

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Maria Helena Colombo Pecin

UMA ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Rio de Janeiro

2019

Maria Helena Colombo Pecin

UMA ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Dissertação apresentada á Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Raphael Mendonça  
Guimarães

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

P365a Pecin, Maria Helena Colombo  
Uma análise sobre as políticas para o  
envelhecimento no Brasil / Maria Helena Colombo  
Pecin. - Rio de Janeiro, 2019.  
45 f.

Orientador: Raphael Mendonça Guimarães

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Saúde do Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Idoso.  
4. Políticas Públicas. I. Guimarães, Raphael  
Mendonça. II. Título.

CDD 613.0438

Maria Helena Colombo Pecin

UMA ANÁLISE SOBRE AS POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Dissertação apresentada á Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada 28/01/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Raphael Mendonça Guimarães – FIOCRUZ / EPSJV

---

Sergio Ricardo de Oliveira – FIOCRUZ / EPSJV

---

Livia Maria Santiago – UFRJ

Aos professores do mestrado.

Eu tinha um sonho... fazer mestrado no Rio de Janeiro na Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ experimentar e vivenciar esse mundo de conhecimentos científicos tão presente em minha vida profissional, através de livros, artigos científicos, curso de especializações, aperfeiçoamento, pelo site e em reuniões nacionais sobre educação profissional com seus representantes. Sou enfermeira em saúde coletiva e envolvida com a educação de ensino superior, nível médio e para os profissionais de saúde. O sonho ou objetivo se concretizou na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, no Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, no curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde.

Minha admiração e respeito por trabalharem em meio a tiroteios, mantendo nestes momentos equilíbrio para acolher, ouvir e adequar as situações da melhor forma possível.

No cotidiano estão os riscos de se viver na cidade maravilhosa, muito linda e violenta.

Em fim... novos ares, novos mares, novos saberes... nunca dantes vivenciado.

Aos meus filhos Lucas Colombo Pecin e Leonam Colombo Pecin por me amarem incondicionalmente e motoristas das viagens para o aeroporto de Ribeirão Preto, muitas idas e vindas. A Larissa Cristiane Silva Pecin minha amiga e nora, sempre presente em meus trabalhos.

## AGRADECIMENTOS

A Espiritualidade maior que é amorosa, presente e onipotente e se manifesta através de **muitas pessoas especiais em minha vida**, permitindo amar e acreditar na humanidade.

Ao Governo Federal, ao Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz através da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e seu corpo administrativo, técnico e docente que oportunizaram minha participação no Mestrado em Educação Profissional.

Ao Governo do Estado de São Paulo, a Coordenadoria de Recursos Humanos e ao CEFORSUS/SP de Araraquara - Prof<sup>a</sup> Maria Helena de Oliveira e Silva De Nardi, representada pela Diretora Isabel Cristina Gorla com seu apoio, conhecimento e experiências nas áreas sociais, pedagógicas, técnica e administrativa.

Aos parceiros de trabalho do CEFORSUS/SP de Araraquara, principalmente pela compreensão Isabel, Eliza, Lucas e Vanessa. Somos poucos, mas somos intensos. Ao Eduardo e a Milena, por deixarem o ambiente limpo e leve. As nossas corujas buraqueiras que ouviam, junto com a Isabel, meus queixumes e lamúrias, mas também minhas alegrias e conquistas.

Ao meu parceiro incondicional Ricardo Chaves Carvalho, sempre atento a todos os movimentos, principalmente nos períodos de “escolinha” no Rio de Janeiro. Nos momentos delicados durante a escrita da dissertação, sempre houve respeito e amor, mesmo à distância.

À minha família e amigos que me entenderam e apoiaram, em minhas ansiedades e minhas ausências em muitos momentos de lazer.

As orações e estímulos recebido do meu irmão/cunhado Luiz Rossi Neto, que inesperadamente faleceu em 2018. “Olá, onde você estiver ... te amo muito.”

A Mestre Cirurgiã Dentista Prof<sup>a</sup> Fernanda Duvra Salomão, minha amiga de todas as horas e tempo, minha guardiã e colaboradora neste trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Raphael Mendonça Guimarães, por toda dedicação, afetividade, respeito e sabedoria. Sem você eu não teria finalizado. Minha gratidão imensa.

Caminhos do Coração

Gonzaguinha

Há muito tempo que eu saí de casa  
Há muito tempo que eu caí na estrada  
Há muito tempo que eu estou na vida  
Foi assim que eu quis, e assim eu sou feliz

Principalmente por poder voltar  
A todos os lugares onde já cheguei  
Pois lá deixei um prato de comida  
Um abraço amigo, um canto prá dormir e  
sonhar

E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente onde quer que a  
gente vá

E é tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho por mais que pense  
estar

É tão bonito quando a gente pisa firme  
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas  
mãos

É tão bonito quando a gente vai à vida  
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o  
coração

E aprendi ...

O coração, o coração.

## RESUMO

A presente pesquisa trata-se de um estudo sobre as políticas para o envelhecimento no Brasil. Tem por objetivo apresentar o estado da arte sobre a construção de uma agenda pública para a saúde do idoso, sendo os objetivos específicos, historicizar e descrever as principais políticas relativas à proteção, direitos e cidadania do idoso constantes nos documentos normativos. O estudo proposto foi o exploratório documental e a técnica utilizada, a da documentação indireta. A pesquisa fundamentou-se em periódicos, acessados os conteúdos das bases de dados: MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, respeitando o período de produção entre os anos de 2005 e 2018. Utilizou-se para a busca nessas bases de dados as seguintes palavras-chave combinadas: Envelhecimento, Idoso, Políticas Públicas. De acordo com o estudo bibliográfico desenvolvido, é possível mostrar que o envelhecimento é um fenômeno de abrangência internacional, nacional e com interfaces em diversos setores da sociedade. Observa-se a morosidade entre a instituição das políticas e suas regulamentações que permanecem em consolidação no Brasil. O aprofundamento do estudo sobre o envelhecimento, visando a construção de uma agenda focada na saúde do idoso, utilizando levantamento históricos e dos aspectos de proteção possibilitam, enquanto escola técnica do SUS, implementar, incentivar, estimular, divulgar dispositivos de participação e controle social, por meio dos atores envolvidos. Observa-se que as políticas são baseadas em estudos epidemiológicos e demográficos, mas a fragmentação do cuidado ainda se aporta na cura da doença e no distanciamento das políticas intersetoriais. Faz-se necessário refletir sobre o cotidiano da intersetorialidade, principalmente entre os serviços de saúde, educação, justiça, assistência social, cultura, esporte, transporte, fato que se mostra na deficiência de comunicação entre as unidades de assistência à saúde, na maioria dos ciclos de vida e situações de saúde. Os acidentes e as violências ao idoso são prevalentes que impulsiona a construção da política nacional de redução de acidentes e violências. A Educação é fundamental na consolidação, implantação e implementação das políticas da pessoa idosa nas práxis, em todos os níveis de escolaridade, envolvendo também cuidadores e familiares de idosos usuários do SUS.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Idoso. Políticas Públicas.

## ABSTRACT

The present research is about a study about policies for aging in Brazil. It aims to present the state of the art on the construction of a public agenda for the health of the elderly, the specific objectives being to historicize and describe the main policies related to the protection, rights and citizenship of the elderly contained in the normative documents. The proposed study was the exploratory documentary and the technique used, that of indirect documentation. The research was based on journals, accessed the contents of the databases: MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, respecting the production period between the years 2005 and 2018. The following words were searched for in these databases Key Concepts: Aging, Elderly, Public Policy. According to the bibliographic study developed, it is possible to show that aging is a phenomenon of international scope, national and with interfaces in diverse sectors of society. It is observed the slowness between the institution of the policies and their regulations that remain in consolidation in Brazil. The deepening of the study on aging, aiming at the construction of an agenda focused on the health of the elderly, using historical surveys and aspects of protection make it possible, as a technical school of the SUS, to implement, encourage, stimulate, disseminate mechanisms of participation and social control, through the actors involved. It is observed that the policies are based on epidemiological and demographic studies, but the fragmentation of care still contributes to the cure of the disease and the distancing of intersectoral policies. It is necessary to reflect on the day-to-day of intersectoriality, especially among health services, education, justice, social assistance, culture, sports, transportation, a fact that is shown in the deficiency of communication among health care units, in most life cycles and health situations. Accidents and violence to the elderly are prevalent that drives the construction of the national policy to reduce accidents and violence. Education is fundamental in the consolidation, implementation and implementation of policies of the elderly in praxis, at all levels of schooling, also involving caregivers and relatives of elderly SUS users.

Keywords: Aging. Elderly. Public Policies.

## **LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS**

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária a Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CBO	Classificação Brasileira das Ocupações
CEFOR	Centro de Formação de Recursos Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEF	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias
PIB	Produto Interno Bruto
PINAG	Plano Integrado de Ação Governamental
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Transição demográfica e transição epidemiológica.....	15
2.1.1 Componentes demográficas.....	15
2.1.2 Transição demográfica .....	15
2.1.3 Transição epidemiológica.....	17
2.2 Envelhecimento .....	18
2.2.1 Conceito.....	18
2.2.2 Envelhecimento absoluto e relativo.....	18
2.2.3 Economia e o envelhecimento .....	19
2.2.4 Envelhecimento saudável .....	21
2.2.5 O envelhecimento e as políticas públicas no Brasil .....	22
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral .....	23
3.1.1 Objetivos específicos.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 RESULTADO .....	25
6 DISCUSSÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	39
REFERÊNCIAS .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Diante da acelerada produção de documentos científicos, agregar mais conhecimento ao tema de envelhecimento no Brasil pode auxiliar na implementação de uma agenda política dinâmica e eficiente que resulte em ações efetivas de proteção aos idosos, asseguradas nos documentos normativos?

Ao fazer um estudo, um levantamento e uma análise das políticas para o envelhecimento no Brasil, a partir de estudos documentais, pesquisa denominada estado da arte, busca-se mapear e sistematizar sua temporalidade e o aprofundamento do conhecimento sobre as possíveis derivações decorrentes das orientações internacionais instituídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS); World Economic Forum (WEF) e Organização das Nações Unidas (ONU), bem como dos artigos científicos e legislações pertinentes ao tema.

