

**ALICE NO SUS DAS MARAVILHAS: A SITUAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO  
NO BRASIL, FRENTE A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO INÍCIO DO  
SÉCULO XXI.**

Igor Maia Serra Callou de Matos.

Luis Fábio Barbosa Botelho.

**RESUMO**

A transição demográfica que o Brasil tem passado no início do século XXI traz desafios à forma de se pensar a saúde de sua população. A redução da mortalidade materno-infantil, associada ao maior controle das doenças infectoparasitárias, permitiu uma nova arquitetura da nossa pirâmide etária. Através da aproximação do tema abordado com um caso relatado e de um estudo bibliográfico com pesquisa de dados nas fontes DATASUS, IBGE, OMS e Scielo, o presente trabalho visa expor a situação do Brasil dentro dessa transição demográfica, passando pelo processo de criação de leis até o campo prático de adequação e desafios que ainda se tem enfrentado na construção da saúde do idoso. Novos problemas ganham destaque, exigindo do país uma adequação e estruturação dos serviços de saúde para lidar com o novo perfil. É imprescindível o investimento em saúde, educação e formação técnica nos programas de apoio familiar e manutenção de idosos em atividades produtivas.

**ABSTRACT**

The demographic transition that Brazil has passed in the early twenty-first century brings challenges to the way of thinking about the health of its

population. The reduction of maternal and infant mortality, associated with better control of infectious and parasitic diseases, allowed a new architecture of our age pyramid. By approaching the topic covered with a case report and a literature study with data from research in DATASUS sources, IBGE, WHO, Scielo and this study aims to explain the position of Brazil in this demographic transition, through the process of creating laws to the practical field of fitness and challenges that still has faced in building the health of the elderly. New problems are highlighted, calling the country an adaptation and structuring of health services to deal with the new profile. investment in health, education and technical training in family support programs and maintenance of older people in productive activities is essential.

## **INTRODUÇÃO**

A saúde do idoso no Brasil, nos últimos anos, tem passado por novos desafios. O estreitamento da base de nossa pirâmide etária, associado ao aumento da expectativa de vida, trouxe um novo padrão de distribuição em nossa população. Cada vez mais nos encaixamos no modelo de países desenvolvidos, onde predominam a morbidade das doenças crônicas degenerativas, em detrimento da mortalidade das doenças infectocontagiosas. <sup>(1,2)</sup>

O Brasil tem buscado se organizar na tentativa de responder às crescentes necessidades de uma população madura. Diante desse novo perfil demográfico, o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa se adaptar a essa nova realidade e buscar oferecer suporte adequado para lidar com o aumento da

morbilidade em sua população. Sendo assim, é de fundamental importância a reorganização da forma de pensar a atenção ao idoso. Contudo, a implementação de novas políticas lida com alguns obstáculos importantes que interferem no resultado. Destacam-se pressões sociais impostas por fatores como: urbanização acelerada, necessidade de apropriação de equipe para atender uma parcela (cada vez maior) de pacientes idosos, abordagem multidisciplinar, apoio familiar e manifestações diversas de agravos à saúde, com impacto na qualidade de vida, que as doenças crônicas trazem. <sup>(3)</sup> Diante desse crescimento da quantificação das doenças crônicas em nossa população, é importante lembrar que o Brasil ainda precisa lidar com as doenças tropicais (dengue, chikungunya, zika), que são importantes causa de óbitos em nossa população, independente da faixa etária. O idoso está suscetível a ter importantes impactos em sua saúde por doenças infecciosas agudas.

A Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994, assegura aos idosos direitos sociais, na promoção da saúde com independência e integração, com participação efetiva na sociedade, reafirmando seu direito à saúde. Porém, apesar dos avanços no campo da legislação brasileira em relação esse tipo de demanda, a prática é insatisfatória. Observa-se que a atenção primária e programa saúde da família encontram limitações em suas ações por inespecificidade de lidar com a atenção ao idoso. <sup>(1,3)</sup>

Preservar a autonomia na realização das atividades da vida diária (AVD), promovendo um envelhecimento saudável e ativo, é um dos principais objetivos. A abordagem multidisciplinar no idoso está diretamente relacionada a

buscar esse resultado, seja na profilaxia das doenças ou no controle de evoluções. Poupar reservas biológicas tem um efeito positivo na qualidade de vida do paciente. <sup>(2)</sup> Dessa forma, o idoso precisa ser observado pelo profissional sob uma nova ótica, não mais focada na doença, mas, em sua prevenção, ou seja, sua funcionalidade.

