

Proteção Social à Pessoa Idosa¹

1. Aspectos sociodemográficos

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, caracterizado pelo crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. No Brasil, a participação da população com idade igual ou superior a 60 anos no total da população nacional alcançou, em 2008, aproximadamente 21 milhões de pessoas, o que corresponde a 11,1% da população². Essa proporção era de 4% em 1940 e de 8,6% em 2000. Estimativas indicam que em 2040 serão 55 milhões de idosos no País, o que corresponderá a 26,8% da população. Destaca-se, nesse processo, o aumento acentuado da população muito idosa, com 80 anos ou mais, que em 2000 representavam 1,8 milhão de pessoas. Estimativas apontam que em 2040 serão 13 milhões de pessoas com 80 anos ou mais no País.

Mantidas as tendências dos parâmetros demográficos implícitas nessas estimativas, o Brasil percorrerá velozmente um caminho rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, fenômeno que, sem sombra de dúvida, exigirá adequações nas políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social.

Minas Gerais segue a tendência nacional, tendo, em 2008, 11,8% de idosos no conjunto de sua população, o que corresponde a mais de 2 milhões de pessoas.

É preciso considerar a heterogeneidade do segmento idoso, pois, além da diferenciação etária, esse grupo experimentou trajetórias de vida diferenciadas que vão afetar a velhice. Essas trajetórias são marcadas pelas desigualdades sociais, econômicas, regionais e raciais em curso no País.

A população com 60 anos ou mais mantinha, em 2008, altas taxas de analfabetismo: no País, 32,2% não sabiam ler e escrever e 51,7% eram analfabetos funcionais (tinham menos de 4 anos de estudo). Em Minas Gerais, 53,9% dos idosos tinham, em 2008, menos de 4 anos de estudo.

Há, ainda, diferenças relacionadas à cor ou raça dos indivíduos. No País, a proporção de pessoas brancas com 60 anos ou mais era, em 2008, de 57,2%, enquanto a

¹ Documento elaborado por equipe de consultores da Gerência-Geral de Consultoria Temática da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais

² Estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

de pretos e pardos era 41,6%. No conjunto da população brasileira, no entanto, os pretos e pardos representam 49,5% e os brancos 49,7%. Em Minas Gerais, 52,1% dos idosos eram brancos e 47,3% pretos ou pardos. Essa situação reflete condições de vida mais precárias das populações preta e parda, do ponto de vista socioeconômico, evidenciadas por taxas de mortalidade mais elevadas nos diversos grupos etários, nível educacional mais baixo e menor mobilidade social.

Importa considerar, ainda, a diferença referente à expectativa de vida entre homens e mulheres: as mulheres vivem mais que os homens. Estudos apontam que as mulheres de idade avançada (e não os homens) estão mais expostas à pobreza e à solidão. Além disso, detêm maiores taxas de institucionalização, possuem um maior risco de morbidade, consultam mais médicos e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida. Portanto, a mulher idosa constitui um grupo social que merece intervenções sociais que levem em conta as suas condições específicas.

Quanto à renda, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 – PNAD/2008 –, realizada anualmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que, no conjunto do País, 11% dos idosos residiam em domicílios com rendimento “per capita” inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Em Minas Gerais, 9% dos idosos encontravam-se, em 2008, nessa condição. Somados aos que residem em domicílios com renda entre $\frac{1}{2}$ e 1 salário mínimo, são 42,3% de idosos do Estado vivendo em famílias com rendimento de até 1 salário mínimo.

Os benefícios previdenciários (aposentadorias e pensões) e o Benefício de Prestação Continuada – BPC – são fatores determinantes para assegurar que os idosos não vivam em condição de indigência e pobreza. Dados para 2004 indicam que, se desconsiderados os benefícios previdenciário e assistencial, 44,6% dos idosos do País viveriam em domicílios com renda “per capita” de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Esses dados sugerem que a presença dos idosos reduz o risco de pobreza na família.

