

3. A Proteção ao idoso nas políticas sociais

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 nãohabilitados 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 **Medicamentos básicos** são aqueles direcionados à atenção básica à saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename –; **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 estratégicos, para o controle de endemias, como a tuberculose, para o tratamento de DST/aids, e para sangue e hemoderivados, imunobiológicos e insulina.