

OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Maria do Socorro Silva Alencar
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO PARA A ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Resumo: O texto trata dos dilemas que o envelhecimento impõe ao sistema de saúde, dando um especial destaque para as ações de atenção básica à saúde da família que almejam proteger e promover a saúde das populações. Tomam-se por fundamentos argumentos políticos, históricos e sociais que de certa maneira contribuíram para a construção da saúde pública brasileira, enquanto campo de proteção e de promoção da saúde individual e coletiva para apontar a importância de maior aprofundamento e atenção das políticas públicas quanto ao envelhecimento. Observa-se que apesar do aumento da expectativa de vida como fruto do desenvolvimento econômico e da saúde pública, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as ações ainda não satisfazem as necessidades dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento, atenção básica, saúde pública, políticas públicas para a pessoa idosa, sistema de proteção social.

THE CHALLENGES OF AGING CONSIDERING THE BASIC ATTENTION IN FAMILY'S HEALTH

Abstract: The text deals with the quandaries that aging imposes to the health system, highlighting for the actions of basic attention in Family's Health that long to protect and to promote the population's health. The article is based on political, historical and social arguments that have contributed for the construction of the Brazilian Public Health, as a field of protection and promotion of the individual's and of collective's health. Therefore it is pointed out the importance of a further development of public policies concerning aging. It is noted that although the increase of life expectancy is as consequence of economic development and of public health, in developing countries, as Brazil, the actions still don't satisfy the necessities of the aged ones.

Key words: Aging; basic attention, public health, public policies for the elderly, social protection system.

Recebido em: 04.05.2009. Aprovado em: 01.06.2009.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma preocupação atual na sociedade. O processo vem sendo divulgado e tratado por especialistas de diversos âmbitos disciplinares em decorrência do aumento da longevidade e das condições de qualidade de sobrevida propiciadas pelo desenvolvimento socioeconômico-cultural, progresso científico, da tecnologia em diversas áreas e da significativa contribuição da saúde pública, principalmente a partir da segunda metade do século XX (KACHAR, 2003). Embora, parcelas da população idosa não usufruam dessas conquistas seja em relação ao acesso a sistemas de saúde, seja em relação à seguridade social (VERAS; CALDAS, 2008).

Neste contexto, o Brasil também se caracteriza como um país em vias de envelhecimento pelo aumento gradativo no número de pessoas com mais de 60 anos. Estima-se, a partir desse fenômeno, para o ano de 2050, que no Brasil, bem como em todo o mundo, existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, uma situação diferente do observado em outras épocas (VERAS, 2003; BRASIL, Ministério da Saúde, 2006a; IBGE, 2007).

No caso brasileiro, o envelhecimento no século XXI constitui-se em um desafio que se correlaciona, de um lado, com o despreparo do Estado, da sociedade e da família para enfrentar e compreender as questões do envelhecimento; do outro, não se possui formação numa ótica humanista de respeito e solidariedade com a pessoa idosa e as demandas próprias da velhice.

Por isso, traçar uma reflexão sobre o envelhecimento e seus desdobramentos para a saúde pública brasileira constitui-se a proposta deste artigo. Tomamos como fio condutor as ações do sistema de saúde com sua Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) que aponta a atenção ao envelhecimento a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em um trabalho interdisciplinar que considera o sujeito em sua singularidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural de forma a assegurar a pessoa idosa uma vivência de modo saudável (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999; 2006b; 2006c).

Para tanto, embasamo-nos em argumentos políticos, históricos e sociais que de certa maneira apontam para uma avaliação das políticas públicas da atualidade, que anteparam a pessoa idosa e sua família, e também para as do campo da proteção social, onde a saúde é um dos pilares. Inicialmente, o texto tenta mostrar os principais desafios do envelhecimento para o sistema de saúde brasileiro e para as políticas de atenção básica/ saúde da família com suas propostas de proteção e promoção da saúde; a seguir, aborda-se o marco conceitual e legal da atenção à pessoa idosa na saúde da família

e, por último, tecem-se algumas considerações sobre estes desafios.