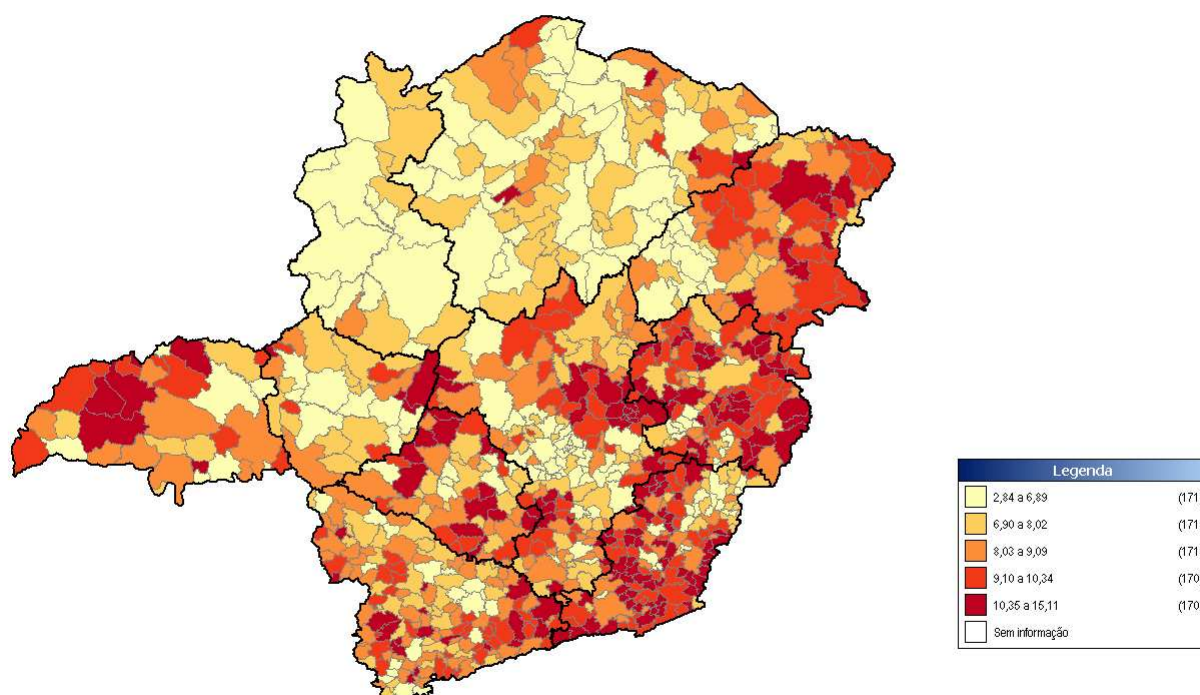
O envelhecimento populacional acarreta mudanças nos arranjos familiares. Dados da PNAD/2008 revelam que 23,3% dos idosos eram a pessoa de referência no domicílio. Em Minas Gerais, a proporção de idosos responsáveis pelos domicílios era de 25,3%. No País, a proporção de idosos que moravam com filhos, em 2008, era 33,3%. Quando o idoso é do sexo feminino esse percentual sobe para 47,3%.

O envelhecimento da população evidencia a necessidade crescente de cuidados de longa permanência, especialmente ao subgrupo dos muito idosos, que perderam parte de sua autonomia física ou mental, cuja família não possui meios para a prestação dos cuidados exigidos. De acordo com pesquisa realizada pelo Centro de Apoio Operacional do Ministério Público de Minas Gerais, 1% da população idosa do Estado vive em Instituições

de Longa Permanência de Idosos – ILPIs. Verificou-se que a população de idosos institucionalizados é maior nas regiões mais desenvolvidas do Estado: Central, Sul de Minas, Centro-Oeste e Triângulo. O número de mulheres institucionalizadas é três vezes maior que o de homens, o que pode ser explicado pela expectativa de vida das mulheres ser maior em relação aos homens; a viuvez ser mais frequente para as mulheres; além de as idosas geralmente possuírem grau de instrução e nível de renda baixos, fatores que favorecem o ingresso nas ILPIs.

Importa considerar que o envelhecimento da população é bastante diferenciado entre os Municípios e regiões do Estado. Formulado a partir do Índice Mineiro de Responsabilidade Social, o mapa a seguir ilustra o percentual da população idosa por município. O mapa sugere que os municípios da região Noroeste de Minas são os que apresentam menor percentual de idoso no conjunto de suas populações, seguida da região Norte e Alto Paranaíba. Sugere, ainda, que os municípios da região da Mata são os que apresentam maior percentual de população idosa.

Percentual da população com mais de 65 anos de idade (%)
Todos os municípios de Minas Gerais - Ano de referência: 2007



Agregando o percentual de população idosa por região, a partir da média dos municípios, conforme quadro que segue, verifica-se que Noroeste e Norte de Minas são, de fato, as regiões do Estado com menor percentual de população idosa, seguidas da região Rio Doce. Na outra ponta, a região da Mata apresenta maior percentual de população com

60 anos ou mais no Estado, 13,3%. Todavia, em números absolutos, a região Central concentra cerca de 1/4 da população idosa do Estado. Importa destacar que entre os anos 2000 e 2007 ocorreu aumento percentual da população idosa em todas as regiões do Estado.

