

A VELHICE E A SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA QUESTÃO NÃO RESOLVIDA

Raimunda Silva d'Alencar¹

Fernanda Silva d'Alencar²

Matheus Silva d'Alencar³

Joelma Batista Tebaldi⁴

Tereza Lucia Bittencourt Ferraz⁵

Se dispensarmos atenção à saúde, e a um custo razoável, inclusive com medidas de saúde preventiva, poderemos ajudar os idosos a se manterem independentes o maior tempo possível

(Annan, 2002).

Resumo: Este texto tem o propósito de analisar a questão da saúde abordada no Estatuto do Idoso, fazendo uma digressão em torno da sua trajetória através de documentos oficiais (planos, leis, decretos e portarias) onde a velhice aparece,

¹ Profa. Assistente, Mestra em Sociologia Rural, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus, Bahia (r_alencar2@yahoo.com.br).

² Enfermeira em Saúde da Família, Especialista em Gerontologia. Ilhéus, Bahia. (f_alencar25@hotmail.com).

³ Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia. Professor Auxiliar do Departamento de Saúde da UESB. Jequié, Bahia (matheus_alencar@yahoo.com.br).

⁴ Enfermeira, mestra e doutora em Educação. Profa. Titular do Departamento de Saúde, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, Bahia (joelmatebaldi@uol.com.br).

⁵ Professora Assistente do DFCH, Mestra em Filosofia da Educação. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, Bahia.

mostrando que a questão da saúde na velhice sempre esteve na preocupação das políticas públicas brasileiras, ainda que a sua aplicação e universalização possam estar comprometidas em função de crescentes e diversificadas demandas, das características da sociedade brasileira e da mentalidade do brasileiro, acrescentando-se ainda a ausência de conhecimentos sobre envelhecimento e políticas públicas nos currículos, especialmente na área da saúde.

Palavras-chave: Saúde. Políticas públicas. Velhice.

OLD AGE AND PUBLIC HEALTH POLICIES: AN UNSOLVED ISSUE

Abstract: This text aims to analyze health issue mentioned in the Elderly Statute, making a raising questions about official documents (plans, laws, decrees and orders) when old age appears. The conclusion is that the issue of elderly health has always been a concern for Brazilian public policies, although its application and universalization may be compromised due to increased and diversified demands, and certain aspects of Brazilian society. To top is off there is still the lack of knowledge about aging and school curricula, especially in the health area.

Keywords: Health. Public polices. Old age.

INTRODUÇÃO

Não é de hoje que o Brasil expressa sua preocupação com a velhice, quando inclui essa questão em inúmeros documentos legais. Os exemplos são variados: já em 1916, através da Lei 3.071 do Código Civil; em 1940, com o Decreto-Lei 2.848 do Código Penal;

em 1965, a Lei 4.737 do Código Eleitoral; em 1976, o Programa de Assistência ao Idoso, vinculado ao então Instituto Nacional de Previdência Social.

Em 1988, a Constituição Federal não só consagra a saúde como um direito constitucional fundamental, introduzindo avanços na tentativa de corrigir injustiças sociais históricas, a exemplo das discriminações entre segurado e não segurado, entre campo e cidade, como evidencia a constitucionalidade para a pessoa idosa, especificamente através dos artigos 14, 40, 201, 203, 229 e 230 (BRASIL, 1988).

Em 1993, com a edição da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é assegurado ao idoso, a partir dos 65 anos de idade, o Benefício da Prestação Continuada (BPC), equivalente a um salário mínimo, que passou a figurar, a partir de 1996, como despesa obrigatória do Estado, hoje contemplando mais de 1,5 milhão de idosos (GOMES et al., 2006, p. 15-20).

Somente em 1994, porém, o Decreto 1.948 instituiu a Política Nacional do Idoso: a partir daí, um número cada vez maior de documentos que visam a proteção da pessoa idosa foi sendo produzido.

