



Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Mestrado e Doutorado Acadêmico



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

O acesso da população idosa aos serviços de saúde do SUS: uma análise documental

Ana Vitória Lima Ferreira

Feira de Santana - BA
2025

Ana Vitória Lima Ferreira

**O acesso da população idosa aos serviços de saúde do SUS: uma
análise documental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

F439a

Ferreira, Ana Vitória Lima

O acesso da população idosa aos serviços de saúde do SUS: análise documental / Ana Vitória Lima Ferreira. – 2025.

113 f.: il.

Orientador: Marcelo Torres Peixoto

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2025.

1. Saúde pública. 2. Política pública. 3. Idoso. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Peixoto, Marcelo Torres, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 613.98

Ana Vitória Lima Ferreira

**O acesso da população idosa aos serviços de saúde do SUS: uma
análise documental**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, BA, Brasil, 21 de fevereiro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto - Orientador
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof^a Dr^a. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Suplente

Prof^a. Dr^a. Thais Regis Aranha Rossi
Universidade do Estado da Bahia (UNEB)

AGRADECIMENTOS

É impossível pôr em palavras a emoção deste momento, em que contemplo a finalização de um ciclo tão importante para minha formação profissional e pessoal. Em minha graduação em Psicologia, tive a oportunidade de me debruçar sobre a obra do teórico brasileiro Antônio da Costa Ciampa, que ao abordar o processo de construção identitária afirma que nossa história não se constrói sozinha, pois os personagens com quem nos relacionamos são, também, coautores e peças fundamentais da construção de nós mesmos. Então, neste momento, darei nome aos coautores desta minha trajetória, que merecem toda minha gratidão.

Sou grata, primeiramente, a Deus por ter me sustentado e me dado forças para enfrentar todas as dificuldades enfrentadas até aqui. E à minha família que são minha base, em especial, meu pai, Josenilton, que me ensinou sobre a importância do trabalho duro e que com esforço podemos alcançar nossos propósitos, e a minha mãe, Ana, que sempre me inspirou e me mostrou, através do seu exemplo, a importância do estudo, pois mesmo diante das dificuldades, consegui concluir o ensino médio, cuidar de mim, se graduar e hoje é o meu exemplo de força, perseverança, profissionalismo, dedicação e fé. E ao meu irmão, Miguel, que ilumina meus dias com sua alegria.

Sou grata também àquele com quem escolhi dividir a vida e que, com muita paciência e carinho, me acolheu nos momentos de angústia, meu amor, Iago, obrigada por todo apoio, puxões de orelha, por sempre me incentivar e me mostrar que sou capaz de ser/fazer o que quiser.

Ao meu querido orientador, professor Dr. Marcelo Peixoto, por toda a parceria, compreensão, paciência e, principalmente, por me permitir, de fato, protagonizar a construção deste trabalho, sem deixar de compartilhar comigo sua experiência e conhecimento e lançar luz sobre os caminhos tortuosos.

Ademais, existe uma música que diz “quem tem um amigo, tem tudo” e sou muito feliz em dizer que tenho muitos. Tem os amigos de longa data, que me acompanham desde os tempos do colégio, tem os companheiros de idas e vindas para a UEFS, que tornaram as viagens de ônibus mais leves e divertidas e àqueles com quem dividi as delícias e angústias desta trajetória, em especial, Mayara, Juninho, Ícaro, Carol e Jackson.

E tem os presentes que o curso de Psicologia me deu e que seguiram fazendo parte dessa trajetória. Mas, não posso deixar de fazer um agradecimento mais que especial àqueles colegas/amigos que partilharam comigo essa árdua jornada que foi o mestrado, Débora, Felipe

e Hernandez (minha dupla desde a graduação), muito obrigada pelas risadas, pelo ombro amigo, pelos trabalhos em grupo (os oficiais e os extraoficiais) e pelo apoio de sempre!

Agradeço, também, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa de estudos.

Enfim, aos professores, funcionários do PPGSC, aos demais colegas de curso... a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu estivesse onde estou hoje, meu muito obrigada!

Ciampa afirma que nos tornamos nossas predicações e interiorizamos a personagem que nos é atribuída nos identificando com ela. Bem, a partir deste momento me torno Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS e em breve, Doutora (mas, isso é história para um próximo capítulo).

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo. No Brasil desde a década de 1990, tem-se impulsionado a elaboração de políticas públicas voltadas a essa população, especialmente, no campo da saúde, diante do aumento da prevalência de doenças crônicas e outros agravos que se tornam mais frequentes com a idade e podem sobrecarregar o sistema de saúde. Contudo, mesmo que, normativamente, existam documentos oficiais que priorizem e orientem o cuidado à saúde da pessoa idosa, no Brasil, ainda são grandes o número de internações de idosos por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, sendo esse um dos indicadores da falta de acesso a serviços de saúde. Este trabalho se propôs a analisar como os documentos que norteiam os cuidados à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde abordam o acesso a partir das dimensões propostas por Assis e Jesus. Trata-se de um estudo documental, cujo corpus de análise abarcou os marcos legais que normatizam a saúde do idoso no Brasil, bem como os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde que orientam as ações de cuidado voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Os documentos foram analisados com base na Hermenêutica Dialética à luz das dimensões política, técnica e organizacional de análise do acesso propostas por Assis e Jesus. Como produtos desta análise foram apresentadas uma linha do tempo, destacando os principais marcos legais e históricos no campo do cuidado à pessoa idosa, desde a Constituição Federal, em 1988, até os dias atuais; uma matriz de análise para compreensão do acesso à saúde do idoso no SUS; e um artigo analisando a dimensão política do acesso aos serviços. Na construção da matriz de análise, foram identificados aspectos considerados fundamentais: os serviços, os dispositivos, a organização e os pressupostos; além disso, foram identificados como aspectos avançados a realização de estudos avaliativos da implantação das propostas e o apoio e incentivo a pesquisas científicas nas áreas de geriatria. No artigo, foram identificadas as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre os documentos que norteiam as ações de saúde para os idosos no que se refere à dimensão política. Os documentos convergem quanto ao seu objetivo de promover um envelhecimento saudável e ativo, bem como em algumas das ações propostas, como o incentivo à participação social do idoso, à elaboração de estudos nas áreas de geriatria e gerontologia, qualificação as equipes de saúde e o incentivo e apoio à elaboração, implantação e acompanhamento de programas voltados à promoção de atividades físicas e de lazer. Além disso, se complementam sobre criar um sistema de informação para divulgação das ações, reformular os serviços e programas disponíveis na Rede de Atenção e estimular e apoiar a criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, além de programas educativos e assistenciais. Por fim, diante da ausência de elementos divergentes e diferentes na análise dos documentos, é possível supor que os documentos são coerentes na proposição de ações de saúde voltadas para a pessoa idosa. Entretanto, se faz necessário realizar estudos que avaliem a implementação das ações propostas por estados e municípios, para tanto, a matriz de análise do acesso, elaborada no estudo, poderá ser utilizada por gestores e/ou pesquisadores para avaliar a implementação da rede de cuidados à saúde do idoso.

Palavras-chave: Política pública; idoso; acesso a serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Population aging is a reality all over the world. In Brazil since the 1990s, there has been a push to develop public policies aimed at this population, especially in the health field, given the increase in the prevalence of chronic diseases and other conditions that become more frequent with age and can overload the health system. However, even though, normatively, there are official documents that prioritize and guide the health care of the elderly, in Brazil, the number of hospitalizations of elderly people due to Primary Health Care Sensitive Conditions is still high, this being one of the indicators of the lack of access to health services. This work aimed to analyze how the documents that guide health care for the elderly in the Unified Health System address access based on the dimensions proposed by Assis and Jesus. This is a documentary study, whose corpus of analysis covered the legal frameworks that regulate the health of the elderly in Brazil, as well as the documents prepared by the Ministry of Health that guide care actions aimed at promoting active and healthy aging. The documents were analyzed based on Dialectical Hermeneutics in light of the political, technical and organizational dimensions of access analysis proposed by Assis and Jesus. The products of this analysis were a timeline, highlighting the main legal and historical milestones in the field of care for the elderly, from the Federal Constitution in 1988 to the present day; an analysis matrix for understanding access to health for the elderly in the UHS; and an article analyzing the political dimension of access to services. In constructing the analysis matrix, aspects considered fundamental were identified: services, devices, organization and assumptions; in addition, the performance of evaluative studies on the implementation of proposals and the support and encouragement of scientific research in the areas of geriatrics were identified as advanced aspects. In the article, convergences, divergences, complementarities and differences were identified between the documents that guide health actions for the elderly with regard to the political dimension. The documents converge in terms of their objective of promoting healthy and active aging, as well as in some of the proposed actions, such as encouraging the social participation of the elderly, developing studies in the areas of geriatrics and gerontology, qualifying health teams and encouraging and supporting the development, implementation and monitoring of programs aimed at promoting physical and leisure activities. Furthermore, they complement each other on creating an information system to publicize actions, reformulating the services and programs available in the Care Network and encouraging and supporting the creation of day care units, community centers and self-help groups, in addition to educational and assistance programs. Finally, given the absence of divergent and different elements in the analysis of the documents, it is possible to assume that the documents are coherent in proposing health actions aimed at the elderly. However, it is necessary to carry out studies that evaluate the implementation of the actions proposed by states and municipalities. Therefore, the access analysis matrix, developed in the study, can be used by managers and/or researchers to evaluate the implementation of the elderly health care network.

Keywords: Public policy; elderly; access to health services; Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAB	Caderno de Atenção Básica
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados de Assistência Social
CREASI	Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IES	Instituição de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programa Academia de Saúde
PEA	Política de Envelhecimento Ativo
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REASI	Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

SUS	Sistema Único de Saúde
UATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidades de Cuidado Prolongado
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estado da arte sobre acesso do idoso aos serviços de saúde	39
Quadro 2: Documentos legais sobre a pessoa idosa que norteiam as políticas públicas.	51
Quadro 3: Principais documentos que norteiam as práticas de cuidado em saúde do idoso no SUS	53
Quadro 4: Dimensões de análise do acesso	55
Quadro 5: Etapas do processo de análise	56
Quadro 6: Unidades de sentido por dimensão	57
Quadro 7: Linha do tempo com os principais marcos legais que normatizam o cuidado ao idoso no Brasil.	60
Quadro 8: Síntese das unidades de sentido por categoria em cada documento.	98
Quadro 9: Análise das convergências e complementaridades entre os documentos.	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz de análise do acesso aos serviços de saúde pela população idosa brasileira.

LISTA DE QUADROS DO ARTIGO

Quadro 0 1: Documentos norteadores do cuidado a pessoas idosas, objetivos e síntese das propostas, Feira de Santana-BA, 2025.

75

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO	20
5.1 Os idosos enquanto sujeitos de direitos	20
5.2 Marcos legais e históricos do cuidado à saúde do idoso	25
5.3 Saúde do idoso brasileiro em pauta	31
5.4 Acesso: conceitos e dimensões	35
5.5 Acesso à saúde dos idosos no Brasil	38
5. MÉTODO	49
6.1 Tipo de estudo	49
6.2 Coleta dos dados	50
6.3 Análise dos dados	54
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
7.1 Linha do tempo	59
7.2 A Matriz de Análise do Acesso	62
7.3 Artigo	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	98

1. APRESENTAÇÃO

Este projeto de pesquisa é fruto de toda uma trajetória acadêmica voltada para a população idosa. O interesse surgiu ainda na graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), diante da oportunidade de atuar como bolsista de extensão no programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) ministrando uma oficina com foco nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Os dois anos atuando na extensão universitária foram de grande aprendizado e inspiraram a construção do trabalho de conclusão de curso intitulado Contribuições da oficina de Práticas Integrativas da UATI/UEFS para a (re)construção identitária: narrativas das idosas participantes.

Porém, essa não foi a única experiência responsável por esta construção, durante a graduação também tive a oportunidade de atuar como bolsista de iniciação científica, desta vez com um público diferente, realizando um estudo epidemiológico de corte transversal com os servidores da UEFS com o intuito de identificar a ocorrência de estresse e Transtornos Mentais Comuns e sua associação com as condições de trabalho durante o regime *home office*, consequência da pandemia da Covid-19, em 2020.

Embora não tenha uma relação direta com a temática que será aqui desenvolvida, foi a vivência na iniciação científica que me aproximou da Saúde Coletiva e me motivou a ingressar no mestrado, onde pude retomar meu objeto de interesse, população idosa. E, diante do crescimento desse grupo populacional, crescem também as demandas para o Sistema Único de saúde (SUS), tornando a saúde do idoso um importante objeto de investigação.

E, após dois anos debruçada sobre as políticas públicas de cuidado à essa população investigando, mais especificamente, o acesso aos serviços de saúde chego à conclusão não apenas do quanto essa temática é pouco estudada e relevante, mas do quão fascinante ela é para mim. Então, que venham mais quatro anos de doutorado!

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico e seus impactos na estrutura etária têm gerado inquietações e mobilizado inúmeros setores da sociedade que o consideram um dos maiores desafios atuais (Bárrios; Fernandes, 2014). De acordo com o censo de 2022, a população idosa brasileira atingiu 32.113.490 habitantes, aproximadamente 15,6% da população total. Um aumento de 56,0%, se comparado a 2010, quando a população idosa era de 10,8%, com 20.590.597 habitantes (IBGE, 2023a).

Embora o envelhecimento seja um direito reconhecido por lei e a proteção social da pessoa idosa uma obrigação do Estado (Brasil, 2003), com o aumento da expectativa de vida cresce também a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis, as chamadas doenças crônicas, o que impacta de forma significativa o sistema de saúde, uma vez que demanda cuidados específicos (Souza, 2018; Torres et al, 2020).

Dentre as doenças crônicas, é possível destacar o diabetes e a hipertensão como sendo muito prevalentes nessa população e, de acordo com Freitas e Bahia (2022), as duas principais causas de internações no SUS. Além disso, embora não se enquadre enquanto uma doença crônica, outro importante agravo à saúde do idoso são as doenças cerebrovasculares, em especial, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) que, além de poder gerar sequelas físicas e cognitivas, tem uma alta taxa de letalidade intra-hospitalar (Py, 2022).

Nessa perspectiva, as doenças do aparelho respiratório também merecem destaque uma vez que estão entre as principais causas de mortalidade de idosos no país, sendo a pneumonia o problema respiratório mais frequente (Carvalho et al, 2022).

Cabe salientar ainda que, atrelada às múltiplas vulnerabilidades provocadas pelo avanço da idade, como a perda das capacidades cognitivas e da autonomia de seu cuidado, se somam as desigualdades de raça, de gênero, territoriais e, em especial, de classe social que impactam de forma significativa na distribuição e no acesso a bens e serviços (Souza, 2018).

Nessa perspectiva, Carrijo (2023) afirma que desde o século XX os organismos internacionais já vinham discutindo, se organizando e tecendo elaborações sobre a questão do envelhecimento. Todavia, somente a partir da década de 1990, a velhice tornou-se, de fato, uma pauta mundial e, aqui no Brasil, essa preocupação resultou na implementação da Política Nacional do Idoso - PNI (Brasil, 1994), da Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI (Brasil, 1999) e do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

É importante destacar que o processo de envelhecimento ganhou um novo significado, deixando de estar atrelado à inatividade, perda de autonomia e adoecimento e passando a significar uma etapa da vida onde manter-se ativo não é apenas uma possibilidade, mas uma necessidade, a fim de garantir mais qualidade de vida na velhice (Carrijo, 2023). Então, a partir dessas prerrogativas da atividade para a velhice, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o Programa de Saúde do Idoso, e, em 2002, apresentou uma publicação com foco na promoção do envelhecimento ativo, que serviu de base para a elaboração de políticas em vários países, incluindo o Brasil (Antônio, 2020; Carrijo, 2023). Esta publicação norteou a elaboração de documentos como o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2007a), as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral (Brasil, 2014) e as Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (Brasil, 2018a).

As políticas de saúde são um dos mecanismos do Estado para responder à escassez de recursos destinados ao setor e para organizar um sistema capaz de atender às necessidades de saúde de maneira eficiente garantindo a toda a população o acesso aos serviços (Viana; Fausto; Lima, 2003). Contudo, embora essa garantia seja prevista em lei enquanto direito de todos e obrigação do Estado, na prática a realidade tem sido outra (Dantas et al, 2021) e o acesso ainda é focalizado, seletivo e excludente (Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016; Araújo; Nascimento; Araújo, 2019).

Um indicador que expõe o acesso precário, ou a ausência de acesso aos serviços básicos de saúde, são as altas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primárias (ICSAP) (Pinto; Giovanella, 2018; Pinto Et Al, 2019; Knabben et al, 2022), mundialmente utilizada para avaliar indiretamente a Atenção Primária por abarcar condições de saúde que, se adequadamente tratadas nesse nível de atenção, podem evitar internações, tais como diabetes, hipertensão, pneumonia, AVE, asma, doenças preveníveis por imunização, dentre outras (Brasil, 2008; Pinto; Giovanella, 2018; Pinto et al, 2019).

Segundo Knabben e seus colaboradores (2022), em 2018, foram registradas 1.038.593 ICSAP de idosos brasileiros, o que correspondeu a 34,19% do total de internações, sendo as ocorrências relacionadas, principalmente, a doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, pneumonia e diabetes.

O acesso aos diferentes serviços e recursos representa a concretização dos princípios do SUS e, assim, do direito à saúde. É uma construção social uma vez que é determinado pelo contexto sociocultural que produz as necessidades de saúde, em todas as suas dimensões. (Barbiani et al, 2014)

De acordo com Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de estudo na literatura diante das barreiras enfrentadas pelos usuários na busca por sanar suas necessidades, como as filas para marcação de consultas e atendimentos, desafios que se relacionam diretamente a fatores socioeconômicos e barreiras geográficas, mas também às condições de vida da população.

Embora possa ser entendido como porta de entrada, local de acolhimento do usuário e seu caminho percorrido em busca desse atendimento, o conceito de acesso vai muito além disso, pois ele se configura como um dispositivo capaz de transformar a realidade pela garantia da promoção do vínculo, humanização, acolhimento e resolutividade, além de ser uma categoria fundamental para análise das interações entre os usuários e os serviços. Nessa perspectiva, a acessibilidade, enquanto uma das dimensões específicas que englobam o conceito de acesso, perpassa a facilidade de obtenção e/ou utilização dos serviços e/ou recursos disponíveis, conformando-se, assim, em uma condição de acesso ao serviço. (Araújo; Nascimento, 2016).

Com base nessas discussões, são propostas as cinco dimensões explicativas para o acesso: a política, a econômica, a organizacional, a técnica e a simbólica, cada uma delas embasada em um modelo teórico distinto (Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016; Araújo; Nascimento; Araújo, 2019).

Contudo, embora essa seja uma temática de extrema relevância, segundo Barbiani e seus colaboradores (2014), que realizaram um estudo de revisão com foco na produção científica de periódicos nacionais sobre o acesso aos serviços de saúde no Brasil, ainda são insuficientes os estudos nesse campo.

Para este estudo fez-se uma busca das produções sobre o acesso da população idosa aos serviços de saúde, utilizando os descritores/MeSH “Acesso aos serviços de saúde” e “idosos”, na base de dados BVS Saúde e foram insuficientes os achados. Inicialmente, foram encontrados 14.742 resultados, os quais após aplicação dos filtros relacionados ao período, assunto principal e base de dados, culminou em 175 resultados. Porém após a leitura dos títulos, esse número reduziu para 18 e, após a leitura e análise dos resumos, foram excluídas duas dissertações e uma tese de doutorado e um artigo que não versava sobre o tema.

Quanto à abordagem do tema em questão, dos 14 artigos analisados, 7 investigavam os fatores associados ao acesso e utilização dos serviços pelos idosos (Almeida, 2015; Grden et al, 2015; Almeida et al, 2017; Silva et al, 2019; Cruz et al, 2020; Oliveira et al, 2020; Albernaz et al, 2023); 2 analisaram o acesso de grupos minoritários, a saber, indígenas (Borghi et al, 2015) e idosos com deficiência física (Gironi et al, 2014); 2 abordaram a temática em uma perspectiva mais teórica, consistindo em estudos de revisão (Silva et al, 2018a; Silva et al,

2018b); 1 se debruçou especificamente sobre a acessibilidade geográfica (Pagliuca et al, 2017); 1 sobre a acessibilidade em suas dimensões organizacional, sociocultural e econômica (Pedraza et al, 2018); e apenas 1 abordou a acessibilidade a serviços de saúde bucal (Austregésilo et al, 2015).

Esses achados demonstram que o acesso segue sendo um tema pouco estudado pela comunidade científica, especialmente no que tange à população idosa, e, considerando o quanto esse grupo populacional vem crescendo e o conseqüente aumento das demandas integrais de saúde desse público, o presente trabalho apresenta como pergunta norteadora: como os documentos que norteiam os cuidados à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde abordam o acesso?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar como os documentos que norteiam os cuidados à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde abordam o acesso a partir das dimensões propostas por Assis e Jesus.

3.2 Objetivos específicos

- Traçar uma linha do tempo sobre as políticas, programas e projetos que abordem os direitos da pessoa idosa, tomando como marco inicial a Constituição Federal de 1988;
- Construir uma matriz de análise para o acesso à saúde do idoso;
- Analisar as convergências, divergências, complementaridades e diferenças apresentadas pelos documentos no que concerne às dimensões de acesso de acordo com Assis e Jesus.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Os idosos enquanto sujeitos de direitos

A garantia dos direitos dos idosos, no Brasil, está intimamente ligada às políticas de proteção social (Carrijo, 2023), e, cabe salientar, a necessidade de implementação de tais políticas como mecanismo de garantia de sobrevivência, não só dos idosos, mas de boa parte de nossa população, surge enquanto uma consequência natural do sistema capitalista (Souza; Silva; Silva, 2013). Esse sistema se fundamenta nas relações desiguais de exploração da classe burguesa sobre o proletariado e produz um estado de miséria na parcela da população que não consegue vender sua força de trabalho, dentre elas os idosos, que passaram a depender da caridade pública para sobreviver, processo que se intensificou durante a primeira onda industrializante no século XVIII (Souza; Silva; Silva, 2013).

Diante disso, Gurgel e Justen (2021) afirmam que as ações sociais sempre estiveram presentes na história do capitalismo enquanto uma estratégia para abrandar as crescentes condições de pobreza e, de alguma forma, superar seus “limites”. Nesse sentido, Fleury e Mafort (2012) apontam as consequências do processo de industrialização capitalista - o aumento da divisão do trabalho, o enfraquecimento da seguridade de associações e instituições tradicionais tal qual a família, condições precárias de vida e trabalho - como fundamentais para o desenvolvimento das políticas de proteção social, as quais têm como intuito prover à população o acesso a bens e serviços de saúde, assistência, educação e, assim, ampliar o bem-estar da população. Isso deu origem ao que se denominou Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*.

Contudo, este não foi o único modelo de proteção social assumido, pois é possível distinguir três tipos ideias de proteção social, o modelo da assistência, do seguro e da seguridade social, ou Estado de Bem-Estar Social (Fleury; Mafort, 2012), os quais podem ser separados a partir do contexto histórico e social, desde sua origem com o surgimento do Estado Moderno, apresentando distinções, também, quanto aos elementos ideológicos e às relações jurídicas, políticas e institucionais (Fleury, 1985).

As primeiras medidas de proteção social, de acordo com Fleury (1985), surgiram no contexto de ascensão teórico-ideológica do liberalismo, em que se alegava a eficácia do mercado frente aos problemas sociais em defesa do estado mínimo - mínimo nos gastos sociais e nas intervenções na economia (Matos, 2008). Porém, o mercado falhou em dar conta das

mazelas sociais por ele mesmo geradas, principalmente na esfera da reprodução humana, exigindo intervenções estatais através da regulação das relações trabalhistas e de medidas de proteção social (Fleury, 1985).

Assim nasce o modelo da assistência social, que incluía o reconhecimento de uma necessidade e a proposição de uma forma de aliviá-la, o qual fica restrito a ações complementares e compensatórias dirigidas aos grupos sociais com dificuldades de se manterem no mercado, assim consiste na oferta, por um tempo delimitado, de ações assistenciais mediante a comprovação de incapacidade financeira, mas não se configura um direito. Nesse modelo a relação social que se estabelece é denominada cidadania invertida, já que o benefício é concedido como consequência do fracasso social do indivíduo ou grupo (Fleury, 1985; Fleury; Mafort, 2012).

O outro modelo assumido pela proteção social surgiu em um contexto de reconhecimento da classe operária enquanto ator social qualificado dentro da ordem econômica e política (Fleury, 1985) Enquanto o modelo da assistência é voltado para a população pobre, o modelo do seguro, implantado inicialmente na Alemanha por Bismarck, associa a política social a inserção no mercado de trabalho e fornece cobertura previdenciária, assistência à saúde, dentre outros benefícios a grupos ocupacionais de diferentes categorias através de contratos com financiamento tripartite - empregado, empregador e Estado - com o objetivo de garantir a manutenção das condições socioeconômicas desses trabalhadores diante da perda das capacidades laborais por conta da idade, agravos à saúde ou acidentes (Fleury; Mafort, 2012).