2 OS DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

De certa forma, as peculiaridades do envelhecimento vivenciado no país seguem a tendência mundial. No entanto, o processo apresenta-se de forma heterogênea nos estados brasileiros em relação à distribuição de idosos, ao padrão de migração e à ocupação das grandes capitais. Bassit e Witter (2006, p.17) expressam que

a transição demográfica ressalta as desigualdades existentes entre os estados brasileiros quanto às condições materiais de sobrevida da população, as diferentes culturas e estilos de vida. As questões impostas por essas desigualdades são cruciais na análise do envelhecimento, em especial quanto às novas demandas do público idoso.

Por outro lado, a transição demográfica se desdobra em uma transição epidemiológica devido às mudanças no padrão de mortalidade da população brasileira, gerando a existência simultânea de diferentes quadros de doenças infecto-contagiosas e doenças e agravos não transmissíveis (DANT). Esse quadro instiga a gestão de novas políticas com seus programas e medidas de promoção de saúde dos diferentes grupos sociais, além de exigir maior esforço técnico-científico dos profissionais do setor sanitário para enfrentar as distintas situações regionais.

A situação do envelhecimento da população brasileira coexiste com mudanças ligadas não somente às melhorias dos níveis de saúde, mas também às mudanças no campo da educação (particularmente o aumento da escolarização feminina), “às mudanças nas relações de gênero com a inserção em larga escala de mulheres no mercado de trabalho, à universalização da seguridade social e, mais recentemente, às mudanças no mundo do trabalho e à crise do welfare state, dentre outras” (KRELING, 2002, p.110).

Essa premissa nos impulsiona a pensar que estamos frente a uma nova conjuntura. No entanto, como afirma Pereira (2001, p.54) é inegável que os fatores e “as condições que contribuíram no século passado para as mudanças do Estado-nação moderno em agente regulador e mediador das relações entre capital e trabalho, bem como garantidor de direitos sociais encontram-se ameaçados”.

Na realidade, no campo econômico, todo esse avanço decorre do processo de globalização e de reestruturação do capital, que por sua vez tem afetado a soberania e as decisões do próprio Estado

e cujo fator desencadeante de tais mudanças são as forças produtivas (desenvolvimento da maquinaria, novas tecnologias, aperfeiçoamento da educação e modificações fundamentais nas relações trabalhistas), as quais deflagram contradições na economia e nas relações de produção no âmbito econômico, político e social, criando situações-problemas como o envelhecimento da população “que requer a substituição de paradigmas e alterações substanciais nas relações entre capital-trabalho e Estado-sociedade” (PEREIRA, 2001, p.55).

Nesse contexto, o fenômeno do envelhecimento populacional se constitui em questão multifacetada na sociedade contemporânea e urge por enfrentamentos interdisciplinares. Entre as questões de maior relevância, situam-se as do âmbito da Previdência Social e da Saúde, pela repercussão nas políticas econômicas e de assistência social do País, o que para Freitas (2004), servindo-se do estudo de Camarano e Ghaouri (1999), significaria um investimento dos governos na formulação de ações integradas para fazer frente aos aspectos ligados à moradia, à saúde, à nutrição, à educação e à igualdade de oportunidades entre os sexos.

No âmbito da atenção básica, as ações de promoção, embora incipientes, estão sendo impulsionadas pela transição demográfica e epidemiológica, o que levou o Brasil a acolher a saúde da pessoa idosa como estratégia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da Estratégia Saúde da Família, em 2006, tomando como norte a Política Nacional de Saúde do Idoso, atualmente Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999; 2006b; 2006c).

Reconhece-se, também, que estes fundamentos são produtos do campo da saúde pública e dos atores envolvidos neste modelo de assistência. No entanto, vale lembrar que as mudanças no sistema de saúde acompanham o cenário das mudanças da política brasileira no campo da proteção social. A saúde, nos anos 1920-1930, era fruto de uma política sem planificação estatal, “inserida em um projeto político de economia agro-exportadora, exercida por outras instituições como o mercado, a iniciativa privada não mercantil e a polícia (esta última exercia o controle dos problemas emergentes)” (PEREIRA, 2000, p.127-128).

Na era Vargas incorpora o projeto político desenvolvimentista do Estado Novo, como programa federal, fruto da visão sanitaria da época, na qual o combate aos problemas endêmicos oriundos de condições climáticas e genéticas se constituiria no elemento condição para o desenvolvimento brasileiro (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

No período tecnocrático-militar, de acordo com Pereira (2000), de 1964 a 1985, as planificações das ações políticas no campo da saúde são diretivas, racionais e técnicas devido às mudanças

no conteúdo do Estado que deixa de ser um estado populista para dar lugar ao aparato tecnocrático e centralizador, marcado pela dominação das elites civis e militares.