Em 1998, foi aprovado o Programa Nacional de Direitos Humanos, com ações de curto, médio e longo prazos específicas para a pessoa idosa; em 1999, a Portaria Interministerial 5.163 instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho. Ainda em 1999, a Portaria 1.395 dispôs sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Em 2002, uma Portaria da Secretaria de Estado da Assistência Social estabeleceu novas alternativas

de atendimento ao idoso. Ainda em 2002, o Ministério da Saúde criou as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, por Portaria n. 702/SAS/MS, além das normas para cadastramento de centros de referência em atenção à saúde do Idoso (Portaria 249/SAS/MS). A construção dessas Redes, tema da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, propõe integrar ações de proteção à pessoa idosa, integração já proposta desde 1994, com a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842) e reafirmada no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006). Também foi criado, em 2002, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), através do Decreto 4.227, de 13 de maio de 2002. No mesmo ano, o Decreto 4.287 regulamentou a composição paritária do Conselho.

Em 2003, é regulamentado o Estatuto do Idoso, através da Lei 10.741. Ainda nesse ano, foram elaborados o Plano Integrado de Ação Intergovernamental da Política Nacional do Idoso, o Plano de Gestão Integrada de Assessoria, Acompanhamento, Supervisão e Monitoramento da Política Nacional do Idoso e o Programa Nacional de Acessibilidades, através da Lei 7.853, de 24.10.1989 e do Decreto 3.298, de 20.12.1999, alterados pela Lei 10.098/2000 e Decreto 5.296/2004.

Em 2004, o Decreto 5.109 dispôs sobre a composição, estruturação, competência e o funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Foi instituído o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.

Em 2005, a Política Nacional do Idoso foi inserida no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), per-

manecendo sob coordenação do agora Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Em 2006, foi instituído o Plano Nacional de Turismo (PNT 2007/2010) e, nele, o Programa Viaja Mais – Melhor Idade, cujo objetivo principal é oferecer pacotes turísticos em períodos de baixa ocupação a preços mais baixos. Também nesse ano foi revisada a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria 2.528, que passou a chamar-se Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A Portaria n. 399/GM, de fevereiro de 2006, alterou a PNSPI para adequá-la às Diretrizes do Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a), colocando a saúde do idoso como a primeira das seis prioridades pactuadas pelas diferentes instâncias governamentais. Foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, quando foi orientada a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – RENADI (BRASIL, 2006b).

Em 2007, foi elaborado o II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Em 2008, divulgou-se o Plano Nacional de Capacitação de Cuidadores de Idosos. Em 2009, foi realizada a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que incluiu a avaliação da RENADI.

Embora os últimos 20 anos tenham marcado a inclusão da pessoa idosa nessas políticas, muitas delas apenas no papel, não se pode omitir ações isoladas anteriores a esse período, a exemplo da institucionalização da Renda Mensal Vitalícia (Lei 6.179), em 1974; a realização dos Seminários Regionais e Nacional sobre idosos no Brasil, em 1976; a criação do

Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, através do qual é deslocada a coordenação do PAI, que passa para a então Fundação Legião Brasileira de Assistência, em 1997. A criação da Associação Nacional de Gerontologia, em 1985.

Como comprovam os inúmeros documentos oficiais, a preocupação dos governos com a questão da velhice é, sem dúvida, relevante e contínua no tempo, ainda que seja para alterar nomes de documentos, criar estruturas intermediárias de assessoramento, ou mesmo alterar redações que, ao fim e ao cabo, na prática, pouco modificam a realidade da velhice no Brasil.

2 A DUALIDADE SAÚDE – DOENÇA NA VELHICE

O homem doente já foi (e ainda é) vítima de demônios e espíritos malignos, cujo tratamento competia e compete aos feiticeiros, curandeiros, xamãs e sacerdotes, guiados pela sabedoria tradicional, que concebia a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, compreendendo corpo, mente, imagem de si mesmo, dependência do meio ambiente físico e social, sua relação com o cosmos e as divindades (CAPRA, 1982, p. 117); da cólera divina, por conta dos pecados cometidos e da desobediência aos mandamentos dos deuses; do empirismo, inicialmente com a compreensão de que a cura de doenças como a sífilis, por exemplo, passava pelo uso do mercúrio ou guáiaico, um tipo de madeira existente em regiões da Espanha, ou que doenças seriam decorrentes de desequilíbrio dos

quatro humores orgânicos (sangue, linfa, bile amarela e bile negra), depois associados aos quatro elementos do universo, água, ar, terra e fogo (SCLIAR, 2002).