Cabe salientar que se estabelece aqui uma relação diretamente proporcional entre a contribuição e os benefícios, na qual quanto maior o valor maior a cobertura de serviços, o que figura uma relação social em que a cidadania é regulada, ou seja, são considerados cidadãos dotados de direitos aqueles inseridos no processo produtivo formal reconhecido por lei (Fleury; Mafort, 2012).

Os modelos anteriores não tiveram êxito em garantir os direitos da pessoa idosa, cenário que só mudou com a adoção do modelo da seguridade social, contudo até que isso acontecesse essa população passou um longo período desassistida. As primeiras iniciativas governamentais com foco na garantia da proteção social aos cidadãos, aqui no Brasil, datam da década de 1930, com a regulamentação das relações de trabalho e o reconhecimento de direitos trabalhistas no governo Vargas, sem esquecer da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões através da Lei Elói Chaves alguns anos antes, em 1923, que, embora fosse restrita aos trabalhadores com vínculos formais, se configurou como um grande avanço (Silva; Yazbek, 2014). O sistema de proteção social seguiu dentro deste padrão da cidadania regulada até 1970, limitando sua

cobertura aos trabalhadores formais e excluindo grande parte da população (Fleury; Mafort, 2012; Silva; Yazbek, 2014; Souza, 2018).

Carrijo (2023) destaca que pelo fato do Brasil se configurar, pelo menos até a década de 1960, como um país demograficamente de jovens, as pautas da velhice não despertavam muita atenção daqueles que formulavam as políticas, tão pouco da opinião pública. Contudo, o aumento da expectativa de vida por meio do desenvolvimento de novas tecnologias de saúde, o estímulo à redução do número de filhos através do planejamento familiar e o êxodo rural, influenciaram importantes transformações na configuração da sociedade brasileira nas décadas de 60, 70 e 80 o que, somado ao processo de organização social dos idosos reivindicando o direito a uma velhice digna, contribuiu para maior visibilidade às necessidades dessa população (Carrijo, 2023).

Porém, essa recente visibilidade não culminou em mudanças no tratamento concedido, pois, tal qual aponta Souza (2018), até a promulgação da Constituição de 1988, a previdência social tinha como característica o corporativismo, em que os idosos com ocupações formais após a saída do mercado de trabalho contavam com o benefício, enquanto os demais ficavam em situação de extrema vulnerabilidade; as ações da assistência direcionadas a esse público eram bastante limitadas e se baseavam na distribuição de próteses, órteses e documentos; e, no campo da saúde, as principais características eram o foco no modelo médico individual e privatista, inadequado para o acompanhamento de doenças crônicas - muito comuns entre os idosos -, e a dualidade institucional de dois sistemas de saúde, o público e a assistência previdenciária, o que dificultava a construção de um sistema integral de saúde, ideal para essa população

Por fim, convém abordar o modelo da seguridade social, adotado pelo Brasil a partir da Constituição. Os Estados de Bem-Estar Social surgem como uma resposta ao processo de industrialização, a partir das lutas dos movimentos trabalhistas frente às condições de miséria - como os vivenciados em nosso país a partir da década de 1970 que culminaram na Reforma Sanitária - e visam assegurar a igualdade socioeconômica e, assim, neutralizar as características destrutivas do processo de modernização capitalista através de mecanismos de distribuição (Fleury; Mafort, 2012).

Esse modelo teve origem na Inglaterra no contexto pós guerra por meio do Plano Beveridge, a partir do qual se estabeleceu pela primeira vez a condição de cidadania como base para o estabelecimento de uma nova ordem social na qual todo cidadão tem direitos assegurados pelo Estado, independente do processo produtivo ou de contribuições ao sistema, garantindo a todos o acesso ao que é considerado socialmente como mínimo para sobreviver. Dessa forma,

o caráter igualitário e universal desse modelo estabelece um mecanismo de redistribuição através das políticas sociais com vistas a corrigir as desigualdades geradas pelo mercado capitalista, figurando, assim, um modelo de cidadania universal em que os benefícios são direitos sociais. (Fleury, 1985; Fleury; Mafort, 2012)

A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 194, elenca enquanto objetivos da seguridade - destinada a assegurar direitos à saúde, previdência e assistência - dentre outras coisas, a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios e equidade na forma de participação do custeio. Contudo, conforme afirma Boschetti (2009), tais objetivos não se materializaram completamente, assim, embora apresente um caráter inovador por propor um sistema amplo de proteção, o sistema brasileiro acabou se tornando híbrido, à medida em que conjuga direitos dependentes do trabalho, através da previdência, direitos seletivos, por meio da assistência e direitos universais no campo da saúde.

Frente a isso, Boschetti (2009) aponta como fatores desencadeantes de tal cenário a ascensão do neoliberalismo no centro do sistema capitalista na conjuntura internacional, determinante para o desenvolvimento de políticas voltadas para o avanço econômico em detrimento do social, a crise econômica vivida no país, na década de 1990, após o Estado assumir o compromisso redistributivo e o consequente ajuste fiscal a que os direitos conquistados foram submetidos.

A ideologia neoliberal surge na Europa ocidental e na América do Norte após a segunda guerra mundial, buscando resgatar o sentido original do liberalismo, propondo, como forma de superar a crise econômica da época, a adoção do Estado Mínimo, com a regulação do mercado no lugar da estatal, a realização de ajustes fiscais, adesão a reformas estruturais orientadas pelo mercado, como a privatização e a restrição dos direitos sociais, colocada como fundamental para a recuperação do equilíbrio fiscal, o que justificou os ataques à Constituição, vista como um entrave para o progresso nacional (Matos, 2008; Souza, 2018). É importante salientar, contudo, que a ideologia neoliberal não propõe o fim da intervenção do Estado na economia, mas o redirecionamento de sua ação a fim de garantir a reprodução das relações de produção capitalistas (Matos, 2008).

Nesse contexto, foi necessário discutir a implementação de leis específicas para cada área da Seguridade Social, no intuito de garantir sua efetivação (Machado; Lima; Baptista, 2017) e, no que tange aos marcos constitucionais no campo das políticas voltadas ao público idoso, após a reafirmação do direito à saúde através da Lei 8.080/90, que regulamenta a criação

do Sistema Único de Saúde (SUS) e torna a família, a sociedade e o Estado responsáveis por amparar e garantir à inserção na comunidade, a dignidade e o bem-estar dos idosos, e da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS reafirma esse direito enquanto princípio organizativo do sistema, a Lei 8.742/93 institui a chamada Lei Orgânica da Assistência Social, que instrumentaliza os direitos sociais e regulamenta o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedendo um salário mínimo a pessoas com deficiência e à população idosa em situação de vulnerabilidade financeira (Torres et al, 2020).

Nesse segmento, em 1994, foi publicada a Política Nacional do Idoso (PNI), através da Lei 8.842, que se configura como uma das primeiras iniciativas específicas para esse público (Silva; Yazbek, 2014; Torres et al, 2020). A PNI (Brasil, 1994) em seu primeiro artigo traz como objetivo principal assegurar os direitos sociais dos idosos e criar condições que contribuam para a promoção de sua participação efetiva na sociedade, sua autonomia e integração.

Em 1999, como um desdobramento da Lei 8.080 (Silva; Yazbek, 2014), foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria 1.395, a qual assume como principais problemas que podem afetar e limitar a realização das atividades básicas da vida diária dos idosos as perdas das habilidades físicas e mentais, por isso determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, conforme o estabelecido na portaria, deve promover a elaboração ou adequação dos planos, projetos e atividades voltadas a esse público (Brasil, 2006; Torres et al, 2020).

Além disso, em 2003, através da Lei 10.741, o governo brasileiro sancionou o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), o qual figurou uma conquista dos movimentos e entidades de defesa dos interesses dos idosos, que amplia o papel do Estado e da sociedade frente às necessidades da pessoa idosa, mas não descreve quais serão os meios para financiar as ações propostas (Brasil, 2006; Torres et al, 2020). Além disso, assim como a PNI e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), o Estatuto reafirma que, para além do Estado, é dever da família e da sociedade de garantir aos idosos o direito à cidadania, dignidade, bem-estar e participação social (Brasil, 1994; Brasil, 2003; Brasil, 2006; Silva; Yazbek, 2014; Torres Et Al, 2020).

Ademais, em 2006 foi publicada, através da Portaria nº 399, o documento com as Diretrizes do Pacto pela Saúde, o qual contempla o Pacto pela Vida e pela Gestão e Defesa do SUS, que estabelece a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo e culminou na regulamentação e revisão da Política Nacional de Saúde do Idoso, que passou a se chamar Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela Portaria nº 2.528 de 2006 (Brasil, 2006; Silva; Yazbek, 2014; Torres et al, 2020). Em sua nova

redação, a PNSPI estabelece o limite de 60 anos de idade para ser considerada uma pessoa idosa e aponta como objetivos principais a manutenção, recuperação e promoção da independência e autonomia da pessoa idosa por meio de medidas individuais e coletivas de saúde para esse fim (Brasil, 2006).

Até este momento, foram abordados os aspectos centrais relacionados aos direitos da população idosa no Brasil, garantidos a partir das políticas de proteção social voltadas a esse público. Agora convém contextualizar os principais marcos legais no campo da saúde, bem como o aporte teórico que o embasa.

5.2 Marcos legais e históricos do cuidado à saúde do idoso

A velhice tornou-se, de fato, uma pauta mundial somente a partir da década de 1990 quando ganhou um novo significado, deixando de estar atrelada à inatividade, perda de autonomia e adoecimento e passando a significar uma etapa da vida onde manter-se ativo não é apenas uma possibilidade, mas uma necessidade a fim de garantir mais qualidade de vida (Silva, 2008; Carrijo, 2023) e um envelhecimento saudável e bem-sucedido (Gonçalves, 2015; Speranza; Werle; Moreira, 2022).

Embora tenha surgido no campo dos trabalhos científicos a partir da década de 1960, em publicações que demonstraram que o declínio intelectual não era inevitável (Gonçalves, 2015), o conceito de envelhecimento bem-sucedido ou envelhecimento saudável não é recente, pois entre 106 a 43 a.C. o filósofo romano Cícero em seu tratado *De Senectude* já propunha a possibilidade de manutenção da vitalidade e da atividade com o avançar da idade (Speranza; Werle; Moreira, 2022). Speranza, Werle e Moreira (2022) em seu trabalho publicado no Tratado de geriatria e gerontologia referenciam um estudo da década de 1980 que propôs uma distinção entre o envelhecimento dito normal e o bem-sucedido, o qual conclui que no primeiro haveria uma suscetibilidade a perdas mínimas das funções fisiológicas, enquanto o segundo estaria isento dessas perdas, estando associado a baixas probabilidades de doenças e/ou incapacidades, altos níveis de desempenho físico e cognitivo e engajamento ativo com a vida.

Esses mesmos autores descrevem os impasses quanto à distinção dos termos utilizados para nomear o processo de envelhecer bem, são eles, envelhecimento saudável, bem-sucedido, ativo, produtivo, vital, robusto e competente, e afirmam que, apesar de haver um esforço para unificar a linguagem no campo científico, não há uma definição única que seja amplamente aceita (Speranza; Werle; Moreira, 2022).

No campo da saúde, a Organização Mundial da Saúde propôs o termo envelhecimento ativo a partir da publicação de um documento, em 2002, que serviu de base para a elaboração de políticas em vários países, incluindo o Brasil (Antônio, 2020; Speranza; Werle; Moreira, 2022). Conceitualmente, o envelhecimento ativo consiste no “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13), sendo o termo ativo, de acordo com a OMS (2005), referente não apenas a manter-se fisicamente ativo, embora isso seja estimulado, mas à contínua participação nas questões econômicas, sociais, políticas, culturais e civis.

Essa abordagem se estrutura e se organiza a partir de três pilares, o da saúde, ligado à prevenção dos riscos e agravos com foco na manutenção da capacidade do sujeito cuidar de si à medida que envelhece; o da participação, que estimula que o sujeito continue participando, de acordo com suas necessidades, capacidades e preferências, através de atividades remuneradas ou não, para, assim, continuar contribuindo com a sociedade; e o da segurança, que está vinculado à garantia de proteção social, física e financeira (OMS, 2005).

Em seu texto intitulado Envelhecimento Ativo: uma política de saúde (OMS, 2005) cujo público alvo, de acordo com o que nele consta, abrange todos os governantes, entidades não-governamentais, setor privado e todos os responsáveis pela elaboração de políticas, programas ou projetos voltados para o envelhecimento, a OMS aponta como propósito da política “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, p. 13), bem como “manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento” (OMS, 2005, p. 13).

Contudo, o texto trará que essa qualidade de vida dependerá dos riscos e oportunidades enfrentados ao longo da vida e da maneira como as gerações futuras prestarão apoio a esses idosos quando necessário. Além disso, afirma que, em consonância com o proposto pela Organização das Nações Unidas para o envelhecimento ativo, essa abordagem deixará de focar nas necessidades, que segundo eles considera os idosos alvos passivos, e passará a focar no reconhecimento dos direitos e nos princípios da independência, participação, dignidade, assistência, auto-realização e igualdade de oportunidades, apoiando, contudo, a responsabilização desses idosos pelo exercício de sua participação, bem como outros aspectos de suas vidas. (OMS, 2005)

Isso demonstra o real objetivo da proposta, o que Debert (1999) vai denominar de processo de reprivatização da velhice, na qual o sujeito que envelhece torna-se responsável pelo

chamado envelhecimento bem-sucedido e a pauta do envelhecimento retorna à esfera da vida privada, o que fica ainda mais evidente no trecho em que se afirma que “as famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida” (OMS, 2005, p. 18), tornando-os responsáveis pela forma como o processo de envelhecimento se desenvolve, ignorando todos os fatores que são determinantes sociais do processo saúde-doença, assim como o papel do Estado em garantir a proteção social devida.

Diante disso, esta pesquisadora se questiona: qual o objetivo de responsabilizar o indivíduo (e sua família) pela forma como envelhece? E a resposta encontra-se um pouco mais à frente no texto da OMS: promover a redução de custos com os cuidados a essa população. O aspecto econômico é apontado como um bom motivo para os governantes, em todos os níveis, implementarem políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo, pois, segundo eles, as pessoas que se mantêm saudáveis continuam trabalhando por mais tempo, o que reduz as chances de aposentadoria precoce (tendência nos países industrializados como resultado de políticas que a incentivam e que, com o aumento da expectativa de vida, terão que ser revistas), além de reduzir as despesas médicas (OMS, 2005).

Nessa perspectiva, o investimento em prevenção é muito menos dispendioso que em tratamento, tal qual afirmou uma pesquisa realizada pelo Centro para Controle das Doenças dos Estados Unidos, em 1999, a qual apontou que para cada um dólar investido no estímulo à prática de atividade física moderada houve uma economia de 3,2 dólares com despesas médicas (OMS, 2005).

De acordo com Carrijo (2023), o status da velhice ativa e bem-sucedida, nada mais é que uma invenção da ordem econômica do capitalismo que supervaloriza as capacidades dos indivíduos no processo de envelhecimento para facilitar os interesses de acumulação, condecorando o capitalismo em detrimento de perspectivas mais equânimes de redistribuição social pelo investimento nos sistemas de seguridade, e justificando as experiências individuais de envelhecimento a méritos e deméritos. Cabe salientar que, mesmo aqui no Brasil, onde são conhecidas as desigualdades estruturais, em especial no interior do país, o discurso capitalista, através do Estado, prega uma abordagem homogeneizadora do povo (Carrijo, 2023).

Assim, a responsabilização da pessoa idosa, a partir da propagação da insustentabilidade econômica do Estado perante o envelhecimento populacional e da crença da imagem romantizada e sedutora da perspectiva de um envelhecimento marcado pelo vigor, juventude, autonomia e beleza, serve muito mais ao propósito econômico de redução dos custos do que ao incentivo a um estilo de vida mais saudável (Carrijo, 2023).

Todavia, o cenário traçado pela OMS é que a união das políticas sociais de saúde, emprego, mercado de trabalho e educação em apoio ao envelhecimento ativo terá como resultado a redução das mortes prematuras em estágios produtivos da vida, menor índice de deficiências associadas a doenças crônicas entre idosos, mais pessoas gozando de boa qualidade de vida à medida que envelhecem, maior participação ativa dos idosos nos aspectos econômicos, políticos, e culturais da vida doméstica e comunitária, bem como em atividades remuneradas e (o mais importante) redução das despesas com tratamentos e serviços assistenciais (OMS, 2005).

Diante disso, fica evidente que, embora apresente aspectos biológicos, pessoais, psicológicos, comportamentais e sociais enquanto determinantes do processo de envelhecimento ativo, ao postulá-lo como uma realidade possível para todos homogeneiza o segmento idoso e desconsidera as inúmeras desigualdades, em especial, socioeconômicas que impactam e limitam as possibilidades de participação, segurança e saúde dessa população (Carrijo, 2023). Todavia, essa tem sido a abordagem que norteia a elaboração das políticas públicas no campo da saúde no Brasil desde a sua adoção pela OMS. Nesse segmento, convém apresentar os documentos que normatizam a saúde do idoso no contexto brasileiro.

Após a regulamentação do SUS e a implementação da Política Nacional do Idoso, que além de reafirmar a responsabilidade da família e do Estado pelo cuidado ao idoso, tal qual a Lei 8.080/90, afirma que compete ao setor saúde, dentre outras coisas, garantir o acesso à assistência à saúde através de ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação, incluir a geriatria como especialidade clínica em concursos e desenvolver a cooperação entre as instâncias do governo e os Centros de Referência de Geriatria e Gerontologia para treinamento dos profissionais (Brasil, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso é implementada em 1999 propondo ações mais específicas nesse campo.

A política, implantada pela portaria 1.395/99, visando promover um envelhecimento saudável, propôs a adoção de ações intersetoriais com ênfase na adesão precoce de hábitos saudáveis como estratégia para manutenção da capacidade funcional e da autonomia à medida que se envelhece (Brasil, 1999), deixando evidente as influências da narrativa política internacional de base econômica e biomédica, obscurecendo as vulnerabilidades do segmento idoso e enaltecendo o autocuidado, a independência e o consumo como prerrogativas.

Embora, no contexto brasileiro, a década de 1990 tenha visto uma expansão das políticas sociais, o segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) evidenciou a intensificação das repressões neoliberais, sendo marcado pelas privatizações e dificuldades em operacionalizar a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742 de 1993). Todavia, no

governo seguinte, primeiro mandato do petista Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2005), o cenário das políticas sociais ganhou melhorias com a institucionalização do Estatuto do Idoso, em 2003, através da Lei 10.741, que se constitui um marco legal que regulamenta as obrigações para o atendimento a esse segmento e estabelece regras objetivas no âmbito político e jurídico (Carrijo, 2023).

Contudo, ao falar sobre o que denomina frutos da seiva neoliberal, Carrijo (2023) aponta que, logo após o nascimento do Estatuto do Idoso, em 2003, houve um movimento retrocessivo no que tange às elaborações político-sociais-democráticas voltadas ao segmento idoso, com destaque especial para o campo da saúde pública, a partir da publicação do Pacto pela Saúde, por meio da Portaria nº 399/2006 (Brasil., 2006), que no Anexo II ao tratar das prioridades acordadas no Pacto pela vida, aponta como diretrizes para a saúde do idoso (uma das prioridades) a promoção do envelhecimento ativo e saudável, o que obscurece a premissa do cuidado ao idoso enquanto direito básico a ser garantido pelo Estado, tal qual preconiza a Constituição.

A perspectiva do envelhecimento ativo estabelece uma série de propostas para cada um dos seus três pilares (saúde, participação e segurança). Dentre elas estão, no pilar da saúde, a prevenção e redução da carga de doenças em excesso, da mortalidade precoce e das doenças crônicas; redução dos fatores de risco associados às principais doenças que acometem os idosos; o desenvolvimento contínuo de serviços de saúde acessíveis, baratos e de qualidade para essa população; e, fornecimento de treinamento e educação para cuidadores. Já no pilar da segurança as propostas são, assegurar a proteção social, física e financeira dos idosos e reduzir as iniquidades nos direitos à segurança de mulheres mais velhas. Por fim, no pilar da participação propõe-se incentivar a participação dos idosos no convívio familiar e comunitário; reconhecer e permitir a participação ativa no desenvolvimento econômico, no trabalho formal e informal, bem como em atividades voluntárias; e proporcionar oportunidades de aprendizagem e educação durante todo o curso da vida (OMS, 2005).

Nesse cenário, a política de saúde é reformulada, por meio da Portaria nº 2.528 de 2006, passando a ser chamada Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual adota a perspectiva do envelhecimento ativo e saudável como alvo a ser alcançado a partir do estímulo a ações integrais e integradas de atenção à saúde, com provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade de tal atenção, estímulo a participação e fortalecimento do controle social, apoio ao desenvolvimento de pesquisas e educação permanente dos profissionais envolvidos, divulgação de informações sobre a política entre gestores, profissionais e usuários e promoção de

cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica sobre o Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, em 2007, com o objetivo de facilitar a prática diária dos profissionais da Atenção Básica por meio de subsídios técnicos específicos voltados para as necessidades desse público. Consiste em um instrumento de avaliação da funcionalidade que permite mensurar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) das pessoas idosas para, assim, estabelecer um julgamento clínico e traçar o curso do tratamento. (Brasil, 2007a) Evidenciando, assim, seu objetivo finalístico de garantia da independência e autonomia da pessoa idosa, centrado na perspectiva do envelhecimento ativo, que foi oficializado enquanto meta em 2013, com a publicação do Decreto 8.114.

Em 2014, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa juntamente com gestores, acadêmicos e especialistas na área, elaboraram as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, o qual estabelece as principais orientações para o conjunto de ações, programas e serviços e propõe a construção do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa pautado no trabalho em rede, na articulação intersetorial e na integração dos diferentes pontos de atenção (Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico), com vistas a produzir o cuidado integral adequado às necessidades dessa população (Brasil, 2014).

Todavia, embora as normativas e diretrizes constituam um grande avanço, muitas das especificidades e desafios enfrentados por essa população permanecem invisibilizados e o cuidado fragmentado. Contribuem para esse cenário aspectos como, a escassez de equipes multiprofissionais capacitadas para o atendimento às necessidades desse público, insuficiência de estruturas de cuidado domiciliar, além das profundas desigualdades sociais, de raça e de gênero que culminam no acesso desigual aos serviços, na heterogeneidade do processo de envelhecimento com demandas distintas e na sobrecarga do sistema de saúde (Brasil, 2018a).

Buscando superar esses desafios, o Ministério da Saúde estabelece as Orientações Técnicas para a implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, propondo a organização estratégica e integral da atenção na RAS, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, por meio do estabelecimento de um percurso longitudinal para o cuidado integral nos diferentes pontos da rede (desde a atenção básica à especializada), promovendo articulação e integração com as demais políticas públicas e

prevendo possíveis itinerários do usuário, de acordo com suas necessidades de saúde e capacidade funcional (Brasil, 2018a).

Até aqui, tratamos sobre os aspectos legais que embasam tanto os direitos, quanto o cuidado ao idoso, mas convém agora sair do campo teórico para adentrar o campo do real. Nesse sentido, cabe questionar, como vivem os idosos brasileiros? Quais os principais agravos que afetam sua saúde? Como se dá a materialização das normativas supracitadas no cotidiano da assistência à saúde? E, talvez a pergunta mais importante, como tem se dado o acesso dessa população aos serviços de saúde que lhe são de direito?

5.3 Saúde do idoso brasileiro em pauta

Para o Estado brasileiro é considerado idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade, conforme estabelecido pela Lei nº 8.842/94, a qual instituiu a Política Nacional do Idoso. Contudo, a OMS (2005) aponta outros marcadores para o processo de envelhecimento, para além do fator cronológico, como as mudanças nos níveis de independência e participação, bem como nas condições de saúde.

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo e está atrelado tanto à redução das taxas de mortalidade, quanto de natalidade o que, pouco a pouco, vem provocando mudanças significativas na estrutura etária da população (Chaimowicz, 1997; Miranda; Mendes; Silva, 2016).

No Brasil essas alterações tiveram início na década de 1940, com as políticas urbanas de saúde pública propostas pelo Estado - como a vacinação, a higiene pública e as campanhas sanitárias (Chaimowicz, 1997) e começaram a se intensificar a partir da década de 1970, em que o país sai de uma constituição familiar numerosa e concentrada em áreas rurais, para uma alta concentração, nas cidades, de famílias com menos filhos (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Esse processo de transição demográfica ocorre associado ao que se denomina de transição epidemiológica, que consiste na mudança, a longo prazo, do perfil de morbidade, invalidez e morte de populações específicas que, de acordo com Chaimowicz (1997) e Miranda, Mendes e Silva (2016), se dá, inicialmente, com a queda da mortalidade por doenças infecciosas, que normalmente acometem a população jovem, seguida da elevação dos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis, que se tornam muito frequentes entre os mais velhos a medida em que a expectativa de vida se prolonga.