É difícil estabelecer uma idade cronológica que represente a velhice (OMS, 2015). Para os países em desenvolvimento, o patamar estabelecido pela ONU, em 1982, na I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em Viena, que posteriormente foi seguido pelo Estatuto do Idoso Brasileiro, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (CAMARANO, 2013).

Além de estabelecer o marco etário para a definição de idoso, a referida Assembleia estabeleceu um plano de ação internacional contendo 62 recomendações para as pessoas envelhecidas, tais como, saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e pesquisas. Em 1991, a Assembleia Geral da ONU sintetizou os sessenta e dois pontos em dezoito direitos básicos, conhecidos como Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, a fim de assegurar a independência, participação, autorrealização, cuidado e dignidade desses indivíduos. (BRASIL, 2010; CAMARANO, 2013; KANSO et al., 2013; OMS, 2015).

O aumento da expectativa de vida populacional é um dos principais desafios da sociedade contemporânea, impulsionado por duas tendências demográficas: o declínio da natalidade e a redução da mortalidade. Historicamente, nos países desenvolvidos, a ampliação da expectativa de vida está relacionada à variabilidade da idade à morte, principalmente com a redução dos óbitos infanto-juvenis, que são um reflexo da menor incidência das doenças infecciosas e parasitárias e causas maternas evitáveis (GONZAGA et al., 2009; MARI et al., 2016; PRINCE et al., 2016).

Além da redução da mortalidade prematura, as taxas da fecundidade<sup>1</sup> vêm apresentando um declínio significativo desde a metade do século XX. A taxa de fecundidade total, que no período de 1950-1955 era de cinco filhos por mulher, reduziu para aproximadamente a metade no período de 2010-2015 (WHO, 2014; OMS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2020, pela primeira vez na história, o número de indivíduos com mais de 60 anos irá superar o de crianças menores de 05 anos. Além disso, uma criança nascida no Brasil em 2015, possui uma maior expectativa de vida, podendo viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Este fenômeno é denominado de transição demográfica e é vivenciado por praticamente todos os países no mundo, com tempos e velocidades distintas (KULIK et al., 2014; WHO, 2014; OMS, 2015).

Nos estudos realizados em países nos estágios iniciais da transição demográfica, é possível observar uma baixa mortalidade prematura e uma maior concentração de óbitos em torno de idades mais elevadas. No entanto, a ampliação da expectativa de vida no nascimento e o mecanismo subjacente ao declínio da mortalidade entre os idosos continua a possuir causas ditas obscuras, o que traz novos desafios à prática da gestão dos serviços e sistemas de saúde (GONZAGA et al, 2009; ROSSI et al, 2013).

Em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na publicação de suas Tábuas Completas de mortalidade, demonstrou que a expectativa de vida ao nascer do brasileiro teve considerável ampliação desde o início da transição demográfica no país, com a expressiva variação de 30 anos de 1940 a 2016, saindo da expectativa de 45,5 para 75,8 anos de vida. O Rio de Janeiro está entre os oito estados que possuem esperanças de vida, ao nascer, superiores à média nacional para homens e mulheres. A expectativa de vida ao nascer do Estado do Rio de Janeiro é, respectivamente, 72,7 e 79,5 anos para os sexos, masculino e feminino, pouco acima da média nacional que é de 72,2 e 79,4 anos (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar que a principal razão da diferença de mortalidade por gênero, é o diferencial no nível de mortalidade de jovens e adultos jovens, do sexo masculino, por causas externas. Além disso, mulheres possuem uma maior prevalência de doenças não fatais durante o envelhecimento (KANSO et al., 2013). Dessa forma, percebe-se que mortalidade é diferenciada de acordo com o sexo e localidade, sendo a mortalidade no sexo masculino sistematicamente superior à feminina, independente do estado de nascimento (BRASIL, 2017).

---

**Nota**<sup>1</sup> Fecundidade representa o número médio de filhos por mulher em idade fértil, enquanto a natalidade representa a quantidade de nascidos vivos.

Há ainda, uma polarização no padrão de morbimortalidade no país, caracterizado pelas inequidades regionais, sociais, econômicas e de gênero, que impacta diretamente na esperança de vida (VASCONCELOS e GOMES, 2012). Por exemplo, ao considerar as tábuas extremas de expectativa de vida entre homens e mulheres no Brasil, uma recém-nascida no estado de Santa Catarina esperaria viver em média 15,6 anos a mais que um recém-nascido do sexo masculino de Alagoas (BRASIL, 2017).

Para melhor compreensão deste fenômeno é imprescindível considerar as teorias demográficas, seus componentes, composição etária, distribuição geográfica e demais características comportamentais da população. Assim, o comportamento demográfico experimentado no passado, através de eventos vitais, como o nascimento, a mortalidade e a migração, podem ser capazes de demonstrar as tendências populacionais no futuro (LIVI-BACCI, 2015).

A demografia clássica se formou em torno do conceito de transição demográfica e determinou, principalmente, a natureza empírica dos seus estudos. Kreager (2015) discutiu os conceitos teóricos do desenvolvimento populacional, em um espaço científico mais amplo e ativamente integrado à biologia, o que possibilitou o surgimento de uma nova teoria demográfica própria, que pudesse nortear os diversos estudos populacionais futuros.

Considerando que a longevidade é o aumento da idade média na morte, e reflete diretamente na redução da mortalidade em idades avançadas, mensurada principalmente, por duas formas: longevidade central, onde o tempo médio de vida é calculado através da relação tempo médio de vida desde nascimento; e, a longevidade máxima, que mede o maior comprimento dos ciclos de vida em uma determinada coorte de nascimentos (GONZAGA et al., 2008; ROUSSON e PACCAUD, 2010).

A complexidade presente nas mudanças demográficas impulsiona a interação com outras áreas de pesquisa. Segundo Michael Teitelbaum (2015), é preciso reduzir o fosso entre os demógrafos e as pessoas à frente das políticas demográficas. A demografia e a ciência política trazem uma valiosa contribuição para a tomada de decisões em relação ao desenvolvimento demográfico, porém, constantemente são deixadas fora da política real (KREAGER, 2015; TEITELBAUM, 2015). Tais mudanças são imprescindíveis para o planejamento e monitoramento das políticas públicas relacionadas ao envelhecimento saudável em todas as esferas de governo, além de oportunizar o apoio à tomada de decisões.

Ao considerar a elevada velocidade na transição demográfica em algumas regiões do Brasil e, que pouco se tem avançado na elaboração de indicadores que tratem especificamente da mensuração do processo de compressão da mortalidade, faz-se necessário, analisar a

variabilidade da distribuição dos óbitos ao redor do tempo médio de vida, relacionada à ampliação da expectativa de vida diferenciada de cada região, estado e município, respeitando as singularidades estruturais das localidades (GONZAGA et al., 2008; VASCONCELOS e GOMES, 2012).

No início do século XX, predominava no Brasil a prática de internações em asilos, ou seja, de segregação de pessoas idosas, tempo em que estas instituições proliferaram. As primeiras mudanças radicais da visão do envelhecer, impactando na legislação, ocorreram na Constituição Federal de 1988. A mesma reverteu à política assistencialista presente na década de 1980, com a Lei 8842, Política Nacional do Idoso em 1994, que constitui os direitos sociais a pessoa envelhecida. Embora não tenha conseguido ser aplicada em sua totalidade, priorizou o convívio em família, com um movimento contrário à institucionalização e definiu como pessoa idosa, indivíduos com idade igual ou maior de 60 anos.

Através da portaria 1395/1999, o MS criou a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual estão definidas as diretrizes e responsabilidades do plano nacional de saúde do idoso, além de orientar um processo contínuo de avaliação, considerando ajustes necessários determinados pela prática. Importante ressaltar que esta política de saúde foi realizada em articulação com o Ministério da Educação e Instituições de Ensino Superior, viabilizando a instalação de centros colaboradores de geriatria e gerontologia bem como capacitação de profissionais em saúde do idoso. (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Ao mesmo tempo, os movimentos de pensionistas e aposentados e o fórum nacional do idoso mobilizaram-se desde 1997, para aprovação do Estatuto do idoso, na Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003, que amplia a resposta do estado e da sociedade às necessidades da população idosa. A Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006 institui a Política Nacional da Pessoa Idosa, tendo como finalidade primordial a recuperação, promoção e manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa, em decorrência do pacto pela saúde, que institui como uma das prioridades a saúde do idoso. Ainda em 2006, é publicado o “Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, como subsídio para apoiar a prática dos profissionais na atenção básica (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Atualmente, há uma fragmentação da atenção com multiplicação de consultas de especialistas e não compartilhamento das informações e consequente, uso excessivo de medicamentos. Com isso, há uma sobrecarga do sistema, promovendo importante impacto financeiro. Estudos evidenciam que a atenção deve ser de maneira integrada e intersetorial, onde o foco deve ser monitorar a saúde e não a doença. (VERAS e OLIVEIRA, 2018)

Veras e Oliveira (2018) propõem um modelo de atenção ao idoso estruturado em cinco níveis de cuidado. Nos níveis de 1 a 3 se encontram as instâncias leves, de custos bem menores, e nas instancias 4 e 5 situam-se o hospital e as instituições de longa permanência. O objetivo é concentrar o cuidado nas instâncias de 1 a 3 e procurar trazer as pessoas que estão nos níveis 4 e 5 de volta para instâncias leves, na medida do possível. É importante a capacitação dos profissionais com qualidade, a utilização de um prontuário único, acompanhado pelo médico generalista em conjunto com os profissionais de saúde de outras formações específicas, sendo o médico que fará a gestão do cuidado. (VERAS e OLIVEIRA, 2018)

No Brasil, as diretrizes para Saúde do Idoso contemplam o referido modelo de atenção integrada em níveis de cuidado: Atenção Básica como acolhimento, acompanhamento e promoção da saúde, visando o envelhecimento saudável, assim como prover encaminhamento intersetoriais atendendo às necessidades da pessoa idosa. O objetivo do modelo é prevenir fragilidades e estimular, manter a autonomia e independência. Em outros serviços de saúde, tais como hospitais e unidade de pronto atendimento, o idoso é prioritário visando o cuidado multiprofissional para estabilização, tratamento de doenças crônicas, desequilíbrio orgânico e outras necessidades urgentes e, após o atendimento, os serviços de Atenção Básica manteriam a atenção necessária. O envolvimento da gestão, dos profissionais, da família, dos diferentes setores sociais na atenção ao idoso apresenta-se distante do esperado. As políticas públicas instituem várias modalidades de atendimento ao idoso, entre elas: Centro de Convivência; Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia; Casa Lar; Oficina Abrigada de Trabalho; atendimento domiciliar (BRASIL, 2010).