O objetivo deste trabalho é de expor a situação do Brasil em seu cuidado com sua população que passa por um processo de transição demográfica, abrangendo aspectos sociopolíticos, analisando a forma como tem sido construída a ideia do cuidado à pessoa idosa e os desafios que esse novo perfil traz à promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado através do relato de um caso acompanhado no Hospital Universitário Lauro Wanderley ao longo do ano 2015. Paciente devidamente orientada e esclarecida, com termo de consentimento assinado, representada pelo pseudônimo de “Alice”. O caso é relatado de forma simples, com objetivo de aproximação da base teórica com o campo prático, enfatizando os principais acontecimentos ocorridos dentro do período de 12(doze) meses. Associado ao relato, o trabalho conta com uma pesquisa base de artigos e dados sociodemográficos com abordagem de tema sobre a situação do idoso no Brasil, adotando como referência bancos de dados Scielo e ferramentas do Ministério da Saúde DATASUS, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), IBGE e cadernos da OMS.

## **RESULTADOS**

### **ALICE NO SUS DAS MARAVILHAS**

Alice é uma senhora de 94 anos, viúva de marido único, não teve filhos e mora sozinha. Assistida pelos vizinhos em suas necessidades, Alice conta com o que o SUS oferece ao idoso para cuidar de sua saúde. Como idosa portadora de doenças crônicas complexas, os serviços de saúde oferecidos a Alice precisam de profissionais capacitados, que possam lidar com rotina distinta, que é cuidar de um idoso que necessita de cuidados especiais, em meio tantas dificuldades na promoção da saúde, a continuidade da construção de um SUS que cuide da população que envelhece é vital.

Portadora de doença renal crônica, Alice é diagnosticada com leucemia linfóide crônica frente um episódio de linfocitose. No decorrer desse quadro, a investigação descobre anemia severa de natureza autoimune, que vai exigir de Alice o início de pulsoterapia com corticoides para frear o processo fisiopatológico, além de hemotransfusões. Felizmente Alice consegue passar a maior parte dos seus dias em um estado assintomático, sem sentir a anemia como obstáculo na realização de suas atividades. Porém, há momentos que Alice precisa de cuidados especiais, mesmo com boa resposta a essas terapias e seguindo com recuperação do quadro. O que Alice não esperava era que iria se deparar com a falta de bolsas disponíveis na rede. Internada em outro episódio de exacerbação da anemia, fraca e sem opções de transfusão, foi iniciado uma nova estratégia para cuidar de Alice: Pulsoterapia com imunoglobulina, com bons resultados na estabilização do seu quadro.

A natureza de sua saúde não é da ausência de doenças, mas da resiliência em lidar com essas. Os obstáculos que Alice supera no seu dia-a-dia de idosa com todas suas limitações, mostram o quanto ela precisa de atenção. Seja no manejo de sua anemia hemolítica, com sua pulsoterapia, ou na formulação de novas estratégias diante da falta de bolsas para transfusão. Alice é dependente da segurança dos profissionais que cuidam dela para seguir em frente com saúde e preservação de boa reserva biológica.

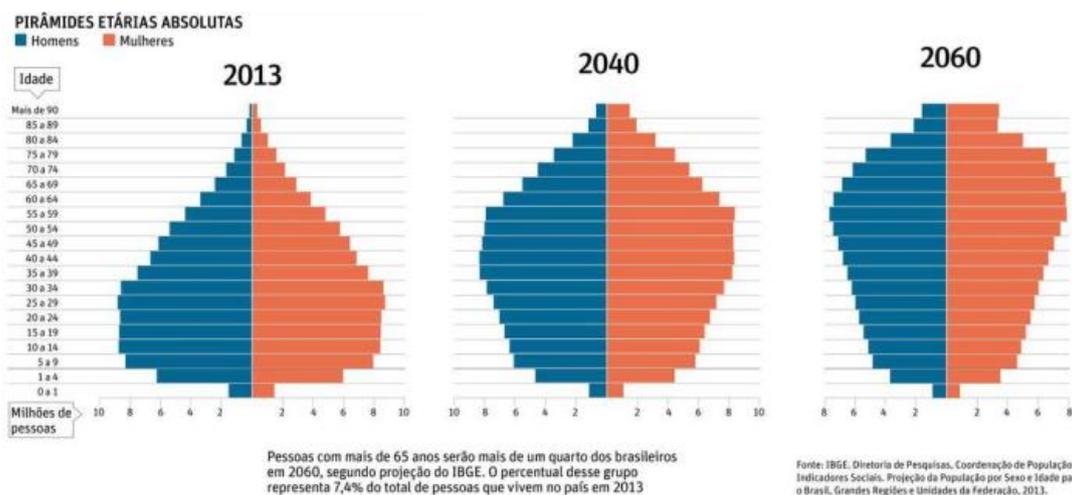
É um exemplo de envelhecimento funcional bem sucedido, com preservação da independência na realização de suas atividades instrumentais da vida diária, fato esse que permite Alice a morar sozinha.