Quadro 1: Idosos em Minas Gerais por Região de Planejamento – 2007

Região de Planejamento	% idosos em 2000	% idosos em 2007	Nº absoluto de idosos em 2000	Nº absoluto de idosos em 2007
Alto Paranaíba	9,59	11,45	51.745	65.415
Central	9,91	11,58	513.319	661.529
Centro Oeste de Minas	10,68	12,37	96.850	119.326
Jequitinhonha	9,84	11,30	95.941	118.558
Mata	11,63	13,30	221.488	259.666
Noroeste de Minas	7,70	9,62	24.266	30.845
Norte de Minas	8,28	9,91	116.762	151.937
Rio Doce	9,61	11,19	146.388	178.135
Sul de Minas	10,59	12,40	239.993	283.893
Triângulo	10,12	11,40	118.229	156.425
Total			1.626.981	2.027.736

Fonte: FJP – Índice Mineiro de Responsabilidade Social. 2009

Conhecer as características que marcam o grupo populacional dos idosos e sua distribuição territorial é de fundamental importância para a formulação de políticas públicas que visam a atender seus direitos e necessidades.

2. Marco normativo das políticas de proteção social ao idoso

A Constituição Federal de 1988 inaugura uma nova institucionalidade da proteção ao idoso no Brasil ao explicitar, em seu art. 230, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. A Constituição afirma, ainda, que a atenção aos idosos deve ser prestada, preferencialmente, em seus lares, de modo a evitar sua institucionalização (art. 230, § 1º).

A Constituição também prevê iniciativas para atendimento à pessoa idosa no sistema de seguridade social, o qual abrange as políticas de previdência, saúde e assistência social. Os artigos da Constituição relacionados abaixo destacam-se entre aqueles que tratam da seguridade social para o idoso:

- Art. 195 – Define como será financiado e as fontes de receita que subsidiarão o sistema de seguridade social brasileiro.
- Art. 196 – Define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garante o acesso universal à população e propõe ações e serviços de promoção, proteção e recuperação.
- Art. 201 – Define o **sistema previdenciário** e prevê a **cobertura** em face dos eventos de doença, invalidez, morte e **idade avançada**. Estabelece a aposentadoria no Regime Geral da Previdência definindo a idade, se homem, 65 anos, e, se mulher, 60 anos. Reduz em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exercem atividades de economia familiar (produtor rural, garimpeiro e pescador artesanal).
- Art. 203 – Define a **política pública de assistência social** a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e **à velhice**.
- Art. 203, V – Garante um **salário mínimo de benefício mensal** à pessoa portadora de deficiência e ao **idoso** que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Com vistas a regular a política de assistência social prevista na Constituição Federal, em 2003 foi aprovada a **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS** –, Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que, em seu art. 2º, I, define como um dos seus objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e **à velhice**.

A Política Nacional do Idoso – PNI –, instituída pela Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, foi o marco regulatório que orientou o conjunto das políticas sociais dirigidas ao idoso. A PNI apresenta uma abordagem intersetorial e interdisciplinar, visando à atenção integral ao idoso e à promoção de sua autonomia e plena participação na sociedade.

Em 2003, a **Lei Federal nº 10.741** institui o **Estatuto do Idoso**, que regulamenta os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, reafirmando o dever da família, da sociedade e do Estado em garantir, com absoluta prioridade, que as pessoas idosas tenham uma vida plena e saudável, segura e digna, junto de sua família e em sua comunidade. Entre suas disposições, destaca-se os direitos fundamentais, as medidas de proteção e a política de atendimento ao idoso, bem como as condutas que constituem crimes contra idosos.

O mais recente avanço em relação à política para os idosos ocorreu em 2010, com a aprovação da Lei Federal nº 12.213, de 20 de janeiro, que institui o **Fundo Nacional do Idoso**, destinado a financiar os programas e ações relativas aos idosos, com vistas a criar as condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. De acordo com a referida lei, o fundo passará a vigorar em janeiro de 2011.

Com a missão de acompanhar e avaliar a implementação da política nacional na área dos idosos, foi instituído, em 2002, o **Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos – CNDI** –, com composição paritária de representantes do governo e da sociedade civil. Nos níveis subnacionais de governo, os conselhos de direitos dos idosos estão instalados em todos os Estados brasileiros.

Em Minas Gerais, a Constituição Estadual estabelece, em seu art. 225, que “o Estado promoverá condições que assegurem amparo à pessoa idosa, no que respeite à sua dignidade e ao seu bem estar”. Reafirma, portanto, a responsabilidade do Estado em promover políticas públicas de proteção e promoção ao idoso. A própria Constituição Estadual prevê a criação do Conselho Estadual do Idoso (art. 226).