Em virtude disso, no lugar de processos de adoecimento agudos e de rápida resolução, através da cura ou do óbito, passam a predominar as doenças crônicas que exigem décadas de cuidados e utilização dos serviços de saúde. Nesse sentido, Chaimowicz (1997), Miranda, Mendes e Silva (2016) e Torres et al. (2020) afirmam que, embora o aumento da expectativa de vida seja uma das maiores conquistas da humanidade, ele também se configura como o maior desafio a ser enfrentado na sociedade, já que as mudanças fisiológicas oriundas do próprio processo de envelhecimento quando associadas a fragilidades, tornam os idosos suscetíveis ao adoecimento, à incapacidade e à perda de autonomia.

As chamadas doenças crônicas englobam comorbidades multifatoriais que se originam da interação de fatores genéticos com fatores ambientais, com destaque para o uso abusivo de substâncias como álcool e tabaco, a má alimentação e a inatividade física. Além disso, apresentam longo período de duração e latência, tais como as doenças cardiovasculares, respiratórias, os transtornos mentais, o diabetes mellitus, as desordens genéticas e osteoarticulares. (Melo et al, 2023)

Como indivíduos idosos apresentam maior risco a desenvolverem quadro de resistência à insulina associada à tendência, inerente ao processo de envelhecimento, ao acúmulo de gordura, especialmente na região abdominal, e a perda de massa magra, essa faixa etária apresenta maior ocorrência de diabetes e doenças cardiovasculares (Espanhol et al., 2016).

Em 2015, o Brasil ocupou a quarta posição entre os países com maior prevalência de diabetes no mundo, com a existência estimada de 14,3 milhões de pessoas portadoras da doença, perdendo apenas para a China, a Índia e os Estados Unidos (Arrais et al., 2022; Freitas; Bahia, 2022). De acordo com o levantamento realizado nas 26 capitais e no Distrito Federal, o Brasil apresenta um total de 7,7% de diabéticos, com prevalência de 23,1% na população com mais de 65 anos de idade (Freitas; Bahia, 2022).

Embora o diabetes, assim como as demais doenças crônicas, seja uma condição a ser tratada, preferencialmente, na Atenção Primária (AP), casos agudos necessitam de atendimento em nível hospitalar (Arrais et al., 2022). Nesse sentido, os dados do DATASUS de 2020 apontaram que, em 2019, ocorreram ao todo 136.087 internações por diabetes, dentre as quais 65.113 evoluíram para óbito e, desse quantitativo, 71.925 internações foram de indivíduos acima de 60 anos, de idade, das quais 52.987 culminaram no óbito (Freitas; Bahia, 2022).

Junto com a diabetes, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui as duas principais causas de internação no SUS (Freitas; Bahia, 2022). No que tange à hipertensão, ela é uma doença altamente prevalente entre os idosos, para indivíduos entre 55 e 65 anos de idade o risco

de desenvolvê-la é > 90%, e chegou a atingir, em 2019, 60% da população idosa brasileira (Campana et al., 2022).

Ademais, outro agravo frequente é a pneumonia, cuja incidência aumenta consideravelmente com a idade, especialmente, durante surtos de gripe. Segundo estudo realizado em 2014, no Brasil, as doenças respiratórias foram a segunda maior causa de internações hospitalares, sendo a pneumonia responsável por 52% do total de internações para todas as faixas etárias e, considerando apenas os idosos (60 anos ou mais), correspondeu a 35%. (Carvalho et al, 2022)

Todos esses agravos podem contribuir para a perda da capacidade funcional e para a piora nas condições globais de saúde da pessoa idosa. Além disso, altas taxas de internações hospitalares podem indicar, de acordo com Arrais et al (2022), baixa qualidade dos serviços ofertados ou mesmo falta de acesso a esses serviços de saúde. Isso porque, todos os quadros clínicos supracitados são considerados Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), indicadores utilizados mundialmente e que permitem mensurar, de forma indireta, a efetividade das ações da Atenção Primária (Pinto; Giovanella, 2018; Pinto Et Al, 2019; Knabben Et Al, 2022).

Os ICSAP consistem, de acordo com Knabben e seus colaboradores (2022, p. 2) em “um conjunto de condições e patologias que podem ser prevenidas e controladas ao nível do acesso primário ao sistema de saúde” e, assim, reduzir o número de internações hospitalares. Em 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) contendo 19 grupos de condições de saúde, a saber: doenças preveníveis por imunização, Gastroenterites Infeciosas e complicações, Deficiências Nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Asma, Doenças pulmonares, Hipertensão, Angina, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Epilepsias, Infecção no Rim e Trato Urinário, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos, Úlcera gastrointestinal e Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (Brasil, 2008).

Até a década de 1980 o sistema de saúde brasileiro seguia o modelo bismarckiano do seguro social, nesse período inexistia uma política nacional de atenção primária, os serviços ofertados se restringiam ao pronto atendimento e a atenção ambulatorial, a cobertura era segmentada o que obrigava mais da metade da população a recorrer a instituições filantrópicas para atendimentos emergenciais (Pinto; Giovanella, 2018). Então, a partir da promulgação da Constituição o sistema de saúde brasileiro passou a ser pautado no modelo beveridgeano da seguridade, tendo a atenção primária como porta de entrada e centro de comunicação,

ordenadora e coordenadora do cuidado, recebendo lugar de destaque na Rede de Atenção à Saúde (Pinto et al, 2019).

Para isso, a APS precisa estar estruturada a partir de sete atributos, são eles: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária (Pinto et al, 2019).

Além disso, a APS, aqui no Brasil, é representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), originada do Programa Saúde da Família, desenvolvido em 1994 com o intuito de promover mudanças graduais no modelo assistencial vigente, sendo tão exitoso nessa tarefa e na ampliação o acesso de primeiro contato, que deixou de ser programa e foi assumido enquanto estratégia em 2006 com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Com isso, a Saúde da Família estabelece a função de porta de entrada preferencial e coordenação do cuidado na rede à equipe multiprofissional, sendo essa considerada uma importante estratégia para hierarquização do sistema e consequente garantia de efetividade. (Pinto; Giovanella, 2018)

Nessa perspectiva, no que concerne à saúde da população idosa, tanto o Pacto pela Vida quanto a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ambos publicados em 2006 (assim como a PNAB), definem o cuidado a essa população como uma prioridade do SUS e, conseqüentemente, da Saúde da Família (Martins et al, 2014). Contudo, esse panorama otimista de sólidos princípios e políticas, na prática, nem sempre se reflete na efetivação da integralidade do cuidado, o que pode estar relacionado a diversos aspectos, tal qual aponta o estudo de Martins e seus colaboradores (2014), o despreparo das equipes para lidar com as necessidades específicas da população idosa, a limitação do escopo de serviços ofertados e a restrição do acesso.

Todavia, o estudo ecológico de séries temporais realizado a nível nacional entre 2000 e 2018, por Knaben e seus colaboradores (2022), apontou para uma redução nas taxas gerais de ICSAP em idosos brasileiros, que caiu de 1.162.371, em 2000, para 1.038.593, em 2018, o que, segundo os autores, está relacionado ao aumento da cobertura da APS, que saiu de 39,90%, nos anos 2000, para 82,88%, em 2015.

Isso demonstra o potencial da APS em reduzir o número de internações através dos serviços que oferta, porém os resultados ainda estão muito aquém do que seria possível se houvesse o investimento adequado, como demonstram os dados do estudo supracitado, pois embora tenha havido aumento da cobertura, em dezoito anos, houve redução de apenas 123.778 internações por CSAP.

Além disso, importante destacar os retrocessos e ataques à APS perpetrados pelo Estado que, a partir da reformulação da PNAB de 2017 passou a definir incentivos financeiros a outros

tipos de equipes básica sem a presença do agente comunitário de saúde, reduzindo a prioridade da ESF, além da redução da carga horária dos profissionais para dez horas semanais, um grande obstáculo para o trabalho em equipe e, conseqüentemente, para a efetivação dos atributos da APS (Pinto; Giovanella, 2018).

Diante disso, sendo a falta de acesso uma das causas para a ocorrência das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, convém analisarmos como tem se dado o acesso da população idosa aos serviços de saúde, especialmente, após os retrocessos vivenciados.

5.4 Acesso: conceitos e dimensões

Embora o acesso universal aos serviços de saúde, no Brasil, seja garantido constitucionalmente enquanto direito cidadão fruto da luta dos movimentos sociais, na prática a realidade é bastante desigual e o acesso ainda é focalizado, seletivo e excludente (Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016; Araújo; Nascimento; Araújo, 2019), por isso, se constitui importante objeto de estudo no campo da saúde.

Jesus e Assis (2010) iniciam a discussão sobre tal construto com sua definição pela língua portuguesa, que o define como sendo o ato de ingressar, aproximar-se, possibilidade de alcançar/chegar a algo ou alguém. Nesse sentido, trazendo essa definição para o campo da saúde, o acesso pode ser entendido como sendo a porta de entrada, o caminho percorrido pelo usuário no sistema em busca do acolhimento e resolução de suas necessidades. Porém, é importante destacar que o acesso vai muito além do conceito de porta de entrada e se configura, também, como um dispositivo de transformação da realidade e garantia de direitos. (Jesus; Assis, 2010)

Sanchez e Ciconelli (2012), apontam que o acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilizar o serviço em circunstâncias que permitam seu uso apropriado, mas ressaltam que o mesmo não equivale à simples utilização dos serviços.

Nesse sentido, é importante destacar que o processo de utilização resulta da interação do comportamento de quem procura os cuidados com o do profissional dentro do sistema que o recebe, sendo, assim, determinado por fatores relacionados às necessidades de saúde, às características dos usuários, dos profissionais que prestam o serviço, da organização e da política que rege o sistema (Travassos; Martins, 2004). Frente a isso, cabe destacar que, apesar do uso ser uma medida de acesso e possa auxiliar na avaliação da equidade em saúde, não pode

ser explicado apenas por ele, uma vez que resulta de uma multiplicidade de fatores (Travassos; Martins, 2004; Sanchez; Ciconelli, 2012).

Contudo, essa não é a única definição, pois trata-se de um conceito complexo que varia ao longo do tempo e entre os autores, conforme afirmam Travassos e Martins (2004) em seu estudo de revisão do conceito, trazendo autores que empregam o substantivo acessibilidade - enquanto qualidade do que é acessível -, outros que utilizam o termo acesso mesmo - enquanto ato de ingressar - e ainda autores que utilizam ambos - como indicativo do grau de facilidade com que os indivíduos obtêm os cuidados em saúde.

O conceito varia, também, de acordo com o enfoque de cada autor, pois alguns focam nas características dos indivíduos que os influenciam a utilizar os serviços, através da análise dos fatores predisponentes (já existentes antes do surgimento do problema de saúde, como sexo, idade, histórico familiar de doenças), fatores capacitantes (do que a pessoa dispõe para obter os cuidados, recursos financeiros, por exemplo) e as necessidades de saúde; outros já focam nas características da oferta, ou na relação entre o indivíduo e os serviços, mas especificamente no grau de ajuste entre os clientes e o sistema (Travassos; Martins, 2004).

Travassos e Martins (2004) salientam ainda as divergências entre os autores quanto à forma de avaliar o acesso, se através dos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde, ou na relação entre os vários componentes do sistema e seus objetivos.

Essas autoras resgatam estudiosos como Donabedian, que utiliza o termo acessibilidade para se referir às características dos recursos e serviços que limitam ou facilitam seu uso pelos usuários em potencial, definindo, então, a capacidade de responder às necessidades de saúde de uma dada população. Nesse caso, a acessibilidade consiste em um aspecto importante da oferta, que permite explicar as variações de uso dos serviços pelas diferentes populações. (Travassos; Martins, 2004)

Além disso, a acessibilidade se constitui de duas dimensões: a sócio-organizacional, que abarca as características da oferta dos serviços que limitam ou ampliam a capacidade das pessoas o utilizarem (como situação econômica, diagnósticos, políticas públicas, etc.); e a geográfica, que se relaciona com a distância, tempo de locomoção e custos envolvidos no deslocamento do usuário aos serviços. Fica claro, com isso, que embora Donabedian não adote os fatores predisponentes dos indivíduos como parte do conceito de acessibilidade, ele a considera uma mediadora da relação entre os indivíduos e os serviços. (Travassos; Martins, 2004)

Em meio a tantas divergências e à complexidade deste objeto de estudo, esta pesquisadora se questiona: se não há consenso nem mesmo na definição, como ele tem sido

avaliado no âmbito do SUS? Será que realmente estamos conseguindo alcançar este que é um dos princípios basilares do nosso sistema de saúde, o acesso universal?

Ademais, se aprofundando um pouco mais na perspectiva dos autores que embasarão a análise futura, Assis e Jesus (2010; 2012), para eles o acesso consiste em uma categoria central para a análise das interrelações entre os usuários e os serviços de saúde, a qual pode ser descrita a partir de suas cinco dimensões: (1) disponibilidade, que designa tanto a relação entre o volume e o tipo de serviço, quanto o volume de usuários e os tipos de necessidades; (2) acessibilidade, que considera os recursos para o transporte, a distância, tempo de deslocamento e demais aspectos relacionados à localização da oferta e dos usuários; (3) acomodação ou adequação funcional, que corresponde à relação entre a forma como a oferta se organiza para receber os usuários e a capacidade/habilidade dos usuários de se acomodarem a esses fatores e perceberem sua conveniência; (4) capacidade financeira, por sua vez, abrange os custos do serviço, desde a entrada, manutenção, até a saída do usuário e, por fim, (5) aceitabilidade abrange as atitudes dos usuários sobre os trabalhadores e características dos serviços, bem como dos trabalhadores e serviços em ofertar assistência aos usuários (Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

Quanto aos aspectos teóricos, de Jesus e Assis (2010), Assis e Jesus (2012) e Araújo e Nascimento (2016) apontam o trabalho desenvolvido por Giovanella e Fleury (1995) como sendo fundamental para tal discussão, uma vez que essas autoras, partindo do entendimento da acessibilidade como o grau de ajuste entre os recursos disponíveis - que podem ser de fácil ou difícil obtenção - e a população em busca de assistência, propõem quatro dimensões explicativas para o acesso, às quais se articulam com modelos teóricos distintos.

A primeira dimensão proposta é a política, que se relaciona ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, considerando a relação entre o contexto histórico e a construção dos modelos de atenção e das políticas de saúde, e está intimamente ligada ao modelo sanitarista-politicista, o qual busca entender o acesso tomando como conceito chave a consciência sanitária, componente cognitivo que permite à população compreender os fatores que determinam a organização social e o processo saúde-doença (Assis; Villa; Nascimento, 2003; Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

Já a segunda é a econômica, a qual descreve a relação entre a oferta e demanda baseada no modelo economicista, que se debruça sobre essa relação e sobre os padrões de consumo dos indivíduos que a influenciam (Assis; Villa; Nascimento, 2003; Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

A terceira, por sua vez, é a dimensão técnica que se refere tanto à utilização e às dificuldades encontradas pelo usuário na busca e concretização do atendimento, quanto ao planejamento, organização, qualidade e resolutividade dos serviços ofertados, e cujo modelo base é o sanitário-planificador, que caracteriza o acesso como sendo a possibilidade de consumo garantida pela ação planejadora do Estado (Assis; Villa; Nascimento, 2003; Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

Por fim a dimensão simbólica, pautada no modelo das representações sociais que critica o modelo sanitário-político propondo o deslocamento da problemática da saúde do Estado para a vida social, buscando entender as representações sociais sobre a organização e como são ofertados os serviços a partir do resgate do lugar dos sujeitos coletivos e históricos (Assis; Villa; Nascimento, 2003; Jesus; Assis, 2010; Assis; Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

Contudo, Assis e de Jesus (2012), a partir de um aprofundamento teórico e metodológico, propõem uma quinta dimensão, a organizacional, que foca na garantia do acesso a partir de uma rede que dotada de uma porta de entrada para o sistema, um fluxo bem definido para atendimento, mesmo que existam barreiras geográficas, pautado no processo de referência e contrarreferência, na regulação e na avaliação das ações (Araújo; Nascimento, 2016).

Mas, para além de todo esse debate teórico, não podemos perder de vista que o acesso é a concretização do direito à saúde que, aqui no Brasil, está pautado na integralidade das práticas, na distribuição equânime dos recursos, de acordo com as especificidades e diferenças individuais e na universalidade do acesso (Barbiani et al, 2014).

Nessa perspectiva, é preciso ir além das reflexões teóricas que, é claro, são de extrema importância à medida em que subsidiam a proposição e avaliação das intervenções, para analisar como tem se dado o acesso na prática, especialmente no que tange à população idosa.

5.5 Acesso à saúde dos idosos no Brasil

O estudo de revisão realizado por Barbiani e seus colaboradores (2014), o qual analisou as produções científicas sobre acesso publicadas em cinco periódicos de renome no campo da Saúde coletiva, identificou importantes lacunas na qualidade e no acesso aos serviços no nível da atenção básica. Dentre os principais limites apontados pelos estudos analisados, estão: a não superação da hegemonia do modelo biomédico; demora na entrada, nos procedimentos e encaminhamentos para demais níveis de atenção, ocasionando agravamento dos quadros de saúde; fragmentação dos processos de trabalho; descontinuidade do cuidado; horários de

funcionamento incompatíveis com as demandas dos trabalhadores, impossibilitando o acolhimento à demanda espontânea e, assim, sobrecarregando a rede hospitalar; além do nó crítico que constitui o sistema de referência e contrarreferência (Barbiani et al,2014).

Nesse sentido, no que tange à população idosa, Cesário et al (2021) afirma que um modelo assistencial fragmentado e a ausência de coordenação do cuidado promovem a multiplicação de consultas especializadas e exames e o aumento da polifarmácia, o que sobrecarrega o sistema e não atende às necessidades dos usuários. Além disso, nesse mesmo estudo, os autores analisaram uma série histórica dos indicadores de acesso e utilização de serviços na APS por idosos brasileiros, a partir da PNAD de 2008 e da PNS de 2013 e de 2019, na qual identificaram que, embora tenha aumentado a cobertura da AP ao longo do anos em todas as regiões, houve um decréscimo na procura da AP pelos idosos e, sincronicamente, um aumento na procura pela rede e urgência e emergência, o que os autores relacionam à implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), em 2009 (Cesário et al, 2021).

Uma das justificativas para a realização deste trabalho é a escassez de estudos científicos sobre o acesso da população idosa aos serviços de saúde do SUS. Por essa razão, foi realizada no mês de setembro de 2024 uma busca na base de dados BVS Saúde, utilizando os descritores/MeSH “Acesso aos serviços de saúde” e “idosos” e o operador booleano “AND”. A partir disso, foram encontrados 14.742 resultados, os quais foram filtrados por texto completo em português, das bases de dados LILACS e MEDLINE, publicados nos últimos dez anos (2014-2024), cujos assuntos principais fossem “acessibilidade aos serviços de saúde”, “idoso” e “saúde do idoso”, o que culminou em 175 resultados. Porém após a leitura dos títulos, esse número reduziu para 18 e, após a leitura e análise dos resumos, foram excluídas duas dissertações, uma tese de doutorado e um artigo que não versava sobre o tema, resultando em 14 artigos, os quais estão dispostos no quadro abaixo:

Quadro 1: Estado da arte sobre acesso do idoso aos serviços de saúde

Autoria	Ano	Título	Objetivos	Método	Principais contribuições sobre o objeto
----------------	------------	---------------	------------------	---------------	--

Albernaz, C. B. et al.	2023	Acesso e uso dos serviços de saúde por idosos segundo a vulnerabilidade social.	Comparar os indicadores de acesso e uso de serviços de saúde de idosos comunitários de acordo com diferentes níveis de vulnerabilidade social.	Estudo transversal conduzido com 805 idosos. Utilizado questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios para mensurar indicadores de acesso e uso de serviços de saúde e Índice de Vulnerabilidade Social para avaliar a vulnerabilidade social.	O estudo constatou que idosos que vivem em áreas de maior vulnerabilidade social apresentaram piores desfechos relacionados aos indicadores de acesso aos serviços de saúde, embora utilizem com maior proporção o serviço público.
Almeida, A. P. S. C. et al.	2017	Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática.	Analisar a associação entre características socioeconômicas e acesso ou utilização de serviços de saúde entre idosos.	Revisão sistemática da literatura.	Os 36 artigos selecionados apontaram que, embora haja variações em relação ao tipo de serviço utilizado, as desigualdades no acesso ou na utilização dos serviços é uma realidade em todo o mundo, sendo necessário, para a redução das desigualdades e iniquidades em saúde, o investimento na ampliação da cobertura.

Almeida, A. N.	2015	O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008.	Analisar quais são os principais determinantes do acesso aos serviços de saúde pela população idosa brasileira.	Estudo com dados secundários provenientes do suplemento da Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 no Brasil.	O estudo analisou separadamente a probabilidade de homens e mulheres procurarem os serviços para realização de exames clínicos/ preventivos e para o tratamento de doenças e constatou que a escolaridade e a renda familiar determinam uma maior procura por tratamentos preventivos e menor por tratamentos de doenças
Austregésilo, S. C. et al.	2015	Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa.	Analisar as evidências científicas publicadas sobre a acessibilidade de pessoas idosas aos serviços de saúde bucal.	Revisão integrativa	Elenca como principais barreiras para o acesso aos serviços de saúde bucal, entre outras coisas, escolaridade, dificuldades financeiras, escassez de serviços, com destaque para a alta prevalência de perda dos dentes naturais em idosos brasileiros.

Borghi, A. C. et al.	2015	Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde.	Descrever como os idosos Kaingang e seus cuidadores principais experienciam o acesso aos serviços públicos de saúde.	Estudo etnográfico realizado com 28 idosos Kaingang e 19 cuidadores principais residentes na Terra Indígena Faxinal no município de Cândido de Abreu, Paraná	Embora tenha constatado facilidade para marcação de consultas e obtenção de recursos como medicamentos e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, o estudo apontou como barreiras para o acesso a distância de algumas residências para a UBS, a incompatibilidade dos horários de funcionamento com as necessidades da comunidade, a demora nos encaminhamentos e atendimentos em serviços especializados e a dificuldade na comunicação paciente/profissionais em razão do idioma falado na comunidade.
CRUZ, P. K. R. et al.	2020	Dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados.	Estimar a prevalência e descrever os fatores associados às dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados.	Estudo transversal realizado com 394 idosos comunitários, residentes em Montes Claros, Minas Gerais.	Uma proporção significativa dos participantes relatou dificuldades no acesso aos serviços, especialmente os públicos, sendo os principais fatores relacionados a ausência de companheiro, uma autopercepção negativa sobre a própria saúde, não saber ler e ser classificado como idoso frágil.

GIRONDI, J. B. R. et al.	2014	Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária.	Investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária	Estudo descritivo realizado a partir de entrevistas com usuários idosos e aplicação de questionário com profissionais de saúde e gestores no município de Florianópolis, Santa Catarina.	Os autores apontam a visão fragmentada de profissionais e gestores quanto ao atendimento aos idosos com deficiência, limitada às barreiras estruturais e arquitetônicas; destacam como barreiras do acesso a falta de uniformidade nos atendimentos, dificuldades no acesso a serviços especializados e procedimentos de alta complexidade, estrutura física das unidades, bem como dos transportes públicos.
GRDEN, C. R. B. et al.	2015	Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde.	Identificar as características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde.	Estudo transversal realizado com 56 idosos longevos cadastrados em 13 centros de convivência do idoso de Ponta Grossa-PR, por meio de questionário sociodemográfico e clínico, e questões adaptadas do Estudo Saúde Bem Estar e Envelhecimento, sobre acesso a saúde.	Embora um terço dos participantes tivessem plano de saúde, 31,3% apresentaram dificuldades no acesso, sendo a maioria entre os que utilizavam o SUS. Os autores destacam, nesse sentido, a importância dos profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros, identificarem e conhecerem as condições sociodemográficas e de acesso enquanto ferramenta para subsidiar o planejamento.

OLIVEIRA, T. M. et al.	2020	Acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos segundo microrregionais de saúde.	Descrever e comparar as características sociodemográficas e clínicas dos idosos, e o acesso e a utilização dos serviços de saúde, segundo três microrregionais de saúde de Minas Gerais.	Trata-se de um estudo transversal realizado com 1.635 idosos residentes nas Microrregionais de Saúde do Triângulo Sul, em Minas Gerais, por meio de inquérito domiciliar.	Verificou-se uma diferença significativa entre os idosos das três microrregionais no que se refere ao uso de medicamentos contínuos, morbidades e a consultas ao dentista no último ano.
PAGLIUCA, L. M. F. et al.	2017	Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde.	Avaliar a acessibilidade para idosos às Unidades de Atenção Primária de zonas urbanas e rurais.	Estudo descritivo realizado em 157 unidades de atenção primária do Ceará a partir da aplicação de um instrumento com padrões de acessibilidade da Norma Brasileira 9050/2004 para via pública e acesso ao prédio.	As unidades de saúde rurais e urbanas apresentaram condições insatisfatórias de acessibilidade nas vias públicas e nenhuma acessibilidade aos prédios, comprometendo o atendimento aos idosos por dificuldade ou falta de acesso.
PEDRAZA, D. F. et al.	2018	Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos.	Avaliar a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva dos idosos em um município do Nordeste brasileiro.	Estudo transversal de base domiciliar, realizado com 420 idosos de Campina Grande, PB, por meio da aplicação de um instrumento validado para avaliar a ESF pelos usuários e adaptado para idosos.	A avaliação dos idosos mostra a existência de barreiras, principalmente na acessibilidade organizacional, que ainda persistem para a procura e a utilização dos serviços.