No final de 2015, devido uma queda, fraturou o fêmur e foi internada para correção cirúrgica no hospital de emergência e trauma de João Pessoa. Com mais esse desafio enfrentado, no início de 2016 é vítima de um tromboembolismo pulmonar, provavelmente oriundo de uma trombose venosa profunda de membros inferiores. Interna no Hospital Universitário Lauro Wanderley, mais uma vez precisa do acesso ao serviço de saúde com profissionais capacitados a lidar com a rotina diferenciada que é cuidar de um idoso avançado. Alice é anticoagulada e supera o quadro, recebendo alta hospitalar.

A forma como o idoso ingressa no serviço de saúde nem sempre é a única razão de sua permanência. Alice foi vítima de TVP e TEP provavelmente devido ao episódio da fratura do fêmur e que está relacionado a uma “queda”. Seu seguimento foi concluído com vitória, porém nem sempre é esse o desfecho das quedas nos idosos. Como mora sozinha, apesar do cuidado, ela

tem limitações na sua prevenção de quedas, que são importante causa de óbito em idosos.

Alice quebra paradigmas como a mulher forte que é apesar da idade, mostrando que o prognóstico de idoso frente doenças crônicas complexas pode sim ser diferente, surpreendendo com suas respostas fisiológicas ao atingir resultados satisfatórios na promoção da saúde e em seu manejo clínico, com boa reserva biológica. Alice é apenas um exemplo de idoso dentre tantos outros brasileiros que contam com os profissionais e a estrutura do SUS para envelhecer com saúde.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de população e indicadores sociais. Projeção da população por idade e sexo para Brasil.(4)

Na análise da pirâmide etária do Brasil, vemos que houve o estreitamento da base, com projeções de um ápice largo. Essas mudanças refletem o trabalho das políticas de saúde e dos profissionais da área na promoção da saúde do brasileiro. Mais longevidade significa que antigos problemas foram solucionados ou que houve um melhor controle dos mesmos. A redução da mortalidade infantil e o controle mais intenso frente às doenças

infectoparasitárias permitiram ao Brasil atingir novos índices na expectativa de vida de sua população. Porém, com o envelhecimento populacional, o número de óbitos devido eventos que envolvam o aparelho circulatório aumentou. A tabela I representa a situação geral da mortalidade no Brasil em 2013. <sup>(1, 5)</sup>

Doenças do aparelho circulatório passaram a ocupar a posição mais importante em nossas causas de óbitos, a população envelheceu e passou a precisar de mais suporte profissional para manutenção de um envelhecimento sadio e funcional.

Um estudo <sup>(6)</sup> realizado em três municípios brasileiros sobre a atenção básica à saúde do idoso demonstrou que existe uma frágil apropriação dos profissionais à prática geriátrica e gerontológica. Apesar de identificarem os componentes do problema, as equipes não dimensionavam corretamente suas consequências. O estudo evidenciou que a capacitação dos profissionais de saúde é insuficiente na promoção da saúde do idoso.