Em 1999, o **Conselho Estadual do Idoso** foi criado pela Lei nº 13.176, como órgão deliberativo e controlador das políticas e das ações voltadas para o idoso. Conforme dados fornecidos pelo Conselho Estadual do Idoso, até 2009, 81 municípios no Estado haviam implantado os respectivos conselhos municipais dos direitos dos idosos.

Ante a importância do tema, foi instituída, por meio da Lei nº 12.666/1997, a **política estadual de amparo ao idoso**, com o objetivo de assegurar-lhe os direitos sociais e promover sua participação efetiva na sociedade. Em 2000, a Lei nº 13.763 instituiu o **Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso**, com o objetivo de promover o atendimento ao idoso em seu próprio domicílio, por equipe multidisciplinar.

3. A Proteção ao idoso nas políticas sociais

3.1. Assistência social

Articulado como sistema, o Sistema Único de Assistência Social – Suas – pressupõe a gestão compartilhada e o cofinanciamento da política de assistência social pelas três esferas de governo, com clara definição das competências técnico-políticas de cada uma delas. Entre outras prerrogativas, o sistema define e organiza a nomenclatura e a estratificação dos serviços e da rede socioassistencial.

Assim, os serviços socioassistenciais são classificados em três áreas de atuação: a vigilância social, a proteção social e a defesa social e institucional. Importa-nos, aqui, a

compreensão dos serviços de proteção social, aqueles destinados à segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio familiar.

A proteção social é classificada como “proteção social básica” e “proteção social especial”. Os serviços de **proteção social básica** visam a **prevenir** situações de risco e se destinam a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social em razão de pobreza monetária, exclusão no acesso a bens e serviços de cidadania, fragilidade de vínculos familiares e comunitários, **privações e desvantagens resultantes do ciclo de vida** ou de alguma deficiência, entre outros. Trata-se, pois, da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios – continuados e eventuais – de acolhimento, convivência e socialização, além de ações relativas ao desenvolvimento de potencialidades, à aquisição de competências e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. São exemplos de **ações no campo da proteção social básica** aquelas destinadas: à **atenção integral às famílias**; à inclusão produtiva; ao enfrentamento da pobreza; à **promoção da convivência entre idosos**; à proteção e à promoção dos direitos das crianças e dos adolescentes, entre outras. A NOB/Suas estabelece que esses serviços sejam providos em nível local, por todos os Municípios, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social – Cras –, unidades públicas básicas de assistência social, e, ainda, por meio de entidades e organizações socioassistenciais, articuladas em rede.

No que diz respeito à identificação dos serviços de proteção social básica no PPAG 2008-2011, eles se encontram organizados no Programa 023 – Implantação do Suas –, por meio da Ação 4234 – Cofinanciamento de serviços e benefícios para Municípios na execução de proteção básica. Assim, a **proteção social básica a idosos** é executada pela Subsecretaria de Assistência Social da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – Sedese –, com **recursos alocados na Ação 4234** para o cofinanciamento de Municípios para a implantação dos Cras e a operacionalização do cadastramento destinado à oferta do Benefício de Prestação Continuada – BPC –, um direito garantido pela Constituição da República que consiste no pagamento de um salário mínimo mensal a pessoas com 65 anos de idade ou mais e a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Em ambos os casos a renda “per capita” familiar deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para que a pessoa tenha direito a esse benefício.

A **proteção social especial** destina-se a pessoas e grupos em situação de risco pessoal e social, que já **tiveram seus direitos violados**, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas por adolescentes, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Trata-se, portanto, da oferta de serviços, programas e projetos de **caráter protetivo e de promoção social**, com ações de média e de alta complexidade.