SILVA, I. D. D. et al.	2019	Acesso e implicações da automedicação em idosos na atenção primária à saúde.	Avaliar o acesso e sua interferência no processo da automedicação em idosos.	Estudo transversal de avaliação dos serviços da atenção primária no município de Natal, RN, a partir da realização de 121 entrevistas em 9 UBS, em 2016.	Embora não tenha associação entre acesso e automedicação, o estudo identificou alta prevalência dessa prática (66,7%), apresentando associação significativa entre idade e medicamento sem prescrição médica para febre e cefaleia.
SILVA, K. F. et al.	2018a	O acesso dos idosos na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa.	Identificar as evidências científicas acerca do acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde.	Revisão integrativa.	As evidências científicas apontam que o acesso da população idosa aos serviços está aquém das reais necessidades dessa população e ressaltam a necessidade de novos estudos sobre a temática do acesso, especialmente no que tange à população idosa.
SILVA, K. F. et al.	2018 b	O acesso dos idosos na atenção primária à saúde: estudo de tendências em teses e dissertações brasileiras.	Identificar as contribuições do conhecimento científico produzido, em teses e dissertações brasileiras, sobre o acesso dos idosos na Atenção Primária à Saúde.	Revisão narrativa	Os autores destacam que, embora haja um crescimento nas produções sobre a temática nas pós-graduações, na maioria dos estudos analisados o acesso aos serviços de saúde foi pesquisado de maneira complementar, não como objeto principal.

Fonte: Elaboração própria.

Dos artigos analisados, sete investigavam os fatores associados ao acesso e utilização dos serviços pelos idosos, são eles os trabalhos de Almeida (2015), Grden et al (2015), Almeida et al (2017), Silva et al (2019), Cruz et al (2020) Oliveira et al (2020) e Albernaz et al (2023).

Almeida e seus colaboradores (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática com 36 artigos, os quais apontaram que as desigualdades no acesso ou na utilização dos serviços é uma realidade em todo o mundo, mesmo apresentando variações em relação ao tipo de serviço utilizado, concluindo ser necessário investir na ampliação da cobertura para reduzir as desigualdades e iniquidades em saúde. Nessa perspectiva, o estudo transversal realizado por Grden et al (2015) com 56 idosos longevos cadastrados em 13 centros de convivência de Ponta Grossa, Paraná, identificou que, apesar de um terço dos participantes terem plano de saúde, 31,3% apresentaram dificuldades no acesso, sendo a maioria entre os que utilizavam o SUS.

Um outro estudo transversal, realizado por Oliveira et al (2020), com 1.635 idosos residentes nas Microrregionais de Saúde do Triângulo Sul, em Minas Gerais, comparou as características sociodemográficas e clínicas dos idosos, e o acesso e a utilização dos serviços de saúde e verificou que, nas três localidades analisadas, ainda é baixo o percentual de idosos que buscam os serviços de saúde. Semelhantemente, o trabalho de Silva et al (2019), realizado com 121 idosos dispostos em 9 UBS do município de Natal, Rio Grande do Norte, com objetivo de avaliar o acesso na APS e sua interferência no processo da automedicação em idosos, contudo, não encontrou associação entre acesso e automedicação.

Os demais estudos associaram o acesso, ou a falta dele, a aspectos sociodemográficos e socioeconômicos. Tal qual o trabalho de Almeida (2015), que utilizando dados secundários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, constatou que a escolaridade e a renda familiar determinam maior procura por serviços preventivos e menor por tratamentos de doenças. E o estudo de Cruz e seus colaboradores (2020), realizado com 394 idosos comunitários, residentes em Montes Claros, Minas Gerais, encontrou associação entre as dificuldades de acesso e os fatores ausência de companheiro, autopercepção negativa da própria saúde, analfabetismo e ser classificado como idoso frágil.

Nessa perspectiva, Albernaz et al (2023) conduziu um estudo com 805 idosos utilizando um questionário da PNAD, com o intuito de mensurar o acesso e utilização dos serviços e o índice de vulnerabilidade social, no qual constatou que, embora utilizem o serviço em maior proporção, idosos residentes em áreas com maior vulnerabilidade social apresentaram piores desfechos relacionados aos indicadores de acesso.

Encontramos dois artigos analisaram o acesso de grupos minoritários, o de Borghi et al (2015), que buscou compreender a experiência de acesso aos serviços público de saúde pelos idosos Kaingang e seus cuidadores, e o de Girondi et al (2014), que investigou a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços da AP. O primeiro deles consistiu em um estudo etnográfico, realizado com 28 idosos Kaingang e 19 cuidadores, residentes na Terra Indígena

Faxinal, no município de Cândido de Abreu, Paraná, o qual identificou barreiras de acesso significativas, como a distância de algumas residências para a UBS, a incompatibilidade dos horários de funcionamento, a demora nos encaminhamentos e atendimentos em serviços especializados e a dificuldade na comunicação em razão do idioma falado na comunidade (Borghetti et al, 2015). Já o segundo consistiu em um estudo descritivo realizado com usuários idosos, profissionais e gestores do município de Florianópolis, Santa Catarina, em que foram destacadas como principais barreiras para o acesso questões arquitetônicas e estruturais das unidades e do transporte público, dificuldades no acesso a serviços especializados e procedimentos de alta complexidade e visão fragmentada de profissionais e gestores (Girondi et al, 2014).

Artigo elaborado por Pagliuca et al (2017), se debruçou especificamente sobre a acessibilidade geográfica, com o intuito de avaliar 157 unidades de atenção primária do Ceará, a partir da aplicação de um instrumento baseado na Norma Brasileira 9050/2004 para via pública e acesso ao prédio, no qual concluiu que as unidades da zona rural apresentaram acessibilidade insatisfatória tanto no que diz respeito às vias públicas, quanto à estrutura dos prédios, dificultando o acesso dos idosos às unidades.

O estudo de Pedraza e colaboradores (2018) focou nas dimensões organizacional, sociocultural e econômica do acesso através da aplicação de um instrumento validado para avaliar a ESF pelos usuários e adaptado para 420 idosos de Campina Grande, Paraíba, que identificou a existência de barreiras, principalmente na acessibilidade organizacional, por parte dos idosos com piores condições financeiras.

Identificou-se apenas um estudo que abordou a acessibilidade a serviços de saúde bucal, realizado por Austregésilo et al (2015), uma revisão integrativa que elencou escolaridade, dificuldades financeiras e escassez de serviços como principais barreiras para o acesso aos serviços de saúde bucal.

Por fim, fizeram parte dessa busca, também, dois estudos de revisão, uma integrativa e outra narrativa. O primeiro, realizado por Silva et al (2018a) buscou identificar evidências relacionadas ao acesso da população idosa aos serviços da AP e concluiu que esse está aquém das necessidades reais dessa população. Já o segundo, realizado pelos mesmos autores do artigo anterior, Silva et al (2018b), buscou investigar as tendências das produções sobre a temática em teses e dissertações brasileiras, cuja busca foi realizada em junho de 2015 e resultou em 9 trabalhos, os quais apresentaram uma tendência a inserir o acesso nos eixos temáticos da qualidade de vida e da integralidade da atenção, trabalhando-o de forma complementar, o que atesta, mais uma vez, a relevância do presente estudo.

Esse tem sido o cenário traçado pelos poucos estudos que abordam o acesso aos serviços de saúde pela população idosa, mas não podemos deixar de destacar que para aqueles pertencentes a grupos minoritários - LGBTQIAPN+, soropositivos, em cárcere, em situação de rua, os desafios são ainda maiores com as populações vulneráveis.

Assim, diante do crescente envelhecimento populacional e consequente aumento das necessidades de saúde dessa população dentro do sistema e considerando a existência de todo um aporte legal que normatiza e garante o acesso universal, integral e prioritário da pessoa idosa aos serviços, o presente trabalho se propõe a analisar como os documentos que norteiam os cuidados à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde, abordam o acesso, tomando como base as dimensões de acesso propostas por Assis e Jesus. Para isso, estabelece como objetivos específicos, a elaboração de uma linha do tempo com os marcos legais e históricos do direito da pessoa idosa desde a Constituição, a construção de uma matriz de análise para o acesso à saúde do idoso e a análise da dimensão política do acesso.

5. MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Todo estudo científico, segundo Prodanov e Freitas (2013), pode ser classificado de acordo com seu objetivo, com a maneira como aborda os dados e com os procedimentos técnicos que utiliza.

Com relação ao seu objetivo se configura como um estudo exploratório, o qual visa levantar mais informações sobre uma determinada temática pouco investigada, tornando possível sua definição e delineamento (Prodanov; Freitas, 2013; Gil, 2017).

No que tange à abordagem, trata-se de um estudo qualitativo, o qual, segundo Prodanov e Freitas (2013), tem no ambiente a sua fonte direta de dados, sem manipulação intencional do pesquisador, partindo da interpretação dos fenômenos e atribuição de significados, sendo estes os focos principais da abordagem.

Por fim, quanto aos procedimentos técnicos para obtenção dos dados, as pesquisas podem ser classificadas como bibliográfica, documental, experimental, de levantamento (*survey*), de campo, participante, ex-post-facto, como pesquisa ação, ou como estudo de caso (Prodanov; Freitas, 2013; Gil, 2017). Trata-se aqui de um estudo documental que busca investigar a coerência dos documentos que norteiam o cuidado à saúde do idoso no SUS, à luz das dimensões de acesso propostas por Assis e Jesus (2012).

Cabe abrir um parêntese para salientar que, aqui, a definição de coerência parte da perspectiva de Mario Testa (1992), sanitarista e planejador cuja obra é referência para o campo do Planejamento em Saúde, o qual propõe a análise das diferentes estratégias políticas ao longo da história das lutas pelo poder, a partir do que cunhou como Postulado da Coerência. Neste postulado o autor estabelece relações de determinação e condicionamento entre os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza para alcançá-los e a organização que assume, em um primeiro nível, e entre o papel do Estado que se relaciona com os propósitos, a teoria que se relaciona com o método e a história com a organização, em um segundo nível, assumindo a necessidade de coerência entre essas relações. (Giovanella, 1989)

No que tange às pesquisas documentais, embora carregue semelhanças com os estudos bibliográficos, diferem deles quanto à natureza das fontes de dados, pois enquanto eles utilizam fontes secundárias, na forma de livros, periódicos, dicionários, ensaios e artigos científicos, os quais já carregam em si as contribuições de diferentes autores sobre o tema, a pesquisa

documental trabalha com fontes primárias, ou seja, materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico e, por conta disso, requerem uma análise muito mais cuidadosa (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009; Gil, 2017).

Quanto às vantagens desse tipo de estudo, Gil (2008) destaca que a utilização de fontes documentais permite conhecer o passado, investigar os processos de mudanças sociais e culturais e reduzir os custos para a obtenção dos dados.

6.2 Coleta dos dados

No que concerne às estratégias de coleta dos dados, fez parte do corpus de análise os marcos legais que normatizam a saúde do idoso no Brasil (Quadro 02), bem como os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde que, embasados nas legislações, orientam as ações voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (Quadro 03), os quais foram analisados a partir das dimensões de acesso propostas por Assis e Jesus (2012).

Quadro 2: Documentos legais sobre a pessoa idosa que norteiam as políticas públicas.

TÍTULO	LEGISLAÇÃO	OBJETIVO	SÍNTESE DA PROPOSTA
“Política Nacional do Idoso”	Lei nº 8.842/1994	Visa assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.	<p>Estabelece a idade de sessenta anos ou mais para se considerar uma pessoa idosa; Responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo cuidado ao idoso; Propõe ações que estimulem a autonomia e o protagonismo do idoso; Cria o Conselho Nacional do Idoso, órgão permanente, deliberativo e paritário, responsável pela supervisão, acompanhamento, fiscalização e avaliação da política; Delimita as competências de cada órgão e entidade público nas áreas da saúde, educação, assistência social, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e da cultura, esporte e lazer.</p>
“Política Nacional de Saúde do Idoso”	Portaria nº 1.395/1999	Promover o envelhecimento saudável, a manutenção e melhora da capacidade funcional, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde com o intuito de garantir a independência e permanência do idoso em seu contexto social.	<p>Propõe ações intersetoriais voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e à realização de estudos e pesquisas; Propõe a adoção precoce de hábitos saudáveis como estratégia para manutenção da funcionalidade e autonomia à medida que se envelhece;</p>

<p>“Estatuto do Idoso”</p>	<p>Lei nº 10.741/2003</p>	<p>Regula os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.</p>	<p>Dispõe sobre a obrigatoriedade da família e da sociedade assegurar os direitos da pessoa idosa à vida, saúde, educação, alimentação, lazer, liberdade, cultura, esporte, trabalho, cidadania, dignidade e à convivência familiar e comunitária; Estabelece a garantia de prioridade nos atendimentos em órgãos públicos e a preferência na formulação e execução de políticas públicas.</p>
<p>“Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”</p>	<p>Portaria nº 2.528/2006</p>	<p>Visa recuperar, manter e promover autonomia e independência dos idosos, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde.</p>	<p>Propõe ações intersetoriais para promoção do envelhecimento ativo e saudável, estímulo a ações integrais e integradas de atenção à saúde, com provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade de tal atenção, estímulo a participação e fortalecimento do controle social, apoio ao desenvolvimento de pesquisas e educação permanente dos profissionais envolvidos, divulgação de informações sobre a política entre gestores, profissionais e usuários e promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3: Principais documentos que norteiam as práticas de cuidado em saúde do idoso no SUS

TÍTULO/ANO	OBJETIVO	SÍNTESE
Caderno de Atenção Básica nº 19- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007)	Oferecer subsídios técnicos para facilitar a prática diária dos profissionais da Atenção Básica, com o intuito de garantir maior resolutividade às necessidades de saúde da população idosa.	<p>Consiste em um instrumento que permite avaliar a funcionalidade, de maneira sistematizada, para mensurar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) das pessoas idosas, possibilitando o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados para embasar o processo decisório sobre o curso do tratamento e cuidados necessários.</p> <p>Para isso, propõe uma avaliação global que envolve: alimentação e nutrição, acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, depressão, mobilidade, quedas, uma avaliação funcional, bem como do suporte familiar e social.</p>
Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral (2014)	Subsidiar a discussão sobre a organização do cuidado à pessoa idosa no SUS, por meio da potencialização das ações já desenvolvidas e da proposição de novas estratégias para fortalecer articulações e qualificar o cuidado.	Propõe a construção do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa com as diretrizes e estratégias para potencializar ações já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção (Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico), compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação, no intuito de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado.
Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (2018)	Apresentar orientações técnicas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para nortear a construção e a implementação de uma linha de cuidados para a atenção integral à saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como eixos estruturantes a identificação das necessidades de saúde, a capacidade funcional e os recursos existentes em cada território.	Propõe a organização estratégica da atenção integral à pessoa idosa na RAS, tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, por meio do estabelecimento de um percurso longitudinal para o cuidado integral nos diferentes pontos da rede (desde a atenção básica à especializada), promovendo articulação e integração com as demais políticas públicas e prevendo possíveis itinerários do usuário, de acordo com suas necessidades de saúde e capacidade funcional.

Fonte: Elaboração própria.

A seleção de tais documentos foi realizada a partir do que consta no site do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB (2023), no qual estão dispostas as legislações e documentos oficiais que versam sobre a saúde do idoso. Como critério de inclusão, foram selecionados os documentos que oferecem subsídios técnicos para a organização da atenção à saúde de maneira mais geral. A partir disso, por se tratarem de instrumentos de registro, de avaliação ou orientações muito direcionadas a contextos específicos, foram excluídos do corpus os seguintes documentos: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (2006), o Guia Prático do Cuidador (2008), Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa (2021) e o Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para Atenção Primária à Saúde (2023).

No que se refere às técnicas de coleta, realizou-se a leitura de todos os documentos para a identificação dos trechos que se referiam a cada uma das dimensões de acesso, para isso, tomou-se como norte as unidades de sentido definidas a partir do que Assis e Jesus (2012) descrevem como o foco de análise de cada dimensão, conforme descritas no quadro 6.

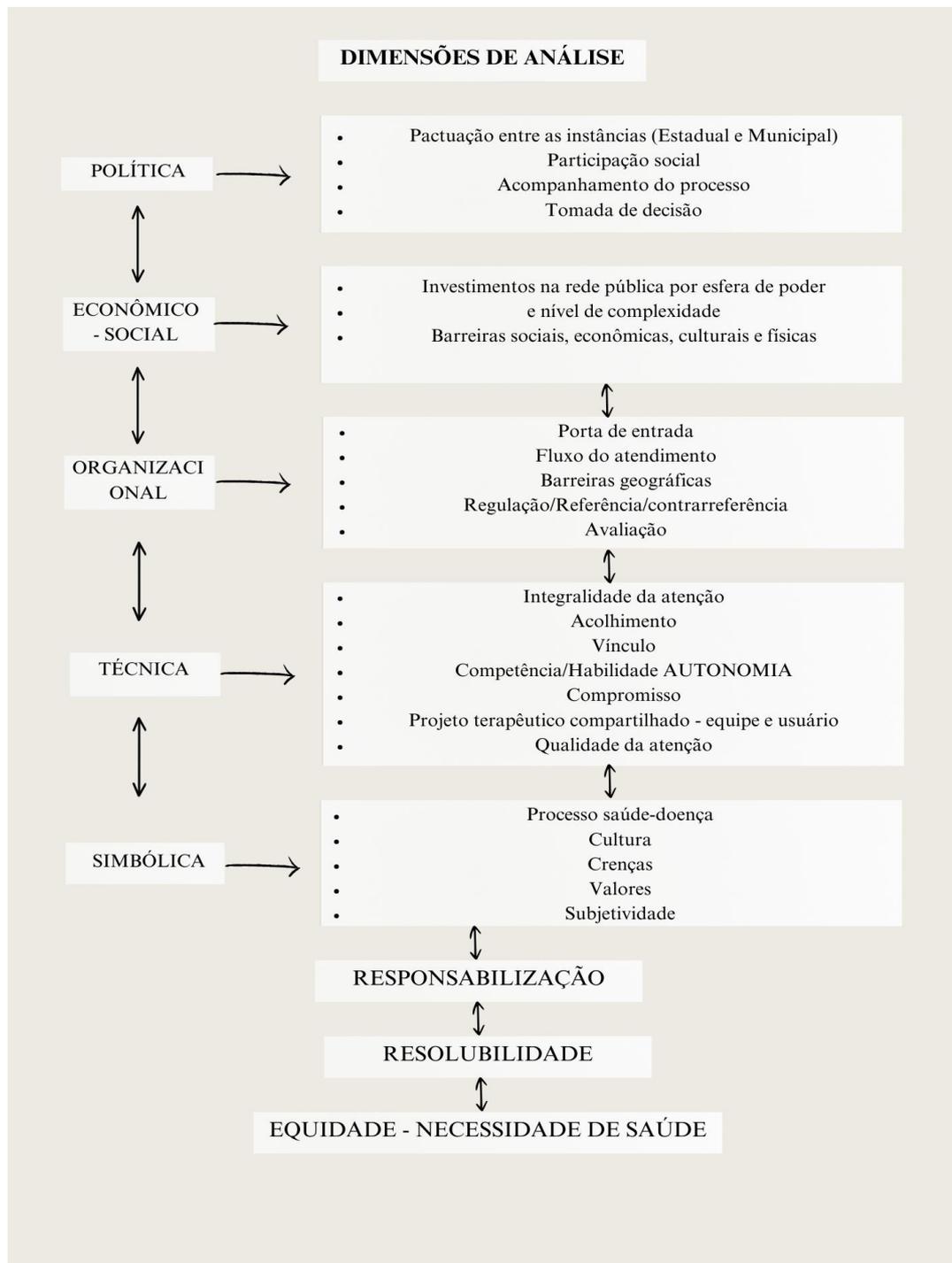
6.3 Análise dos dados

Quanto à análise dos dados coletados, o presente estudo utilizou a Hermenêutica Dialética método que, segundo Assis e Jorge (2010), contribui para que o pesquisador busque a compreensão do material analisado, seja ele um texto, uma fala ou um depoimento, como fruto de um processo que é social e (como tal, envolve trabalho e dominação) de conhecimento (que se expressa através da linguagem), articulando, assim, pensamento e práxis vivida como forma de compreensão qualitativa da realidade.

De acordo com Minayo (2013), a Hermenêutica Dialética combina a compreensão dos símbolos, intencionalidades e significados presentes na linguagem, da Hermenêutica, com a articulação das críticas, oposições e contradições das ideias e de transformação da própria realidade social, da Dialética, sendo essa combinação muito utilizada em pesquisas qualitativas com foco na compreensão dos fenômenos sociais.

Para tanto, esse método propõe o confronto entre as categorias empíricas, estabelecidas a partir do tratamento do material empírico, situadas no plano concreto operacional, e as categorias analíticas, construídas a partir do referencial teórico que norteia o trabalho (Assis; Jorge, 2010), as quais serão embasadas na proposta de Assis e Jesus (2012) das cinco dimensões explicativas de análise do acesso, conforme consta no quadro abaixo:

Quadro 4: Dimensões de análise do Acesso

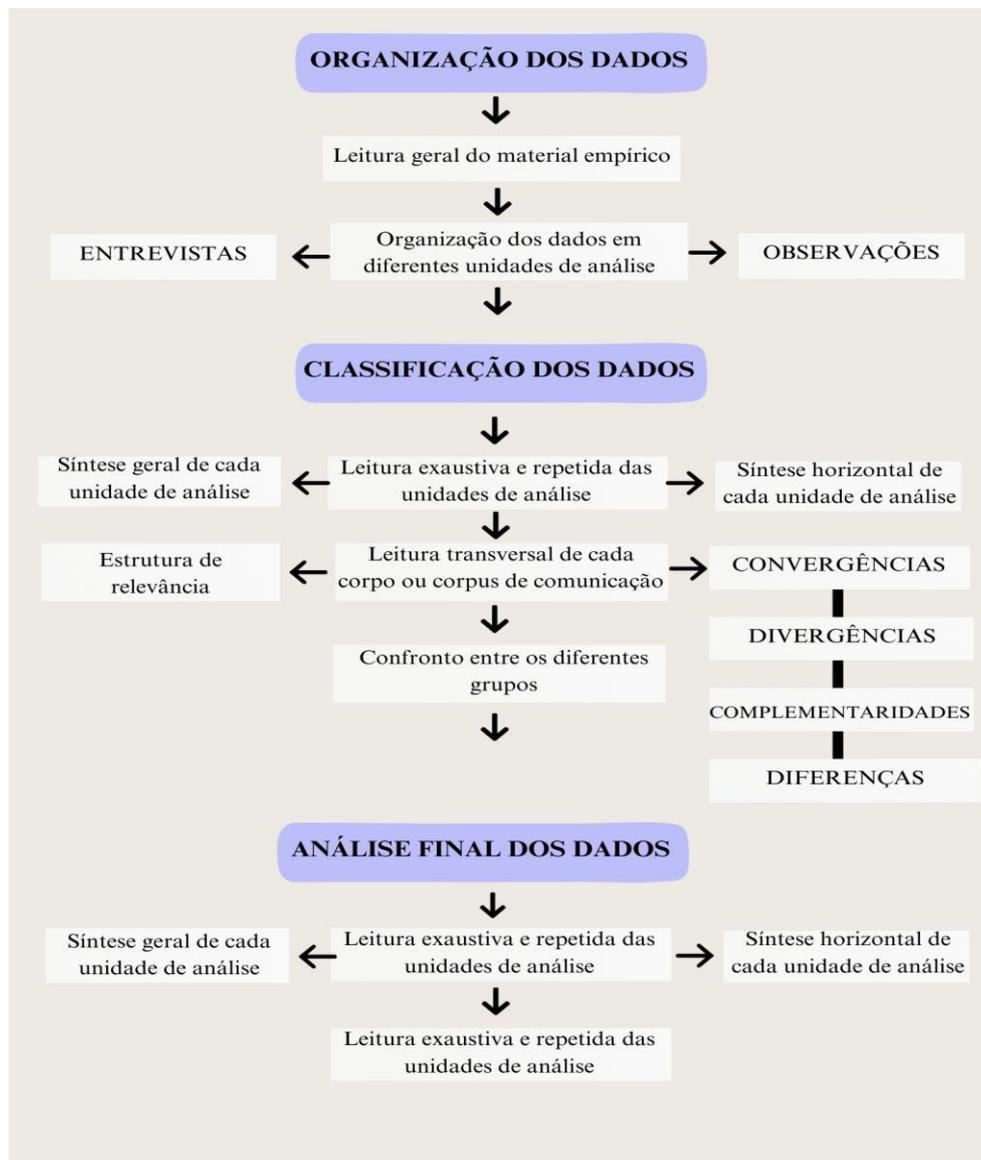


Fonte: Assis e Jesus (2012)

Cabe destacar, contudo, a dimensão simbólica foi retirada da análise por tratar de aspectos mais subjetivos, como cultura, crenças e valores, que os documentos não contemplariam.