O aparecimento de uma política pública para pessoas idosas no Brasil é recente. Data de janeiro de 1994, regulamentada posteriormente pelo decreto Nº 1948/69.6, a Política Nacional do Idoso (PNI). Essa legislação assegura ao idoso seus direitos à saúde, à autonomia e à participação efetiva do idoso na sociedade. Estipula o limite de 60 anos de idade para a pessoa ser considerada idosa. Como estratégia dessa lei, destaca-se a descentralização de suas ações, envolvendo estados e municípios na participação da construção desse novo perfil da atenção ao idoso no Brasil. <sup>(3, 7)</sup>

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, somado à PNI, foram documentos importantes para a concretização das conquistas frente à transição

demográfica do Brasil. São documentos que nortearam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa, ampliando o conhecimento sobre o tema, enfatizando a necessidade de uma atenção intersetorial na promoção da saúde. <sup>(1)</sup>

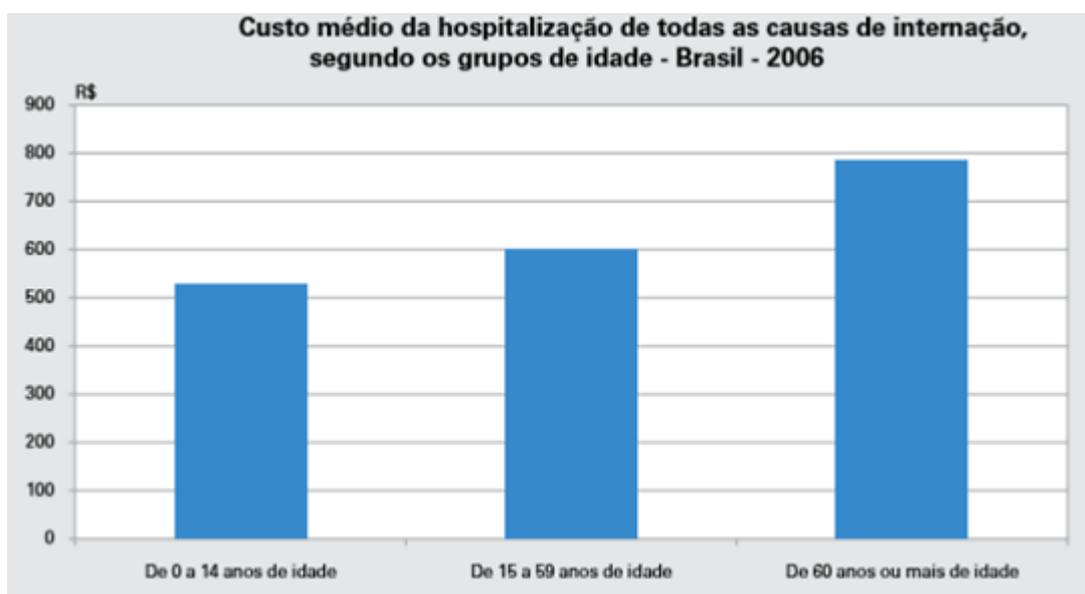
Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM1919, o documento que prevê as Diretrizes do Pacto pela Saúde <sup>(8)</sup>, que contempla o Pacto pela Vida <sup>(1,7)</sup>. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

Em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a portaria N° 2.528, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) <sup>(1)</sup>, que, embasando-se no “direito universal e integral à saúde” presente na constituição de 1988, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade. Dentre as diretrizes da PNSPI estão: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais multidisciplinaridade). A política em questão assume a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no quesito do “envelhecimento funcional”; este contempla todos os critérios de importância da manutenção do idoso em seu papel social. Trata-se de uma

otimização do conceito de promoção da saúde do idoso, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população que envelhece.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF) <sup>(9)</sup>, vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência representa a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde. <sup>(1)</sup>

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde – OMS, publica em 2002 “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” <sup>(10)</sup>, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem saúde, participação e segurança de pessoas idosas. Considerando o cidadão idoso não mais passivo, mas agente das ações a ele direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida <sup>(1)</sup>.



Fonte: Ministério da Saúde, departamento de informática do SUS - DATASUS, sistema de informações hospitalares do SUS. (11)

Segundo o IBGE <sup>(12)</sup>, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população acarretam um crescente aumento das despesas com tratamentos médico e hospitalar. A média do custo das internações hospitalares e o tempo de permanência na rede hospitalar são maiores para a população idosa. Esse perfil deve-se à multiplicidade, à natureza de suas patologias e à menor margem de reserva biológica para responder ao tratamento.