No contexto de transição do regime militar para redemocratização do país, se retoma as discussões pela descentralização da saúde do período desenvolvimentista, intensificado pelo movimento da Reforma Sanitária, levando o sistema de saúde a experimentar um importante processo de mudanças nos anos 1980, auge das discussões da participação da sociedade civil como usuária dos serviços (BORGES, 2003).

Este movimento baliza a instituição do SUS, projeto idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que coloca a saúde numa visão para além da análise setorial, ou seja, alcança toda a sociedade, ou seja, a saúde como direito universal, conforme a promulgação do texto constitucional federal de 1988 (BRASIL. Constituição..., 1988; BORGES, 2003).

Isto posto, a compreensão da estruturação do sistema de saúde brasileiro com suas políticas e programas sociais, advindos de uma tardia reforma sanitária, perpassa pela dificuldade de implementação dos princípios democráticos racionalizadores do SUS numa conjuntura neoliberal e, também, permite detectar a cadeia causal de vários fatores que remontam à estruturação deste sistema, com seu viés de prevenção e promoção da saúde e as mudanças que vem sofrendo, após a Constituição de 1988. Além das dificuldades para adequação do modelo assistencial aos seus princípios reformadores com maior integralidade das práticas e equidade no acesso.

Como atesta Teixeira (1989) as transformações políticas do país teriam levado a inclusão segmentada dos beneficiários dos serviços, considerando que a proteção social na saúde não se orienta pelos princípios da universalização e garantias das necessidades básicas, mas sim “pela diferenciação das categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios, quase sempre estabelecidos por uma relação contratual e mantendo uma proporção com as contribuições realizadas pelo trabalhador” (TEIXEIRA, 1989, p.23).

Este cenário estrutura o modelo de atenção básica à pessoa idosa com ações da Saúde da Família, que no dizer de Minayo (2008, p.106) “tem seu foco no pequeno grupo e suas relações primárias e interativas, alvo das abordagens compreensivas, sendo esta a proposta para mudar o modelo biomédico, hegemônico, burocrático, caro, ineficiente e individual”.

Por seu lado, os gerontologistas defendem que o modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) e Laurell (1983), mais abrangente e com maior potencial explicativo para as necessidades da pessoa idosa, permitiria redimensionar as competências dos profissionais que cuidam das

questões do envelhecimento, uma vez que o marco conceitual que consagrou o modelo biomédico apresenta limites para esta atenção.

Ramos (2003, p.294) destaca a importância da avaliação da capacidade funcional, entendida como a capacidade de manter-se “independente e autônomo, relacionada a fatores sociodemográficos, percepção subjetiva, saúde física e mental, independência nas atividades do cotidiano, suporte social e familiar e a utilização de serviços”, como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento.

Sobretudo, porque enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, nem tampouco está limitada a esta população. Pelo contrário, o envelhecimento associa-se a um bom nível de saúde, em especial para aqueles que têm acesso a serviços de saúde. No entanto, esse acesso é um fator limitante nos países em desenvolvimento em razão das desigualdades socioeconômicas e educacionais.

Neste cenário, as ações da estratégia saúde da família, como modelo assistencial, têm sido alvo de críticas, uma vez que seus princípios seriam insuficientes para dar conta das demandas do envelhecimento, considerando que a prática atual ainda prioriza o tratamento clínico sem considerar os aspectos sociais, econômicos e subjetivos que cursam com o processo saúde-doença.

3 MARCO CONCEITUAL E LEGAL DA ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para essa discussão, tomamos como referência o argumento de Henry Sigerist, as proposições dos organismos internacionais e nacionais da saúde e os preceitos da PNAB.

Henry Sigerist, historiador médico, para quem a prática médica deveria compreender três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e reabilitação, usou pela primeira vez, em 1945, a expressão “promoção de saúde” para entender a saúde como uma diversidade de situações individuais ou coletivas que se relacionam às especificidades contextuais ou as condições sociais, políticas e culturais ao longo do tempo, estando, pois, esses elementos determinantes intrinsecamente relacionados (SIGERIST, 1946). Ou seja, a saúde como resultante do movimento social e historicamente determinada.