Com relação às etapas do processo interpretativo (Quadro 04), essa trajetória é composta pela ordenação, classificação e análise final, etapas que, embora apresentadas em sequência, se conectam e se interrelacionam. A primeira delas tem como objetivo realizar um mapeamento horizontal do material coletado, que envolve a organização do conteúdo empírico, transcrição das entrevistas e categorização dos dados em conjuntos (frases, temas, palavras). (Assis; Jorge, 2010)

Quadro 5: Etapas do processo de análise



Fonte: Assis e Jorge (2010).

Já a classificação permite a construção dos dados empíricos a partir do referencial teórico que norteia o trabalho e se subdivide em outros dois momentos: (1) a leitura exaustiva e flutuante de todo o material, seguida da síntese geral de cada unidade de análise, o que possibilita identificar os núcleos de sentido, e o estabelecer as sínteses horizontais, que permitem identificar as ideias comuns e destacar as estruturas de relevância (ideia central) em cada categoria apresentada; e (2) a leitura transversal do material já estruturado a partir dos núcleos de sentido presentes nos diferentes grupos, filtrando o que for mais relevante para o objeto de estudo para estabelecer as sínteses verticais, a ideia global que cada material (texto, documento, entrevista) apresenta, identificando as divergências, convergências, complementaridades e diferenças entre eles. (Assis; Jorge, 2010)

Com relação à análise final, essa etapa consiste no encontro das especificidades do objeto estudado com as chamadas relações essenciais, as quais são representadas não apenas pelo que é dito na mensagem em si, mas pelo que está por trás, os discursos ideológicos que revelam o todo das relações sociais e que pode ser acessado na interpretação. Essa análise possibilita ao pesquisador, enquanto sujeito social que produz conhecimento, vislumbrar novas estratégias de intervenção na realidade social concreta, bem como novas trajetórias de pesquisa. (Assis; Jorge, 2010). Durante a análise final de dados realizaremos na triangulação do material empírico e das bases teóricas. A triangulação de dados é uma técnica usada em pesquisa qualitativa, onde a intersecção de diferentes olhares e falas possibilitam a verificação e validação da pesquisa (Minayo, 2005).

O primeiro passo foi realizar uma leitura inicial de todo o material, seguida de uma segunda leitura para identificação das unidades de sentido acima listadas em cada um dos sete documentos. Posteriormente, os trechos identificados foram destacados e organizados em uma planilha do excel.

A leitura dos documentos fez emergir as unidades de sentido presentes em cada uma das dimensões de acesso, as quais foram definidas em conformidade com o que propõem Assis e Jesus (2012), como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 6: Unidades de sentido por dimensão

POLÍTICA	ORGANIZACIONAL	TÉCNICA	ECONÔMICO-SOCIAL
Pactuação entre as instâncias	Porta de entrada	Integralidade da atenção	Investimentos na rede pública por esferas de poder e nível de complexidade

Participação social	Fluxo de atendimento	Acolhimento	Barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas
Acompanhamento do processo	Barreiras geográficas	Vínculo	Preconceitos
Tomada de decisão	Regulação/referência/contrarreferência	Competência/habilidade/autonomia	
Programas especiais	Avaliação	Compromisso	
		Projeto Terapêutico Compartilhado	
		Qualidade da Atenção	
		Planejamento e Programação das ações	

Fonte: Assis e Jesus (2012).

Após a organização dos dados, foram realizadas as sínteses gerais de cada unidade de sentido e, em seguida, essas sínteses foram reagrupadas em categorias de análise definidas para cada dimensão. As unidades de sentido da dimensão política foram reorganizadas em duas categorias, Gestão compartilhada (unidades de 1 a 4) e Fortalecimento de necessidades específicas (unidade 5); a organizacional também contou com duas categorias, Organização da rede de atenção ao idoso (unidades de 1 a 4) e Avaliação das ações de saúde voltadas para o idoso (unidade 5); e a dimensão técnica foi organizada em Construção da garantia de acesso à pessoa idosa (unidades 1, 7 e 8) e Gestão do cuidado à pessoa idosa (unidades de 2 a 7).

Nesse processo de análise, não foram identificados nos documentos elementos relevantes/significativos no tocante à dimensão econômico-social e, em virtude disso, optamos por excluir da análise final essa dimensão.

Por fim, após a síntese das unidades de sentido de cada um dos documentos e agrupamento das mesmas nas categorias de análise, foram identificadas as convergências, divergências, complementaridades e diferenças, conforme consta no Apêndice 1.

Contudo, embora tenha sido realizada a análise completa das dimensões política, técnica e organizacional e que constem elementos de ambas na construção de ambas na matriz de análise, serão apresentados nos resultados, somente os dados da dimensão política, em virtude da antecipação da entrega e defesa desta dissertação.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora tenhamos analisado as dimensões política, organizacional e técnica do acesso da população idosa aos serviços de saúde a partir das diretrizes nacionais, serão apresentados neste capítulo, a linha do tempo, a matriz de análise e os resultados referentes à dimensão política. Diante disso, será apresentado no tópico seguinte uma linha do tempo visual com os principais marcos legais e históricos da saúde do idoso no Brasil, os quais incluem os documentos que foram aqui analisados, considerados os mais relevantes para o contexto e cujas propostas serão descritas mais detalhadamente. Em seguida, será apresentada a matriz de análise do acesso à saúde do idoso, a qual foi construída a partir dos documentos à luz das dimensões organizacional, política e técnica. Por fim, traremos o artigo cujo objetivo foi analisar a dimensão política do acesso.

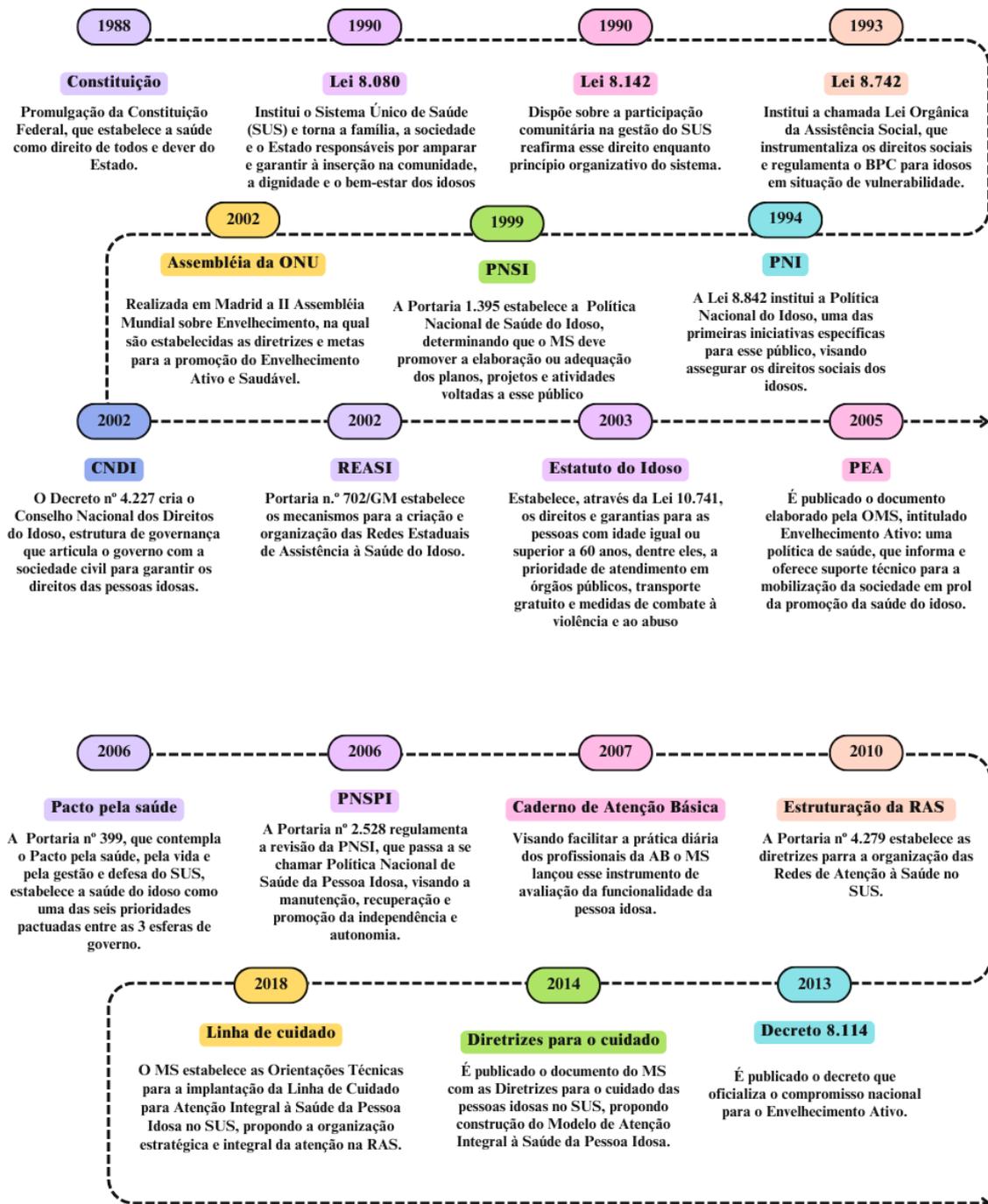
7.1 Linha do tempo

A Constituição Federal de 1988 representou uma grande conquista para a população brasileira, principalmente, por seu caráter inovador ao propor um sistema amplo de proteção pautado na seguridade social, assegurando, dentre outras coisas, universalidade da cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios e equidade de participação do custeio, na forma de direitos à saúde, assistência e previdência social (Boschetti, 2009). Contudo, sua promulgação não garantiu mudanças imediatas no cenário da época, caracterizado pelo corporativismo previdenciário, ações assistencialistas limitadas, domínio do modelo médico privatista individual e dualidade institucional de dois sistemas de saúde, o público e a assistência previdenciária (Souza, 2018).

Isso porque, diante da ascensão neoliberal no centro do sistema capitalista na conjuntura internacional, propondo a adoção do Estado Mínimo e propagando a restrição dos direitos sociais como estratégia fundamental para a recuperação do equilíbrio fiscal frente à crise econômica, a Constituição passou a ser vista como um entrave para o progresso nacional (Matos, 2008; Souza, 2018), surgindo daí a necessidade de implementação de leis específicas para cada área da Seguridade Social, no intuito de garantir sua efetivação (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Nessa perspectiva, o quadro abaixo apresenta uma linha do tempo que dispõe os principais marcos legais que normatizam o cuidado à pessoa idosa no Brasil, reafirmando direitos, em tese, já assegurados pela Constituição.

Quadro 7: Linha do tempo com os principais marcos legais que normatizam o cuidado ao idoso no Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Convém agora analisarmos mais profundamente o que propõem os documentos mais relevantes para o objetivo deste trabalho, dentre os marcos acima citados, começando pela Política Nacional do Idoso, primeira proposta voltada especificamente para esse público.

A PNI estabelece a prioridade de atendimento para o idoso em órgãos públicos e propõe a criação de programas e projetos voltados à promoção da qualidade de vida, como programas de atividade física, de lazer, de educação e de assistência à melhoria de condições de habitabilidade, bem como de espaços alternativos de cuidado, como centros de convivência, casas-lares, grupos de auto ajuda, etc. Além disso, garante o acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção e a participação do idoso no controle social. (Brasil, 1994)

A PNSI, por sua vez, além de reafirmar aspectos abordados na PNI, como o incentivo à atividades de promoção da saúde - atividades físicas, ações educativas -, criação de espaços/serviços de cuidados alternativos ao atendimento convencional, o incentivo à realização de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia a fim de, principalmente, qualificar os profissionais da área e a elaboração de normas de funcionamento para fiscalização de serviços geriátricos e similares, a PNSI propõe a inclusão da assistência domiciliar em caráter obrigatório e a adoção do estado funcional como parâmetro de definição de prioridade de atendimento (Brasil, 1999).

No que se refere ao Estatuto do idoso, que reitera a obrigação do Estado e da família em prover condições para envelhecer com saúde e dignidade, um aspecto que merece destaque é que seu texto ressalta que a garantia de prioridade ao idoso não se restringe ao atendimento em órgãos e serviços públicos, mas também compreende a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços às pessoas idosas (Brasil, 2003).

Nesse sentido, cabe ainda destacar que todas as normativas até aqui citadas, assim como a PNSPI, propõem apoiar o incentivo à realização de estudos e pesquisas na área, sugerindo, inclusive, a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas Instituições de Ensino Superior (IES), os quais possam atuar tanto na qualificação de recursos humanos, quanto na oferta de atendimento integral (Brasil, 1994; Brasil, 1999; Brasil, 2006). Contudo, diante da escassez de trabalhos científicos envolvendo essa população, em especial no que se refere ao acesso à saúde, conforme apontado na revisão de literatura apresentada nesta dissertação, torna-se possível supor que, embora seja incessantemente incentivado, o apoio ao desenvolvimento de estudos científicos, não têm se concretizado na prática.

A PNSPI propõe a implementação da avaliação funcional individual e coletiva como um instrumento gerencial e a reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção

à Saúde da Pessoa Idosa, aspectos que são reiterados na proposta das Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, o qual ressalta também a importância da qualificação e organização da Atenção Básica, enquanto ordenadora da RAS, e dos demais pontos de atenção ambulatorial e hospitalar especializados pautadas no planejamento das ações a partir da identificação das necessidades, na comunicação, regulação e coordenação do cuidado pela AB e na estratificação de risco (Brasil, 2014).

Além disso, nesse documento o Ministério da Saúde ressalta a importância da utilização e divulgação de ferramentas como a Caderneta de Saúde e o Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, o qual consiste em um instrumento de avaliação da funcionalidade utilizado para mensurar se há nível de comprometimento que impeça a realização das atividades de vida diária, dessa forma, facilitando o estabelecimento do diagnóstico e a definição do curso do tratamento por parte da equipe da AB (Brasil, 2007a; Brasil, 2014).

Ademais, ao propor as Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, o Ministério da Saúde determina que a gestão deve articular as equipes e os equipamentos da saúde com os demais dispositivos do território, salientando o papel fundamental da articulação intersetorial, em especial, no que tange às ações conjuntas entre a APS e os dispositivos do SUAS. Cabe destacar, ainda, que tal documento aponta a necessidade do registro e da sistematização das informações coletadas com as avaliações multidimensionais realizadas pelas equipes da AB e da Saúde da Família, - as quais direcionarão o planejamento das ações - além do estabelecimento de instrumentos gerenciais e indicadores para o monitoramento e a avaliação da implementação e resultados da linha de cuidado e demais propostas. (Brasil, 2018a)

7.2 A Matriz de Análise do Acesso

A figura abaixo apresenta a Matriz de Análise do acesso produzida neste trabalho.

Figura 1: Matriz de Análise do acesso aos serviços de saúde pela população idosa brasileira.



Fonte: Elaboração própria.

A partir da análise dos documentos que norteiam a atenção à saúde da pessoa idosa, foi possível identificar os Aspectos Fundamentais para a organização da rede de cuidados à saúde do idoso nos municípios, os quais foram dispostos em quatro eixos: dispositivos, serviços, pressupostos e organização.

Os aspectos identificados como **dispositivos** foram os programas de atividade física e as academias de saúde, apontadas como elementos fundamentais para a promoção de um envelhecimento saudável e citados pela maioria dos documentos; os centros de convivência e grupos de autoajuda, que também foram bastante incentivados, sendo descritos pela Política Nacional do Idoso em seu Art. 10º, inciso I, alínea b, como espaços de cuidado alternativos ao atendimento convencional (Brasil, 1994); e os Centros de Referência e Hospital-dia geriátrico. Esses dois últimos dispositivos compõem as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (REASI), implementadas em 2002 através da Portaria n.º 702/GM (Brasil, 2002).

Porém, as orientações atuais são que

se constituam enquanto serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada (formação, atualização, etc), nos temas da geriatria e gerontologia, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do escopo da Atenção Básica (BRASIL, 2014, p. 33).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde estabelece que, municípios que tenham Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CREASI) devem não apenas realizar os atendimentos encaminhados pela AB, mas também o matriciamento e capacitação das equipes, sendo esse realizado por Teleconsultoria para municípios que não possuem centro de referência mas façam parte da rede (Brasil, 2018a).

Quanto aos **serviços**, a rede deve ofertar o acesso à Estratégia Saúde da Família, enquanto estratégia prioritária da APS; o acesso a medicamentos, bem como órteses e próteses para tratamento ou reabilitação, por intermédio do SUS, conforme determina a PNSI e o Estatuto do Idoso (Brasil, 1999; Brasil, 2003); além da oferta de atendimento por uma equipe multiprofissional devidamente qualificada, como estabelece a PNSI (Brasil, 1994) e da realização da avaliação multidimensional, a qual precisa abranger não apenas aspectos da funcionalidade - apontada como critério para o estabelecimento de prioridade no atendimento a idosos (Brasil, 1999) - mas também aspectos psicológicos e de suporte social e familiar, em consonância com o que é orientado pelo Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2007a).

Além disso, a atenção domiciliar, citada como cuidados alternativos pela PNI (Brasil, 1994) e inclusa como obrigatória na rede enquanto alternativa à internação hospitalar na PNSI (Brasil, 1999), juntamente com os cuidados paliativos também são serviços fundamentais da rede de cuidados ao idoso. Nesse sentido, nas Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado fica estabelecido que a oferta de cuidados paliativos deve ser integrada ao sistema em todos os níveis de atenção, mas, especialmente, na AB e domiciliar (Brasil, 2018a). Cabe destacar ainda que, embora já fosse ofertado pelo sistema, diretrizes para a garantia de cuidados paliativos no SUS só foram fixadas em 2018, a partir da Resolução nº 41 (Brasil, 2018b) e, somente em 2023, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Cuidados Paliativos, pela Resolução nº 729 (Brasil, 2023).

Ademais, a PNSI destaca a consulta geriátrica como sendo a base da assistência no âmbito ambulatorial, sendo fundamentada na coleta e registro de informações que possam orientar o diagnóstico e o tratamento adequado, a partir da utilização rotineira de escalas que permitam a realização de uma avaliação global do idoso (Brasil, 1999).

Por fim, como último serviço fundamental para a rede de cuidados à saúde do idoso destacamos a promoção de ações educativas, apontada pela maioria dos documentos como ferramenta de promoção da saúde, sendo incentivada tanto a criação de programas educativos (Brasil, 1994), quanto à realização de ações de orientação sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis (Brasil, 1999), prevenção da violência, prevenção de quedas, alimentação e

nutrição, saúde bucal, mental e sexual, identificação de condições e doenças crônicas, dentre outras temáticas (Brasil, 2014; Brasil, 2018a).

Quanto à **organização** dessa rede, os documentos apontam a utilização da avaliação funcional como instrumento gerencial imprescindível, uma vez que permite determinar a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde de cada município e, assim, planejar as ações com base nas reais necessidades dos sujeitos (Brasil, 2006). Nessa perspectiva, a utilização da Caderneta de Saúde e do Caderno de Atenção Básica também são incentivadas, o primeiro por ser um instrumento de registro e acompanhamento da saúde do idoso utilizado tanto pela equipe, quanto pelos cuidadores e o segundo por oferecer subsídios técnicos à equipe da AB para a realização da avaliação global do estado de saúde do idoso (Brasil, 2007a; Brasil, 2014).

Além disso, a regulação também é apontada como uma estratégia de gerenciamento da rede, já que permite organizar e integrar os serviços dos diferentes níveis de atenção, seguindo como critério a estratificação de risco a partir dos encaminhamentos da AB. Semelhantemente, orienta-se a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de maneira compartilhada, incluindo a Atenção Especializada quando se tratar de idosos com comprometimento funcional mais severo, e em parceria, também, com os dispositivos do SUAS, como Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com o intuito de garantir a sustentabilidade do cuidado, e as Unidades de Cuidado Prolongado (UCP), uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico. (Brasil, 2018a)

Nesse sentido, o MS destaca o PTS como sendo um instrumento de grande utilidade gerencial, uma vez que promove a valorização dos trabalhadores da equipe em suas respectivas áreas do conhecimento, a articulação de diferentes recursos para as intervenções e o matriciamento, a medida em que a equipe, percebendo suas dificuldades pode solicitar apoio de especialistas (Brasil, 2007b).

O apoio matricial em saúde consiste em uma metodologia de trabalho que pretende oferecer retaguarda especializada tanto num nível assistencial, quanto de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Campos; Domitti, 2007), sendo, por conta disso, identificado nos documentos como ferramenta para organização da rede, na qual a AB, após esgotarem-se seus recursos, devem solicitar apoio da atenção especializada (Brasil, 2018a).

Por fim, a última categoria dos aspectos fundamentais foi a dos **pressupostos**, assim definidos por serem identificados como a base de toda a organização da rede, seu ponto de

partida, são eles: o vínculo e o acolhimento, o cuidado longitudinal, a intersetorialidade, o planejamento e qualificação profissional.

O acolhimento é uma ferramenta tecnológica de intervenção essencial para a construção do vínculo, que, por sua vez, é o que garante o acesso com responsabilização e resolutividade (Brasil, 2010). Nesse sentido, a PNSPI destaca a importância de desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa e de estimular e implementar vínculos entre os serviços e o usuário, bem como os núcleos familiares e comunitários para, dessa forma, criar condições de participação efetiva da população idosa e do controle social (Brasil, 2006). Semelhantemente, o Caderno de AB tece uma série de orientações para a atuação com grupos de idosos com foco em estratégias para o acolhimento e o estabelecimento de vínculo, dentre elas a importância de se utilizar uma linguagem clara, objetiva, compreensível e respeitosa (Brasil, 2007a).

Nesse ínterim, o vínculo, além de carregar em si um potencial terapêutico, permite o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário, o que facilita o processo de corresponsabilização pela saúde, sendo, assim, elemento essencial para a garantia do cuidado longitudinal, uma das diretrizes da Atenção Básica, que possibilita acompanhar os efeitos das intervenções, ajustar condutas, além de evitar a perda de referências e reduzir os riscos de iatrogenia pelo desconhecimento do histórico do usuário (Brasil, 2011).

A esse respeito, os documentos ressaltam a importância da realização da avaliação multidimensional das pessoas idosas do território, do cadastro e atualização desses dados nos Sistemas de Informação em Saúde, da realização de visitas domiciliares e do acompanhamento da ocorrência de internações hospitalares no intuito de garantir a continuidade do cuidado desses sujeitos (Brasil, 2018a), sendo a divulgação e utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e do Caderno de Atenção Básica ferramentas fundamentais nesse processo (Brasil, 2007a; Brasil, 2014).

Outro pressuposto fundamental é a intersetorialidade, pois conforme aponta o documento da OMS (2005), a promoção do envelhecimento ativo demanda a ação conjunta de diversos setores para além da saúde e serviços sociais, como educação, segurança, habitação, transporte, desenvolvimento rural e urbano e justiça. Nessa perspectiva, os documentos aqui analisados apontam, por exemplo, para a necessidade de parceria entre o setor saúde e os Ministérios da Educação e das Ciências e Tecnologia para a realização de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia e a capacitação de recursos humanos, bem como com os Ministérios da Previdência e da Assistência Social, para a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados (Brasil, 1999).

Além disso, a atuação conjunta dos dispositivos do SUS e do SUAS também é apontada como de extrema importância para a garantia do cuidado integral à pessoa idosa, considerando que a maioria dos idosos usuários utilizam os serviços dos dois sistemas. O serviço de Proteção Social Básica do SUAS visa a promoção de saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, sendo a atuação conjunta da equipe da AB e do CRAS fundamental para identificação, orientação e acompanhamento dos idosos do território; a Proteção Social Especial oferta serviços de média e alta complexidade através do CREAS, Centro Pop e do Centro Dia, cujo objetivo é ofertar atividades de apoio aos cuidados básicos de vida diária, em especial, voltado para idosos com grau de dependência descrito nos perfis 2 ou 3; e na alta complexidade são ofertados os serviços de acolhimento, moradias que fazem parte do território, como República, Casa-Lar e Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, sendo de responsabilidade da AB e da Atenção domiciliar o reconhecimento e acompanhamento dos residentes. Mas, para articular essas ações conjuntas o planejamento torna-se imprescindível (Brasil, 2018a)

Cabe salientar que esse planejamento precisa partir de constantes leituras do território, entendendo-o como um organismo vivo, pois as articulações intersetoriais e a construção dos fluxos entre os diferentes pontos de atenção da rede precisa partir da identificação e reconhecimento das necessidades das pessoas idosas e suas famílias, a partir da análise dos dados socioeconômicos, epidemiológicos e contextuais (Brasil, 2018a).