A complexidade do tema, portanto, evidencia o desafio de organizar uma prática do cuidado fundamentada em necessidades específicas, razão pela qual a saúde do idoso, ao longo dos anos, vem sendo tema de elaboração de documentos técnicos que auxiliam nesta direção, instrumentalizando todas as esferas de gestão, justificando a importância do resgate desta construção normativa.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.**

#### **2.1.1 Componentes demográficas**

O estudo das populações no tempo e no espaço é denominado de Demografia, tendo como eventos vitais a fecundidade, a mortalidade e a migração para a compreensão da dinâmica, composição etária, distribuição geográfica e demais características comportamentais (BRASIL, 2013). A análise demográfica pode ser realizada pelo Censo Demográfico e pela Contagem da População, que são as principais fontes de dados no acompanhamento das populações (BRASIL, 2013; BERNAL et al., 2016).

Uma das principais maneiras de representar uma determinada população se dá através das pirâmides etárias, que se tratam da distribuição gráfica do valor absoluto ou relativo da população em grupos etários, estratificado pelo gênero. No eixo vertical, onde há distribuição das faixas etárias, as idades mais jovens ficam na base, e em seu eixo horizontal o quantitativo de pessoas no dado grupo. Assim, o perfil populacional é representado de acordo com a distribuição de pessoas nas faixas etárias, por exemplo, se na base da pirâmide tivermos uma maior concentração de pessoas, podemos dizer que esta é uma população predominantemente jovem. À medida que esse padrão é mudado, com ampliação relativa em idades mais elevadas, temos o envelhecimento populacional (CERQUEIRA e GIVISIEZ, 2015; REIS et al., 2016).

#### **2.1.2 Transição demográfica**

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural irreversível e de tendência mundial, havendo, entretanto, particularidades quanto à velocidade e forma de ocorrer, relacionadas ao grau de desenvolvimento socioeconômico do país (OMS, 2015). A melhoria, de uma série de fatores culturais, tecnológicos, econômicos e estruturais amplia a expectativa de vida em uma nação, podendo também, impulsionar uma menor taxa de natalidade por família e, assim, a composição etária da população (OMS, 2015; REIS et al., 2016).

À medida que uma sociedade se torna mais rica, urbanizada e globalmente integrada, há uma tendência de redução da taxa total de fecundidade, ou seja, redução do número de filhos por mulher (SOUZA, 2014). A alteração do perfil populacional é denominada transição

demográfica e se dá por meio da relação entre componentes demográficos, principalmente, a fecundidade, migração e mortalidade (OMS, 2015; REIS et al., 2016; BRASIL, 2017)

Para realização de estudos mais específicos e precisos, podem ser utilizados outros métodos mais complexos, como por exemplo, taxas específicas de idade, tabelas de sobrevivência e contagem de população, tendo como principais referências os demógrafos Schofield e Coleman, Lee, Preston, entre outros (BILLARI, 2015).

A transição demográfica é uma das principais teorias da Demografia e foi dividida em quatro estágios. Inicia-se com a redução das taxas de mortalidade e a manutenção dos elevados níveis de natalidade. Durante a segunda fase, ocorre uma queda da taxa de natalidade e há persistência na queda dos níveis de mortalidade. Na terceira etapa, inicia-se o processo de envelhecimento e o crescimento da população diminui, ocasionando alterações na estrutura etária da população. Finalmente, com a manutenção dos baixos níveis de natalidade e mortalidade, observa-se nesta última fase, um envelhecimento significativo da estrutura etária, em consequência da estagnação das taxas de crescimento (VASCONCELOS e GOMES, 2012; MIRANDA et al., 2016).

Tal fenômeno foi observado primariamente em países desenvolvidos, sendo um processo mais gradativo e homogêneo. Já em países em desenvolvimento, como o Brasil, é caracterizado por uma velocidade acentuada, com taxa de crescimento anual cerca de três vezes superior, e por grandes disparidades de renda e acesso aos serviços assistenciais, o que se justifica pelas características dessas populações, marcadas pela desigualdade social (CAMARANO, 2013; KULIK et al., 2014; SOUZA, 2014; CHATTERJI et al., 2015; OMS, 2015). É reconhecida a correlação positiva entre renda e expectativa de vida, ou seja, pessoas com maiores rendimentos apresentam melhor índice de sobrevivência, o que corrobora a necessidade de investimento em políticas de distribuição de recursos e de saúde, tendo em vista que o acesso aos serviços de saúde amplia a curva de sobrevivência (PRESTON, 2007; ROSSI et al., 2013).

Em nações desenvolvidas, é possível uma melhor observação do quarto estágio da transição demográfica, evidenciado pela compressão da morbidade, redução da incapacidade e da carga de doenças em pessoas acima dos 60 anos, ao longo dos anos, e pela compressão da mortalidade, com a distribuição de óbitos ocorrendo em idades mais avançadas (ROSSI et al. 2013; CHATTERJI et al., 2015). No entanto, em países em desenvolvimento não há evidências confiáveis da compressão, ao contrário, acredita-se que a morbidade ainda esteja em expansão, impulsionada pela baixa qualidade de vida e pelo aumento da prevalência de doenças crônicas (CHATTERJI et al., 2015; PRINCE et al., 2016).

### 2.1.3 Transição epidemiológica

A transição epidemiológica está relacionada aos padrões de incidência de morbimortalidade na população, com redução de óbitos por doenças infecciosas e ampliação das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; OMS, 2015). Desde 1960, o processo de transição demográfica e epidemiológica é observado no Brasil, entretanto, foram nas duas últimas décadas que se acentuaram as mudanças (BRASIL, 2010; Brasil, 2011; GUIMARÃES et al., 2015).

A transição epidemiológica foi inicialmente dividida em três estágios, tendo como principal fundamentação a teoria de Omram (1971), que propõe uma mudança nos padrões das doenças no decorrer da história da humanidade. A primeira fase foi denominada de Era da fome e das pestilências, iniciada nos primórdios da humanidade, durando até o final do período Medieval. Com a Renascença e as mudanças da civilização inicia-se a Era do declínio das pandemias, estágio que perdura até o começo da Revolução Industrial. A partir deste momento histórico, ocorre intensa migração e êxodo rural, havendo nova reorganização da sociedade, com polarização de suas estruturas para as proximidades das indústrias, surgindo, assim, a Era das doenças degenerativas e das causadas pelo homem, o que se estende até os tempos modernos (GOTTLIEB et al., 2011; GUIMARÃES et al., 2015).

Com a ampliação da expectativa de vida, caracterizada principalmente pela redução da mortalidade nas idades mais avançadas, tem sido introduzido um novo conceito de estágio epidemiológico, a Era do retardamento das doenças crônicas. Considerando que essa quarta etapa seja uma tendência mundial, sua rápida evolução torna-se um dos maiores desafios contemporâneos dos sistemas de saúde, visando reduzir as mortalidades prematura e promover uma maior compressão da mortalidade a idades próximas ao limite biológico da vida (GOTTLIEB et al., 2011; SILVA, 2012; GUIMARÃES et al., 2015; MIRANDA et al., 2016).

## 2.2 ENVELHECIMENTO

### 2.2.1 Conceito

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico, vivenciado pela maioria dos países do mundo. Envelhecer é um processo de mudanças orgânicas complexas e multifatoriais, elaboradas ao longo da vida, porém, as características deste processo se tornam mais evidentes quando as pessoas estão próximas aos 60 anos, devido ao grande acúmulo de danos moleculares e celulares e da perda gradual de suas reservas fisiológicas (OMS, 2015; MARI et al., 2016). Com o tempo, esses danos ampliam o risco de desenvolver diversas doenças e há um declínio geral nas capacidades básicas e fundamentais ao indivíduo, que por fim resultarão em morte. Entretanto, as mudanças não são lineares e, tão pouco, ocorrem na mesma idade e da mesma forma em todas as pessoas (KANSO et al., 2013; OMS, 2015; BERNAL et al., 2016).

### 2.2.2 Envelhecimento absoluto e relativo

Envelhecimento absoluto é o total de habitantes com idade igual ou superior a 60 anos de um determinado lugar. Tal número é obtido por meio de levantamentos gerais da população e pela contagem de todos os habitantes de uma cidade, país ou região. No Brasil, os Censos Demográficos são realizados pelo IBGE, sendo que o primeiro, em 1872, contabilizou um total de 9,9 milhões de pessoas. Em 1950 já éramos 51,9 milhões habitantes e em 2010 foi observado um expressivo crescimento, alcançando a marca de 190,7 milhões de brasileiros. Embora, em valores absolutos seja identificado um significativo aumento, observa-se uma considerável inércia demográfica, por meio da diminuição nas taxas geométricas anuais de crescimento da populacional, em que cerca de 7% possuem mais de 65 anos (BRASIL, 2013; CARMO et al., 2014). Segundo as projeções do IBGE, acredita-se que, em 2015, aproximadamente 14% da população já tinha mais de 65 anos (IBGE, 2016).

Para a OMS, em 2050, a população brasileira será a quinta maior população do planeta, com cerca de 253 milhões de habitantes, sendo 19% maiores de 60 anos (NASRI, 2008; OMS, 2015; PRINCE et al., 2016).