Terris (1992), concordando com o argumento de Sigerist, acrescenta que, para se ter saúde é necessário um padrão de vida aceitável no qual estão incluídas condições apropriadas de trabalho, de educação, atividades culturais e de recreação.

Essa nova perspectiva de saúde, de certa forma, constituiu-se em uma resposta à visão do modelo biomédico tradicional, ao tempo em que respaldou novas discussões, dando margem a uma série de

iniciativas sob a responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as quais, a Assembléia de Alma Ata, na então União Soviética, da qual resultou a Declaração de Alma Ata. Com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, essa declaração destacava a importância da *atenção básica* como principal recomendação, com ênfase na participação comunitária e nas ações interativas intersectoriais da saúde (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978).

A OMS, servindo-se da contribuição de Sigerist e dos elementos básicos da declaração de Alma Ata, incorpora a noção de promoção da saúde às ações estatais do movimento sanitário. Em decorrência, emerge um programa oficial de Promoção de Saúde, em 1984 (Health Promotion: A Discussion Document on the Concepts and Principles; OMS, 1984), o qual impulsionou a realização da Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá.

Surge deste evento, a Carta de Ottawa, cujos princípios basilares apresentam diversos pré-requisitos (educação, renda adequada, justiça social e equidade), além de ressaltar as cinco áreas de ação, que fundamentam a provisão de promoção de saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para que essas condições sejam, de fato, alcançadas, o movimento de promoção de saúde tem que tornar a ação intersectorial uma prática mais tangível, o que requer também alianças interdisciplinares consistentes e o desenvolvimento de movimentos comunitários suficientemente fortes para influenciar as políticas públicas. (LALONDE, 1974; TERRIS, 1992; MOTA; AGUIAR, 2007).

Desse modo, a abrangência da atenção básica, enquanto uma política de corte social, perpassa pela questão central de promoção da saúde individual e coletiva. As referências desta estratégia no tocante ao entendimento de promoção da saúde à pessoa idosa, no campo da saúde pública, têm sido construídas com base nessas diferentes conceituações de especialistas e agentes políticos, prevalecendo como tendência aquela que concebe a saúde numa visão ampliada desde o final dos anos oitenta com a institucionalização do SUS e reiteradas na premissa da Carta de Ottawa como o processo que capacita a população “a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma relativo ao bem estar individual e coletivo” (WHO, CARTA DE OTTAWA, 1986).

Nesta perspectiva, a PNAB organiza as diretrizes relativas à saúde do idoso a partir desses pressupostos e do princípio norteador da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) como:

a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999).

Esse princípio converge para o disposto na Política Nacional do Idoso (Lei N° 8.842/94) e no Decreto N° 1.948 que regulamenta a Política Nacional do Idoso (BRASIL. Decreto 1.948..., 1996) que determina como competência do Ministério da Saúde (MS) por intermédio da Secretária de Assistência à Saúde articulada as Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos Municípios:

Garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do MS (BRASIL. Decreto 1.948..., 1996).

Entendemos que o horizonte desta política vislumbra a ampliação da assistência a esse público, bem como a melhoria das condições da atenção existentes, com diretrizes essenciais para o alcance destes propósitos, incluindo a capacitação de recursos humanos especializados, a fim de que o serviço de saúde consiga traduzir os avanços do campo legal em mudanças efetivas. Constitui-se, portanto, em um desafio aos gestores de saúde, dar um atendimento de qualidade à demanda do processo de envelhecimento.

Nesse cenário, a reorganização da prática assistencial, centrando a atenção na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, é concebida como uma alternativa que pode permear a compreensão do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, o que segundo Minayo (2008) pode propiciar o conhecimento das relações primárias e interativas.

O Programa Saúde da Família, implementado em 1994, nasce do contexto histórico e conceitual da moderna promoção da saúde, e tem plena identidade com seus princípios definidores. Onde a pluralidade do conceito orienta-se pelos princípios

da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da estimulação a participação popular e o controle social como prevê o SUS (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 1978; WHO, CARTA DE OTTAWA, 1986; BRASIL. Ministério da Saúde, 1999, 2006a, 2006b).