Finalmente, o pressuposto mais fundamental talvez seja a qualificação profissional, já que todos os outros aqui citados dependerão dele, em alguma medida. Nesse sentido, a PNI em seu Art. 4º, inciso V, estabelece como diretriz a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços (Brasil, 1994), sendo de responsabilidade do gestor municipal garantir a educação permanente em relação à Saúde da Pessoa Idosa para toda a equipe da AB (Brasil, 2007a).

Além dos aspectos fundamentais, a análise dos documentos permitiu identificar alguns aspectos avançados, são eles o apoio a estudos e pesquisas, a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia e a avaliação das ações implementadas. O incentivo à realização de estudos nas áreas de geriatria e gerontologia é pautado desde a PNI, sendo encarado como relevante não apenas para a qualificação profissional, mas também para o planejamento das ações (Brasil, 1994; Brasil, 1999). Nesse sentido são propostas a realização de estudos epidemiológicos e inquéritos populacionais para levantamento e identificação de condições de risco, bem como a criação de um banco de dados nacional para divulgar tanto os resultados das

avaliações funcionais, quanto os pesquisadores e pesquisas na área de saúde do idoso (Brasil, 2006).

Ainda nesse ínterim, é proposta a criação dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia vinculados à IES, com foco tanto no estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para atender aos idosos de maneira integral, quanto na oferta de capacitação das equipes multiprofissionais e interdisciplinares (Brasil, 1999).

Foi possível identificar 6 instituições com nomes semelhantes, contudo, nenhuma delas pareceu atender por completo a proposta, tal qual descrita pelos documentos. São elas: o Centro Integrado de Geriatria e Gerontologia Ativa, clínica médica privada localizada no Rio de Janeiro; o Instituto de Geriatria e Gerontologia de Pernambuco, também oferta atendimentos clínicos particulares ou por convênio; o Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que realiza pesquisas através de seus grupos de estudo, mas não oferta atendimentos; o Centro Gerontológico de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, que atende, especificamente, ex-militares e não realiza pesquisas; o Centro de Atendimento /interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia, o qual oferta atividades extensionistas vinculadas à Universidade Vale do Rio Doce; e o Centro de Geriatria e Gerontologia Júlia Magalhães, vinculado às Obras Sociais Irmã Dulce. Cabe destacar, que apenas esse último é vinculado a uma instituição pública e a um programa de residência em saúde.

Por fim, os documentos orientam a realização de estudos que avaliem a implementação das ações propostas, sejam dos programas ou da própria política, sendo fundamental, para isso, a definição dos instrumentos de gestão e dos indicadores para monitoramento (Brasil, 2018a).

Esses aspectos foram identificados como avançados porque, embora sejam de suma importância e sua implementação seja incentivada desde as primeiras normativas voltadas ao cuidado à pessoa idosa no Brasil, a ausência delas não impede o funcionamento da rede.

7.3 Artigo

Este artigo será submetido ao periódico *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

Políticas públicas de saúde do idoso no SUS: uma análise da dimensão política de acesso

Este artigo tem como objetivo analisar a dimensão política do acesso à saúde do idoso no SUS a partir dos documentos e diretrizes nacionais que normatizam o cuidado a esta população específica. Foi realizada uma análise documental à luz da proposta teórica de Assis e Jesus, sob o olhar metodológico da Hermenêutica Dialética a partir do qual foram analisadas as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre os documentos analisados. Como resultados foi identificado que os documentos convergem quanto ao seu objetivo de promover um envelhecimento saudável e ativo, bem como em algumas das ações propostas para alcançá-lo; além disso se complementam no que tange à proposição de criar um sistema de informação para divulgação das ações, reformular os serviços e programas disponíveis na RAS e estimular e apoiar a criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, além de programas educativos e assistenciais. Por fim, não foram identificados aspectos em que os documentos diferem ou divergem em suas proposições ou objetivos, configurando que existe coerência entre os documentos.

Palavras-chave: Acesso a serviços de saúde; idoso; política pública.

Introdução

As políticas de saúde pública propostas pelo Estado brasileiro na década de 1940, tais como a vacinação, as campanhas sanitárias e de higiene pública, foram o pontapé inicial para que tivesse início, em nosso país, o processo de transição epidemiológica e, conseqüentemente, demográfica, a partir da redução das taxas de mortalidade e das mudanças na constituição familiar, que deixa de ser numerosa e concentrada em áreas rurais, processo que se intensifica a partir da década de 1970 (Miranda; Mendes; Silva, 2016).

Como resultado desse cenário de melhora nas condições de saúde e, conseqüente aumento da expectativa de vida, o envelhecimento demográfico vem crescendo no Brasil. De acordo com o censo de 2022, a população idosa brasileira cresceu 56,0% em comparação com 2010, saindo dos 20.590.597 para os atuais 32.113.490 habitantes (IBGE, 2023), o que tem mobilizado inúmeros setores da sociedade que consideram esse um dos maiores desafios atuais (Bárrios; Fernandes, 2014).

Embora o envelhecimento seja um direito reconhecido por lei (Brasil, 2003) e o aumento da expectativa de vida seja uma grande conquista, com ele cresce também a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis, as chamadas doenças crônicas, o que impacta de forma significativa o sistema de saúde, uma vez que demandam cuidados específicos (Souza, 2018; Torres et al, 2020). Cabe salientar ainda que, atrelada às múltiplas vulnerabilidades provocadas pelo avanço da idade que, quando associadas a fragilidades e vulnerabilidades, tornam os idosos suscetíveis ao adoecimento, à incapacidade e à perda de autonomia (Miranda; Mendes; Silva, 2016; Torres et al, 2020) se somam as desigualdades de raça, de gênero, territoriais e, em especial, de classe social que impactam de forma significativa na distribuição e no acesso a bens e serviços (Souza, 2018).

Porém, mesmo diante de tal cenário, as primeiras iniciativas voltadas para a proteção social da população idosa no Brasil, datam da década de 1990, período em que a velhice tornou-se, de fato, uma pauta mundial e que a perspectiva do envelhecimento ativo, começa a ganhar força enquanto uma estratégia de redução dos custos com essa população, uma vez que enaltece o autocuidado, a adoção de hábitos saudáveis e a manutenção da capacidade funcional como uma realidade possível para todos, reduzindo as vulnerabilidades do segmento idoso (Carrijo, 2023).

Nessa perspectiva, logo após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a ascensão do neoliberalismo no centro do sistema capitalista na conjuntura internacional impôs

restrições aos direitos sociais garantidos pela lógica do modelo de proteção da Seguridade Social, recém adotado, tornando necessária a implementação de leis específicas para cada área, a fim de garantir sua efetivação (Machado; Lima; Baptista, 2017).

Assim, no que tange aos marcos constitucionais no campo das políticas voltadas ao público idoso, após a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080/90, que reafirma o direito à saúde e torna a família, a sociedade e o Estado responsáveis pelo amparo e garantia de inserção na comunidade, pela dignidade e pelo bem-estar dos idosos (Torres et al, 2020). Semelhantemente, a Lei Orgânica da Assistência Social, instituída pela Lei 8.742/93, regulamentou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), concedendo um salário mínimo a pessoas com deficiência e à população idosa em situação de vulnerabilidade financeira (Carrijo, 2023).

Nesse ínterim, em 1994 é publicada uma das primeiras iniciativas específicas para a população idosa, a Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei 8.842, que se propõe a assegurar os direitos sociais dessa população (Brasil, 1994). E, como um desdobramento da Lei 8.080, a Portaria 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual assume que as perdas das habilidades físicas e mentais são o principal limitador à realização das atividades básicas da vida diária pelos idosos, por isso determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde devem promover a elaboração ou adequação dos planos, projetos e atividades voltadas a esse público (Brasil, 1999; Torres et al, 2020). Cabe destacar, que essa mesma política passa por processo de revisão em 2006, pela Portaria nº 2.528, passando a se chamar Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), adotando como objetivos centrais a manutenção, recuperação e promoção da independência e autonomia da pessoa idosa por meio de medidas individuais e coletivas de saúde (Brasil, 2006).

Outro marco legal que merece destaque é a sanção do Estatuto do Idoso em 2003, através da Lei 10.741, o qual reafirma que, para além do Estado, é dever da família e da sociedade garantir aos idosos o direito à cidadania, dignidade, bem-estar e participação social (Brasil, 2003; Torres et al, 2020).

Ademais, no que concerne às iniciativas voltadas à normatização da saúde do idoso, o Caderno de Atenção Básica (CAB) sobre o Envelhecimento, lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde, consiste em um instrumento de avaliação da funcionalidade que permite mensurar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) das pessoas idosas para que, assim, os profissionais que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS) possam estabelecer um julgamento clínico e traçar o curso do tratamento integral (Brasil, 2007). Cabe salientar que esse foco na garantia da independência e autonomia da pessoa

idosa é o cerne da perspectiva ativista, que desde quando foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a nortear as propostas voltadas para a população idosa (Carrijo, 2023).

Nesse contexto, é que o documento com as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS é publicado em 2014, propondo a construção do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa pautado no trabalho em rede, na articulação intersetorial e na integração dos diferentes pontos de atenção (Brasil, 2014). Contudo, embora as normativas e diretrizes sejam um grande avanço, muitos dos desafios e especificidades enfrentados por essa população permanecem invisibilizados e o cuidado segue fragmentado (Brasil, 2018).

Buscando superar esses desafios, o Ministério da Saúde estabelece, em 2018, as Orientações Técnicas para a implantação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, propondo a organização estratégica e integral da atenção na Rede e Atenção à Saúde (RAS) por meio do estabelecimento de um percurso longitudinal para o cuidado integral nos diferentes pontos da rede (Brasil, 2018).

Todavia, a existência de todas essas normativas não tem se refletido no acesso dessa população aos serviços de saúde, uma vez que os estudos têm apontado que ainda são elevadas as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primárias, indicador que expõe o acesso precário, ou a ausência de acesso aos serviços básicos de saúde (Pinto; Giovanella, 2018; Knabben et al, 2022).

Nessa perspectiva, o próprio Ministério da Saúde (Brasil, 2018) corrobora que, embora tenhamos avançado bastante, há dificuldades na organização das ações de modo a garantir o cuidado integral considerando as necessidades específicas da população idosa, o que fragmenta a prática do cuidado no sistema e, conseqüentemente, tem sobrecarregado os serviços especializados, especialmente a rede de urgência e emergência. Soma-se a isso, ainda, a escassez de equipes capacitadas para o atendimento, a insuficiência de estruturas de cuidado domiciliar, além das profundas desigualdades sociais, de raça e de gênero que culminam no acesso desigual aos serviços (Brasil, 2018).

Por garantir a promoção do vínculo, do acolhimento, da humanização e da resolutividade, o acesso se configura como um dispositivo capaz de transformar a realidade, consistindo em uma categoria fundamental para análise das interrelações entre os usuários e os serviços. Nesse sentido, a acessibilidade, condição para o acesso aos serviços, perpassa a facilidade de obtenção e/ou utilização dos serviços e/ou recursos disponíveis. (Araújo; Nascimento, 2016)

Assis e de Jesus (2012) propõem quatro dimensões explicativas para o acesso, às quais se articulam com modelos teóricos distintos. A primeira delas é a política, relacionada ao

desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, considerando a relação entre o contexto histórico e a construção dos modelos de atenção e das políticas de saúde, e se baseia no modelo sanitarista-politicista; a segunda é a econômica, que descreve a relação entre a oferta e demanda baseada no modelo economicista; já a terceira é a técnica, que, a partir do modelo sanitarista-planificador, abarca as dificuldades encontradas pelo usuário na busca e concretização do atendimento, o planejamento, organização, qualidade e resolutividade dos serviços; por fim, a dimensão simbólica, influenciada pelo modelo das representações sociais, busca entender sobre a organização e como são ofertados os serviços a partir do resgate do lugar dos sujeitos coletivos e históricos (Assis; De Jesus, 2012; Araújo; Nascimento, 2016).

A partir de um aprofundamento teórico e metodológico, porém, Assis e Jesus (2012) propuseram como quinta dimensão a organizacional, que foca na garantia do acesso, apesar das barreiras geográficas, a partir de uma rede bem delimitada, dotada de porta de entrada, com fluxo de atendimento, pautada no processo de referência e contrarreferência, na regulação e na avaliação das ações.

Este artigo tem como objetivo analisar a dimensão política do acesso à saúde do idoso no SUS a partir dos documentos e diretrizes nacionais que normatizam o cuidado a esta população específica.

Método

Este trabalho consiste em um dos produtos de uma dissertação de mestrado cujo objetivo foi analisar as dimensões de acesso da população idosa brasileira aos serviços de saúde, a partir dos documentos que norteiam e normatizam o cuidado ao idoso no SUS. Na dissertação foram analisadas três das cinco dimensões de acesso propostas por Assis e Jesus (2012): política, organizacional e técnica. Este artigo discute os dados empíricos que permeiam a dimensão política.

Trata-se de um estudo documental de abordagem qualitativa, cujo corpus de análise, foram os marcos legais que normatizam a saúde do idoso no Brasil, disponíveis no site do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em 20 de setembro de 2023.

Dessa forma, foram selecionados a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; bem como os documentos elaborados pelo Ministério da Saúde que, embasados nas legislações, orientam

as ações voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, são eles, o Caderno de AB nº 19, as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS e as Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS.

Quanto à análise dos dados coletados, o presente estudo utilizou a Hermenêutica Dialética, método que propõe o confronto entre as categorias empíricas, estabelecidas a partir do tratamento do material empírico, situadas no plano concreto operacional, e as categorias analíticas, construídas a partir do referencial teórico que norteia o trabalho (Assis; Jorge, 2010). No que tange às etapas do processo interpretativo, essa trajetória é composta pela ordenação, classificação e análise final, etapas que, embora apresentadas em sequência, se conectam e se interrelacionam.

Nessa perspectiva, após a leitura exaustiva dos documentos, foram identificadas cinco unidades de sentidos que compõem a dimensão política de acesso: 1- pactuação entre as instâncias; 2- participação social; 3- acompanhamento do processo; 4- tomada de decisão; 5- programas especiais. Posteriormente, foram realizadas as sínteses gerais de cada unidade de sentido e, em seguida, essas sínteses foram agrupadas em duas categorias de análise: Gestão compartilhada (1 a 4) e Fortalecimento de necessidades específicas (5). Prosseguimos com a delimitação das sínteses horizontais, onde identificou-se as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre os documentos, para cada categoria de análise. Por fim, realizou-se a interpretação articulando todas as informações empíricas com as bases teóricas.

Resultados

No quadro 1 estão elencados os objetivos e a síntese, a partir do agrupamento nas unidades de sentido, do que cada documento propõe no que concerne à saúde da pessoa idosa.

Quadro 0 1: Documentos norteadores do cuidado a pessoas idosas, objetivos e síntese das propostas, Feira de Santana-Ba, 2025.

DOCUMENTO	SÍNTESE DA PROPOSTA
<p>Política Nacional do Idoso - Lei nº 8.842/1994</p> <p>Objetivo: Assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Estabelece a idade de sessenta anos ou mais para se considerar uma pessoa idosa; *Estabelece a prioridade de atendimento em órgãos públicos; *Responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo cuidado ao idoso; *Propõe ações que estimulem sua autonomia e o protagonismo; *Cria o Conselho Nacional do Idoso e estimula a participação do idoso no controle social; *Delimita as competências de cada órgão e entidade público; *Propõe a criação de um sistema de informação para ampla divulgação da política e o apoio a estudos voltado à essa população; *Propõe a criação de programas educativos, assistenciais e de estímulo à prática de atividade física e lazer;
<p>PNSI - Portaria nº 1.395/1999</p> <p>Objetivo: Promover o envelhecimento saudável, a manutenção e melhora da capacidade funcional, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde com o intuito de garantir a independência e permanência do idoso em seu contexto social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Propõe ações intersetoriais voltadas para a promoção do envelhecimento saudável; *Propõe a adoção precoce de hábitos saudáveis como estratégia para manutenção da funcionalidade e autonomia à medida que se envelhece; *Apoia e incentiva a realização de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia e a capacitação de recursos humanos; * Propõe, também, criar e estimular a criação na rede SUS de unidades de cuidados diurnos, apoiar a criação de centros de convivência e grupos de auto ajuda, promover distribuição de medicamentos, órteses e próteses e aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares; *Propõe a elaboração, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas;
<p>Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003</p> <p>Objetivo: Regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Dispõe sobre a obrigatoriedade da família e da sociedade assegurar os direitos da pessoa idosa; *Estabelece a garantia de prioridade nos atendimentos em órgãos públicos e a preferência na formulação e execução de políticas públicas; *Obriga o Estado prover proteção e um envelhecimento saudável e digno às pessoas idosas, garantindo-lhe acesso integral à saúde, incluindo o acesso a medicamentos, órteses e próteses para tratamento ou reabilitação, por intermédio do SUS; *Compete ao Conselho do idoso zelar pelo cumprimento dos direitos previstos nessa lei, supervisionar, fiscalizar e acompanhar a avaliação da PNI e fiscalizar as entidades governamentais e não governamentais de atendimento à pessoa idosa.
<p>PNSPI - Portaria nº 2.528/2006</p> <p>Objetivo: Visa recuperar, manter e promover autonomia e independência dos idosos, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Propõe ações intersetoriais para promoção do envelhecimento ativo e saudável; *Estímulo a ações integradas e integradas de atenção à saúde, com provimento de recursos capazes de assegurar sua qualidade; *Estímulo a participação e fortalecimento do controle social; *Apoio ao desenvolvimento de pesquisas e educação permanente dos profissionais envolvidos; *Divulgação de informações sobre a política entre gestores, profissionais e usuários; *Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
<p>Caderno de AB nº 19- Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007)</p> <p>Objetivo: Oferecer subsídios técnicos para facilitar a prática diária dos profissionais da AB, a fim de garantir maior resolutividade às necessidades de saúde da população idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Consiste em um instrumento que permite avaliar a funcionalidade, para mensurar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs), possibilitando o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e curso do tratamento a partir de uma avaliação global; *Compete ao gestor municipal garantir a educação permanente à toda equipe da AB e garantir a reprodução dos instrumentos de avaliação aqui disponibilizados;

<p>Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral (2014)</p>	<p>*Pactuar entre as instâncias deliberativas do SUS os objetivos, metas, a organização e financiamento para implementação do novo modelo de cuidado à saúde do idoso, o qual deve articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas;</p> <p>*Propõe reformulação dos serviços e programas disponíveis nas redes locais de estados e municípios;</p> <p>*Realizar mapeamento do território e identificação dos idosos, em especial aqueles mais vulneráveis;</p> <p>* Instrumentalizar e qualificar as equipes por meio, por exemplo, da implantação caderneta de saúde da pessoa idosa e da ampla divulgação e distribuição do Caderno de AB sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa;</p> <p>*Incentiva ações que atendam a necessidades específicas da população, como fortalecimento muscular e orientações a respeito de alimentação saudável e práticas de autocuidado por parte das secretarias estaduais e municipais;</p>
<p>Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (2018)</p>	<p>*Propõe a organização estratégica da atenção integral à pessoa idosa na RAS, tendo a AB como ordenadora do cuidado, por meio do estabelecimento de um percurso longitudinal para o cuidado integral nos diferentes pontos da rede, promovendo articulação e integração com as demais políticas públicas e prevendo possíveis itinerários do usuário, de acordo com suas necessidades de saúde e capacidade funcional;</p> <p>*Criar e garantir espaços colegiados de decisão;</p>
<p>Objetivo: Apresentar orientações técnicas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para nortear a construção e implementação de uma linha de cuidados para a atenção integral à saúde das pessoas idosas na RAS, tendo como eixos estruturantes a identificação das necessidades de saúde, a capacidade funcional e os recursos existentes em cada território.</p>	

Fonte: Elaboração própria.

No que tange aos elementos que convergem entre os documentos, está a garantia de acesso integral à saúde, tendo a promoção de um envelhecimento digno e saudável como objetivo, além da garantia de prioridade tanto nos atendimentos em órgãos públicos, quanto no que diz respeito à elaboração de políticas/programas/projetos.

Além disso, também propõem a promoção da participação da pessoa idosa em equipamentos e no controle social, apoia e incentiva a elaboração de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia, a fim de melhor qualificar os profissionais da RAS, e a divulgação e utilização dos instrumentos e materiais elaborados pelo MS, bem como a elaboração, implementação e acompanhamento de programas de atividade física e lazer.

Ademais, no que concerne aos aspectos em que os documentos se complementam, eles propõem a reformulação dos serviços e programas disponíveis nas redes locais de Estados e municípios e o estímulo, apoio e criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, além de programas educativos e assistenciais, como os de melhoria nas condições de moradia. Propõem, também, a criação de um sistema de informação

para divulgação das ações e a elaboração de normas técnicas para atenção à saúde dessa população.

Por fim, não foram identificadas divergências e diferenças entre os documentos analisados, fato relevante, uma vez que, o cuidado à saúde da pessoa idosa deve acontecer a partir de uma rede de atenção que se comunica e se complementa buscando a integralidade e o respeito às singularidades de cada pessoa.

Discussão

A promoção de um envelhecimento saudável e ativo, a partir da PNSPI (Brasil, 2006) é o propósito de todos os documentos analisados. O termo envelhecimento ativo, embora tenha sido adotado pela OMS somente em 2002, desde a década de 1980, está presente em alguns trabalhos científicos que associavam altos níveis de desempenho físico e cognitivo ao engajamento ativo com a vida e baixas probabilidades de doenças e/ou incapacidades na velhice (Speranza; Werle; Moreira, 2022).

Partindo dessa perspectiva, nasce a Política de Envelhecimento Ativo (PEA), em 2005, propondo uma série de ações a partir de seus três pilares: saúde, segurança e participação. Este documento é pautado, principalmente, no autocuidado e na promoção de independência e autonomia, que passa a nortear todas as ações voltadas ao público idoso (OMS, 2005; Carrijo, 2023). Cabe salientar que, embora esteja inserida no âmbito da saúde pública, sua concretização depende da elaboração de políticas conjuntas com outros setores como, serviço social, habitação, trabalho, transporte, segurança social e financeira, assim como justiça e desenvolvimento urbano e rural para atingir tais objetivos (OMS, 2005), não havendo, entretanto, uma proposta clara de ação concreta.

Assim, em consonância com a PEA, os documentos aqui analisados propõem a elaboração, implementação e acompanhamento de programas de atividade física e lazer, bem como programas educativos, em conformidade com o proposto nos pilares da saúde e participação, respectivamente. Nessa perspectiva, Cachioni (2012) destaca o papel que os programas Universidades Abertas à Terceira Idade (UATI) vem desempenhando no Brasil desde o início da década 1980, favorecendo o engajamento social e promovendo melhora nas capacidades cognitivas, senso de autoeficácia e na qualidade de vida de milhares de idosos.

Segundo levantamento realizado pela mesma autora, há cerca de 200 programas vinculados a instituições de ensino superior brasileiras (Cachioni, 2012), porém, mesmo sendo

reconhecido enquanto um dispositivo legal, conforme o artigo 25 do Estatuto do idoso, que apoia e incentiva sua criação (Brasil, 2003), considerando a concentração dessas instituições em grandes centros urbanos e o número ainda limitado de idosos atendidos, fica evidente a necessidade de maiores investimentos para a ampliação desse equipamento social que tanto êxito tem obtido na promoção de cidadania na velhice (Assis; Dias; Necha, 2016).

No que tange à promoção de atividade física, tanto as Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS, quanto às Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado, destacam o Programa Academia de Saúde (PAS) enquanto espaço privilegiado de promoção da saúde para inclusão da população idosa (Brasil, 2014; Brasil, 2018). O PAS foi implantado em 2011, como um dos desdobramentos da Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em 2006, e, segundo estudo de monitoramento realizado por Wolker e colaboradores (2020), em 2017 o programa já contava com polos espalhados por 4.271 municípios.

Ainda são escassos os estudos que avaliam os impactos e a efetividade da implantação desse programa, conforme afirmam Fank e colaboradores (2018). Esses mesmos autores, ao analisarem o alcance das intervenções em atividade física do estado de Santa Catarina, um dos seis primeiros a atingir 100% de participação no monitoramento do PAS, identificaram que, dos 146 municípios com intervenções, 56,8% atendem menos de 100 usuários, tendo um alcance absoluto de apenas 3,8% da população idosa total (Fank et al, 2018).

Uma busca no Sistema de Produção Ambulatorial do SUS por local de residência, entre novembro de 2023 e novembro de 2024, apontou a realização de 1.304.790 procedimentos classificados como Prática Corporal/Atividade física em grupo com o público geral (Datusus, 2025a). Entretanto, não encontramos os dados estratificados para a faixa etária de 60 anos ou mais (Datusus, 2025b), o que nos leva a supor que esses dados podem não estar sendo devidamente notificados no sistema, ou que a Atenção Básica não tem conseguido oferecer essas práticas.