## **DISCUSSÃO**

O Brasil vive um período de transição epidemiológica. Por um lado, tem-se o compromisso com antigos problemas de saúde que o SUS enfrenta, por outro, uma população que envelhece e traz novos desafios à saúde pública. São novas doenças que repercutem de forma crônica e impactante na saúde e vida do paciente: medicações, internações e aumento da morbimortalidade. O envelhecimento de um país é uma conquista, porém traz consigo todos os problemas da necessidade de aprender a lidar com o novo perfil. A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem impacto na formulação de políticas públicas. <sup>(1)</sup>

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas, que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo. A proporção de usuários idosos nos serviços tende a cada vez aumentar mais, e saúde para a essa população não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-

transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a capacidade funcional e o suporte social <sup>(1)</sup>.

Por muito tempo, a atenção das políticas públicas de saúde esteve voltada para situações materno-infantis e de controle de enfermidades infectocontagiosas. Porém, a mudança de nossa pirâmide etária com toda sua complexidade demanda uma atenção e qualificação maior dos serviços de saúde com a nova faixa etária dos usuários. Idosos dependem de serviços especializados, eficazes em rastreamento e promoção de saúde. Esses serviços precisam ser associados a uma estratégia racional dos gastos – investir em profilaxia. A estruturação dos serviços de saúde nacionais que estão recebendo essa nova ótica da atenção ao usuário é lenta.

Assim, a dimensão do problema é de uma fase de adaptação dos serviços que tem que atender as demandas de uma sociedade que já envelheceu e está precisando dos cuidados, ao mesmo tempo que esse tipo de investimento ainda não se concretizou, pois, a qualificação dos profissionais para o cuidado da nova onda populacional de pessoas idosas requer tempo. Investir no desenvolvimento de competências que abranjam: prevenção, reabilitação, determinantes socioambientais do processo saúde-doença, é necessário para lidar com o envelhecimento populacional. A construção de uma rede de atenção à saúde do idoso demanda oferta de serviços diversos, que necessitam de fonte de financiamento e estruturada de forma regionalizada, integrada, com objetivo de garantir longitudinalidade da atenção. <sup>(1,6)</sup>

Um dado importante a ser destacado é o de que 75% dos idosos vivem de forma independente, com preservação de suas funções básicas, sem a

necessidade de auxílio em atividades cotidianas. Para esses, é fundamental que as atividades de promoção e prevenção sejam mantidas, assim postergando seu envelhecimento funcional. 70% a 80% dos idosos são dependentes exclusivamente do SUS; o que reforça a ideia da necessidade de investimento em políticas públicas mais adaptadas à sua população alvo. <sup>(3)</sup>

Um dos conceitos utilizados por Chaimowicz <sup>(2)</sup> é o da compressão da morbidade. Para ele, adiar o surgimento de doenças e sequelas ocupa um lugar importante na manutenção da expectativa de vida, assim, reduzindo o intervalo entre o tempo vivido e o início das doenças, incapacidades e morte. Porém o processo de envelhecimento se dá de forma gradual, consistindo no acúmulo e interações de processos sociais, médicos e comportamentais de toda a vida. No entanto, enquanto a indústria farmacêutica investe em promessas de medicamentos antienvhecimento, são subvalorizadas as práticas corretas para se envelhecer com saúde. A promoção e profilaxia primária e secundária de doenças são alternativas de melhor custo benefício para se alcançar a compressão da morbidade.

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional <sup>(1)</sup>. A autonomia em realizar as atividades da vida diária (AVD) é um dos focos da atenção ao idoso. São indicadores da promoção de um envelhecimento ativo, ou seja, de qualidade de vida. Traduzem o grau de comprometimento da população alvo e dão um feedback de como políticas de saúde tem trabalhado na profilaxia, controle e manejo das doenças crônicas. O envelhecimento saudável pode ser entendido

em três componentes: menor probabilidade de doenças; alta capacidade funcional física e mental, engajamento social <sup>(12)</sup>.

