.gov.br

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Com relação às políticas setoriais de saúde, desde 1989 o Ministério da Saúde já normatizava o funcionamento das Instituições destinadas ao Atendimento ao Idoso (Portaria GM 810/89), mas foi em 1998 (Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/1998) que foram incluídos os procedimentos de atendimento a pacientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital dia geriátrico e de Internação Domiciliar, com equipe hospitalar e só em 1999 que se tornou obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitiam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade (Portaria GM/MS n. 280/1999 Portaria GM/MS n. 830/1999), quando foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n. 1.395/1999, revisada pela Portaria GM/MS n. 2.528/2006), que reafirmou os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, reforçada pelas publicações posteriores, apresentou como principais diretrizes:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Antes ainda da promulgação do Estatuto, em 2002, o Ministério da Saúde realizou um importante debate e estabeleceu as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS n. 702/2002 e Portaria SAS/MS n. 249/2002). A composição das redes seria organizada por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso. Além disso, estabeleceu-se que a assistência ao portador de doença de Alzheimer (Portaria GM/MS n. 703/2002, SAS/MS 255/02 e GM/MS 843/02) seria referenciada nesses centros para a prescrição dos medicamentos de alto custo (BRASIL, 2009).

Em 2006, foi revista e estabelecida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM/MS n. 2.528/2006) que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasi-

leiros principalmente os considerados frágeis e/ou vulneráveis, estabelecendo importante papel para a equipe de saúde da família. No mesmo ano foi publicado o Pacto pela Saúde do SUS (Portaria GM/MS 399/2006) e a saúde do idoso é elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo no SUS.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (SAS, 2009) e do Pacto da Saúde:

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

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em 2007, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde que apresenta nas suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa. O Plano estadual incorporou as deliberações da V Conferência estadual de Saúde e as sugestões dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). São eixos estruturantes do plano estadual de saúde com relação à implementação de política específica de saúde da pessoa idosa o envelhecimento ativo, a rede de atenção e a educação permanente. São objetivos estratégicos do Plano Estadual de Saúde:

- garantia da promoção da saúde voltada à qualidade de vida

- manutenção e reabilitação da capacidade funcional voltada à autonomia e independência da pessoa idosa
- produção de conhecimento e capacitação intensiva dos profissionais de saúde da rede do SUS, para esse atendimento.

Foi constituída então a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa no Grupo Técnico de Ações Estratégicas de Saúde (GTAE) (SES, 2009), com a estruturação de um Grupo de Trabalho para apoiar a elaboração e implementação da política estadual, composto por vários especialistas e gestores, bem como um colegiado de articuladores regionais para a elaboração de planos regionais de saúde da pessoa idosa no SUS, indicando e priorizando as intervenções necessárias. A Área Técnica tem como proposição a construção de uma política de atenção integral, alinhada à política nacional, que atue tanto na promoção do envelhecimento saudável como no cuidado adequado aos idosos dependentes, no sentido da melhoria da qualidade de vida e da dignidade da pessoa idosa.

Nesse processo, foram consideradas como diretrizes estratégicas para a implantação de políticas de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS:

- promoção de saúde e prevenção de agravos, riscos e doenças;
- implantação da vigilância de quedas, acidentes e violências contra as pessoas idosas;
- melhoria da qualidade das Instituições de Longa Permanência de Idosos;
- incorporação das ações referentes à saúde da pessoa idosa com implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e do gerenciamento de cuidados na atenção básica;
- apoio da estratégia de "cuidadores comunitários" de pessoas idosas na atenção básica;
- melhoria da qualidade, acesso e humanização dos serviços de atenção à saúde com o foco nas pessoas idosas, utilizando a estratégia "amigos da pessoa idosa";
- estabelecimento de núcleos regionais de referência à saúde da pessoa idosa;
- estabelecimento de protocolos baseados em evidências para as linhas de cuidado das síndromes; específicas mais prevalentes e de acesso a medicamentos e insumos de utilização específica das pessoas idosas;
- implantação de serviços de atenção domiciliar e centros dia de cuidados;
- readequação dos leitos de cuidados prolongados;
- implantação de processo de educação permanente em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- formação de formadores de cuidadores de pessoas idosas;
- monitoramento de indicadores, saberes e práticas sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Promoção da Saúde e a intersectorialidade voltada à qualidade de vida da pessoa idosa

Com relação à promoção de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde 1984, já atuava na prevenção e promoção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) coordena as ações de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis desde 1989. O Programa Agita São Paulo, foi lançado em 1996, com o objetivo de combater o sedentarismo, que foi reconhecido em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um importante modelo de promoção de saúde.