Mas já foi e é vítima, também, de agentes infecciosos que atacam o corpo, da progressão da biologia aos níveis celular e molecular, de etiologias específicas, de infestações, antibióticos, vacinas, quimioterápicos, ambulatório, hospital, clínicas especializadas, tecnologias médicas (resultado de avanços nas áreas da física, química, eletrônica, informática), da atenção médica deslocada do sujeito para a doença e, principalmente, do estilo de vida que cada um escolhe ou é levado a viver.

Ao homem doente, foi entregue a responsabilidade de cuidar da sua própria vida, sua saúde e suas doenças. Hoje, no entanto, há uma relativa consciência de que a doença não é uma questão do indivíduo, mas da sociedade, haja vista a incorporação de vários aspectos da vida social, sejam eles econômicos, culturais, ambientais, sociais e, até mesmo, ao entendimento do que é saúde. Como afirma Lefevre (2004, p. 25), “a saúde não será obtida pelo mero atendimento à doença [...]”.

A consciência da necessidade de se incorporar múltiplos aspectos da vida social levou a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando de sua fundação nos anos quarenta, a formular o hoje questionado conceito de saúde como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (apud SCLIAR, 2002, p. 93). O questionamento se dá em torno, principalmente, da expressão completo bem-estar, que envolve um componente subjetivo de difícil quantificação (a exemplo

de felicidade e de qualidade de vida⁶), além da ideia de que se trata de algo estático (SCLIAR, 2002; CAPRA, 1982), perpetuando e até reafirmando a separação, a dicotomia entre saúde e doença, entre físico, mental e psicossocial.

De acordo com o Dicionário Eletrônico Houaiss (apud FREITAS, 2010, p. 69), saúde é definida como

um estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo **dentro dos limites normais** para a forma particular de vida (raça, gênero, espécie) e para a fase particular de seu ciclo vital (grifo nosso).

A questão é saber o que são limites normais e quem os define.

É a Carta de Otawa para a Promoção da Saúde, documento originário de reunião realizada no Canadá em 1996, que reconfigura o conceito de saúde afirmando que esta necessita de alguns pré-requisitos como a paz, a educação, a habitação, o amparo e proteção familiar, a segurança, o poder aquisitivo, a estabilidade do ecossistema, a conservação dos

⁶ A expressão qualidade de vida foi mencionada pela primeira vez na América do Norte, quando se discutia o suporte do governo a indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre o orçamento do Estado; vinculava-se a crescimento econômico. Após a segunda Guerra, qualidade de vida aparece com a definição do conceito de saúde formulado pela Organização Mundial da Saúde, que incorpora a noção de completo bem-estar, e discutida a possibilidade de se medir o completo bem-estar. Hoje, o conceito é associado a auto-percepção das pessoas e seu grau de satisfação.

recursos naturais e a equidade para se consolidar. (BRASIL 2002; SCLIAR, 2002, p. 98). A questão hoje é perceber a dimensão sistêmica da vida que inter-relaciona e cria interdependências entre fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais (CAPRA, 1982, p. 259-298).

A saúde não é, pois, ausência de sintomas, mas um processo integral que otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos diferentes agentes e processos causadores da doença (FREITAS, 2010, p. 71) que tantos desequilíbrios e desarmonia provocam nos humanos e seus modos de ser, estar, produzir, viver e estabelecer relações. A presença ou ausência de uma doença crônica instalada ou seus sintomas não significa, necessariamente, ausência de saúde, tampouco de doença, ou equivale a ser saudável. Ser saudável, diz Freitas (2010), inclui um conjunto de fatores como comportamentos, atitudes e escolhas que permitem ao indivíduo a capacidade de produzir sentidos na sua condição de vida e experienciar a existência de modo menos doloroso, ainda que seja portador de alguma enfermidade.