Ora, na realidade, este tem sido o discurso politicamente correto da saúde enquanto um bem universal, no entanto, as respostas dessa estratégia de prestação de assistência à saúde e, proposta de organização da atenção básica, como eixo de reorientação do modelo assistencial à população em geral, pouco têm contribuído para o alcance real dos objetivos da saúde pública. Como atesta Vieira et al. (2004. p.125), "há necessidade de mudanças estruturais no PSF, pois a prática nem sempre condiz com a teoria". Para tanto, faz-se necessário a adoção de medidas, como: conscientização dos gestores para estruturação e organização dos serviços, dos recursos humanos e materiais; estruturação dos sistemas de referência e contra-referência; respeito aos princípios do SUS além de avaliação do programa (VIEIRA et al., 2004)

Ademais, a complexificação das sociedades demanda novas propostas de planejamento e de gestão de ações em saúde capazes de dar conta das necessidades sanitárias da população, bem como do contingente crescente de pessoas idosas, que requerem uma atenção integral apreendida na transdisciplinaridade das ações do campo da saúde. Em razão disso, alguns estudos têm sugerido a adoção de um modelo de atenção mais ampliado e complexo que comporte o ser a partir das dimensões biopsicossociais (ENGEL, 1977; LAURELL, 1983).

Seguindo a perspectiva de Boff (2000) entendemos que o cuidar numa visão complexa, vai alterar o conceito de saúde do atual modelo biomédico, pois esta visão entende a concepção do ser humano como um sistema aberto e envolvido numa rede de relações sociais. Daí, alguns questionamentos: como seria o cuidar a partir dessa perspectiva? Como seria a promoção da saúde pela ótica transdisciplinar?

Os trabalhos de Morin (2001) e de Nicolescu (2000) trazem algumas contribuições neste sentido, quando eles inferem que após o advento dessa nova perspectiva, não se pode mais ver o Homem de forma fracionada, em partes estudadas por disciplinas pontuais ou simplesmente justapostas, o que denotaria a inter e a multidisciplinaridade.

Entender a saúde neste novo olhar requer enfrentar desafios para a academia, para o serviço, para os usuários e para os gestores. Principalmente, porque os profissionais que hoje atuam no campo da atenção básica, foram formados, em sua grande maioria, num contexto de ciência reducionista e de especialização, advindos dos pressupostos da ciência clássica (HUERTAS, 1996).

O modelo biomédico, hegemônico, desconsidera o indivíduo como um ser integral, privilegiando a lógica do tratamento da doença nos hospitais, cujo cerne é o tratamento fragmentado centrado no dualismo mente-corpo, menosprezando aspectos subjetivos, sociais, políticos e econômicos (MOTA e AGUIAR, 2007).

Acreditamos assim, que o maior desafio na atenção ao idoso seja o de conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ele possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Apesar dos limites e desafios impostos à atual estratégia de Saúde da Família, essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

É nesse paradoxo que as políticas sociais que garantem o envelhecimento em nossa sociedade foram formuladas numa tentativa de “restituir” ao idoso seu lugar de fato e de direito: a família e a sociedade, inclusive responsabilizando-o como sujeito das ações do campo da atenção básica. Além da PNSI destacada anteriormente, a Lei Orgânica de Saúde e o Estatuto do Idoso evidenciam essas diretrizes².

É nesse contexto, que o debate sobre a atenção básica, como uma ação política, torna-se essencial no sentido de novas perspectivas quanto à atenção ao idoso para além do paradigma biomédico que envolve diagnósticos, prognósticos e julgamentos clínicos adequados que servirão de base às decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários aos idosos, mas que permeie a abertura para a denominada avaliação funcional, entendida como um parâmetro que incorpora este conjunto de ações associado a outros indicadores de saúde, condições sociais, econômicas e culturais (BRASIL, Ministério da Saúde, 1999; 2006b; RAMOS, 2003).

Em outros termos, a incorporação da visão de promoção da saúde ao idoso no bojo da atenção básica, recentemente revitalizada pelo Ministério da Saúde, via PSF, supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por conferências, fóruns e documentos institucionais desde a década de 1980, no sentido de contrapor-se ao conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual se mostra inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças.

No entanto, acreditamos que o grande dilema da proposta funda-se no fato de o País estar entre os três países com maior índice de desigualdades

sociais do mundo, apesar de encontrar-se também entre as dez economias mais ricas do planeta (IBGE, 2003). Os empecilhos gerados por esse alto grau de injustiça social e, principalmente, à naturalização que a acompanha, tendem a ser minimamente considerados nos estudos e documentos oficiais sobre promoção da saúde de todos os sujeitos, inclusive dos idosos.