Os documentos apresentam complementaridade no que se refere à proposição de reformulação dos programas e serviços disponíveis na rede e no incentivo à criação de dispositivos alternativos de cuidado. Quanto ao primeiro aspecto, segundo o Ministério da Saúde, as redes locais de atenção à saúde da pessoa idosa são constituídas a partir dos serviços e programas disponíveis nos estados e municípios, sendo componentes dessa rede, conforme estabelecido pela Portaria n.º 702/GM de 2002, os Hospitais Gerais e os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Brasil, 2002; Brasil, 2014).

Para ser considerado um Centro de Referência o estabelecimento precisa dispor de Hospital-Dia geriátrico, assistência domiciliar de média complexidade, ambulatório

especializado em saúde do idoso, além de internação hospitalar e da capacidade de se constituir referência para a rede (Brasil, 2002). Contudo, as orientações atuais são que

se constituam enquanto serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada (formação, atualização, etc), nos temas da geriatria e gerontologia, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa, realizando intervenções e métodos de investigação cuja complexidade está fora do escopo da Atenção Básica (BRASIL, 2014, p. 33).

Nessa perspectiva, o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) do estado da Bahia, configurado hierarquicamente como uma unidade de média/alta complexidade, realiza, em média, 300 atendimentos ambulatoriais por dia, priorizando idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade, a partir de encaminhamentos da ABS, para a qual também disponibilizam suporte técnico, apoio matricial e treinamentos às equipes da rede (Bahia, 2024)

Quanto à criação de novos dispositivos alternativos de cuidado, como as unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, cabe destacar a dificuldade em traçar um panorama mais geral desse contexto a nível nacional diante da escassez de trabalhos publicados com esse objetivo e da inexistência de levantamento desse quantitativo nos sistemas de informação, embora a implementação de um sistema para divulgação das políticas, projetos e programas voltados à população idosa tenha sido proposta na PNI, em 1994 (Brasil, 1994).

Todavia, a partir de buscas no site do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) foram identificados os dados do censo realizado em 2023, apontou a existência de 8.052 centros de convivência municipais, sendo 56,6% geridos por Organizações da Sociedade Civil, com o público idoso representando 46,7% do total de pessoas atendidas (Brasil, 2024). Existem diversos estudos isolados sobre experiências exitosas no que concerne à melhora na qualidade de vida de idosos inseridos nesses espaços, como o trabalho de Wichmann e colaboradores (2013) que buscou compreender o grau de satisfação de idosos participantes de centros de convivência no Brasil e na Espanha, considerando o indicador de bem estar no envelhecimento. As autoras observaram que o suporte emocional e social promovido pelas relações entre o grupo favoreceram a melhora da saúde dos participantes (Wichmann et al, 2013).

Com relação a participação da pessoa idosa no controle social, embora regulamentada enquanto um direito pela Lei 8.142 (Brasil, 1990). Embora o envolvimento dos cidadãos idosos no processo de elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação das ações a eles destinadas seja incentivada e garantida por documentos como a PNI, o Estatuto do idoso e a PNSPI, ainda são escassos os trabalhos científicos que abordem essa temática.

Em uma busca realizada na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando os descritores “Participação social/ idosos”, “Controle social/ idosos” e “Controle social formal/ idosos”, cruzados com o operador booleano AND, foram encontrados 331 artigos, contudo, após aplicação dos filtros (texto em português, publicados nos últimos 10 anos) e a leitura dos títulos e resumos restaram apenas 4 trabalhos. Uma análise das relações diretas ou indiretas existentes entre indicadores de saúde, mobilidade e participação social, tendo o propósito de vida como possível mediador dessas associações (Santos et al, 2019); uma análise das estratégias de implementação e acompanhamento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Souza; Machado, 2018); um estudo transversal com foco na compreensão das percepções dos conselheiros acerca do funcionamento dos conselhos dos direitos da pessoa idosa no estado do Rio Grande do Norte (Oliveira; Mendes; Lima, 2023); e uma análise da relação entre a participação social e a condição de fragilidade física de idosos hospitalizados (Lenardt et al, 2024).

Nesse sentido, cabe destacar os trabalhos de Oliveira, Mendes e Lima (2023) e de Souza e Machado (2018), ao tomarem como objeto de estudo os conselhos de direitos da pessoa idosa, os autores identificaram como um dos desafios para a efetividade no encaminhamento das propostas, os constrangimentos institucionais e políticos, pois apesar da interação entre sociedade civil e Estado na proposição das diretrizes e ações para os idosos, ainda é evidente a necessidade de uma gestão mais participativa, com efetivo envolvimento dos idosos adscritos nas comunidades.

Nessa mesma perspectiva, Souza e seus colaboradores (2021), embora não tratem, em sua revisão integrativa, especificamente sobre a população idosa, apontam os desafios enfrentados atualmente para que a participação social no SUS, dentre eles o fato de que, embora a paridade dos conselhos seja praticada, não há garantia de representatividade da participação dos usuários, além da falta de conhecimento político sobre o papel dos conselhos, tanto por parte dos usuários, quanto por parte da equipe e dos próprios conselheiros. Diante disso, as autoras ressaltam o papel da educação permanente para os conselheiros e para as equipes de saúde, para que essas possam orientar devidamente as comunidades, para que cada um reconheça e faça sua parte na construção de uma participação social efetiva (Souza et al, 2021).

Diante das dificuldades enfrentadas para encontrar trabalhos científicos envolvendo população em estudo e alguns dos temas aqui abordados sobre políticas públicas em saúde, torna-se possível supor que a proposta de incentivar a elaboração de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia ainda não tem se efetivado, e, considerando os cortes

orçamentários no fomento às pesquisas científicas e tecnológicas nos últimos anos em nosso país, essa suposição torna-se ainda mais coerente.

Por fim, não houve identificação de divergências e diferenças entre os documentos analisados, o que, de acordo com o modelo teórico do Postulado de Coerência (Testa, 1992), significa que os documentos podem ser considerados coerentes e complementares entre si. Esse postulado foi elaborado por Mario Testa e fez importante contribuição para o campo do planejamento em saúde na América Latina, indicando que os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza para alcançá-los e a organização que assume devem ser coerentes. Os propósitos, como o próprio termo sugere, se refere aos objetivos da proposta, o método consiste nos instrumentos utilizados para alcançar os propósitos e a organização engloba tanto o agrupamento de atores sociais com interesses comuns, quanto a institucionalização de uma organização, com os aspectos burocráticos que lhes são característicos (Giovanella, 1989).

Assim, frente ao crescente envelhecimento populacional e conseqüente aumento dos gastos em saúde com essa população, os documentos compartilham o propósito de promover um envelhecimento saudável e ativo e, para isso, propõem o incentivo à participação social, ao desenvolvimentos de estudos e pesquisas na área de geriatria e gerontologia a fim de melhor qualificar os profissionais da área, à prática de atividades físicas e de lazer para garantir a manutenção das capacidades cognitivas, dentre outras ações, as quais dependerão não apenas do setor saúde, mas da ação conjunta intersetorial de outras instituições.

Considerações finais

Como consequência do processo de envelhecimento populacional, uma série de iniciativas legais, entre leis, políticas e programas públicos, foram criadas com o intuito de proteger a população idosa e promover um envelhecimento digno e saudável, mas também, de reduzir os gastos do Estado com essa população através da manutenção das capacidades cognitivas e da autonomia do cuidado. Contudo, essas iniciativas não têm se refletido na garantia de acesso dessa população aos serviços de saúde, foco principal do presente trabalho, o qual se propôs a analisar a dimensão política do acesso à saúde do idoso no SUS a partir dos documentos e diretrizes nacionais que a normatizam.

A partir da análise documental à luz das dimensões de acesso tal qual propõem Assis e Jesus (2012), foi possível identificar que os documentos convergem em seu objetivo, de promover um envelhecimento saudável e ativo, bem como em algumas das ações propostas

para alcançá-lo, como o incentivo à participação social do idoso, à elaboração de estudos nas áreas de geriatria e gerontologia, qualificação as equipes de saúde para o atendimento a essa população e o incentivo e apoio à elaboração, implantação e acompanhamento de programas voltados à promoção de atividades físicas e de lazer.

Além disso, os documentos também se complementam no que tange à proposição de criar um sistema de informação para divulgação das ações, reformular os serviços e programas disponíveis na RAS e estimular e apoiar a criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, além de programas educativos e assistenciais. Ademais, cabe destacar que não foram identificados aspectos em que os documentos diferem ou divergem em suas proposições ou objetivos, o que pode sugerir que apresentam coerência.

Por fim, a partir da análise dos documentos e da dificuldade de encontrar informações sobre a concretização das proposições, torna-se possível supor que, ou algumas das iniciativas ainda estão distantes do proposto pelas políticas, como a participação dos idosos no controle social ou o processo de acompanhamento e avaliação das ações integrais de saúde. Por isso, fica evidente a necessidade de se empreender novos estudos sobre como essas normativas têm se refletido cotidianamente no acesso da população idosa aos serviços de saúde, bem como, o impacto desses serviços na melhora do envelhecimento saudável da população brasileira.

Referências

ARAÚJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

ASSIS, M. G.; DIAS, R. C.; NECHA, R. M. A Universidade para a Terceira Idade na construção da cidadania para a pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIM, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Cap. 6, p. 199-209.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 7, n. 11, p. 2.865-2.875, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010. p. 139-159.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, 2024. Disponível

em: <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/>.

BÁRRIOS, M. J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. Port. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 188-196, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>.

BRASIL. 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, 4 de jan. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 de out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Ministério da Saúde**, Brasília, 19 dez. de 1999. Disponível em: <https://abrir.link/pHvyS>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Ministério da Saúde**, Brasília, 19 out. 2006. Disponível em: <https://abrir.link/XVJSP>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS 2023 – Resultados Nacionais, Centro de Convivência Municipal. **Secretaria Nacional de Assistência Social**, Brasília, 2024. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>.

CACHIONI, M. Universidades Abertas à Terceira Idade como contextos de convivência e aprendizagem: implicações para o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 7, p. 23-32, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/15227/11356>.

CARRIJO, E. R. **Envelhecimento ativo: enfoques internacionais, políticas públicas brasileiras e velhice socialmente invisível**. Ponta Grossa: Atena, 2023.

DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>>.

DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbuf.def>>.

FANK, F. et al. Alcance das intervenções em atividade física na saúde pública de Santa Catarina. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 23, s/n, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13729/10956>>.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e Poder no Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1989. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Cap. II

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://abrir.link/zWiTR>>.

KNABBEN, J. J. et al. Tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, n. 10, p. 1-10, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5020/18061230.2022.12813>>.

LENARDT, M. H. et al. Participação social e condição de fragilidade física em idosos hospitalizados: estudo transversal. **Esc. Anna. Nery**, v. 28, p. 1-9, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.220165.pt>>.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 5144-5161, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>.

OLIVEIRA, W. Y. F.; MENDES, T. C. O.; LIMA, K. C. Desafios para o funcionamento dos conselhos de direitos da pessoa idosa e seus reflexos sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 26, p. 1-14, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.220165.pt>>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>.

SANTOS, J. D. et al. Participação social de idosos: associações com saúde, mobilidade e propósito de vida. **Psic. Saúde & Doenças**, v. 20, n. 2, p. 367-383, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.15309/19psd200208>>.

SESAB. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Saúde da Pessoa Idosa**. Bahia: SESAB, 2023. Disponível em: <<https://abrir.link/LaOvu>>.

SOUZA, L. S. et al. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para garantia do acesso à saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 178-196, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3370>>.

SOUZA, M. S. **Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30880>>.

SOUZA, M. S.; MACHADO, C. V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 10, p. 3189-3200, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14112018>>.

SPERANZA, A. C. C.; WERLE, B. M.; MOREIRA, V. C. Envelhecimento saudável. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 435-448.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: ABRASCO, 1992: 89-128.

TORRES, K. R. B. O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-22, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>>.

WOLKER, S. M. et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. **Rev. Andal. Med. Deporte**, v. 13, n. 1, p. 16-20, 2020. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/337166120>>.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>>.

Public health policies for elderly people in SHS: an analysis of the political dimension of access

This article aims to analyze the political dimension of access to health care for the elderly in the SHS based on national documents and guidelines that regulate care for this specific population. For this purpose, a documentary analysis was carried out in light of the theoretical proposal of Assisi and Jesus, under the methodological bias of Dialectical Hermeneutics from which the convergences, divergences, complementarities and differences between the analyzed documents were analyzed. As a result, it was identified that the documents converge in terms of their objective of promoting healthy and active aging, as well as in some of the actions proposed to achieve it; furthermore, they complement each other with regard to the proposal to create an information system to disseminate actions, reformulate the services and programs available in the HCN and encourage and support the creation of day care units, community centers and self-help groups, in addition to educational and assistance programs. Finally, no aspects were identified in which the documents differ or diverge in their propositions or objectives, which may suggest that they are coherent.

Keywords: Access to health services; elderly; public policy.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao crescente envelhecimento populacional e conseqüente aumento das necessidades de saúde dessa população junto ao SUS e levando em consideração a existência de todo um aparato legal que normatiza e garante o acesso universal, integral e prioritário da pessoa idosa aos serviços de saúde, o presente trabalho se propôs a analisar o acesso da população idosa aos serviços a partir dos documentos que norteiam os cuidados à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde, tomando como base as dimensões de acesso propostas por Assis e Jesus (2012).

Foram analisados aqui sete documentos, considerados mais relevantes, que versam sobre o cuidado à pessoa idosa, são eles a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999), o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), o Caderno de Atenção Básica nº 19 (Brasil, 2007), as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS (Brasil, 2014) e as Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (Brasil, 2018).

Como produtos desta análise foram apresentadas uma linha do tempo, uma matriz de análise do acesso à saúde do idoso no SUS e um artigo analisando a dimensão política do acesso aos serviços.

No que concerne à linha do tempo, ela foi elaborada a partir dos documentos publicados pelos ministérios da saúde, assistência e previdência social e destaca os principais marcos no campo do cuidado à pessoa idosa, desde a Constituição Federal, em 1988, até os dias atuais

Quanto à matriz de análise, foram identificados aspectos considerados fundamentais e avançados. Dentro o primeiro grupo foram elencadas quatro categorias: os serviços, os dispositivos, a organização e os pressupostos; já no segundo grupo foram identificadas as propostas que, embora sejam de suma importância, de acordo com as buscas aqui realizadas, ainda não foram completamente implementadas, mas, não impedem o funcionamento da rede, são elas: a realização de estudos avaliativos da implantação das propostas e o apoio e incentivo a pesquisas científicas nas áreas de geriatria e gerontologia.

Foram identificadas as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre os documentos no que se refere à dimensão política. Nessa perspectiva, os documentos convergem quanto ao seu objetivo de promover um envelhecimento saudável e ativo, bem como em algumas das ações propostas para alcançá-lo, como o incentivo à participação social do

idoso, à elaboração de estudos nas áreas de geriatria e gerontologia, qualificação as equipes de saúde para o atendimento a essa população e o incentivo e apoio à elaboração, implantação e acompanhamento de programas voltados à promoção de atividades físicas e de lazer.

Além disso, os documentos também se complementam no que tange à proposição de criar um sistema de informação para divulgação das ações, reformular os serviços e programas disponíveis na RAS e estimular e apoiar a criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência e grupos de auto ajuda, além de programas educativos e assistenciais. Por fim, diante da ausência de elementos divergentes e diferentes na análise dos documentos, é possível supor que os documentos são coerentes.

Por se tratar de um estudo documental, existe a necessidade de se realizar estudos que avaliem a implementação das ações propostas nos estados e municípios, este presente trabalho busca contribuir neste campo, à medida em que elabora uma matriz de análise do acesso, a qual, após processo de validação, poderá ser utilizada por gestores e/ou pesquisadores para avaliar a implementação da rede de cuidados à saúde do idoso.

Por fim, esta pesquisadora reitera o compromisso de continuar estudando essa temática em seu doutoramento, no qual pretende validar a matriz de análise aqui elaborada, além de escrever e publicar a análise das outras dimensões de acesso analisadas.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, C. B. et al. Acesso e uso dos serviços de saúde por idosos segundo a vulnerabilidade social. **Enferm. foco.**, v. 14, s/n, p. 1-7, 2023. Disponível em: <<https://enfermfoco.org/article/acesso-e-uso-dos-servicos-de-saude-por-idosos-segundo-a-vulnerabilidade-social/>>.

ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso aos serviços de saúde entre idosos: uma revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 50, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006661>>.

ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4755.pdf>>.

ALMEIDA, M. G. V. **Acesso aos serviços na atenção à saúde da família em dois cenários da Bahia, Brasil:** organização, modelo e participação social. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 18, n. 12, p. 3.543-3552, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200011>>.

ANTÔNIO, M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. **Saúde Socic.**, v. 29, n. 1, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190967>>.

ARRAIS, K. R. et al. Internações e óbitos por Diabetes Mellitus. **Rev. Pesq. Cuid. Fundament.**, v. 14, s/n, p. 1-6, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10633>>.

ARAÚJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. ARAÚJO, B. O. Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade. **Rev. de APS**, v. 22, n. 1, p. 63-75, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.15844>>.

ARAÚJO, M. O.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 7, n. 11, p. 2.865-2.875, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>>.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 15 n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>>.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (org). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010. p. 139-159.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúd. colet.**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300016>>.

AUSTREGÉSILO, S. C. et al. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 1, p. 189-199, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13179>>.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 3, p. 855-868, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>>.

BÁRRIOS, M. J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. Port. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 188-196, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>>.

BERNARDES, B. M. et al. Perfil de multimorbidades associado à incapacidade em idosos residentes da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 24, n. 5, p. 1853-1864, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232018245.17192017>.

BORGHI, A. C. et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 4, p. 589-595, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400008>>.

BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: <<https://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/view>>.

BRASIL. 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, 4 de jan. 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 de out. 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2014. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2007a. Disponível em: <<https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Ministério da Saúde**, Brasília, 19 dez. de 1999. Disponível em:

<<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Ministério da Saúde**, Brasília, 19 out. 2006. Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=A%20finalidade%20primordial%20da%20Pol%C3%ADtica,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Ministério da Saúde**, Brasília, 17 abr. 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 21 out. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). **Ministério da Saúde**, Brasília, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2024/res0729_15_01_2024.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2007b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS 2023 – Resultados Nacionais, Centro de Convivência Municipal. **Secretaria Nacional de Assistência Social**, Brasília, 2024. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>>.

CACHIONI, M. Universidades Abertas à Terceira Idade como contextos de convivência e aprendizagem: implicações para o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 7, p. 23-32, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/15227/11356>>.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>>.

CAMPANA, E. M. G. et al. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 1517-1550.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>.

CARRIJO, E. R. **Envelhecimento ativo: enfoques internacionais, políticas públicas brasileiras e velhice socialmente invisível**. Ponta Grossa: Atena, 2023.

CARVALHO, F. A. et al. Pneumonias. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 1854-1891.

CESÁRIO, V. A. C. et al. Tendências de acesso e utilização de serviços na APS entre idosos no Brasil nos anos de 2008, 2013 e 2019. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 26, n. 9, p. 4033-4044, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08962021>>.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúd. Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200014>>.

CHAIMOWICZ, F; CHAIMOWICZ, B. A. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 116-148.

CRUZ, P. K. R. et al. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 6, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>>.

DANTAS, M. N. P. et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 24, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>>.

DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>>.

DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbuf.def>>.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Fapesp, 1999.

ESPANHOL, F. Z. et al. Prevalência de hiperglicemia em idosos: um estudo de base populacional. **Soci. Med.**, v. 26, n. 4, p. 1-6, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.25246>>.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm.**, v. 46, n. 6, p. 1494-4502, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>>.

FLEURY, S.; MAFORT, A. Políticas de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 23-64.

FLEURY, S. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cad. Saúd. Pública**, v. 1, n. 4, p. 400-417, 1985. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1985000400002>>.

FREITAS, E. V.; BAHIA, L. Diabetes Melito. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 2195-2235.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. **Ideologia e Poder no Planejamento Estratégico em Saúde**: uma discussão da abordagem de Mario Testa. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1989. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Cap. II

GIRONDI, J. B. R. et al. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 19, n. 3, p. 825-837, 2014. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/46672/33330>>.

GONÇALVES, C. D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 2, p. 645-657, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>>.

GRDEN, C. R. B. et al. Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 14, n. 4, p. 1505-1512, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24985/pdf>>.

GURGEL, C.; JUSTEN, A. Estado de Bem-estar social no Brasil: uma revisão ou a crise e o fim do “espírito Dunquerque”. **Cad. EBAPE.BR**, v. 19, n. 3, p. 395-407, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1679-395120200033>>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pobreza cai para 31,6% da população em 2022, após alcançar 36,7% em 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b.

Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38545-pobreza-cai-para-31-6-da-populacao-em-2022-apos-alcancar-36-7-em-2021>>.

KNABBEN, J. J. et al. Tendência temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, n. 10, p. 1-10, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5020/18061230.2022.12813>>.

LATORRE, M. R. D. O.; CARDOSO, M. R. A. Análise de séries temporais em epidemiologia: uma introdução sobre os aspectos metodológicos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 4, n. 3, p. 145-152, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2001000300002>>.

LENARDT, M. H. et al. Participação social e condição de fragilidade física em idosos hospitalizados: estudo transversal. **Esc. Anna. Nery**, v. 28, p. 1-9, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.220165.pt>>.

LOBATO, L. V. C. Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro. **Saúde e debate**, v. 40, n. esp., p. 87-97, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042016S08>>.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 5144-5161, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>>.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. saúd. colet.**, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>>.

MATOS, S. T. S. Conceitos primeiros de neoliberalismo. **Mediações**, v. 13, n. 1-2, p. 192-213, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.5433/2176-6665.2008v13n1/2p192>>.

MELO, M. T. B. et al. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos do Nordeste: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, v. 8, n. 1, p. 431-444, 2023. Disponível em: <https://diversitas.emnuvens.com.br/diversitas_journal/article/view/2036/1956>.

MINAYO, M C.S. **Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos**. In: MINAYO, M C.S; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 3ª. reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 83-107.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>.

OLIVEIRA, T. M. et al. Acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos segundo microrregionais de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 28 s/n, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.51838>>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PAGLIUCA, L. M. F. et al. Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde. **Rev. Min. Enferm.**, v. 21, s/n, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170031>>.

PEDRAZA, D. F. et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 23, n. 3, p. 923-932, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>>

PINTO, L. F. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 24, n. 6, p. 2105- 2114, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08582019>>.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciênc. Saúd. Colet.**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>>.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PY, M. O. Doenças cerebrovasculares. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 1110-1135.

ROSSETO, C. et al. Causas de internação hospitalar e óbitos em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, n. esp., p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190201>>.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268>>.

SANTOS, J. D. et al. Participação social de idosos: associações com saúde, mobilidade e propósito de vida. **Psic. Saúde & Doenças**, v. 20, n. 2, p. 367-383, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.15309/19psd200208>>.

SÁ-SILVA; J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. História e Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>>.

SESAB. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Saúde da Pessoa Idosa**. Bahia: SESAB, 2023. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-do-idoso/>>.

SILVA, I. D. D. et al. Acesso e implicações da automedicação em idosos na atenção primária à saúde. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 132-150, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.30681/252610104100>>.

SILVA, K. F. et al. O acesso do idosos na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Rev. APS**, v. 21, n. 1, p. 122-133, 2018a. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15911/8276>>.

SILVA, K. F. et al. O acesso do idosos na atenção primária à saúde: estudo de tendências em teses e dissertações brasileiras. **Rev. APS**, v. 21, n. 2, p. 267-277, 2018b. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15952/8284>>.

SILVA, M. R. F.; YAZBEK, M. C. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Rev. Katálysis**, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000100011>>.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>>.

SOUZA, L. S. et al. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para garantia do acesso à saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 178-196, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3370>>.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, s/n, p. 1-7, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>>.

SOUZA, M. S. **Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30880>>.

SOUZA, M. S.; MACHADO, C. V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 10, p. 3189-3200, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14112018>>.

SPERANZA, A. C. C.; WERLE, B. M.; MOREIRA, V. C. Envelhecimento saudável. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 435-448.

TESTA, M. Tendências em planejamento. In: **Pensar em Saúde**. Porto alegre: ABRASCO, 1992: 89-128.

TORRES, K. R. B. O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. 1-22, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo perspec.**, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>>.

WOLKER, S. M. et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. **Rev. Andal. Med. Deporte**, v. 13, n. 1, p. 16-20, 2020. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/337166120>>.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>>.

APÊNDICES

Quadro 8: Síntese das unidades de sentido por categoria em cada documento.