Impulsionado pela transição demográfica, o Brasil vem passando por uma mudança em suas estruturas etárias, caracterizada pela ampliação relativa de idosos em relação à proporção de crianças e jovens. O envelhecimento populacional é caracterizada pelo aumento relativo de

indivíduos acima de uma determinada idade, definidora da velhice e sua representação é calculada pela razão entre a população absoluta de idosos e a população geral em um determinado território (CARVALHO e GARCIA, 2003; BRASIL, 2013). Assim, ao considerar o constante crescimento de taxas do envelhecimento relativo, observa-se a necessidade de impreteríveis reformulações das políticas públicas, principalmente nas áreas de saúde e de previdência social (CARMO et al., 2014).

### **2.2.3 Economia e o envelhecimento**

Com a ampliação da expectativa de vida da população, atingindo idades cada vez mais avançadas, temos uma ampliação dos gastos previdenciários, ou seja, uma ampliação do tempo de recebimento dos benefícios sociais e do quantitativo de beneficiários, o que despande grandes recursos aos sistemas de seguridade e previdência social (SOUZA, 2014; OMS, 2015). O envelhecimento da população muda a forma de entrada, permanência e saída do mercado de trabalho, motivando o gerenciamento de pessoas a elaborar estratégias e políticas que assegurem e mantenham a força de trabalho por mais tempo, assim como superar desafios da redução da população jovem e economicamente ativa (CHATTERJI et al., 2015; BEARD et al., 2016).

A tendência mundial de mudança no perfil demográfico deve ser considerada uma prioridade global, pois, certamente, aumentará as demandas socioeconômicas dos países, visto que há redução da população com capacidade produtiva, devido à inversão da pirâmide etária, além da ampliação dos gastos no setor saúde, sobretudo com internações por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OMS, 2015; PRINCE et al., 2016). Diante desta realidade, a maioria dos países buscam alternativas que assegurem a autonomia social e econômica de seus cidadãos envelhecidos (OMS, 2015; MIRANDA et al., 2016; PRINCE et al., 2016).

O aumento da prevalência de DCNT representa um crescente ônus à cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), por relacionar-se às comorbidades, incapacidades e maior utilização de serviços de saúde. O Fórum Econômico Mundial estima que, entre 2011 e 2030, a carga global das perdas econômicas por causas diretas das DCNT equivalerá a 47 trilhões de dólares, valor equivalente a cerca de 5% do produto bruto global, neste mesmo período de análise (MARENGONI et al., 2011).

O envelhecimento amplia os riscos do desenvolvimento de doenças crônicas e, em indivíduos com níveis socioeconômicos mais baixos, de comorbidade, que é a presença

concomitante de duas ou mais patologias de etiologia crônica (BEARD et al., 2016; PRINCE et al., 2016). A comorbidade afeta diretamente a qualidade de vida e eleva os riscos de mortalidade, aumenta a utilização de cuidados à saúde e, conseqüentemente, os custos do tratamento. Estimasse que cerca de 50% da população maior que 60 anos apresentem esse risco, principalmente nos indivíduos de baixo nível socioeconômico (BEARD et al., 2016). Além disso, em países em desenvolvimento como o Brasil, os agravos crônicos não transmissíveis estão entre as principais causas de internações hospitalares e representam a principal causa de mortalidade no envelhecimento, responsáveis por, aproximadamente, 63% das causas de óbito. (MALTA et al., 2013; WHO, 2014). A OMS estima que cerca de 36 milhões de mortes anuais se deem em razão das doenças crônicas (MALTA et al., 2013). Acredita-se que este grupo de causas é composto por agravos multifatoriais, que se desenvolvem no decorrer da vida, com evolução longa e progressiva, representando uma importante ameaça para a saúde em todas as nações (WHO, 2014).

As responsabilidades em melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas em todo o mundo vão além da acessibilidade aos serviços de saúde e do gerenciamento do cuidado. Para assegurar um envelhecimento saudável, se faz necessário melhores estratégias para prevenção das doenças crônicas que levem em conta o ambiente físico e social no qual esses indivíduos estão inseridos, com o objetivo de manter a capacidade funcional e produtiva de seus cidadãos envelhecidos, principalmente aos que estão em maior risco, seja por suas comorbidades ou pelas baixas condições socioeconômicas (OMS, 2015; BEARD et al., 2016).

Segundo o Departamento de Estatísticas de Saúde e Sistemas de Informação da OMS, em seu relatório de 2014, é preciso mudar o entendimento coletivo sobre o envelhecimento, olhar para além dos custos normalmente associados ao envelhecer, para pensar sobre os benefícios que uma população idosa mais saudável, feliz e produtiva proporciona à sociedade em geral (WHO, 2014; CHATTERJI et al., 2015; OMS, 2015). Outra consideração importante se dá no âmbito da reorganização da capacidade produtiva dos países, com a força de trabalho formada por pessoas mais velhas e predominantemente do sexo feminino. As mulheres tendem a viver mais que os homens e à medida que a fertilidade diminui, sua participação no mercado de trabalho tende a aumentar (KULIK et al., 2014; BEARD et al., 2016; PRINCE et al., 2016). As recentes estimativas sugerem que aumentando a paridade entre os gêneros o Produto Interno Bruto (PIB) global poderia aumentar, até 2025, em 5,3 trilhões (WEF, 2017).

Assim, temos a necessidade de mudar as políticas e legislações dos países, para incorporar as populações de forma justa e equânime (KULIK et al., 2014). Espera-se superar

os desafios da transição demográfica e, fundamentalmente, compreender o envelhecimento populacional como processo intersetorial e, deste modo, investir em políticas públicas estruturais, integradas aos serviços de saúde, que visem minimamente assegurar a possibilidade de um envelhecer livre de doenças e mais salutar (CAMARANO, 2013; BERNAL et al., 2016; MIRANDA; et al., 2016). Deve ser uma prioridade global a incorporação de políticas que assegurem a prevenção de doenças e detecção precoce de agravos, para propiciar uma melhor qualidade de vida, garantindo um menor custo com tratamentos a idosos e, por esse meio, estabelecer aos cofres públicos uma maior economia de seus recursos econômicos (WHO, 2014; PRINCE et al., 2016).

#### **2.2.4 Envelhecimento saudável**

O envelhecimento repercute de diferentes formas na sociedade, principalmente no contexto da saúde. A ampliação da longevidade, que vem ocorrendo na maioria dos países, acarreta mudanças das características demográficas da população (MARI et al., 2016). A possibilidade de uma vida mais longa é um dos maiores triunfos da humanidade e celebra o desenvolvimento sociodemográfico de uma nação (ARREAZA e MORAES, 2010; MIRANDA et al., 2016). Envelhecer não é sinônimo de adoecer, ao contrário, geralmente está associado a um bom nível de saúde, tal que, alguns idosos com mais de 80 anos apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis aos de adultos jovens de 20 anos (OMS, 2015; MIRANDA et al.; SILVA, 2016).

Em países de alta renda, há evidências que os jovens e idosos estão repensando como gastar esses anos extras de formas inovadoras, tais como uma nova carreira, educação continuada, ou perseguir uma paixão negligenciada (ARREAZA; MORAES, 2010). Por isso, o aumento da longevidade não deve ser tratado como um problema, pois as oportunidades que surgem a partir desses anos extras de vida são diretamente proporcionais a uma saúde integral de qualidade, pautada na longitudinalidade (ARREAZA e MORAES, 2010; OMS, 2015; MIRANDA et al., 2016).

Portanto, cumpre ao Estado identificar os condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com a finalidade de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das novas políticas públicas de envelhecimento, que atreladas às evoluções tecnológicas, poderão proporcionar a população uma maior acessibilidade aos serviços de saúde, e assim promover uma melhor qualidade de vida (ARREAZA e MORAES, 2010; BRASIL, 2011; OMS, 2015; BERNAL et al., 2016; MARI et al., 2016; MIRANDA; et al., 2016).

### 2.2.5 O envelhecimento e as políticas públicas no Brasil

No Brasil, a mudança no perfil de morbimortalidade<sup>2</sup> foi iniciada há pouco mais de meio século, podendo ser considerada como o ponto de partida para a redução progressiva na variabilidade da idade à morte, semelhante à verificada nos países desenvolvidos (GONZAGA et al., 2009). A partir da década de 60, o perfil demográfico brasileiro teve sua principal transformação, passando de uma sociedade predominantemente rural, com as famílias tradicionalmente numerosas, para uma nova estrutura majoritariamente urbana e com menor número de filhos por mulher (BRASIL, 2011; MIRANDA et al., 2016).

Entretanto, o envelhecimento no Brasil vem polarizado e acompanhado das diferenças regionais, culturais, socioeconômicas, bem como, com a sobreposição de causa de mortalidade ocasionada pela redução da incidência de doenças parasitárias e infecciosas e pela elevação das complicações relacionadas às DCNT (ALVES et al., 2016).

Essa tendência está presente, diferenciadamente, na maioria das regiões do país, assim como, nas microrregiões de grandes municípios, como o Rio de Janeiro. Em 2010, o IBGE identificou que os bairros com melhores indicadores socioeconômicos do município do Rio de Janeiro apresentavam um maior envelhecimento populacional e uma menor incidência de mortes por doenças infecciosas e parasitárias (BERNAL et al., 2016; PRINCE et al., 2016). É reconhecido que as mudanças estruturais na assistência à saúde e o progresso no combate às doenças não-transmissíveis contribuem para a redução na dispersão da distribuição dos óbitos nas idades mais elevadas (BRASIL, 2011; PRINCE et al., 2016).

---

Nota 2: Morbimortalidade é um conceito da medicina que se refere ao índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Apresentar o estado da arte sobre a construção de uma agenda política para a saúde do idoso.

##### **3.1.1 Objetivos específicos**

1. Historicizar as principais políticas relativas à proteção do idoso.
2. Descrever os aspectos relativos à proteção aos idosos nos documentos normativos.