Outro problema adicional, concordando com Coburn (2000 e 2004), é que não podemos nos restringir aos estudos sobre os efeitos das desigualdades sociais, porém devemos olhar com maior atenção as suas nuances ideológico-estruturais, ou seja, a complexa rede de interdependência socioeconômicas e político-ideológicas. Em países de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil, que sequer atingiu uma proteção social que lhe conferisse as bases de Estado de Bem-estar, (PEREIRA, 2000; DRAIBE, 1990; SILVA, 2000), mas acolheu somente alguns dos seus princípios no escopo dos serviços públicos; as políticas neoliberais sob o mando do mercado estão constantemente em conflito com aquelas do âmbito social, o que tem levado a inviabilizar, em diferentes momentos da história, as expectativas no tocante às políticas de saúde mais progressistas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; AROUCA, 2003).

Mesmo entendendo as grandes limitações de uma saúde pública, desenvolvida no contexto da economia neoliberal, as iniciativas políticas em prol do idoso são muitas, porém as dificuldades na sua implementação abrangem desde a precária captação de recursos ao frágil sistema de informação para análise das condições de vida e saúde, passando evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos na área de gerontologia. Apesar de, nos últimos anos, o processo de envelhecimento vir sendo mais discutido, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições.

O que vale dizer que, do ponto de vista normativo, o envelhecimento é bem protegido no Brasil, até porque as décadas de 1980-1990 caracterizaram-se como um período fértil em questões sobre a velhice, assim como para a criação de Leis e de ações sociopolíticas voltadas para a pessoa idosa. Surgindo daí uma maior visibilidade em razão dos dados demográficos expostos pelo IBGE, mas também, pela própria presença de velhos no cotidiano e, em parte, pelo destaque da mídia através de manchetes e matérias sobre questões que os envolviam.

Contudo, somente a partir da década de 90, como resultado da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), podemos constatar o aumento dos programas destinados aos idosos no Brasil. Isto se deve a alguns fatores, tais como: o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (PAME), a Política Nacional do Idoso (PNI) e a mobilização da

sociedade civil. E, recentemente, pelo Estatuto do Idoso que reforça no Artigo 3º, as diretrizes que devem garantir às pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, proteção à vida e à saúde:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas (BRASIL, 2003).

No entanto, na nossa realidade, há evidências de que as ações não têm respondido satisfatoriamente às normas legais, a se julgar pelo sistema de saúde brasileiro, que foi concebido para atender a demanda materno-infantil, portanto, não atende às exigências do manejo das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e de incapacidades que acompanham o envelhecimento da população.

Concordamos com Veras et al. (2005) quando eles atestam que se gasta muito, e mal, em hospitalizações e internações de longa permanência e que é preciso substituir o paradigma biomédico por um paradigma ampliado, que incorpore os princípios da gerontologia e possibilite a inserção da avaliação da capacidade funcional, portanto, que integre a reabilitação, a prevenção e a promoção da saúde.

4 CONCLUSÃO

A atenção ao idoso na atual saúde da família estrutura-se nos princípios da universalização, integralidade e equidade na assistência, sendo, pois, a estratégia central do processo de reorganização do SUS, cujo objetivo é imprimir uma nova dinâmica de atuação das Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo primeiro nível de atendimento do sistema. Portanto, as ações orientam-se ideologicamente pelas conquistas do movimento sanitário, promulgadas na Constituição Federal de 1988, com vistas à promoção da saúde de todas as gerações.

Aqui, entendida como um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde. Dessa forma, a promoção transcende as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006b; MOTA; AGUIAR, 2007; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; TERRIS, 1992; WHO, CARTA DE

OTTAWA, 1986; DECLARAÇÃO ALMAATA, 1978; LALONDE, 1974).

A idéia de promover a saúde traz novas perspectivas para o campo da política nacional de saúde da pessoa idosa, assim como ao campo da gerontologia, fato que repercute na política social do país, no entanto, requer antes de tudo que o fenômeno do envelhecimento seja revisto como uma questão multifacetada, não homogênea e inexorável à espécie humana.