DIMENSÃO POLÍTICA		
DOCUMENTO	GESTÃO COMPARTILHADA DIREITOS, ACESSO INTEGRAL AOS SERVIÇOS E CONTROLE SOCIAL (Subcategorias 1 A 4)	FORTALECIMENTO DE NECESSIDADES ESPECÍFICAS (Subcategoria 5)
PNI	<p>Estabelece a prioridade de atendimento para o idoso em órgãos públicos. Responsabiliza cada ministério pela elaboração de proposta orçamentária, no âmbito de suas respectivas competências, para o financiamento de programas nacionais compatíveis com a PNI. Busca garantir a participação do idoso na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos através de sua instância representativa, os conselhos do idoso em cada uma de suas instâncias governamentais. Propõe a criação de um sistema de informação para ampla divulgação da política e o apoio a estudos voltado à essa população, bem como a inclusão da Geriatria como especialidade clínica em concursos.</p>	<p>Criar programas de lazer a atividade física com foco na promoção de qualidade de vida ao idoso; assim como programas educativos, adequados às condições do idoso e que informem sobre o processo de envelhecimento e de preparo para a aposentadoria; além de incluir nos programas de assistência melhorias nas condições de habitabilidade e adaptação de moradia.</p>

PNSI	<p>Apoia e incentiva a realização de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia e a capacitação de recursos humanos, bem como estudos epidemiológicos sobre os agravos que acometem tal população com o intuito de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações voltadas a esse público, sendo de responsabilidade dos Ministérios da Educação, Ciências e Tecnologia e da Saúde a articulação dessas ações, junto a IES, cabendo aos gestores do SUS, em suas respectivas instâncias, estabelecer as parcerias necessárias para concretizar o propósito da PNSI (promover envelhecimento saudável). Propõe, também, criar e estimular a criação na rede SUS de unidades de cuidados diurnos, apoiar a criação de centros de convivência e grupos de auto ajuda, promover distribuição de medicamentos, órteses e próteses e aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços geriátricos da rede local. Além de promover a observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições gerontológicas e similares, nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.</p>	<p>Buscará, junto ao Ministério da Previdência e da Assistência Social, a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política. Assim como a elaboração, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional, junto ao Ministério do Esporte e Turismo.</p>
ESTATUTO DO IDOSO	<p>É obrigação do Estado prover proteção e um envelhecimento saudável e digno às pessoas idosas, garantindo-lhe acesso integral à saúde, incluindo o acesso a medicamentos, órteses e próteses para tratamento ou reabilitação, por intermédio do SUS. Sendo garantida, também, a preferência em atendimentos nos órgãos públicos e privados, na formulação e execução de políticas sociais e garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. Cabendo ao Conselho do idoso, em todas as suas instâncias, zelar pelo cumprimento dos direitos da pessoa idosa previsto nessa lei, supervisionar, fiscalizar e acompanhar a avaliação da PNI no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. Além de fiscalizar as entidades governamentais e não governamentais de atendimento à pessoa idosa.</p>	<p>NADA REFERE SOBRE O TEMA.</p>

PNSPI	<p>Deve-se facilitar e promover a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, como grupos operativos, de convivência, conselhos locais de saúde, etc., bem como incentivar a participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde. Ressalta que é de responsabilidade do gestor municipal a elaboração de normas técnicas para atenção à saúde dessa população, definição de orçamento para sua implementação, divulgação da PNSPI de diferentes formas e através de diferentes veículos de comunicação, discussão e articulação intersetorial bem como com a CIB para sua efetivação e apresentação e aprovação da política junto ao conselho municipal de saúde.</p>	NADA REFERE SOBRE O TEMA.
CADERNO AB Nº 19	<p>Cabe ao gestor municipal garantir a educação permanente em relação à Saúde da Pessoa Idosa para toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família. Deve garantir também a reprodução dos instrumentos de avaliação aqui disponibilizados. Além de dar suporte para a realização das atividades em grupo garantindo a qualificação dos profissionais e o fornecimento de recursos materiais.</p>	NADA REFERE SOBRE O TEMA.

<p>DIRETRIZES PARA O CUIDADO INTEGRAL</p>	<p>Pactuar entre as instâncias deliberativas do SUS os objetivos, metas, a organização e financiamento para implementação do novo modelo de cuidado à saúde do idoso, o qual deve articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. Sendo parte desse cuidado a oferta de espaços de convivência intergeracional, bem como ações que atendam a necessidades específicas da população, como fortalecimento muscular e orientações a respeito de alimentação saudável e práticas de autocuidado por parte das secretarias estaduais e municipais. Além disso, propõe reformulação dos serviços e programas disponíveis nas redes locais de estados e municípios, como os centros de referências, tornando-os serviços de atenção secundária, referenciados e regulados, de abrangência regional, articulado em rede, que se destinem a realizar ações de educação continuada, assistência e gestão para a saúde da pessoa idosa. Nesse processo de mudanças no modelo de cuidado, o MS ressalta como estratégias fundamentais o mapeamento do território e a identificação dos idosos, em especial aqueles mais vulneráveis, além de instrumentalizar e qualificar as equipes por meio, por exemplo, da implantação caderneta de saúde da pessoa idosa e da ampla divulgação e distribuição do Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa.</p>	<p>Destaca as Academias de Saúde enquanto espaços privilegiados para a inclusão da população idosa e promoção de saúde. Destaca também, como constituintes importantes dessa rede de cuidados, o programa Melhor em casa, voltado para pessoas com necessidade de reabilitação motora, pessoas idosas, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica a partir do atendimento de uma equipe multiprofissional, o qual é executado em parceria com estados e municípios articulados em rede; e o Serviço de Acolhimento Institucional, que têm como unidades destinadas ao cuidado de idosos as Casas-Lar e as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de abrangência municipal e regional.</p>
---	--	--

LINHA DE CUIDADO	No nível local, a gestão deve articular as equipes e os equipamentos da saúde com o demais dispositivos do território, estabelecendo fluxo permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município e região de saúde. Promover a articulação com a sociedade civil organizada (Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde e outros), além de criar e garantir espaços colegiados de decisão, a exemplo de comitês gestores locais (regionais, estaduais e municipais), com a representação das principais instâncias decisórias, envolvendo os gestores das diferentes políticas públicas com interface com a promoção do envelhecimento saudável.	Ressalta a importância da articulação entre os serviços do SUS e do SUAS, com destaque para o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com o intuito de garantir a sustentabilidade do cuidado, assim como as Unidades de Cuidado Prolongado (UCP), uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico. Além disso, estabelece que estados/municípios com Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso cabe às equipes desses serviços realizarem não somente o atendimento dos casos encaminhados, mas também o matriciamento e a capacitação das equipes da APS, estando, assim, articulados e integrados com a RAS. Nos estados onde não há Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, recomenda-se a utilização do serviço de Teleconsultoria por parte das equipes da APS. Por fim, destaca os benefícios do Programa Academia da Saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos.
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL		
DOCUMENTO	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO (Subcategorias 1 a 4)	AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS PARA O IDOSO (Subcategoria 5)
PNI	NADA REFERE SOBRE O TEMA.	Elaborar e aplicar normas de funcionamento aos serviços e instituições geriátricas e similares a serem fiscalizadas pelos gestores do SUS.

PNSI	No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência e deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico e o tratamento adequado, a partir da utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. Cabe destacar que o estado funcional constituirá um parâmetro para a prioridade do atendimento no âmbito hospitalar, não a idade.	O processo de acompanhamento e avaliação desta política exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção aos idosos.
ESTATUTO DO IDOSO	Em todo atendimento de saúde, os maiores de 80 (oitenta) anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas, exceto em caso de emergência.	NADA REFERE SOBRE O TEMA.
PNSPI	Propõe a reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; além de implementar, de forma efetiva, modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível.	Promover a implementação da avaliação funcional individual e coletiva, um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis, pois a partir dela pode-se determinar a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem as ações voltadas à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições de ensino, com o intuito de fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; criar banco de dados nacional com os resultados das avaliações funcionais, bem como um banco de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa.
CADERNO AB Nº 19	NADA REFERE SOBRE O TEMA.	NADA REFERE SOBRE O TEMA.

<p>DIRETRIZES PARA O CUIDADO INTEGRAL</p>	<p>O modelo de atenção requer pensar, portanto, em novos arranjos intra e intersetoriais, considerando, não apenas os pontos da RAS, mas também os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Para isso, além da qualificação e organização da AB como ordenadora das RAS, também é importante organizar pontos de atenção ambulatorial e hospitalar especializados. Nos pontos de atenção especializada, deve-se observar o cumprimento dos seguintes pressupostos: planejamento a partir das necessidades de saúde da população; comunicação, regulação e coordenação do cuidado com a ABS; equipe multiprofissional; uso articulado de linhas-guia e protocolos clínicos; integração de prontuários e informações; utilização de tecnologias de gestão da clínica, com estratificação de riscos, etc. Além disso, os pontos de atenção hospitalar especializada deverão integrar a rede de cuidados às pessoas idosas, em especial as frágeis ou em risco de fragilização, a partir da oferta de acolhimento, estratificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência. Quanto à regulação, ela deve articular todos os pontos de atenção, constituindo-se como estratégia para garantir equidade e otimizar a organização da oferta de atenção integral à população idosa.</p>	<p>NADA REFERE SOBRE O TEMA.</p>
---	--	----------------------------------

<p>LINHA DE CUIDADO</p>	<p>Cabe à AB a implementação das ações de imunização, como campanhas vacinais, garantindo índices satisfatórios de cobertura. A oferta de cuidados paliativos deve ser integrada ao sistema de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente nos serviços de Atenção Básica e Domiciliares, sendo adaptadas à realidade cultural, social, econômica e ambiental de cada região. Para acesso a atenção especializada, a gestão local/regional deve organizar o serviço de regulação. A regulação tem papel importante para organizar os serviços de maneira integrada, executando critérios de classificação de risco e fazendo a regulação médica do processo assistencial. A Central de Regulação das Urgências tem a função de escuta permanente, com acolhimento de todos os pedidos de socorro e o estabelecimento de estimativa inicial do grau da urgência de cada caso. Além disso, O acesso aos Centros de Referência deve ser regulado e os encaminhamentos devem ser realizados pela equipe da Atenção Básica, de acordo com o perfil funcional da pessoa idosa, sendo elegíveis aqueles com limitação funcional descritas nos perfis 2 e 3.</p>	<p>Estabelecer instrumentos de gestão e definir indicadores para o monitoramento e a avaliação da implementação e resultados da linha de cuidado. Do ponto de vista nacional recomenda-se adotar como indicadores mínimos: *Proporção de pessoas idosas com avaliação multidimensional realizada, em relação ao número de idosos cadastrados na Atenção Básica. *Proporção de PTS elaborados em relação ao número de idosos acompanhados pelas Equipes da Atenção Básica. *Proporção de eAB/eSF capacitadas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa em relação ao número de equipes existentes na Atenção Básica. *Proporção de pessoas idosas com dependência para AVD (básicas e instrumentais) acompanhadas em seu domicílio pelas equipes da Atenção Básica (AD1 ou eSF ou eAB). *Proporção de pessoas idosas em reabilitação funcional sobre o total de idosos com dependência para as AVD (básicas e instrumentais). *Proporção de idosos que participam de atividades coletivas/grupais de promoção da saúde e prevenção de agravos realizadas pelas equipes da Atenção Básica. *Proporção de idosos que utilizam cinco ou mais medicamentos (polifarmácia) acompanhados pelas equipes da Atenção Básica. *Taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica.</p>
<p>DIMENSÃO TÉCNICA</p>		
<p>DOCUMENTO</p>	<p>CONSTRUÇÃO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA (Subcategorias 1, 7 e 8)</p>	<p>GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA IDOSA (Subcategorias 2 a 7)</p>

PNI	<p>Prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, garantindo-lhe acesso à assistência à saúde em todos os níveis do SUS através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, a partir, também, do estímulo à criação de incentivos e de alternativas de atendimento, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros, bem como do apoio da família e instituições não-governamentais.</p>	<p>Promover capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços para o idoso.</p>
PNSI	<p>Ao lado das medidas voltadas à promoção da saúde, como as ações educativas e de orientação sobre a importância da adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, serão promovidas ações que visem a prevenção de agravos à saúde, cujas ações estarão centradas na aplicação de vacinas, e a prevenção de perdas funcionais e a detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados. Além disso, propõe a inclusão, em caráter obrigatório, da assistência domiciliar como serviço alternativo à internação hospitalar e a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Ademais, incentiva a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, para o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Além, da criação e acompanhamento de grupos de autoajuda aos idosos. Cabe destacar que toda assistência prestada aos idosos será pautada na participação de profissionais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas, para além dos médicos e enfermeiros.</p>	<p>A assistência a essa população deverá ser pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Os quais, deverão desenvolver uma parceria com pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais.</p>

ESTATUTO DO IDOSO	<p>Se a pessoa idosa ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao poder público esse provimento, no âmbito da assistência social. Quanto à prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa serão efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para as pessoas idosas abrigadas e acolhidas por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde. Além disso, as instituições de saúde devem promover o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientar os cuidadores familiares e grupos de autoajuda.</p>	<p>Afirma que a garantia de prioridade compreende a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços às pessoas idosas. Além disso, as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades da pessoa idosa, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.</p>
-------------------	---	---

PNSPI	<p>Promover a saúde por meio de serviços preventivos primários; estimular programas de prevenção de agravos de DCNT; implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado; incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na AP; investir na promoção da saúde em todas as idades; incentivar a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas IES, que possam atuar de forma integrada com o SUS ofertando atendimento integral e qualificando as equipes; implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade. Além disso, gestores municipais e estaduais devem implementar instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional e sócio familiares da pessoa idosa, para isso deve-se apoiar a elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira e criar mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da AB do SUS e do SUAS; além da implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em ILP; promoção da formação de grupos socioeducativos e de autoajuda entre os indivíduos idosos; implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia.</p>	<p>Desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco considerando os anseios do idoso e de sua família, bem como seu histórico e os recursos de que dispõe; informar sobre seus direitos; estimular e implementar vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população; estabelecer ações de atenção primária, de prevenção, de reabilitação e recuperação da saúde, de acordo com a condição funcional do idoso; incorporar na AB mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.</p>
CADERNO AB Nº 19	<p>Sobre alimentação saudável para a pessoa idosa, além de informar e incentivar a leitura dos rótulos dos alimentos para orientar boas escolhas, para aqueles saudáveis e sem restrições alimentares uma orientação adequada pode ser trabalhar com materiais como os "Dez Passos para uma Alimentação Saudável", o "Guia Alimentar para a População Brasileira", e o "Caderno de Atenção Básica de Obesidade". Além disso, sobre a prática corporal/atividade física para uma pessoa idosa, deve-se considerar vários aspectos, para fazer uma indicação, são eles: prazer em estar realizando esta ou aquela atividade, suas necessidades físicas, suas características sociais, psicológicas e físicas.</p>	<p>Estabelece as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da AB/ESF; tece uma série de orientações sobre a atuação com os grupos de idosos, quanto à metodologia a ser utilizada, o local escolhido, o recrutamento e a importância da participação dos idosos na seleção dos temas; elenca, também, uma série de estratégias para o acolhimento à pessoa idosa e estabelecimento do vínculo, destacando a importância de manter uma linguagem clara, compreensível e respeitosa e estar atento a sinais de violência. Além disso, destaca os benefícios do gerenciamento do cuidado à pessoa idosa e a importância de realizar uma avaliação global da pessoa idosa.</p>

<p>DIRETRIZES PARA O CUIDADO INTEGRAL</p>	<p>Afirma que para a qualificação da atenção à população idosa, é importante a inclusão no escopo de atuação das referidas equipes de temas como: prevenção da violência, prevenção de quedas, alimentação e nutrição, saúde bucal, identificação de condições e doenças crônicas, transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, etc. Além disso, é preciso qualificar o acolhimento na Rede Hospitalar e na urgência e emergência, investindo na acessibilidade e em ações de autocuidado, promoção da independência funcional e autonomia, segurança do paciente além do apoio a cuidadores e familiares. Ressalta a importância do levantamento e registro de informações estratégicas sobre a situação de saúde das pessoas idosas no sistema de informação da AB, pois o para o conhecimento do perfil da população idosa adscrita possibilita identificação daquelas que apresentam maior vulnerabilidade, viabilizando o acompanhamento e o provimento da complementaridade do cuidado articulados aos demais componentes da RAS, em especial dos idosos identificados como frágeis ou em risco de fragilidade.</p>	<p>NADA REFERE SOBRE O TEMA.</p>
---	---	----------------------------------

<p>LINHA DE CUIDADO</p>	<p>Ressalta a importância da AB Incentivar e criar alternativas para desenvolver hábitos saudáveis, ofertar atendimento e atividades grupais, fortalecer vínculos e a convivência familiar e comunitária, realizar atividades de orientação sobre o processo de envelhecimento, prevenção de quedas e manutenção da saúde sexual. Além disso, destaca o papel da intersetorialidade, em especial da ação conjunta entre a APS e os dispositivos do SUAS, ressaltando que a qualidade da articulação intersetorial depende de diálogo, planejamento e construção conjunta das políticas/programas/ações, tanto no âmbito das equipes dos territórios quanto no plano da gestão das políticas setoriais, bem como da oferta de educação permanente aos profissionais de saúde por meio de materiais técnicos, cursos de atualização e formação em temas específicos e afins. Orienta que as informações coletadas por meio da avaliação multidimensional de cada pessoa idosa, registradas e sistematizadas em meio físico ou eletrônico podem dar a direção dos fluxos nos territórios e dos compromissos intersetoriais a serem incluídos no planejamento e no desenvolvimento de ações conjuntas, assim como dos processos de monitoramento dos PTS e dos encaminhamentos que transitam pela RAS e pelas redes intersetoriais.</p>	<p>Afirma que cabem às equipes da Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) a primeira abordagem e a avaliação multidimensional das pessoas idosas dos territórios para os quais são referências, alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa; cadastrar todas as pessoas idosas de sua microárea e manter o cadastro atualizado; acompanhar, orientar e realizar atendimento em saúde bucal, quando houver equipe de Saúde Bucal; realizar atividades de educação permanente referentes à atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento saudável; acompanhar ocorrências de internação hospitalar coordenando o cuidado, realizar visitas domiciliares e ofertar suporte e orientações para familiares e outros cuidadores; realizar atividades de prevenção; detectar sinais de violência e notificar as suspeitas ou atos consumados; Ressalta que quando se tratar de idosos com limitação funcional, descritos no 2º e 3º perfis, o PTS poderá ser construído de forma compartilhada com a atenção especializada ou complementado por esta, quando necessário. Ressalta que as intervenções e os procedimentos especializados deverão ser regulados pelas equipes da AB somente após se esgotarem seus recursos, incluindo o matriciamento pela equipe especializada. Orienta que os cuidados paliativos sejam integrados ao PTS.</p>
-------------------------	---	---

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9: Análise das convergências e complementaridades entre os documentos.

UNIDADE DE SENTIDO	CONVERGÊNCIAS	COMPLEMENTARIDADES
DIMENSÃO POLÍTICA		
<p style="text-align: center;">GESTÃO COMPARTILHADA (subcategoria 1 a 4)</p>	<p>Promover o envelhecimento saudável; estabelecem prioridade, para o público idoso, tanto no que concerne ao atendimento quanto à elaboração de políticas/programas/projetos; busca promover a participação da pessoa idosa em equipamentos sociais e no controle social, por meio de suas instâncias representativas, na formulação, implementação, acompanhamento e avaliação das ações a ela destinadas, as quais devem ser geridas de maneira articulada entre as equipes e equipamentos de saúde, bem como demais dispositivos de cuidado ao idoso; apoia e incentiva a elaboração de estudos e pesquisas nas áreas de geriatria e gerontologia afim de melhor qualificar os profissionais, bem como a divulgação e utilização dos instrumentos e materiais elaboradas pelo Ministério da Saúde.</p>	<p>Propõe reformulação dos serviços e programas disponíveis nas redes locais de estados e municípios e o estímulo, apoio e criação de unidades de cuidados diurnos, centros de convivência, grupos de auto ajuda, assim como a criação de um sistema de informação para divulgação das ações (políticas/programas/projetos) e elaboração de normas técnicas para atenção à saúde dessa população, as quais deverão ser fiscalizadas, acompanhadas e avaliadas pelo Conselho do idoso, em cada uma de suas instâncias.</p>
<p style="text-align: center;">FORTALECIMENTO DE NECESSIDADES ESPECÍFICAS (Subcategoria 5)</p>	<p>Propõe a elaboração, implementação e acompanhamento de programas de atividade física e lazer para as pessoas idosas com foco na promoção de qualidade de vida e prevenção de agravos, com destaque para as Academias de Saúde.</p>	<p>Propõe a criação de programas educativos e programas de assistência melhorias nas condições de habitabilidade e adaptação de moradia, bem como a elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos idosos segurados, junto ao Ministério da Previdência e da Assistência Social; além disso, destaca como constituintes importantes da rede de cuidados à saúde da pessoa idosa, o programa Melhor em casa, o Serviço de Acolhimento Institucional, as Unidades de Cuidado Prolongado e os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.</p>
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL		

<p>ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO (Subcategorias 1 a 4)</p>	<p>Os documentos convergem quanto ao estabelecimento da estado funcional e estratificação de risco como um critério para prioridade no atendimento a idosos. Além disso, utilizam a regulação como ferramenta de organização do acesso aos serviços da atenção especializada, de maneira a garantir a articulação entre os pontos de atenção e, assim, otimizar a oferta de cuidado integral, para isso, baseando na classificação de risco.</p>	<p>Propõem a reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; estabelecem os pressupostos que devem nortear a organização dos pontos da atenção especializada voltada à população idosa, incluindo a atenção hospitalar especializada como integrante da rede de cuidados às pessoas idosas, em especial, as frágeis ou em risco de fragilização; afirma que a oferta de cuidados paliativos deve estar integrada ao sistema de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente, AB e domiciliar; ressalta que o acesso aos Centros de Referência deve ser regulado pela AB, de acordo com a avaliação do estado funcional, tendo prioridade aqueles com limitação funcional nos perfis 2 e 3.</p>
<p>AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE VOLTADAS PARA O IDOSO (Subcategoria 5)</p>	<p>Ressaltam a importância do estabelecimento de instrumentos gerenciais e da definição de indicadores e critérios para o monitoramento e avaliação das ações propostas.</p>	<p>Propõem a elaboração e aplicação de normas de funcionamento para os serviços e instituições geriátricas e similares a serem fiscalizadas pelos gestores do SUS; e a implementação da avaliação funcional individual e coletiva, como um instrumento gerencial. Além disso, apoiam o desenvolvimento de estudos e pesquisas para avaliar as ações propostas, a identificação e estabelecimento de parcerias com instituições de ensino, com o intuito de fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e a criação de um banco de dados nacional com os resultados das avaliações funcionais, bem como um banco de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Estabelece, também, os indicadores mínimos para o monitoramento e avaliação da implementação da linha de cuidado.</p>
<p>DIMENSÃO TÉCNICA</p>		

<p align="center">CONSTRUÇÃO DA GARANTIA DE ACESSO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA (Subcategorias 1, 7 e 8)</p>	<p>Reafirmam o direito ao acesso à assistência à saúde em todos os níveis do SUS através de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Dentre as atividades de promoção estão ações educativas e de orientação sobre a importância da adoção de hábitos e comportamentos saudáveis. Estimula a criação de alternativas de atendimento, como centros de convivência, centros-dia e grupos de autoajuda. Propõe a inclusão, em caráter obrigatório, da assistência domiciliar como serviço alternativo à internação hospitalar. Apoiar a elaboração de inquérito populacional para levantamento de informações sobre a situação de saúde da população idosa, que possibilitará estratificação de risco e subsidiará o planejamento adequado das ações. Incentivar a criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas IES, tanto para a promoção de atendimentos especializados referenciados, quanto para a qualificação das equipes.</p>	<p>Propõem a criação de instrumentos gerenciais para o devido monitoramento e avaliação das ações; a oferta e atendimento e atividades em grupo, bem como a realização de atividades de orientação sobre diversos temas, dentre eles saúde sexual, prevenção de quedas, prevenção de violência, alimentação e nutrição, etc. A respeito desse último tema, destacam a importância de orientar os idosos quanto ao papel da leitura dos rótulos dos alimentos e indicam alguns materiais elaborados pelo ministério da saúde, como os "Dez Passos para uma Alimentação Saudável", o "Guia Alimentar para a População Brasileira", e o "Caderno de Atenção Básica de Obesidade". Ressaltam o papel da articulação intersetorial, em especial a ação conjunta entre a APS e os dispositivos do SUAS e da oferta de educação permanente aos profissionais. Além disso, propõem a implantação de uma política de atenção integral aos idosos residentes em ILP e a qualificação do acolhimento na Rede Hospitalar e na urgência e emergência.</p>
<p align="center">GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA IDOSA (Subcategorias 2 a 7)</p>	<p>Propõem a promoção de capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços para o idoso. Estabelecem as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF).</p>	<p>Elencam as ações que precisam ser implementadas, no que tange à garantia da promoção do envelhecimento ativo. Orientam a construção do PTS, o qual deve ser elaborado em parceria com a atenção especializada quando os idosos tiverem limitação funcional nos perfis 2 e 3, e que devem incluir cuidados paliativos. Tecem uma série de orientações quanto ao desenvolvimento da atuação com grupos. Estabelecem o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda, como critérios mínimos para o atendimento às necessidades das pessoas idosas e que esse atendimento deverá ser realizado por uma equipe multiprofissional.</p>

Fonte: Elaboração própria.