Apesar de todos os possíveis questionamentos, e até frustrações⁷, o que não se discute é o reconhecido avanço e a democratização do sistema de saúde aos diversos segmentos sociais e a melhoria dos seus estados nutricionais, refletidos nos índices de menores natalidade e

⁷ Quando o IBGE divulga que apenas 44% dos domicílios, em 2008, tinham acesso a redes coletoras de esgoto, e que a lei do saneamento, embora aprovada e sancionada desde 2007, só teve o decreto de regulamentação assinado em meados de 2010 (O ESTADO DE SP, 2010).

mortalidade infantil e maior expectativa de vida, com aumento exponencial de pessoas maiores de 60 anos.

Portanto, não se tem dúvidas de que um maior número de pessoas tem acesso a serviços de saúde e esses serviços tendem a se multiplicar e se diversificar, buscando atender a uma demanda cada vez maior e diferenciada, criada pela população como um todo e, em especial, pelo segmento idoso. Mas, apesar dos avanços (arsenal tecnológico e estrutura de bens e serviços, qualificação humana colocados à disposição da população), a oferta parece tímida em relação às demandas criadas com o avanço da expectativa de vida, fazendo com que as políticas públicas existentes nem sempre resultem em intervenções efetivamente adequadas e universalizantes como propõem.

É fato que a esperança de vida do homem brasileiro vem aumentando significativamente; mas é fato, também, que a complexidade social ainda apresenta realidades sanitárias de difícil resolutividade, especialmente pela acentuada desigualdade vivida pelas populações, e a inevitável convivência, simultânea, de patologias características da pobreza que também afetam os idosos (dengue, tuberculose, leptospirose, meningite, além de diarreias, desnutrição, dentre outras) e de doenças não transmissíveis, como as coronarianas e vasculares, além da obesidade e, particularmente, a violência. Mas cabe destacar, ainda, as características da sociedade brasileira tornadas relevantes por Bernardo Sorj (2001), a exemplo dos vários modos de patrimonialismo, que permite a apropriação de recursos públicos por indivíduos e setores privados da sociedade, do perfil do Estado, que se

caracteriza como arrecadador, centralizador, controlador e assistencialista, o tipo dominante de capitalismo, que tem pouca preocupação com injustiças sociais, a sociabilidade do brasileiro e seu jeitinho de quebrar/desrespeitar leis e regras, abrindo caminho para aceitar com naturalidade e tolerância a corrupção e a violência (ALMEIDA, 2007).

Diante dos múltiplos aspectos apresentados, os recursos para a saúde tendem a ficar cada vez mais comprometidos, não se tendo dúvidas de que a luta contra a doença tende a continuar; luta essa que vai qualificar mudanças nos índices epidemiológicos da população e impulsionar demandas por cura e tratamento, ainda que deixando para trás os importantes conceitos de promoção e prevenção, tão presentes em documentos e discursos políticos, acadêmicos e de profissionais de saúde.

É fato que a pessoa idosa passa por mudanças importantes que podem associar-se à redução da eficiência dos sistemas biológicos e que, por isso mesmo, necessitam de suportes sociais e de políticas que lhe garantam viver dignamente. Mas a existência das políticas, por si só, não garantem essa vida digna. Apesar de leis, decretos, portarias, planos e programas que direcionam seus conteúdos para a justiça social, é de se levar em conta que o grau de desenvolvimento de uma sociedade deve ser medido pela proteção prestada às pessoas que a ela pertencem, especialmente aquelas mais fragilizadas.

A questão que precisamos colocar é como garantir a duração de uma sociedade que está envelhecendo e como garantir, ao mesmo tempo, a segurança social

de seus idosos que, historicamente, estiveram à margem de qualquer preocupação dos gestores públicos.

Em primeiro lugar, é preciso que a sociedade, e os gestores, principalmente, não sejam orientados apenas por critérios econômicos. É preciso que a velhice seja considerada um recurso que pode contribuir, e muito, para a sociedade a que pertence. Em nossa sociedade, ainda faz falta que o idoso seja considerado na sua dignidade de pessoa. Esta consideração positiva só pode encontrar terreno fértil em uma cultura capaz de superar os estereótipos sociais, romper os preconceitos, aqueles que avaliam o outro pelo prejuízo, pela idade. Trata-se de mudança de concepção, de postura, de visão, de valores.