A **proteção social especial de média complexidade** destina-se às pessoas e grupos que tiveram seus direitos violados mas que ainda mantêm vínculos familiares e comunitários, e se efetiva por meio de serviços de orientação e apoio sociofamiliar; de habilitação e reabilitação, na comunidade, das pessoas com deficiência; de abordagem de rua; de **cuidados domiciliares**, entre outros. Já a **proteção social especial de alta complexidade** destina-se àqueles com direitos violados e com vínculos familiares e comunitários rompidos ou na iminência de se romperem. Dessa forma, trata-se de promover proteção integral a esses indivíduos e grupos, por meio da **garantia institucionalizada** de moradia, alimentação, trabalho e abrigo, em face de situações de ameaça e de violação de direitos. No PPAG 2008-2011, os serviços de proteção especial se encontram organizados no Programa 023 – Implantação do Suas –, por meio das Ações 4236 – Cofinanciamento de serviços para Municípios na execução de proteção especial –, 4464 – Cofinanciamento de benefícios eventuais –, 4272 – Cofinanciamento para Municípios em serviços no atendimento a crianças e adolescentes, em especial com trajetória de rua e trabalho infantil – e 4443 – Financiamento para implantação dos Centros de Referências Especializados de Assistência Social - Creas. Assim, a **proteção social especial a idosos** é executada pela Subsecretaria de Assistência Social da Sedese, com **recursos alocados nas Ações 4236 e 4443**, por meio dos seguintes serviços: Centro de Referência Especializada de Assistência Social – Creas –, Atenção ao Idoso, e Atendimento Integral Institucional.

O **Creas** é uma unidade pública estatal de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados, promovendo a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar a ação para seus usuários. O **Creas** articula os serviços de **média complexidade** e opera a referência e a contra-referência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas e demais instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos. Especificamente, a Sedese prioriza o público infanto-juvenil nos serviços prestados pelo Creas.

A **Atenção ao Idoso** é composta por serviços continuados de **média complexidade** que oferecem acolhida, apoio e acompanhamento profissional a pessoas idosas e suas famílias, com vistas ao fortalecimento de vínculos familiares e sociais e à oferta de condições para o alcance de autonomia e independência, com frequência em período integral ou parcial. Esses serviços são prestados na forma de atendimento de reabilitação na comunidade; centro-dia e atendimento domiciliar. Além disso, esse serviço é responsável pela concessão da carteira do idoso, um benefício tarifário que garante a gratuidade de vagas e desconto de 50%, no mínimo, do valor das passagens interestaduais para idosos,

com idade igual ou superior a 60 anos e renda individual igual ou inferior a 2 salários mínimos, sem meios de comprovação de renda, mediante inserção no Cadastro Único.

O **Atendimento Integral Institucional** é um serviço da proteção social especial de **alta complexidade**, que consiste no atendimento integral e institucional a crianças, **idosos** e portadores de deficiência que se encontram em situação de abandono, risco pessoal ou social. Trata-se, portanto, de serviços de abrigo institucional, também conhecidos como asilos, em atenção ao disposto no Estatuto do Idoso – Lei Federal nº 10.741, de 1º/10/2003.

3.2. Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS – operacionaliza o princípio constitucional do direito universal à saúde e do dever do Estado de garanti-lo, e se organiza em função das diretrizes, também constitucionalmente estabelecidas, de **descentralização; atenção integral, prioritariamente preventiva; e participação da comunidade**. O SUS é regulamentado pela Lei Federal nº 8.080, de 19/9/90, chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção da saúde e sobre a organização e o funcionamento de seus serviços. No que diz respeito à descentralização político-administrativa, a Lei Orgânica da Saúde estabelece direção única em cada esfera de governo e ênfase na execução dos serviços pelos Municípios, com o estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada. A partir dessa regulamentação, a rede de serviços passa a se organizar pela **hierarquia dos níveis de atenção** (primária, secundária e terciária) **e de complexidade dos serviços** (baixa, média e alta complexidade) e por regiões de saúde, nas quais um Município-pólo funciona como referência para os demais.

Em 1996, foi publicada a Norma Operacional Básica – NOB/96 –, com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes e a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados e da União. A partir de então, o poder público estadual passou a se responsabilizar, entre outras atribuições, pela mediação da relação entre os sistemas municipais; o poder público federal ficou responsável pela mediação entre os sistemas estaduais. As instâncias básicas para a concretização desses propósitos integradores são os fóruns de negociação compostos pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores municipal e estadual – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Nos termos da NOB/96, os Municípios são classificados em não-habilitados ou habilitados em uma das duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB – ou Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. As condições de gestão explicitam as

responsabilidades do gestor municipal, os requisitos e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. Na habilitação em **GPAB**, o Município fica responsável pelas ações de prevenção e promoção da saúde, conhecidas como **atenção básica ou primária em saúde**, entre as quais incluem-se: controle da tuberculose, da hanseníase, da hipertensão e do diabetes; ações de saúde bucal; ações de saúde da mulher e da criança. Na habilitação em **GPSM**, além da atenção básica, o Município assume a responsabilidade de prestar atendimentos de nível secundário e terciário à sua população e, às vezes, à população da microrregião ou da macrorregião na qual se situa. Os procedimentos de nível secundário ou de média complexidade abrangem o atendimento a problemas de saúde que demandam profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (por exemplo, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, patologia clínica, radiodiagnósticos, exames ultra-sonográficos, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, entre outros). O nível terciário ou de alta complexidade envolve um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e de alto custo como, por exemplo, a assistência ao paciente com doença renal crônica, com câncer ou com queimaduras, por meio de diálise, quimioterapia ou radioterapia; as cirurgias cardiovasculares, das vias aéreas superiores ou do crânio; a neurocirurgia; entre outros.