A SES/SP, através do CVE, desenvolve as campanhas anuais de vacinação para as pessoas idosas, preconizadas pela OMS nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização: antipneumocócica e antigripal (Portaria GM/MS n. 99/1999, Portaria GM/MS n. 87/2003 e Portaria SVS/MS 34/2003), desde 1999, atingindo coberturas em torno de 80%, acima da meta nacional, atualmente monitoradas pelo pacto de gestão. A SES/SP também desenvolve, sob coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), campanhas de prevenção de câncer bucal, em conjunto com as campanhas de vacinação.

Com relação à aids, o Ministério da Saúde lançou campanhas em 2007 baseadas no sexo seguro para as pessoas mais velhas, considerando o aumento de ocorrência da doença nessa faixa etária e o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids do Estado de São Paulo (CRT-AIDS) desenvolve ações com esse foco. A sexualidade da pessoa idosa precisa ser explicitada e debatida para reduzir o preconceito e o risco do silêncio que reveste a questão.

O CVE coordena ainda as ações de vigilância de violências e quedas, fundamentais com relação às políticas direcionadas às pessoas idosas. As quedas para a pessoa idosa são um evento catastrófico que pode comprometer muito sua condição de saúde e

qualidade de vida e precisa ser evitada. No pacto de indicadores de gestão do SUS foi priorizado o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e são necessárias ações afirmativas no sentido da prevenção para a redução de quedas. A SES/SP participou em 2008 da campanha internacional “Quem cai de maduro é fruta” e prevê o estabelecimento de protocolos de investigação e de intervenção para apoiar as práticas locais.

É importante registrar a parceria realizada com outras secretarias, em setembro de 2001, em função de mobilização popular, para a implantação do Centro de Referência do Idoso (CRI) da Zona Leste, como um ambulatório integrado de atenção secundária, especialidades médicas, atividades educacionais, culturais e de lazer. O CRI tem como objetivo mudar o paradigma da velhice no sentido da doença, da incapacidade e da inutilidade, trazendo o idoso para o centro do cuidado com possibilidades concretas de serem protagonistas de sua vida na produção de ambientes e hábitos mais saudáveis.

Esse processo contribuiu para a preocupação dos gestores em avançar em estratégias de promoção, prevenção de saúde e acesso qualificado, promovendo o envelhecimento ativo, ao mesmo tempo em que é necessário garantir melhor qualidade de vida aos idosos dependentes e institucionalizados. São ações com responsabilidades intersetoriais que transcendem o setor saúde e, portanto, de difícil intervenção. A implantação e o estímulo à utilização de centros de convivência pelas pessoas idosas pode fazer uma grande diferença nas condições de vida e saúde das pessoas idosas.

Trabalhou-se com os oito eixos de intervenção das políticas intersetoriais, defendidos na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, em maio de 2006, como a proposta da “Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa” (RENADI): ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa, previdência social da pessoa idosa, saúde da pessoa idosa, violência e maus tratos contra a pessoa idosa, assistência social à pessoa idosa, financiamento e orçamento público para efetivação dos direitos das pessoas idosas, educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas e controle democrático.

Com relação à atual Política Estadual do Idoso de São Paulo, com base legal publicada em 1997 (Lei Estadual nº 9.892/96), revista e consolidada em 2007 (Lei Estadual 12.548/07), está em fase de implantação o Plano Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado de São Paulo, denominado “FUTURIDADE”, coordenado pela SEADS – Secretaria Estadual de

Assistência e Desenvolvimento Social e assinado por todos os secretários estaduais. Ele está pautado em dois eixos, um na Educação, no sentido de incluir o envelhecimento como tema transversal nos cursos de ensino médio nas escolas da rede estadual e a inclusão digital da pessoa idosa, e outro no incentivo à formação de Redes de Atenção à Pessoa Idosa. O Plano apóia a integração dos serviços já oferecidos por meio da Rede SUAS e SUS e utiliza um indicador de qualidade de vida do idoso e a estratégia da OMS das cidades ou bairros amigos das pessoas idosas (OMS, 2008). Esta indica uma ação sobre oito quesitos de importância para as pessoas idosas, definidos em grupos focais com os próprios idosos, e que se referem à garantia de acesso a: prédios públicos e espaços abertos, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde.