3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA CRONOLOGIZAÇÃO DA VIDA: O FOCO NO ESTATUTO DO IDOSO

Theodor Marshal, autor inglês responsável pela caracterização do conceito de cidadania, afirmou que o século XX marcaria a conquista dos direitos sociais (apud DANTAS, 2006, p. 53-69); é inegável que os avanços assinalados no campo da saúde, no Brasil, representam conquistas da sociedade e a importância dada a essa dimensão.

A tônica da importância da saúde já ocorria em 1953, por exemplo, quando da criação do Ministério da Saúde através da Lei 1.920, importância esta não só expressa pelos diferentes modelos de saúde estabelecidos, mas pelas disputas de poder dentro do Ministério (ESCOREL, 2000).

Torná-la pública é tentativa desde o início do século XX, por conta de endemias que ameaçavam a força de trabalho da economia agroexportadora, com a reforma Carlos Chagas. Foi seguida, em 1923, pela Lei Eloi Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), cujos benefícios aos trabalhadores urbanos eram proporcionais às contribuições e financiadas por empresas empregadoras, empregados e União. As Caixas previam assistência médica, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, auxílio funeral e pensão para dependentes.

Só no período de 1945-50, foi criado o Serviço Nacional de Saúde Pública, sob patrocínio de fundações norte-americanas e referendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPS). No final dos anos 40, o governo brasileiro cria o Plano SALTE, que envolve saúde, alimentação, transporte e energia (BRAVO, 2005).

Quando a Assembléia Mundial da Saúde lançou, em 1977, a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000*, iniciava-se ali uma proposta de ampliar a cobertura dos serviços básicos de saúde. Essa proposta reafirma a saúde como direito do homem e coloca-a sob a responsabilidade política dos governos (PAIM, 2009).

A universalização do direito à saúde, no entanto, vem sendo um processo demorado, malgrado os avanços e conquistas. Ao longo da nossa história social, a saúde não foi considerada um direito de todos e, mais que isso, um dever do Estado; sempre esteve condicionada às condições de vida da população urbana (com ênfase nas campanhas sanitárias), à distribuição desigual de riqueza e de oportunidades, à

renda assimétrica, à diversidade entre regiões e cidades. A saúde pública vai ser produto dessa história marcante da realidade brasileira; marcante na medida em que estabelece forte conexão com o momento histórico, com as condições sociais da população, com a organização produtiva e, até mesmo, com o conflito do próprio Estado quando, de um lado, encolhe-se impondo-se limites orçamentários e, de outro, reconhece a sua incapacidade e transfere para a iniciativa privada parte da racionalidade decisória do sistema de saúde (SOLÓN, 2009, p. 22-23), gerando desfavorecimentos importantes para as populações de menor renda. Isto faz com que alguns dos princípios que norteiam as políticas de saúde devam ser compreendidos dentro de um caráter de transitoriedade, parcialidade e, ainda, como produto de articulações políticas entre grupos de interesse.

Sem a universalização, a prestação de serviços de saúde que era feita por pessoas abnegadas e organizações beneficentes fica comprometida, não só pelo restrito caráter desses serviços, mas pelo crescimento e pela diversificação da demanda e mudanças de hábitos de vida da população. Foi somente a partir da Constituição de 1988, portanto, há pouco mais de vinte anos, que a saúde passou a ser vista como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, de acordo com o Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Mas se a Constituição inaugura avanços no direito de cidadania, e o Estatuto do Idoso particularmente reforça-o para as pessoas idosas, a garantia de acesso universal aos serviços de saúde é ilusória, se pensarmos que a demanda, e sua diversifica-

ção, tendem a aumentar significativamente, só sendo possível pensá-la a partir de mudanças culturais e de mentalidades de todos os segmentos sociais, independentemente da idade.