Além disso, em 2002, o Ministério da Saúde lançou a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/02 –, que visa orientar a distribuição regional de serviços de saúde nos Estados para criar um sistema de referência e contra-referência eficiente. Para tanto, ela determina que o Estado deve instituir o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, como instrumento de ordenamento da regionalização da assistência, para definir prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e de garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM nº 399, de 22/2/2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Firmado entre os três gestores do SUS, o Pacto pela Saúde agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle pela sociedade, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. O Pacto pela Saúde possui três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão.

A implementação do Pacto pela Saúde se dá pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão – TCG. O TCG substitui os processos de

habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as **prioridades** definidas estão a **promoção da saúde do idoso**, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras.

As formas de transferência dos recursos federais para Estados e Municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento – Atenção Básica; Média e Alta Complexidade da Assistência; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS –, substituindo, assim, as mais de cem modalidades que eram utilizadas para essa finalidade.

Importam-nos as definições constantes do Pacto pela Vida, uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, por se referir a ações prioritárias que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, dentre elas aquelas diretamente relacionadas à promoção da saúde do idoso. O Pacto pela Vida estabelece seis prioridades: **saúde do idoso**; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza* (gripe); promoção da saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável; fortalecimento da Atenção Básica.

No que diz respeito à **promoção da saúde do idoso**, o Pacto pela Vida discrimina as diretrizes que devem pautar a política específica para a atenção à saúde dessa parcela da população, formada por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, além de estabelecer ações estratégicas que deverão ser executadas no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.528, de 19/10/2006, a política de **Saúde do Idoso**, com vistas a operacionalizar a prioridade de atenção à saúde dessa parcela da população, estabelecida no Pacto pela Saúde.

Ressalte-se ainda que o Capítulo IV do Estatuto do Idoso, que trata do direito à saúde, mantém os princípios gerais do SUS na atenção à saúde do idoso: acesso universal e igualitário; ações e serviços articulados e contínuos para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde; cadastramento da população em base territorial; implantação de unidades de referência no atendimento ao idoso; fornecimento gratuito de medicamentos; treinamento e capacitação dos profissionais de saúde.

A **Saúde do Idoso** é uma política que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o **envelhecimento saudável e ativo** e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil. São diretrizes importantes para

a atenção integral à saúde do idoso: promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; e apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Em 2006, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais elaborou uma linha-guia com a finalidade de orientar, normalizar e padronizar atividades e procedimentos relativos à política de Saúde do Idoso no Estado, intitulada **Atenção à Saúde do Idoso**. Parte-se do suposto de que a **alteração no comportamento demográfico da população**, com o aumento da expectativa de vida e, por consequência, do número de idosos, foi acompanhada de uma **alteração também no perfil epidemiológico dessa população**: doenças crônicas e múltiplas, que perduram por muitos anos, o que exige acompanhamento frequente e multidisciplinar. Por essa razão, é necessário que a organização do sistema de saúde fortaleça o nível de atenção primário – a **atenção básica** –, com a organização dos serviços em **ações básicas de atenção à saúde do idoso**, na **produção do cuidado** e em defesa da vida. Para essa faixa da população, então, o conceito de saúde é abrangente, não se restringindo mais à presença ou ausência de doença ou agravo, e é estimada também pela autonomia e independência.

O **envelhecimento ativo e saudável** compreende ações que promovem modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação. Promover o envelhecimento ativo e saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem, bem como garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional. É importante qualificar os serviços de saúde para trabalhar com aspectos específicos da saúde da pessoa idosa, como a identificação de situações de vulnerabilidade social, a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais, a avaliação da capacidade funcional, entre outros. No âmbito municipal, é fundamental organizar as equipes de Saúde da Família e a atenção básica incluindo a população idosa em suas ações, como, por exemplo, atividades de grupo, promoção da saúde, atenção à hipertensão arterial e diabetes, sexualidade, DST/aids. Seus profissionais devem estar sensibilizados e capacitados para identificar e atender às necessidades de saúde dessa população.