A intersetorialidade voltada à qualidade de vida da pessoa idosa de maior vulnerabilidade

Duas importantes ações interstoriais podem refletir diretamente na redução da violência e na melhoria da qualidade de vida do idoso de maior vulnerabilidade: a melhoria da qualidade das instituições asilares e o estabelecimento de redes de cuidadores de idosos. Em relação às chamadas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), antigos asilos, casas de repouso e clínicas geriátricas. Estes equipamentos são considerados híbridos, de responsabilidade do setor social e fiscalizados, entre outras instituições, pelo setor saúde a partir da Resolução SS 123 do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), que definiu e classificou as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo em 2001. Atualmente está em vigor pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a RDC 283/2005 que também estabelece um padrão mínimo de funcionamento, no entanto sem exigências específicas, como por exemplo, de equipe de saúde. É importante observar as dificuldades geradas em função da lógica de mercado que reveste o problema e dos conflitos normativos, considerando ainda os tênues limites do perfil de utilização entre os equipamentos sociais e os Leitos de Longa Permanência credenciados pelo SUS, que precisam ser estabelecidos. Deve ser superado o desafio da ação conjunta com a área social, no sentido da garantia da qualidade dos serviços e no estabelecimento de ações conjuntas para a efetiva inserção no SUS dos idosos abrigados (Portaria GM/MS n. 2.205/2003), sendo que a

legislação estadual preconiza a implantação do selo “amigo do idoso” a ser concedido às entidades que atendem idosos, inclusive as asilares.

A capacitação e formação de cuidadores de idosos é também um desafio a ser enfrentado no SUS. É um processo de grande interface entre a área social e a área da saúde. Cada vez mais, nos deparamos com cuidadores domiciliares e institucionais que necessitam de apoio para cuidar e ser cuidado, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa e constituindo-se em um parceiro para o sistema de saúde. É necessário, além da capacitação, referenciá-los no SUS, apoiando-os em centrais de informação e gerenciamento e propondo alternativas de cuidados aos próprios cuidadores. Foram constituídas propostas no sentido do estabelecimento de um Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria Interministerial 5153/99 e 05/03), mas pouco se avançou até hoje nesse sentido. Em 2007, foram realizadas oficinas pelo Ministério da Saúde, indicando a rede de escolas técnicas do SUS como espaço privilegiado para instituir as bases de uma Política Intersetorial de Formação de Cuidadores em toda a Rede de Escolas Técnicas em Saúde e, em 2008, foi também lançado o guia do cuidador pelo Ministério da Saúde. Em São Paulo, vem-se estruturando processos de formação de cuidadores em conjunto com a SEADS e de formação de formadores, com prioridade aos cuidadores das ILPIs e os vinculados a programas específicos do SUS em conjunto com as Escolas Técnicas e os serviços especializados.

Organização de redes de atenção baseadas na manutenção e recuperação da capacidade funcional voltada à autonomia e independência da pessoa idosa

A organização de redes de atenção à saúde no SUS pressupõe a garantia do acesso qualificado, que dê respostas às necessidades das pessoas. Muitos ainda enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, que podem ser de ordem física, psicológica, de atitude e financeira e que, para as pessoas idosas podem ser experiências frustrantes e extremamente catastróficas. Os serviços devem ter como princípios a informação, educação, comunicação e gestão da atenção, adotando os princípios comuns do desenho universal de acessibilidade, conforme preconizado pela OMS nos princípios para uma atenção básica “amiga da pessoa idosa”.

Na Atenção Básica no SUS deve ser garantida a incorporação de mecanismos que promovam a

melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família. Deve ser, também, incluída a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial, no sentido de identificar riscos de fragilidade e vulnerabilidade. No Estado de São Paulo, a caderneta vem sendo implantada desde 2007 e têm sido propostos mutirões e inquéritos populacionais atrelados à estratégia. No entanto, essas informações ainda não estão inseridas em sistemas de informação do SUS que permitam seu monitoramento adequado.

Na Programação Pactuada Integrada (PPI) preconizou-se a programação por linhas de cuidado da hipertensão e diabetes, e é necessário avançar para os procedimentos de atenção à saúde da pessoa idosa, na construção da integralidade, da redução de danos, na garantia da continuidade do cuidado e na redução das internações de repetições. É importante o estabelecimento de protocolos de atendimento que contribuam com o referenciamento necessário nas chamadas linhas de cuidado. Um indicador que deve ser monitorado é o de internações de pessoas idosas por causas sensíveis à atenção básica, que pode indicar uma mudança na abordagem da pessoa idosa na rede de serviços.