#### **4 METODOLOGIA**

O estudo proposto foi o exploratório documental e a técnica utilizada, a da documentação indireta, que consiste no levantamento de todos os dados possíveis sobre o assunto a ser pesquisado, independentemente das técnicas utilizadas. É o estágio da pesquisa que objetiva recolher informações preliminares sobre o campo pelo qual se manifesta interesse. Este levantamento de dados é feito de dois modos: pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. A pesquisa fundamentou-se em periódicos, acessados os conteúdos das bases de dados: MEDLINE, LILACS, BIREME, SCIELO, respeitando o período de produção entre os anos de 2005 e 2018. Utilizou-se para a busca nessas bases de dados as seguintes palavras-chave combinadas: Envelhecimento, Idoso, Políticas Públicas. As buscas foram feitas de julho a dezembro de 2018, respeitando-se os critérios de seleção, acima definidos, o que resultou em 49 artigos e 12 publicações diversas, como a legislação sobre o tema no Brasil, na ONU e OMS entre os anos de 1982 e 2016, e cadernos do ministério da saúde. Em seguida, foi empreendida a análise dos dados, construindo uma reflexão crítica a partir da leitura dos textos (MINAYO, 1994).

## 5 RESULTADO

Embora o Brasil acompanhe a tendência demográfica mundial, o estabelecimento de políticas públicas não segue a mesma velocidade, o que implica na não garantia de assistência integral e de qualidade de vida da população idosa pelo SUS (MARI et al., 2016).

No Brasil, a assistência universal à saúde foi estabelecida com a Constituição Federal de 1988, e regulamentada em 1990 com a Lei 8080, que assegura a atenção à saúde a toda pessoa no território nacional por meio do SUS (BRASIL, 2010; FERNANDES e SOARES, 2012). Este sistema apresenta como princípios norteadores a integralidade, a equidade e a universalidade, compreendendo a saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2010; BRASIL 2011). No que tange ao estabelecimento de programas de assistência e a políticas públicas destinadas, particularmente aos idosos, trata-se de um movimento mais recente e ainda em consolidação no país.

O primeiro grande marco legislativo da população envelhecida brasileira foi a Lei 8.842 sancionada em 1994, denominada de Política Nacional do Idoso. Esta política assevera os direitos sociais dos indivíduos que atinjam 60 anos de idade e busca elaborar meios para garantir sua autonomia, integração e controle social, além disso, ratifica o direito à saúde nos diversos níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2010; FERNANDES e SOARES, 2012). Porém, mantinha a atenção prestada aos idosos de forma fragmentada, em um conjunto de leis setoriais dispostas em estruturas organizacionais da gestão política.

Somente em 2003, após sete anos de tramitação no planalto e grande tensionamento do controle social, por meio de mobilização da sociedade civil organizada, foi aprovado o Estatuto do Idoso (Lei 10741, 2003), conferindo um reconhecimento, por parte do Estado, da vulnerabilidade desta população e afirma a necessidade de políticas públicas específicas a ela destinadas, além de ampliar e integrar a legislação para o exercício da seguridade dos direitos desta faixa etária (BRASIL, 2010; FERNANDES e SOARES, 2012).

No quadro 01, é possível observar os principais marcos históricos do desenvolvimento das políticas para a pessoa idosa.

**Quadro 1 - Marcos da atenção ao idoso e suas políticas públicas (BRASIL, 2015)**

Marcos da atenção ao idoso	Legislações e Políticas	Resumo
Plano de ação internacional de Viena sobre o envelhecimento.	Assembleia geral em Viena 1982	Com 62 pontos dentre eles, saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa.
Constituição de 1988	Constituição de 1988	O direito universal, gratuito e integral à saúde foi conquistado pela sociedade. Foi denominada de Constituição “Cidadã”.
Leis orgânicas da saúde (8080/90 e 8142/90)	Leis 8080/90 e 8142/90	As políticas públicas de saúde têm o objetivo de assegurar atenção a toda população
Política Nacional do Idoso, lei 8.842/94,	Lei 8.842/94,	A política constitui os direitos sociais à pessoa envelhecida, visando meios de assegurar sua cidadania.
Regulamentação da Política Nacional do Idoso,	Decreto 1.948/96	Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.
Política Nacional de Saúde do Idoso	Portaria Ministerial nº 1.395/99	Ministério da saúde promova a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades do plano nacional de saúde do idoso.
Redes estaduais de assistência à saúde do idoso	Portaria GM/MS nº 702/2002	São estabelecidos os critérios para cadastramento dos centros de referência em atenção à saúde do idoso.
Plano de Madri	Assembleia mundial para o envelhecimento- Madri, 2002	Tem como fundamentos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice; promoção do envelhecimento saudável; (c) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; além de (d) fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.
Estatuto do idoso	Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Lei nº 13.535, de 15 de dezembro de 2017	Amplia a resposta do estado e da sociedade às necessidades da população idosa  Estabelece prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos.  Garante aos idosos a oferta de cursos e programas de extensão pelas instituições de educação superior.
Envelhecimento ativo: uma política de saúde	2002 World Health Organization (1ª ed. traduzida para português, 2005)	Plano operacional da OMS para o cumprimento do plano de Madri.

**Quadro 1 - Marcos da atenção ao idoso e suas políticas públicas (BRASIL, 2015)**  
(continuação)

<b>Marcos da atenção ao idoso</b>	<b>Legislações e Políticas</b>	<b>Resumo</b>
Pacto pela saúde 2006	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Pacto pela vida institui como umas de suas prioridades a saúde do idoso.
Caderno de atenção básica: “envelhecimento e saúde da pessoa idosa”	Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)	Elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na atenção básica
Política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI)	Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006	Tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa.
Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento	Série pactos pela saúde 2006, v. 12 lançado em 2010	Fundamentação teórica do pacto pela vida.
A Assembleia - geral da Organização das Nações Unidas (ONU)	Resolução nº 265 de 13 de maio de 2010	Inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio
Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022	Regulamentada pela portaria nº 2.993, de 26 de dezembro de 2012	Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.
Relatório mundial de envelhecimento e saúde	Organização mundial da saúde 2015	O relatório aborda as mudanças associadas ao envelhecimento no contexto de todo o curso da vida.

O Brasil constituiu, ao longo dos anos, legislações que amparam e garantem a cobertura da população idosa, tal como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que especificou a seguridade e a equidade de direitos a esta população. Ampliar a expectativa de vida populacional, oportunizar e garantir os direitos individuais e coletivos, assim como, o envelhecer com saúde são deveres constitucionais a serem assegurados e regulamentados pelo Estado. No entanto, no Brasil, mesmo com aporte jurídico e regulamentação legislativa, idosos são negligenciados no exercício de seus direitos e, ainda possuímos uma grande carência de políticas públicas que visem suas necessidades sociais e assistenciais (BRASIL, 2010; MENDONÇA, 2015; MARI et al., 2016; MIRANDA; et al., 2016).

As políticas devem ser controladas e defendidas democraticamente pelo controle social, o que, infelizmente, ainda não ocorre, visto que os idosos ainda são estigmatizados com estereótipos ultrapassados e preconceituosos por parte da população. Um importante desafio social é desmistificar as percepções e suposições comuns relacionadas ao envelhecimento (MENDONÇA, 2015; OMS, 2015).

Muitas vezes, o envelhecimento expõe às desigualdades de renda e principalmente do acesso aos serviços de saúde. No Brasil, a maior parte dos prestadores de cuidados integrais específicos a esta faixa etária, como centros de residência e ou recreação, pertence ao serviço privado, que os torna restrito aos cidadãos com alto nível socioeconômico (MIRANDA et al., 2016). A ausência do acesso ao sistema de saúde compromete o envelhecimento saudável da população (MIRANDA et al., 2016; PRINCE et al., 2016).

Os sistemas de saúde precisam assegurar a atenção integral da população envelhecida, de maneira equânime, levando em consideração as particularidades multidimensionais deste público, especialmente as físicas, mental, social e cultural. Deve-se visar a desfragmentação do cuidado e a reorientação de sua abordagem, que é ainda centrada na cura da doença.

Quando se fala de saúde no envelhecimento, é necessário que se garanta o acesso aos cuidados sob o princípio da integralidade e a ótica da qualidade de vida, manutenção da funcionalidade e continuidade da inserção social, sendo o envelhecer saudável e um dos principais direitos da pessoa idosa (OMS, 2015).

Deve-se desfragmentar o cuidado e reorientar sua abordagem, e garantir o gerenciamento do cuidado integral sob a ótica da qualidade de vida, envelhecimento saudável e principalmente dos direitos das pessoas idosas, para desta forma, ampliar a expectativa de vida da população, ou seja, alcançar a retangularização da curva de sobrevivência no Brasil.

## 6 DISCUSSÃO

No Brasil, assim como na maioria dos países, o envelhecimento da população é um fato e as formas de focar as necessidades emergentes são prementes, embora a busca pelo Estado em enfrentar este desafio apresenta-se distante de ações efetivas e do ideal. Os preconceitos culturais, as divergências socioeconômicas, educacionais e a efetivação de políticas assistenciais geram fragilidades para a construção de outra realidade (ANDRADE, 2013).

A sociedade e a família têm um papel imprescindível neste ciclo de vida da humanidade. As situações econômicas, as dificuldades sociais, os direitos humanos, as recomendações da OMS, ONU estão aquém do cotidiano de quem envelhece. O reconhecimento e a valorização do idoso são demonstrados, através da cultura, da educação, da saúde, por meio de ações que influenciam sua qualidade de vida. O viver, o existir para a pessoa idosa contextualizado historicamente, não é apenas um problema de saúde, mas, da integração em redes compondo vários setores de serviços da sociedade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2003).

É necessário incentivar nesta população a consolidação de um movimento novo, capaz de colocar questões afetas à vida de todos os idosos, apontar diferenças impostas pelas aposentadorias, os serviços de saúde, a dificuldade ao acesso à cultura e à educação, a falta de respeito nos transportes, construir, efetivamente, outra identidade para os velhos, mostrando ao Estado e à sociedade que podem desempenhar papéis sociais até o fim de suas vidas, sendo produtivos e mais felizes. Participando da política, das universidades abertas, dos grupos de convivência, dos fóruns, dos conselhos e associações de aposentados, dançando, namorando, viajando, fazendo teatro, canto, artes plásticas, enfim, vivendo a vida plenamente, trazendo a política para um novo patamar (ANDRADE, 2013).