Desse modo, comporta diferentes abordagens e atores para o seu enfrentamento. No campo da saúde pública enxergar a velhice pelo prisma biopsicossocial permite redefinir o papel de atores, agentes políticos e gestão de recursos, uma vez que os programas de ação pública são executados pelas três esferas de governo e de órgãos não-governamentais, significando, no campo da atenção ao idoso, ampliar a contribuição da gerontologia e redirecionar para um novo paradigma de promoção da saúde, capaz de ultrapassar o espectro do modelo biomédico (RAMOS, 2003).

No entanto, não podemos escamotear a importante contribuição do modelo biomédico de saúde com o seu foco principal na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças no desenvolvimento da assistência médica. Sob o ponto de vista político, requer uma abordagem mais estruturalista, onde a promoção da saúde deve ser considerada a partir de inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, portanto, o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa supõem uma interpretação que exige um enfoque mais amplo, não sendo, portanto, apropriado o enfoque reducionista deste modelo hegemônico. Essa abordagem reducionista, em geral, não leva em consideração outros fatores que influenciam a saúde, tais como o ambiente físico e social onde os problemas de saúde ocorrem.

O movimento de promoção de saúde veio, não para se opor, mas para preencher essa lacuna e propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável requerem medidas de foro ambiental, econômico, sócio-cultural e legislativo para sua efetivação (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006b).

As modificações demográficas aumentam proporcionalmente a necessidade de transformações socioeconômicas em países como o Brasil. Este talvez seja o grande dilema para os agentes políticos, situação que pode ser visualizada pelo despreparo do país em relação ao fenômeno do envelhecimento da população, ou seja, guarda estreita relação com a estruturação do modelo de proteção social no país.

A história da construção do sistema de saúde nacional é a história da institucionalização de sucessivos atores, iniciada com ações sanitárias

promovidas por um Estado centralizado e uma sociedade civil escassamente desenvolvida. A luta política dos sanitaristas permitiu que houvesse avanços significativos na saúde pública (no plano da administração e gestão dos serviços e na formação profissional) e com isso aprofundou o modelo de seguridade social brasileiro (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

No contexto da transição à democracia, o movimento sanitário subscreveu a proposta política de restabelecimento da democracia, agregada a um projeto para o sistema de seguridade social moldado nos princípios do Estado de bem-estar europeu. O que segundo Gerschman (2004), resulta na proposta de um modelo de sistema de saúde, cujo fundamento é o direito público e universal no tocante ao cuidado de saúde e ao controle exercido pela sociedade.

Essas análises remetem-nos a pensar, também, sobre as dificuldades de implementação das políticas públicas e sociais que focam o idoso e sua família. Como expressamos anteriormente, existe uma vasta legislação que ampara esse segmento da população, mas cuja prática deixa muito a desejar. Nesse aspecto, o pensamento de Arretche (2001) traz uma ponderação, que de certa forma, ajuda na compreensão desta questão, quando ela apregoa que:

a incongruência de objetivos, interesses, lealdades e visões de mundo entre agências formuladoras e a gama diversa de implementadores implica que dificilmente um programa atinja plenamente seus objetivos e que seja implementado inteiramente de acordo com seu desenho. Esse fenômeno tende a ocorrer mesmo em políticas públicas cuja implementação não suponha a ação integrada de diversos níveis de governo, porque essa incongruência é derivada da complexidade mesma de um processo de implementação de políticas (ARRETCHÉ, 2001, p. 10).

Dessa reflexão fica patente que o investimento na aplicabilidade das políticas de seguridade social, incluindo a saúde, a previdência e a assistência social são matizes para um envelhecimento saudável, autônomo e com qualidade. No entanto, é reconhecido que o custo da saúde é muito alto, apesar de ser um item de fundamental importância para qualquer sociedade.

Por esse motivo, cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas conseqüências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e cobrar do Estado o cumprimento de seu papel na implementação dessas políticas. Isso porque, de nosso ponto de vista, concordando com Arretche

(2001), há funções estruturais constitutivas do Estado Capitalista que estão hierarquicamente à frente das funções sociais, fato que estabelece limites a uma política de atenção básica ao idoso e aos demais integrantes do ciclo vital.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARRETCHÉ, M. T. S. Uma contribuição para fazermos uma avaliação menos ingênua. In BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. de. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC/SP, 2001.

BASSIT, A. Z; WITTER, C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: WITTER, G. P. (org.). **Envelhecimento** – referenciais teóricos e pesquisas. Campinas, SP: Alínea, 2006. cap. 1, p.15-31.