Ressalta-se a importância de constituir redes regionais de atenção à saúde da pessoa idosa, estruturadas junto às regiões de saúde e, ao mesmo tempo, qualificar os serviços existentes. Na gestão de patologias e no gerenciamento de casos é necessário “grudar” nas pessoas idosas de maior risco, no sentido de conhecer, identificar, acompanhar, ficar atento, monitorar, referenciar, conduzir pela rede, construir caminhos, ou seja, cuidar e acima de tudo, se responsabilizar pelas pessoas. A avaliação multidimensional e o estabelecimento de planos de cuidados são fundamentais para o diagnóstico precoce do processo de fragilização da pessoa idosa, com possibilidades da identificação de riscos e do estabelecimento da melhor estratégia assistencial (DUARTE; LEBRÃO, 2005). É fundamental para a pessoa idosa a implantação de sistemas de gerenciamento de cuidados, inclusive telefônico, baseados nos planos de cuidados e dos riscos identificados, integrados à atenção básica, à atenção domiciliar, ao SAMU, à rede hospitalar e às várias modalidades assistenciais disponíveis, que contribuam, com orientações e o direcionamento, à melhor alternativa assistencial, adequados à necessidade e otimizados.

Além disso, a implantação de boas práticas nos serviços de saúde é fundamental para a garantia dos direitos dos idosos. É necessário uma sensibilização para as unidades básicas, unidades especializadas, pronto atendimento, unidades de internação e para os hospitais como um todo no sentido do acolhimento, acessibilidade e humanização. Aos moldes dos já existentes prêmios para as boas práticas em outros tipos de serviços, estratégias de certificação, avaliação de qualidade e de implantação de selo "amigo da pessoa idosa" poderá colaborar para a definição e incentivo das boas práticas assistenciais com relação aos idosos, tanto no setor público quanto no privado.

Com relação à atenção especializada no SUS, deve ser garantida a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa, reestruturação e implementação das redes estaduais de atenção à saúde da pessoa idosa, com incentivos aos serviços universitários e hospitais próprios. Visa com isso a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência. Além disso, tem como meta a implementação, de forma efetiva, de modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, com credenciamento de leitos específicos e incentivos à estruturação de centros de cuidados. É necessário avançar com a constituição da rede por meio do incentivo à implantação de serviços que possam referenciar as demandas das regiões. Inicia-se o processo com a avaliação e classificação das unidades de referência, identificando-as como Unidades de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa as que têm apenas atendimento geriátrico e/ou equipe mínima de referência e como Centros de Referência de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as com atendimento geriátrico gerontológico ampliado com serviços especializados e equipe multiprofissional especializada.

Em São Paulo, os CRIs da Zona Leste e o da Zona Norte, implantados em 2001 e 2005, respectivamente, são importantes referências geriátricas gerontológicas que disponibilizam também consultas de outras especialidades e exames especializados, apesar de não se constituírem como referências hospitalares. Não são, portanto credenciados como Centros de Referência de Atenção Integral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, nas portarias das redes estaduais de 2002, entretanto os centros de referência e as unidades de referência ambulatoriais devem compor a mesma rede regionalizada.

Os CRIs concentram ainda ações específicas de atenção ao idoso relacionadas à saúde bucal, mental, auditiva, ocular e dos pés, com disponibilização de próteses dentárias, medicamentos de alto custo, além de ações de reabilitação. Muitos municípios avançaram na organização de referências secundárias com equipes mínimas compostas por geriatra, enfermeira e assistente social e algumas ações integradas. Outros implantaram serviços mais relacionados à área social, como por exemplo, o atendimento médico em centros de convivência. Um terço dos DRS não conta com referência geriátrica, sendo que a maior parte da oferta existente, não é referência regional. É necessário ficar atento, pois a lógica do privilegiamento da rede secundária como porta de entrada, além de dificultar o gerenciamento da demanda, pode contribuir com um descompromisso da atenção básica com essa população e também com a "medicalização da velhice".

Com a criação das redes estaduais em 2002, foi definido para o Estado de São Paulo um quantitativo de 15 centros de referência, sendo que estão cadastrados dez serviços, quase todos com pendências na implantação das várias modalidades assistenciais obrigatórias (Portaria SAS/MS 967/02). Nesse sentido, não foi possível o estabelecimento de uma política em rede até então, sendo que devem ser avaliados todos os serviços credenciados, no sentido de apoiar sua adequação, bem como incentivar a organização de centros junto aos hospitais de ensino, possibilitando ao menos uma referência especializada por Regional de Saúde.