As instâncias leves de serviço e o acompanhamento contínuo, envolvendo todas as instâncias de cuidado, que consistem em custos menores, que abrangem não apenas o acompanhamento do médico responsável, mas, todos os profissionais da saúde, visando um cuidado integral, ações educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, retardação de enfermidades, atenção precoce e reabilitação de agravos, sendo momento de mudanças e inovações. As instâncias leves citadas pelo estudo compreendem acolhimento, núcleo integrado de trabalho e ambulatório de geriatria, enquanto que as instâncias pesadas compreendem internações de curta duração e longa duração (VERAS, 2016).

A humanidade desfruta hoje de uma das maiores conquistas sociais da segunda metade do século XX: o aumento da expectativa de vida. No Brasil, 7,4% da população tem mais de 65 anos de idade Carvalho e Wong (2008) afirmam que em meados de 2050, para cada 100 idosos haverá 76 mulheres idosas. O desafio é fazer do fenômeno do envelhecimento uma

conquista e não um problema social. As iniciativas até o momento não são capazes de garantir uma proteção social adequada às pessoas idosas, bem como aquelas do futuro. Trata-se de compromissos a serem respondidos por todos os níveis de gestão e áreas (intersectorialidade), a fim de produzir segurança social aos seus usuários conforme sua situação de vulnerabilidade e risco, entendendo-se que o envelhecer humano é singular (POLTRONIERI et al., 2015).

“...a sociedade adulta seja a grande responsável pelo imaginário sobre a velhice, também os próprios velhos estão imbricados na produção da ideologia que sobre eles é produzida. Muitos não se conformam com a perda de poder, outros que só viveram para o trabalho, sentem-se perdendo a identidade quando se retiram das atividades profissionais, outros, ainda, se isolam do mundo da vida, enclausurando-se numa solidão desnecessária” (MINAYO, 2009).

O envelhecimento é uma conquista para a humanidade, como efeito da urbanização, das inovações tecnológicas, tais como tratamentos cirúrgicos, medicamentosos, vacinações, acesso a alimentação e melhoria nas condições de trabalho. Para o modelo econômico vigente, o capitalismo, com os avanços científicos, é significativo o incremento na produção de insumos, mercadorias, indústrias e serviços para essa faixa etária populacional, porém com o envelhecimento a economia passa a ter, através da aposentadoria, um maior número de beneficiários (VERAS e FELIX, 2016).

Há uma carência de saberes dos gestores municipais de saúde relativos às políticas públicas de atenção aos idosos e a atenção prestada aos mesmos centra-se em medidas de controle dos agravos a saúde. Embora tenham preocupação com a promoção de saúde, a maioria dos gestores aponta para a supremacia do modelo biomédico de atenção à saúde, visto que as ações coletivas são reduzidas e tem foco nas doenças crônicas, bem como nas ações individuais. A maioria dos municípios não possui políticas específicas de atenção da população idosa. Há necessidade de reflexão acerca da atenção a idosos nos serviços de saúde (ZEN et al., 2018).

Para evitar a sobrecarga do SUS é fundamental investir em políticas de promoção de saúde, proteção, prevenção de doenças, controle das doenças crônicas, recuperação e manutenção da capacidade funcional, ou seja, uma linha de cuidado que seja através de uma rede de atenção articulada e referenciada. É importante investir na Atenção Primária a Saúde (APS) com estruturas criativas e inovadoras para fortalecer a transição do modelo assistencial clínico para o modelo com ênfase na prevenção como uma proposta interessante para todos: ampliação da qualidade de vida para o idoso, a família ter uma pessoa amada ativa e participativa por mais tempo e o sistema de saúde, diminuindo suas ações de alto custo como internações e medicamentos (VERAS et al., 2013)

Nos anos 70, as ações para esse grupo populacional apresentavam-se de forma caritativa e protetiva, a aposentadoria como benefício foi estendido pelo Governo Federal para os trabalhadores rurais, e proventos vitalícios aos carentes com mais de 70 anos, que não haviam contribuído. O Plano Integrado de Ação Governamental (PIAG) para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1974) envolvia a participação de vários órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão; e Secretaria de Desenvolvimento Urbano, objetivando viabilizar através de ações integradas a PNI.

A história das Políticas Públicas do Idoso no Brasil se apresenta de forma tardia e morosa, levando um tempo demasiado longo, entre a sua legislação e a regulamentação, muitas vezes influenciadas pelo contexto político nacional e internacional. Há também um hiato entre os planos de ação mundiais e implementação no Brasil (WILLIG et al, 2012).

“As demandas são muitas e os desafios também, porém o caminho é um só: cabe ao Estado e a sociedade reagir, planejar e, sobretudo, desenvolver políticas públicas consistentes, visando proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos seus cidadãos, incluindo aí as pessoas que atinjam a terceira idade.”(BRAGA et al, 2008).

A trajetória aponta também a necessidade da capacitação e formação específica em Geriatria e Gerontologia de profissionais que atuam no atendimento ao idoso, o que ainda é deficitário no Brasil, especialmente aos que cuidam dessa população. Isso se faz necessário para atender o preconizado pelo Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e proporcionar efetivamente a atenção e promoção da saúde (WILLIG et al., 2012; VERAS et al., 2013; RODRIGUES et al., 2007).

O processo educativo na PNSPI está vinculado à educação permanente, onde objetiva proporcionar, aos atores sociais envolvidos, conscientização para justiça social e garantia plena dos direitos aos idosos. A inserção da enfermagem neste contexto envolve o processo de cuidar da pessoa idosa em todos os níveis de atenção à saúde, participação na implantação e implementação da política, dentro do contexto familiar e social e efetivando intervenções no ensino, na pesquisa e na assistência, respeitando suas potencialidades e diferenças individuais (RODRIGUES et al, 2007).

“Os resultados apontam para o desenvolvimento de pesquisas voltadas para a divulgação e resultados das políticas de saúde e o seu conhecimento pelos profissionais de saúde que cuidam de idosos sendo necessário um direcionamento e capacitação específica. As propostas destas portarias e lei fidedignas apontam para a divulgação de suas fontes para a população, bem como aos profissionais da área da saúde como um todo. Há a necessidade da realização de pesquisas contínuas voltadas para a divulgação e o conhecimento dos profissionais de saúde que cuidam de idosos. É fundamental esta recomendação, pois a cada ano há um elevado número

de atendimentos de idosos sendo necessária um direcionamento e capacitação específica para os profissionais de saúde” (CAMACHO E COELHO, 2010).

Nas últimas décadas emergiu um novo perfil epidemiológico, com um aumento da escolaridade da população, da participação da mulher no mercado de trabalho, mudanças nos arranjos familiares, diminuição da duração das uniões conjugais e redução no número de cuidadores familiares (CAMARANO, 2013). O envelhecimento populacional em evolução ocorre antes de o Estado direcionar as necessidades sociais, como educação e saúde. Contudo, produziu alguns direitos sociais como a universalização da aposentadoria, filas especiais, assentos reservados nos transportes públicos, gratuidade nos transportes urbanos, meia entrada em atividades culturais e sociais. Muitas questões podem se agravar no futuro (CAMARANO, 2013).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 promulga nos artigos 229 e 230 uma nova cidadania e o idoso como sujeito de direito, como direito fundamental. Os direitos fundamentais são considerados indispensáveis a pessoa humana, necessários para assegurar a todos uma existência livre, digna e igual, são baseados nos princípios dos direitos humanos, garantindo a liberdade, a vida, a igualdade, a educação, a segurança (CANOTILHO,1995).

O Estatuto do Idoso proclama direitos e regras para a efetivação dos direitos fundamentais e a adoção dos meios necessários para todos os idosos, de acordo com a condição de envelhecimento, assegurando as liberdades políticas, onde o idoso não é mais sujeito de tutela e não pode sofrer discriminação, ação ou omissão, principalmente em relação à saúde. Também, determina a fase de vulnerabilidade, limitações e não podem sofrer julgamentos. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988; BRASIL, 2003).

No quadro 2 estão destacados os direitos dos idosos, segundo o Estatuto do Idoso.

Quadro 2. Direitos dos idosos – Direitos Fundamentais

I	Do Direito à vida - Direito de envelhecer
II	Da Liberdade, respeito e da dignidade
III	Dos Alimentos
IV	Da Saúde
V	Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer
VI	Da Profissionalização e Trabalho – Exercício da atividade profissional e aposentar-se com dignidade
VII	Da Previdência Social
VIII	Da Assistência Social
IX	Da Habitação - Moradia Digna
X	Do Transporte
XI	Do Acesso à justiça

Fonte: Estatuto da Pessoa Idosa, 2003

O Estatuto do Idoso apresenta-se como um dispositivo legal, protegendo e reconhecendo a cidadania das pessoas acima de 60 anos de vida, sendo importante para que um novo olhar e novas práticas sejam estimuladas nas famílias, sociedade e instituições. São firmados aos idosos o respeito, a liberdade e a dignidade e a efetividade de todos os direitos. Para atentados contra os direitos da pessoa idosa são previstos punições pelo Estatuto do Idoso. Afirma que a responsabilidade pelos idosos é de todos: família, comunidade e Estado. Há obrigação de garantia de prioridade, desde 2000, atendimento preferencial, imediato e individualizado nas repartições públicas e privadas, garantia de atendimento social e de saúde e preferência nas formulações das políticas públicas com recursos públicos de proteção. Propõe a integração com novas gerações e não só grupos de idosos, prioridade em cuidado domiciliar e em casos especiais as Instituições de Longa Permanência (ILP), a capacitação dos profissionais da área para o atendimento ao idoso e conscientização e preparo da família com caráter educativo nas escolas (BRASIL, 2003).