E essas mudanças certamente deverão passar pela reconfiguração conceitual do binômio saúde-doença (ou saúde-adoecimento), por melhorias sanitárias e sociais importantes (moradia, saneamento, emprego, educação), e pela real mudança do paradigma curativista. Essa mudança de paradigma exige capacitação social de profissionais e dos meios de comunicação que liderem um movimento pela promoção da saúde e prevenção de doenças, além da incorporação de terapêuticas menos medicamentosas (a exemplo da inserção da acupuntura na atenção básica, até mesmo por já se constituir em lei, embora até agora amplamente desconhecida da população e, até mesmo, dos profissionais envolvidos com a área da saúde).

Não se pode desconsiderar as dimensões territoriais do País (8,5 milhões de quilômetros quadrados) da mesma forma que não se pode desconsiderar os mais de cinco mil e quinhentos municípios, e as diferenças de condições econômicas que caracterizam os seus moradores, muitos sem condições mínimas de saneamento e higiene nos seus lares (44,8% das cidades brasileiras não têm saneamento básico)⁸, sem educação básica, sem conhecimento e acesso a outras oportunidades de vida, condições *sine qua non* para a existência de organismos saudáveis.

Além desses aspectos, que já tornam difícil a pro-

⁸ Jornal O Estado de São Paulo, 2010.

posta de universalização sem restrições, o conceito de saúde pública que promove, protege e restaura a saúde de indivíduos e sociedade não foi seriamente incorporado à nossa cultura, tanto política, quanto social e econômica.

O Estatuto do Idoso, que prevê, no Capítulo IV, um cuidado integral à saúde da pessoa idosa por intermédio do SUS, com prevenção, manutenção, atendimento domiciliar, reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, fornecimento de medicamentos, órteses, próteses e outros recursos necessários ao tratamento, à habilitação e à reabilitação, visando prever, promover, proteger e recuperar a saúde dos idosos, sinaliza um acesso pleno dos idosos aos serviços de saúde. O Estatuto presume que esses serviços estão adequadamente instalados, com profissionais qualificados nas áreas geriátricas e gerontológicas disponíveis para a assistência, além dos materiais e equipamentos necessários para as diferentes situações dos idosos que busquem esses serviços.

Não é difícil imaginar os desafios que os idosos enfrentam. De acordo com Keinert e Rosa (2009, p. 6), esses desafios passam: a) pela escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, conforme prevê o Estatuto; c) escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e d) implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação

das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

O conhecimento da realidade brasileira, ainda que parcial, indica que o Estatuto está longe de ser plenamente aplicado. Falta conhecimento, infraestrutura, qualificação profissional nas áreas geriátrica e gerontológica, disponibilidade de tempo dos profissionais da saúde para um atendimento satisfatório ao idoso, falta educação da população, inclusive para receber as orientações dos profissionais na fase de tratamento. Já com as doenças instaladas, os idosos nem sempre encontram as condições minimamente adequadas ao atendimento, tampouco possuem, em seus lares, as situações adequadas para aplicar as orientações recebidas.

É possível encontrar unidades de saúde instaladas em antigas e precárias residências, com déficit de água encanada, sem iluminação e ventilação, sem uma sala de espera adequada, muitas vezes com falta de água até mesmo para uso dos profissionais em seus atendimentos, sem refrigerador e armários para acondicionamento de materiais, a exemplo das vacinas e medicamentos, com degraus de acesso elevados, corredores estreitos para circulação de pessoas. Da mesma forma, é possível encontrar unidades de saúde sem profissionais da área médica, sem veículos para transporte de pessoas doentes para atendimentos em outros lugares. Acrescente-se a essas condições internas das unidades de saúde as condições de precariedades infraestruturais (estradas em precárias condições de tráfego, ausência de linhas telefônicas, quedas constantes de energia) das cidades que abrigam essas unidades.

Nos estados federativos, de um modo geral, as po-

líticas de saúde constantes de documentos oficiais e, *a priori*, colocadas à disposição da população idosa acompanham as determinações das políticas federais. Os Programas Estaduais de Saúde do Idoso reproduzem os princípios e as diretrizes do programa nacional. A variação de sua aplicabilidade vai depender do nível de articulação da sociedade civil organizada com os poderes públicos constituídos, do padrão de conhecimento adquirido e do desenvolvimento humano já conquistado pela população.