Dentre as medidas adotadas, destaca-se o papel do exercício físico, mesmo quando iniciado após os 65 anos, em benefícios ao idoso, com oferta de maior longevidade, redução de taxas gerais de mortalidade, controle de taxas como colesterol, glicemia, triglicerídeos, melhora da capacidade fisiológica, diminuição do impacto de doenças crônicas, desmame de polifarmácia, prevenção do declínio cognitivo, melhora do tônus muscular, com redução do número de quedas e fraturas (osteoporose), além de benefícios psicológicos como melhora da autoestima. <sup>(2)</sup>

A abordagem multidisciplinar no idoso está presente como uma forma de aumentar a margem de segurança no seguimento de um paciente que já não conta mais com tantas reservas biológicas funcionais. Esse tipo de trabalho tem efeito positivo, por exemplo, na facilidade de se obter um diagnóstico precoce de situações adversas, ou no manejo com mais controle da saúde do idoso com toda a fragilidade que o tema envolve. <sup>(2)</sup>

A transição epidemiológica que o Brasil tem passado nas últimas décadas, traz alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam 40% das mortes no País em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem, equivalente ao modelo de países em desenvolvimento, aproximando-se do desenho caracterizado por

enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas <sup>(12)</sup>

Quando se analisa a mortalidade por causas do idoso no Brasil, existe uma elevada proporção de óbitos por causas mal definidas. Isso reflete a dificuldade de estabelecer a causa básica do óbito no idoso e da influência da idade nas repercussões clínicas de sinais e sintomas para se fechar diagnósticos. Essa fragilidade na apropriação dos serviços mostra a real situação de um Brasil que envelheceu, mas que ainda tem muito a desenvolver no cuidar de sua população. A redução da proporção desses óbitos mal definidos, com a evolução e aprimoramento da promoção da saúde do idoso, norteará ações, permitindo o estabelecimento de um real perfil de mortalidade. <sup>(13)</sup>

Em relação às prevenções primárias e secundárias em saúde, destaca-se o controle da pressão arterial como grande profilaxia aos acidentes vasculares cerebrais, que trazem importantes cifras em relação ao aumento da morbimortalidade. O diabetes, com suas complicações de mal controle glicêmico a longo prazo como amputações ou cegueira, também ocupa posição importante na discussão da prevenção, principalmente por essas doenças serem rastreáveis e controláveis a nível de atenção primária. Em termos de gestão, é muito melhor fomentar o investimento em ações que fortaleçam a adesão do paciente a tratamentos, que aumentem o vínculo, do que lidar com os gastos que uma população com sequelas demanda: Mais frequência e duração de internações, mais exames, mais remédios, menos qualidade de vida. <sup>(2)</sup>

Hoje, com a redução da necessidade de êxodo rural e regional, os idosos contemplam uma estrutura familiar ao seu redor. Por muito tempo, a realidade do Brasil era do abandono dos idosos que residiam em zonas rurais e cidades pequenas com a migração dos setores populacionais mais jovens em direção a centros urbanos maiores. Porém, contar com a família ao seu alcance não significa, infelizmente, receber dela o apoio necessário. <sup>(2,14)</sup>

Além do papel do estado e dos profissionais de saúde na saúde do idoso, o suporte familiar ocupa posição de destaque nos resultados relacionados às ações de promoção da saúde <sup>(15)</sup>. Seu papel vai desde uma ação de identificação precoce dos sinais e sintomas que o paciente pode apresentar, até o reforço à adesão do paciente ao tratamento. O idoso precisa sentir-se acolhido em seu ambiente familiar para sentir a necessidade de cuidar de sua saúde. Um dos obstáculos encontrados dentro do ambiente é o choque de gerações, ou seja, são maneiras diferentes de pensar e agir convivendo em um mesmo ambiente familiar, e a maioria dos idosos não sabe lidar com naturalidade esse tipo de diferença, muitas vezes culminando em isolamento ou estresse. A família precisa, como cuidadores, estar atenta a esse tipo de comportamento. Principalmente devido ao fato da rápida transição demográfica e a da não adequação à mesma velocidade dos serviços de promoção à saúde. <sup>(14)</sup>

O processo de transformação e modernização da sociedade trouxe consigo mudanças na instituição familiar. Apesar da maior convivência das gerações devido ao crescimento da expectativa de vida, laços afetivos familiares não se consolidam como outrora, onde as famílias tendiam a permanecer próximos

com seus numerosos membros. Hoje o inverso tem acontecido, famílias cada vez menores e com mais comportamento de independência, e desapego com o predomínio da individualidade. Essas mudanças contribuem para o pouco espaço do idoso na família contemporânea. Dessa forma, asilos tornam-se o refúgio solução para superar essa dificuldade de convivência. <sup>(14)</sup>. A terceirização de responsabilidade gera consequências negativas, seja na saúde física ou psicológica. As condições oferecidas no afastamento familiar favorece ao idoso precipitar em condições difíceis de reverter, como isolamento social. A modificação dos componentes de sua rotina, como o luto por amigos e familiares, as limitações físicas, sequelas de doenças e a ideia de ser um fardo para a família, são fatores que agravam sua fragilidade emocional do idoso.