Podemos identificar, então, as seguintes **ações no PPAG 2008-2011** por meio das quais se executam serviços direcionados aos idosos ou serviços universais que são executados com atenção e acolhimento diferenciado para a população idosa.

No campo da **atenção básica**, o Programa Estruturador 049 – Saúde em Casa – operacionaliza a estratégia do Programa Saúde da Família – PSF – e tem como objetivos universalizar a oferta para a população que depende do SUS e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. Por meio das ações do programa Saúde em Casa, com as equipes de saúde da família que fazem o acompanhamento domiciliar de todas as famílias referenciadas territorialmente em cada Unidade Básica de Saúde do PSF, é possível identificar e diagnosticar a situação de saúde da população idosa, com base territorial, e estabelecer os encaminhamentos necessários no campo dos três níveis de atenção à saúde. Todas as ações que compõem esse programa são articuladas com vistas à promoção, prevenção e assistência à saúde da família.

A Ação 4391 – Promoção e execução de ações de saúde –, do Programa Associado 706 – Atenção Assistencial à Saúde –, tem por finalidade promover, prevenir e recuperar a saúde da população, por meio de atividades desenvolvidas na atenção básica, atenção secundária e atenção terciária. Nessa ação são alocados os recursos destinados ao **atendimento diferenciado da população idosa no campo da atenção básica**, como é o caso da saúde nutricional, da saúde bucal, da saúde mental, da saúde sexual e do acompanhamento à hipertensão e à diabetes, que apresentam peculiaridades específicas na população idosa. Também é por meio dessa ação que se executam os serviços de **atendimento domiciliar terapêutico**, por cuidadores de idosos, com vistas a promover a autonomia, diminuir o tempo de hospitalização e garantir a convivência familiar, e **cuidados domiciliares paliativos**, serviço destinado ao paciente terminal, que visa a contribuir para a permanência desse paciente em casa o maior tempo possível. Além dessas atividades, a Secretaria de Estado da Saúde mantém importante serviço de fornecimento de informações para e sobre a população idosa, em parceria com o Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas – UFMG. Trata-se do **Disque Idoso** (0800-283-3247), que fornece atendimento telefônico para orientação sobre a saúde de pessoas na terceira idade, no que diz respeito às doenças que acometem essa parcela da população e ao fornecimento gratuito de medicamentos.

Com relação à atenção especializada, a Ação 4192 – Rede de Atenção ao Idoso – Mais Vida –, do Programa Estruturador 044 – Regionalização - Urgência e Emergência –, tem como finalidade elaborar e coordenar a implantação das políticas públicas para a população idosa no Estado de Minas Gerais e garantir atenção à saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência. Segundo informações obtidas no “site” da

Secretaria de Estado de Saúde, a rede será implantada por meio da descentralização da assistência e da capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para a atenção à Saúde do Idoso. Serão implantados os Centros de Referência em Atenção Secundária Especializada, denominados Centros Mais Vida – CMV –, em todas as macrorregiões do Estado, com recursos do Tesouro Estadual. Esses centros terão como missão a assistência especializada, por equipe multidisciplinar de saúde, à população idosa frágil, encaminhada pelos profissionais da rede. O CMV ficará responsável, também, pela formação de recursos humanos em sua área de abrangência e nele serão disponibilizados exames de média e alta complexidade, conforme as necessidades individuais de cada paciente. Além disso, os idosos frágeis residentes em municípios distantes vão poder contar com a Casa de Apoio, um serviço de hotelaria para acolhê-los quando de sua estadia para atendimento nos Centros Mais Vida.

Essa ação está em consonância com o disposto no Estatuto do Idoso. O art. 15, § 1º, III, estabelece que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social.

O Programa associado 107 – Atendimento hospitalar, ambulatorial e emergencial –, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig –, tem por objetivo prestar serviços de assistência hospitalar, ambulatorial e emergencial à clientela encaminhada pelo SUS por meio de sistema de referência e contra-referência. A Ação 4001 – Complexo de **saúde mental** – destina-se a ofertar serviços de qualidade nas áreas de atendimento hospitalar, ambulatorial e emergencial de saúde mental. A Ação 4002 – Complexo de reabilitação e cuidado ao idoso – identifica especificamente a população maior de 60 anos como beneficiária e destina-se a prestar serviços de assistência hospitalar, ambulatorial e emergencial à clientela encaminhada pelo SUS, inclusive para os idosos residentes em instituições de longa permanência e em situação de vulnerabilidade. Por meio dessa ação, são executados os serviços de **hospital-dia** e de **centro de enfermagem**, que atuam de forma complementar ao atendimento domiciliar, situando-se num nível intermediário entre esse tipo de atenção e a internação hospitalar. Os serviços de **leitos geriátricos**, específicos para o idoso frágil, e de atenção multidisciplinar ao idoso hospitalizado são executados por meio da Ação 4006 – Complexo de hospitais gerais. As demais ações desse programa – 4003, Complexo de urgência e emergência; 4004, Complexo de especialidades; e 4440, Complexo MG Transplante – executam esses serviços específicos, com atenção diferenciada para a população idosa, em razão das diretrizes que norteiam a política de saúde do idoso.