O Art. 25 do estatuto do idoso, que trata do acesso à educação, foi complementado pela Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017, que estabelece prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos e pela Lei 13.535/17, de 15 de dezembro de 2017, que garante aos idosos a oferta de cursos e programas de extensão pelas instituições de educação superior (BRASIL, 2017).

A importância da violência contra a pessoa idosa, constatada no mundo e no Brasil reverberou em Redes Internacionais a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso e a criação de um Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa teve por objetivo:

“Promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso (lei nº. 10.741, de 1o de outubro de 2003), que tratem do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra esse grupo social... O mau-trato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança conforme a Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso” (BRASIL, 2005).

As diretrizes para implementação do Plano de Ação de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa são: plena aplicação do Estatuto do Idoso; garantia do protagonismo do idoso como proponente, participante, monitorador e avaliador das diversas instâncias; em um processo de descentralização e pacto federativo e de intersetorialidade e o plano de ação deve ser acompanhado e avaliado desde o início de sua implantação, para que o seu monitoramento garanta a factibilidade das propostas, correção de rumos e sua continuidade. Santana; et al, (2016) constata em seus estudos no Brasil os tipos de violência prevalentes: violência psicológica, física e roubo, apontando ser necessário o desenvolvimento de mais pesquisas

sobre a prevalência da violência contra pessoas idosas em âmbito tanto nacional como regional.

No quadro 3 apresenta-se destacadas as categorias de violência e seus tipos.

Quadro 3. Classificação e conceituação, segundo a padronização da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, aprovado como portaria do Ministério da Saúde

CATEGORIA	TIPOLOGIA
Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física	Uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos	Correspondem as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
Abuso sexual, violência sexual	Referem-se ao ato ou ao jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional, utilizando pessoas idosas. Esses agravos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
Abandono	É uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.
Negligência	À recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
Abuso financeiro e econômico	Consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
Autonegligência	Conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Fonte: MS, 2005 Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

As políticas públicas relacionadas à saúde, assistência social, educação e as demais áreas relacionadas aos ciclos de vida, tem como fundamentação os Direitos Humanos, a Constituição Federal do Brasil com ênfase nos Direitos Fundamentais e neste estudo o enfoque da pessoa idosa, nota-se que o Estatuto do Idoso abrange os seus direitos, diretrizes e aspectos punitivos para os infratores. O artigo 200 da Constituição Federal na atribuição “ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde” (BRASIL, 1988) direciona as políticas, planos de ações para a prioridade de capacitação ou reciclagem de trabalhadores atuantes na saúde do idoso, desta forma a

necessidade de uma nova ocupação se faz presente, O Cuidador de Idosos, citado por Groisman (2013) “na *Classificação Brasileira das Ocupações (CBO)*, editada pelo Ministério do Trabalho (Brasil, 2002). Esta inclusão, que corresponde ao código 5162-10 do CBO, é até hoje o fundamento legal para o exercício remunerado da atividade.” (GROISMAN, 2013).

Nessa reflexão, Groisman (2013) refere motivações aquém da qualidade dos cuidados, do acesso universal ao serviço, destacando disputas, em que fatores de ordem econômico-financeira, tais quais a desoneração do Estado, a privatização da assistência e alternativas lucrativas do mercado incidem em diversas classes profissionais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi regulamentada, através da Portaria MS nº 2528 de 19 de outubro de 2006, tendo como atribuição revisão e atualização da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, relacionadas a saúde do idoso assim como considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde visando a consolidação do SUS e a aprovação de Diretrizes Operacionais, foram aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tem como finalidade principal recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas consonantes para com os princípios do SUS para esse fim. Destacamos o controle social que é um dos grandes desafios da construção dessa política, onde há necessidade de implementar e estimular mecanismos que garantam a participação dos usuários nos conselhos e fóruns como sujeitos e não mais como sub-representados (BRASIL, 2006).

O Pacto foi firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Este modelo foi superado com a implantação do Decreto 7508/2011, que regulamenta o SUS e cria o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde, sendo que a CIT emite resoluções e dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos, enfatizando a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No quadro 4, observa-se os diferentes setores que estão envolvidos com o envelhecimento, destacados nas responsabilidades institucionais da PNSPI.

## QUADRO 4. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

<b>SETORES</b>	<b>RESPONSABILIDADE</b>
Educação	A inclusão de disciplinas que abordem o processo de envelhecimento e incentivo a criação de Centros de Geriatria e Gerontologia em instituições de ensino superior;
Previdência social	Realizar estudos e pesquisas relativo as doenças e agravos mais prevalentes nessa faixa etária e Elaboração de trabalho conjunto;
Sistema Único de Assistência Social – SUAS	A implantação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº1948/96; desenvolvimento de ações contra a pobreza.
Trabalho e emprego	Elaborar programas para a preparação para a aposentadoria e implementar ações de eliminação de discriminações no mercado de trabalho.
Desenvolvimento urbano	A implantação no cumprimento da lei de acessibilidade (Decreto Lei nº5292/2004).
Transportes	A implantação de ações que permite/e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso.
Justiça e direitos humanos	A promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa.
Esporte e lazer	Estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.
Ciência e tecnologia	Estímulo a pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia.

Fonte: MS, PNSPI (2006)

Destaca-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual é um direito constitucional, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) no valor de um salário mínimo para idosos com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência. O mesmo é vitalício e se traduz como principal programa de prestação social operado por meio de transferência de renda (Gomes, 2009). O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) define os elementos essenciais para desenvolver ações da política de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões dos serviços e os organiza com base em seus eixos estruturantes.

As ações de assistência social dividem-se em duas categorias de atenção que são proteção social básica e proteção social especial. Estas se utilizam de equipamentos que caracterizam o direito assistencial e espaços físicos públicos tais como: equipamento de proteção social básica, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o da especial, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL, 2019).

A Proteção social básica compreende as ações e os benefícios desse tipo de proteção destinados às pessoas idosas e seus familiares, sendo elas Centro de Convivência para Idosos, Benefício de Prestação Continuada (BPC), programa Bolsa Família, ações socioeducativas promovidas pelo Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) e apoio e orientação a grupos de cuidadores de idosos. A Proteção social especial refere a um conjunto de serviços,

programas e projetos que tem por objetivo prestar atendimento especializado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social e violação de direitos, visando o fortalecimento de suas potencialidades e a sua proteção. Os encaminhamentos são feitos pelo CRAS, CREAS, Poder Judiciário e Ministério Público, entre outros órgãos. Dentre as ações de atenção integral a pessoa idosa destaca-se a Caderneta da Pessoa Idosa, alimentação saudável, saúde bucal, uso e armazenamento de medicamentos, vacinação e Ações de prevenção de quedas e acidentes domésticos (BRASIL, 2019).

O Ministério da Saúde criou o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social. Neste sentido, o NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2008).

A Atenção Básica (AB) atua com as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando sua finalidade de organização e responsabilidade por áreas definidas e delimitadas para adscrição das pessoas de sua área, assim como o acesso aos domicílios potencializam o cuidado a pessoa idosa em vulnerabilidade; estimulam o envelhecimento saudável objetivando manter a autonomia e independência do idoso (BRASIL, 2011).

As políticas de atenção à pessoa idosa são um produto das relações conflituosas entre Estado e sociedade. São determinadas pelo antagonismo estrutural entre capital e trabalho. Há uma contradição de seu desempenho perante esse desafio onde elas são movidas por pressões de movimentos sociais, para enfrentar necessidades humanas postas pelo envelhecimento e ao mesmo tempo devem acatar demandas de um capitalismo em crise, que luta pela sua reprodução (MENDONÇA, 2015).

A qualidade de vida dos idosos depende, portanto, da alocação de recursos em setores para além do setor saúde, destacando o idoso no mercado de trabalho e a feminização da

velhice. Espera-se da população e dos gestores a discussão das necessidades da população idosa e a integração das redes de atenção para a pessoa idosa que ainda se encontra incipiente para a heterogeneidade (FERNANDES e SOARES, 2012).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas observações dos aspectos analisados sobre as políticas para o envelhecimento no Brasil, desde a década de 80 até o momento, pondera-se que as legislações que amparam e garantem a cobertura da população idosa, consideram o aumento significativo de pessoas com mais de 60 anos e oportunizam a garantia dos direitos individuais e coletivos, sendo que o envelhecer com saúde, é dever constitucional a ser assegurado e regulamentado pelo Estado.

Assim, as legislações e políticas públicas nacionais de atenção ao idoso têm suas bases em recomendações internacionais que apresentam fundamentos e indicações para esse ciclo de vida tais quais: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; incentivo à promoção do envelhecimento saudável; criação de ambiente propício e favorável ao envelhecimento e recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento do idoso.

Porém, observa-se que as políticas existem, são baseadas em dados epidemiológicos, demográficos, bem como nas taxas do envelhecimento relativo, mas, questiona-se sua efetividade, pelo próprio movimento cronológico de instituição política e regulamentações, tendo explícita a fragmentação do cuidado que ainda se aporta na cura da doença e no distanciamento das políticas intersetoriais. Analisando as políticas para a pessoa idosa, faz-se necessário refletir sobre o cotidiano da intersetorialidade, principalmente entre os serviços de saúde, educação, justiça, assistência social, cultura, esporte, transporte, meio ambiente, fato que se mostra na deficiência de comunicação entre as unidades de assistência à saúde, na maioria dos ciclos de vida e situações de saúde.

O Estatuto do Idoso instituído em 2003, assegura o atendimento preferencial em estabelecimentos de toda natureza às pessoas acima dos 60 anos, com o aumento considerável dessa faixa populacional a utilização desse direito aflora a necessidade de uma modificação através da lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017 promulgando à prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos que não eram respeitados em suas necessidades. Em dezembro de 2017 a lei nº 13.535 é instituída visando garantir a Educação a oferta de cursos e programas de extensão pelas instituições de educação superior.

Os acidentes e as violências ao idoso são tão evidentes que se fez necessário a construção da política nacional de redução de acidentes e violências, que são diferenciados em categorias e tipos de agressão.