BORGES, M. C. M. O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. In VON SIMSON, O. R. M.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. São Paulo: Alínea, 2003. (coleção velhice e sociedade).

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letra viva, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas; 1988.

_____. Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jul. 1996.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jan. 1994.

_____. Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 out. 2003.

_____. Lei Orgânica de Saúde – Lei nº 8080. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006c. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/PolíticaPIIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Caderno de Atenção Básica, n. 19).

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, p. 22-24, 13 dez, 1999.seção 1.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b.

COBURN, D. Income Inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 135-146, 2000.

_____. Beyond the income inequality hipótesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. **Social Science & Medicine**, v. 58, p. 41-56, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração Alma-Ata.

DRAIBE, S. M. As Políticas Sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas. In IPEA/IPLAN **Para a Década de 90** – prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA/IPLAN, p. 1-66, 1990.

ENGEL, G. **The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine**. Science. v. 196, n. 4286, p.129-136, 1977.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In PY, L. et al (org.). **Tempo de Envelhecer** – percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. p. 19-38.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, S; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde no século XX. **Rev. Brasileira Ciências Sociais**. v. 21. n 61, 2006.

HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus: o método PES**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Departamento de População e Indicadores sociais. **Síntese de Indicadores Sociais: 2003**. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 30 jan. 2008.

KACHAR, V. **Terceira idade e informática, aprender revelando potencialidades**. São Paulo: Cortez, 2003.

KRELING, N. H. Os Idosos e as novas evidências nas relações com a família e com o trabalho. In: WILTGÉN, R. S.; GARCIA, L. S. (Coord.). **Transformações do mercado de trabalho metropolitano**. 2002. p. 97-120.

LALONDE, M. **A new perspective on health of Canadians**. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LAURELL, A. C. A saúde e a doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org). **Medicina social: Aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORIN, E. **A religação dos saberes**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MOTA, L. B; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NICOLESCU, B. **Manifesto da transdisciplinaridade**. Brasília: UNESCO, 2000.

PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p. 299 -316, 1998.

_____. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2000.

PEREIRA, P. A. P. Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro. In _____. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 125-187.

PEREIRA, P. A. P. Questão social, serviço social e direitos de cidadania. **Revista Temporalis**. Ano. 2. v.3, jan/jul, 2001, p.51-61.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p.793-797, 2003.

SIGERIST, H. The Social Sciences in the Medical School. In: SIGERIST, H. **The university at the crossroad**. New York: Henry Schumann Publisher. 1946.

SILVA, M. O. S. O padrão de Proteção Social e a reforma das políticas sociais no Brasil. **Rev. Políticas Públicas**, v. 4, n. 1/2, 2000.

TEIXEIRA, F. S. Reflexões teóricas sobre a democracia e reforma sanitária. In FLEURY, S. F. Teixeira (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TERRIS, M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **J Public Health Policy**, v. 13, p. 267-76, 1992.

VERAS, R. P. A Longevidade da população: desafios e conquistas. **Rev. Serviço social e Sociedade**. ano XXIV, n.75, p.5-18, 2003.

VERAS, R. P. et al. Transformações Demográficas e os Novos Desafios resultantes do Envelhecimento Populacional. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 503-518, 2005.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.4, p.1104-1104, 2008.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, v. 17, n. 3, p. 119-126, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Carta de Ottawa**, aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da saúde em 1986. Disponível em < www.saude.gov.br/programas/promocaoalma.html.> Acesso em 28 mar. 2008.

2. Lei Orgânica da Saúde (nº 8080/90). Dos princípios, destaca-se a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência, e a fixação de prioridades com base na epidemiologia. Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003). Enfatiza a interface entre intersectorialidade e direito à saúde: “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde” (Art.15). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que “o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade” (Art. 2). Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos: “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (Art.18). O artigo 22 demanda a inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos.

Maria do Socorro Silva Alencar

Bolsista de doutorado do CNPq do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas / Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Políticas Públicas, Professora Assistente do Departamento de Nutrição / Universidade Federal do Piauí.

E-mail: maryhelpsa@terra.com.br

jalurisa@bol.com.br.

Universidade Federal do Piauí

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, s/n Bairro Ininga.

Teresina - PI

CEP: 64049-550

NOTAS

1. Artigo extraído do projeto de tese “A atenção básica à pessoa idosa a partir das ações da Estratégia Saúde da Família: um estudo para o município de Teresina-Piauí”.