A implantação da atenção domiciliar no SUS é de extrema importância para a ampliação do acesso, e do aumento da autonomia da pessoa idosa para que ela possa permanecer vivendo em sua residência por maior tempo possível. Em 2006, publicou-se Resolução da ANVISA (RDC 11/2006 e Portaria GM/MS 2529/2006) que dispõe sobre Atenção Domiciliar e Portaria Ministerial que institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, com incentivo financeiro para a implantação e recursos de custeio mensal, aguardando regulamentação.

Ainda com relação aos cuidados domiciliares básicos específicos, estão sendo desenvolvidos alguns projetos na capital, complementares à atenção básica no sentido de apoiar os agentes comunitários ou, na ausência destes, a equipe da UBS, nas situações onde se identifique uma maior necessidade de cuidados e maior vulnerabilidade ou ainda a ausência de cuidadores disponíveis, situação cada vez mais frequente nas

regiões metropolitanas. Atuam como agentes cuidadores, chamados de acompanhantes comunitários de idosos e que executam alguns cuidados domiciliares, mediante planos ajustados às necessidades individuais.

Com relação à reorganização da assistência hospitalar, os pacientes com elevado tempo de permanência, moradores em leitos denominados "crônicos" ou "de retaguarda", gerais e até em leitos de UTI, podem se beneficiar com a reorganização de leitos disponíveis para estruturação de unidades de cuidados humanizados. Essas ações seriam mais direcionadas ao auto cuidado e à manutenção do vínculo familiar, com cuidados paliativos integrados a cuidados de reabilitação integrados à atenção domiciliar e com mudança do foco apenas da incorporação tecnológica para o de uma melhor qualidade de atenção na vida, na doença e na morte.

Além disso, para uma política mais afirmativa na redução da internação, permanência e utilização de leitos hospitalares pela população idosa, uma importante ação é a implantação de centros dia de cuidados, que se constituem em uma forma intermediária de assistência à saúde situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também se complementar a esta. Visa assistir aqueles idosos cujas necessidades terapêuticas, de orientação e de cuidados não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar e que as famílias não apresentem condições adequadas para assistir as demandas assistenciais desses idosos no domicílio; demandando habitualmente internações hospitalares de longa permanência, com perda do vínculo familiar e cronificação da condição do idoso. O indicador de permanência das internações das pessoas idosas poderá refletir o impacto dessas intervenções.

Produção do conhecimento e educação permanente

Ao implantarmos uma política na perspectiva da intersetorialidade, com a urgência e a magnitude das necessidades de Saúde da Pessoa Idosa, devem-se priorizar as questões relativas à gestão do trabalho e da educação para o trabalho. É importante a incorporação da questão do envelhecimento na agenda da educação permanente do SUS. Considerando esse novo paradigma, é necessário preparar pessoas, dentro do Sistema Único de Saúde, para gerir políticas públicas, para assistir a pessoa idosa, bem como preparar pessoas para serem formadores nesses processos, inclusive no de formação de cuidadores. A produção e divulgação de conhecimentos sobre o envelhecimento

é, relativamente, nova no país e deve ser incentivada.

Por fim, entendemos que é necessário, no Estado de São Paulo, explicitar uma política de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, com foco no usuário, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado. É necessário ousar na implantação de serviços inovadores e resolutivos. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção. É fundamental respeitar a história das pessoas idosas, garantir direitos, indicar caminhos e promover a possibilidade de uma ampla rede de cuidados, com paz e dignidade, numa sociedade mais justa e solidária, onde envelhecer seja de fato um triunfo para todos nós. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=15. Acessado em março/2009.
- _____. DATASUS. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em março/2009
- DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. **O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia.** Mundo Saúde, 29(4), out-dez. 2005. p.566-574.
- KALACHE, A. **O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social.** Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, v.13 n.4, jul./ago. 2008.
- LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (org.). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS/MS; 2003. p.75-91.
- OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- _____. **Guia global: cidade amiga do idoso.** Organização Mundial da Saúde 2008. Disponível em [<http://www.who.int/ageing>]. Acessado em março de 2009.
- _____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento,** 2002.
- OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- RAMOS, L.R. *et al.* **Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.** São Paulo: Rev. Saúde Pública. 1993, v. 27, n. 2. p.87-94.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES. GTAE – Grupo Técnico de Ações Estratégicas em Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/content/gtae_saude_pessoa_idosa.mmp. Acessado em março/2009.