Integra o Programa associado 149 – Incentivo ao desporto – a Ação 4330 – Promoção do desporto de participação –, com a finalidade de estimular o aumento do número de praticantes de esporte amador e de atividade física regular, com especial atenção para a **população idosa**, promovendo a integração social por meio de atividades dessa natureza, incluindo a realização de debates, seminários e congressos que contribuam para o desenvolvimento do plano estadual do esporte com a participação da sociedade organizada, além de apoiar entidades esportivas e municípios no desenvolvimento de programas e projetos voltados para esse objetivo. Por meio dessa ação, são executadas atividades de esporte e lazer, com vistas ao desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e de integração social. No âmbito do Programa estruturador 027 – Minas Olímpica –, por meio da Ação 1214 – Ampliação e reestruturação de espaços esportivos e de atividade física –, é executado o projeto Saúde na Praça, que desenvolve ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida, por meio da adequação dos espaços físicos e do desenvolvimento de atividades esportivas e de lazer sob orientação de profissionais de educação física, fisioterapia e nutrição. O projeto é destinado a todas as faixas etárias, com especial atenção para a população idosa.

Importa ressaltar a importância das ações que compõem o Programa associado 175 – Farmácia de Minas – no que diz respeito à garantia de acesso dos idosos aos medicamentos. Conforme o disposto na linha-guia Atenção à Saúde do Idoso, o acesso a medicamentos deve ser garantido aos idosos por meio de serviços que assegurem: 1) o fornecimento de medicamentos de uso contínuo para a população idosa nos equipamentos de atenção primária; 2) a adequação do elenco de medicamentos do Farmácia de Minas às necessidades da população idosa, tanto nos medicamentos básicos³ como nos estratégicos; 3) a adequação dos fluxos para dispensação de medicamentos excepcionais para a população idosa; e 4) a normalização para a aquisição, no âmbito do SUS, de medicamentos para tratamento de portadores de demência por doença de Alzheimer. Todas as ações que compõem esse programa devem, então, observar essas determinações; são elas: 4299 – Medicamentos básicos – e 4302 – Medicamentos de alto custo.

3.3. Direitos Humanos

No que diz respeito a esse campo de atuação setorial, podemos identificar ações importantes na área de resultados Redução da pobreza e inclusão produtiva, no Programa

³ **Medicamentos básicos** são aqueles direcionados à atenção básica à saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome –; **medicamentos de dispensação excepcional** ou medicamentos excepcionais são aqueles destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem um número limitado de pacientes, que, em sua maioria, fazem deles uso contínuo e prolongado; **medicamentos estratégicos** são aqueles destinados a programas

associado 162 – Desenvolvimento de políticas de direitos humanos – e nos Programas especiais 701 – Apoio à Administração Pública – e 726 – Acesso à Justiça. Trata-se, no primeiro caso, das Ações 4131 – Integração e descentralização de políticas de direitos humanos – e 4132 – Proteção dos direitos humanos e seu acompanhamento e avaliação –, por meio das quais se executam ações de prevenção à violação dos direitos dos idosos e de encaminhamento para o atendimento àqueles **vítimas de abandono ou de maus-tratos**, a partir de denúncias recebidas pelo Disque Direitos Humanos **(0800-31-1119)**.

A Ação 2074 – Operacionalização dos Conselhos vinculados à Subsecretaria de Direitos Humanos –, do Programa especial 701 – Apoio à Administração Pública –, financia as atividades, dentre outros Conselhos, do Conselho Estadual do Idoso, importante órgão paritário, com representação do governo e da sociedade civil, de controle da sociedade sobre a política de promoção e de proteção dos direitos dos idosos. Já a Ação 1099 – Implantação de núcleos de assistência jurídica especializada –, do Programa especial 726 – Acesso à Justiça –, efetiva a constituição de núcleos especializados da Defensoria Pública do Estado, para, entre outros segmentos vulneráveis da sociedade, garantir o acesso à Justiça, com a defesa de idosos que tiveram direitos violados.