O cuidado integral torna-se uma utopia, pois nos diferentes níveis da rede de atenção à saúde a integralidade é fragmentada, tanto nas ações de gestão, assim como no

acompanhamento dos usuários no sistema. As desigualdades sociais estão presentes na população idosa bem como de acesso aos serviços, como por exemplo os centros de residência ou recreação que estão restritos aos cidadãos com alto nível socioeconômico.

É importante estimular nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) a implantação de cursos de nível médio de Técnico de Cuidador de Idosos, regulamentado desde 2003 pelo Catalogo Nacional de Cursos Técnicos, assim como cursos de curta duração para profissionais técnicos da área da saúde, segundo a demanda dos serviços de saúde e viabilizar formações para Agentes Comunitários de Saúde e familiares de idosos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. da S. B.; BARBOSA, M. T. S.; CAFFARENA, E. R.; SILVA, A. S. da. **Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 1, 11 mar. 2016. p. 63–69.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. de. **Health surveillance: foundations, interfaces and tendencies.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 4, jul. 2010. p. 2215–2228.
- BEARD, J. R.; OFFICER, A.; CARVALHO, I. A. de; SADANA, R.; POT, A. M.; MICHEL, J.-P.; LLOYD-SHERLOCK, P.; EPPING-JORDAN, J. E.; PEETERS, G. M. E. E. (Geeske); MAHANANI, W. R.; THIYAGARAJAN, J. A.; CHATTERJI, S. **The World Report on Ageing and Health: A Policy Framework for Healthy Ageing.** The Lancet, v. 387, n. 10033, 2016. p. 2145–2154.
- BERNAL, R. T. I.; MALTA, D. C.; ISER, B. P. M.; MONTEIRO, R. A. **Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, set. 2016. p. 455–466.
- BILLARI, F. C. **Integrating macro- and micro-level approaches in the explanation of population change.** Population Studies, v. 69, n. sup1, 30 abr. 2015. p. S11–S20.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.** Brasília; 1994.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso.** Brasília; 1997.
- \_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso.** Brasília; 1999.
- \_\_\_\_\_. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa /** Presidência da República. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005
- \_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília; 2008.
- BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento: Série Pactos pela Saúde.** Brasília, 2010. 2006, v. 12. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)>. Acesso em: 11 maio. 2018.

\_\_\_\_\_. M. do P., Desenvolvimento e Gestão. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2017. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2016/tabua\\_de\\_mortalidade\\_2016\\_analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2018.

\_\_\_\_\_. M. do P., Orçamento e Gestão. **PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2013. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2013/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm)>. Acesso em: nov. 2015.>. Acesso em: 14 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário da Saúde de A a Z**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/>>. Acesso em 18 jan.19.

BRITO, F. **Demographic transitions and social inequalities in Brazil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25, n. 1, jun. 2008. p. 5–26

CAMACHO ACLF; COELHO MJ. **Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática**. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 79-84.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso: avanços com contradições**. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Ipea, Rio de Janeiro - p. 32, 2013.

CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. **Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, 2018. p. 591–598.

CANOTILHO, J JG. **Direito Constitucional**. 6ª. Ed. Coimbra: Almedina,. 1995. p 491

CARMO, R.; DAGNINO, R.; JOHANSEN, I. **Transição demográfica e transição do consumo urbano de água no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 31, 4 jun. 2014. p. 169–190.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, maio 2003. p. 725–733.

CARVALHO, J. A. M. de; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 3, mar. 2008. p. 597–605.

CERQUEIRA, C. A.; GIVISIEZ, G. H. N. **Conceitos básicos em Demografia e dinâmica demográfica brasileira**. 2015. p. 32. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/150/148>>. Acesso em 10 set 2018

CHATTERJI, S.; BYLES, J.; CUTLER, D.; SEEMAN, T.; VERDES, E. **Health, Functioning, and Disability in Older Adults—Present Status and Future Implications**. The Lancet, v. 385, n. 9967, 2015. p. 563–575.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. **The development of public policies for elderly care in Brazil.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 6, dez. 2012. p. 1494–1502.

GOMES, S; MUNHOL, ME; DIAS E. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios.** São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social.Fundação Padre Anchieta, 2009.

GONZAGA, M. R.; QUEIROZ, B. L.; MACHADO, C. J. **Medindo o processo de compressão da mortalidade no Brasil: uma apresentação dos indicadores.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25, n. 2, dez. 2008. p. 401–404.

GONZAGA, M. R.; QUEIROZ, B. L.; MACHADO, C. J. **Compressão da mortalidade: um estudo da variabilidade da idade à morte na população do Estado de São Paulo, Brasil. 1980-2005.** Cadernos de Saúde Pública, v. 25, jul. 2009. p. 1475–1485,.

GOTTLIEB, M. G.; MORASSUTTI, A. L.; CRUZ, I. M. da. **Epidemiological transition, oxidative stress and chronic non-communicable diseases** [Abstract in English]. Scientia Medica, v. 21, n. 2, 1 jul. 2011. p. 69–80.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, S. S. C. de A.; MACHADO, E. L.; BAHIA, C. A.; OLIVEIRA, M. M. de; JACQUES, F. V. L. **Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 37, fev. 2015. p. 83–89.

GROISMAN, D. **Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil.** Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p 391-419

KANSO, S.; ROMERO, D. E.; LEITE, I. da C.; MARQUES, A. **Avoidability of deaths from chronic illnesses in elderly individuals in São Paulo, Brazil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 4, abr. 2013. p. 735–748

KREAGER, P. **Population theory - A long view.** Population Studies, v. 69, n. sup1, 30 abr. 2015. p. S29–S37.

KULIK, C. T.; RYAN, S.; HARPER, S.; GEORGE, G. **Aging Populations and Management.** Academy of Management Journal, v. 57, n. 4, 1 ago. 2014. p. 929–935.

LIVI-BACCI, M. **What we can and cannot learn from the history of world population.** Population Studies, v. 69, n. sup1, 30 abr. 2015. p. S21–S28.

MALTA, D. C.; JR, S.; DA, J. B. **Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Non-communicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, n. 1, mar. 2013. p. 151–164.

MARENGONI, A.; ANGLEMAN, S.; MELIS, R.; MANGIALASCHE, F.; KARP, A.; GARMEN, A.; MEINOW, B.; FRATIGLIONI, L. **Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature.** Ageing Research Reviews, v. 10, n. 4, 1 set. 2011. p. 430–439.

MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. de C.; CAMARA, S.; MARI, F. R.; ALVES, G. G.; AERTS, D. R. G. de C.; CAMARA, S. **The aging process and health: what middle-aged people think of the issue.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 1, fev. 2016. p. 35–44.

MATUS-LÓPEZ, M. **Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas.** Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 12, dez. 2015. p. 2475–2481.

MENDONÇA, J. M. B. de. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência da normativas internacionais.** 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/18823>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 3, 2016. p. 507–519.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil.** Einstein (São Paulo), v. 6, n. supl.1, 2008. p. S4–S6.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

POLTRONIERI, C F; COSTA, J S; SOARES, N. **Políticas públicas à pessoa idosa: uma breve discussão da proteção social.** Londrina. 2015. Disponível em: <[http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/29\\_o\\_exercicio\\_idosas.pdf](http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/29_o_exercicio_idosas.pdf)>. Acesso em 18 de out de 2017.

PRESTON, S. H. **The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development.** International Journal of Epidemiology, v. 36, n. 3,1 jun. 2007. p. 484–490.

PRINCE, M. J.; WU, F.; GUO, Y.; GUTIERREZ ROBLEDO, L. M.; O'DONNELL, M.; SULLIVAN, R.; YUSUF, S. **The burden of disease in older people and implications for health policy and practice.** The Lancet, v. 385, n. 9967, 2016. p. 549–562.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. de L. H.; PIMENTEL, V. P. **O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde.** 2016. Disponível em: <<http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

RODRIGUES RAP, KUSUMOTA L, MARQUES S, Fabrício SCC, Cruz IR, LANGE C. **Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, Jul-Set; 16(3), 2007. p. 536-45.

ROSSI, I. A.; ROUSSON, V.; PACCAUD, F. **The Contribution of Rectangularization to the Secular Increase of Life Expectancy: An Empirical Study.** International Journal of Epidemiology, v. 42, n. 1, fev. 2013. p. 250–258.

ROUSSON, V.; PACCAUD, F. **A set of indicators for decomposing the secular increase of life expectancy.** Population health metrics, v. 8, 9 jun. 2010. p. 18.

SANTANA I. O., VASCONCELOS D. C., COUTINHO M. P. L. **Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica.** Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro. 68 (1), 2016. p.126-139.

SOUZA, C. P. de. **Previdência Social:** perspectivas para um Brasil em transição demográfica. 2014. Disponível em: <<http://pantheon.ufrj.br/handle/11422/1528>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

TEITELBAUM, M. S. **Political demography:** Powerful trends under-attended by demographic science. Population Studies, v. 69, n. sup1, 30 abr. 2015. p. S87–S95.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica :** a experiência brasileira. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/12474>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

VERAS RP; CALDAS, CP; CORDEIRO HA. **Modelos de atenção à saúde do idoso:** repensando o sentido da prevenção. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2013. p. 1189-1213.

VERAS RP. **Linha de cuidado para o idoso:** detalhando o modelo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905.

VERAS, M.P.B.; FELIX, J. **Questão urbana e envelhecimento populacional:** breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. Cad. Metrop., São Paulo, v. 18, n. 36, jul 2016. p. 441-459 <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3607>

VERAS, R; OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil:** a construção de um modelo de cuidado. Ciências & Saúde Coletiva, 23 (6), 2018. p 1929-1936.

Zen D, Leite MT, Hildebrandt LM, Silva LAA, Van der Sand ICP. **Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde.** Rev Gaúcha Enferm.2018;v39:e e62502. Epub July 23, 2018. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.62502>>.

WHO, 4. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** [s.l.] 4. World Health Organization, 2014. . Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

WEF. WORLD ECONOMIC FORUM, **Global Gender Gap Report 2017.** World Economic Forum, 2017. Disponível em: <<http://wef.ch/2fhXRju>>. Acesso em: 28 abr. 2018.