Alguns Estados conseguiram implementar programas/ações específicas para o idoso apenas nas capitais e, em alguns casos, em cidades maiores. A Bahia, por exemplo, só conseguiu implementar a assistência domiciliar, que consta da Política Nacional de Saúde do Idoso desde 1994, 14 anos depois (em outubro de 2008), em 10 municípios que têm população acima de cem mil habitantes⁹, de acordo com informações fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde. E o que chama a atenção é a justificativa para essa implantação: “[...] o programa tem como objetivo essencial evitar a ocupação de leito hospitalar, liberando a rede para os que mais precisam...”.

E preciso considerar o que propõe o Estatuto do Idoso, o que se criou no caminho após sua aprovação e como, de fato, a sociedade brasileira lida com ele.

⁹ Além de Salvador, foram incluídos os municípios de Lauro de Freitas, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Ilhéus, Jequié, Alagoinhas, Brumado, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus (serviço implantado recentemente), com previsão de mais três unidades, nas cidades de Camaçari, Porto Seguro e Guanambi (BAHIA/SESAB, abril, 2008).

Há um desconhecimento generalizado do seu conteúdo (inclusive por parte dos gestores públicos), o que não representa qualquer novidade no Brasil. Afinal, como diz Almeida (2007, p. 19), “a sociedade, sua percepção das relações entre as pessoas, molda em grande medida o universo da política”.

É inegável a importância e o papel das políticas públicas. No entanto, elas precisam ser complementadas com efetivos programas de formação destinados a educar as pessoas para a velhice. E isto deve ser feito durante toda a vida; uma formação centrada não só no fazer mas, sobretudo, no ser; uma formação atenta a valores que apreciem a vida em todas as suas fases e desenvolvam a capacidade de aceitar tanto as possibilidades, como os limites, que a vida oferece a cada um.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. **A Cabeça do Brasileiro**. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2007.

ANNAN, K. Discurso proferido por ocasião da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri, 2002. In: **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento**. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

BRASIL. REPÚBLICA FEDERATIVA. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF. 2002. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/publicações. Acesso em abr. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **Contribuições do MDS a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** – Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRAVO, MIS. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: [HTTP://webmail.profunisuaam.com.br/~luziamag/pol/edtica](http://webmail.profunisuaam.com.br/~luziamag/pol/edtica). Acesso em: 2004.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. 27a. São Paulo: Cultrix, 1986.

DANTAS, Humberto. **Democracia e Saúde no Brasil**: uma realidade possível? São Paulo: Paulus, 2006.

ESCOREL, S. **Saúde Pública**: utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / Prefeitura. 2000.

FREITAS, Joanneliese de Lucas. **Experiência de Adoecimento e morte**: diálogos entre a pesquisa e a Gestal-terapia. Curitiba: Juruá, 2010.

GOMES, A. L.; FREITAS, M. J. de; SOUZA, M. de F. O Benefício da Prestação Continuada como Proteção Social à Pessoa Idosa e a Nova Política de Assistência Social. In: BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Contribuições do MDS à I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa** – construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Brasília, DF. 2006.

JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. Em 8 anos saneamento básico avançou pouco, aponta pesquisa do IBGE. Disponível em: www.estadao.br. Acesso em 20 out. 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde** – a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

KEINERT, T. M. M; ROSA, T. E. da C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. In: **Boletim do Instituto de Saúde**, 47. São Paulo, abril, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32 (4):299-316. jun., 1998.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social** – trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002.

SOLON, A. M. Ética, Cidadania e Direito à Saúde. In: KEINERT, T. M. M.; PAULA, S. H.B. de; BONFIM, J. R. de A. **As Ações Judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, BIS 47, abr., 2009.

SORJ, B. **A Nova Sociedade Brasileira**. São Paulo: Zahar, 2001.

Recebido em maio, 2010
Aprovado em agosto, 2010