Como um mal necessário, o asilo é a instância encarregada de acolher a face rejeitada do idoso, na tentativa de reestruturá-lo, oferecendo aquilo que a sociedade falhou. Considere o asilo como uma medida paliativa diante da falta de estrutura nos serviços de saúde para atender eficientemente o idoso, ou paliativo na opção de afastamento de responsabilidade social e familiar. Dor e sofrimento acompanham aqueles que se encontram na condição de internos, pois ter o asilo como último refúgio significa habitar em um universo paralelo, com um tipo de socialização alternativa. Por opção de outros que deveriam cuidar. <sup>(14, 15)</sup>

## **CONCLUSÃO**

O Brasil chegou ao final do Século XX com uma nova configuração de padrão demográfico, resultante das acentuadas mudanças nos níveis de fecundidade e de mortalidade que ocorreram nas últimas décadas. A nova configuração trouxe à tona novas bases para a discussão acerca de políticas dirigidas a determinados segmentos etários. Novos desafios, em termos de saúde pública, para atender esse novo padrão social. A evolução do processo é lenta, pois deve contar com a adequação de vários setores a essa transição. Desde a criação de leis, até a formação apropriada de equipe multidisciplinar, são etapas da construção de um país que cuide de sua população.

Com predomínio do modelo de doenças crônicas e seu impacto na saúde e qualidade de vida dos pacientes, o Brasil tem progredido na apropriação do SUS para cuidar do paciente idoso, porém etapas importantes precisam ser concluídas para de fato ser eficaz a promoção da saúde. Tempo é necessário para a concretização dos resultados, com o desafio de lidar ao mesmo tempo com uma população que já envelheceu e os cuidados com a que está envelhecendo para que esse processo aconteça de forma mais saudável. O desenvolvimento de bases legais para a adequação do sistema para cuidar de uma população idosa e a capacitação dos profissionais, aos poucos vai se consolidando no quadro nacional, se adequando à transição demográfica.

A média dos gastos em serviços de saúde para atender a população idosa é maior do que o presente em demais grupos etários. Lidar com esse novo perfil requer investimento nos vários níveis de atenção à saúde para qualificações dos profissionais da área. A busca pelo atendimento multidisciplinar, com integralidade social, promovendo um envelhecimento ativo e funcional, é o

grande foco da construção da atenção ao idoso. A continuidade das ações de adequação do sistema para atender os idosos com melhor qualidade deve ser realizada em todos os níveis de atenção, para que haja mais exemplos como o de Alice nos resultados.

### **Referências Bibliográficas**

1. BRASIL. Ministério da Saúde, **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**, PORTARIA N ° 2.528, de 19 de outubro de 2006 Brasília, 2006.
2. CHAIMOWICZ, F., **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas** - Revista de Saúde Pública, vol. 31, N° 2, p 184-200, abril 1997.
3. Fernandes, M. T. O. ; Soares, S. M. **O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil**. Rev Esc Enferm USP, 2012.
4. BRASIL, IBGE, Diretoria de Pesquisas, **Coordenação de população e indicadores sociais. Projeção da população por idade e sexo para Brasil**, 2013.
5. BRASIL, Ministério da Saúde, **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**, 2013. Disponível em URL <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>
6. Motta, L. B.; Aguiar, A. C. de; Caldas, C. P. **Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011.

7. ANDRADE, L. M. et al **Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa**. Ciência e Saúde coletiva, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde, PORTARIA N°399, **PACTO PELA SAÚDE**, 2006.
9. OMS, Tradução e Revisão Leitão, Amélia, **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**,;/ Lisboa, 2004
10. OMS, **Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde**, 2002. Tradução Brasil 2005.
11. BRASIL, Ministério da Saúde, departamento de informática do SUS - **DATASUS, sistema de informações hospitalares do SUS**, 2006.  
Disponível em URL: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>.
12. BRASIL, IBGE, **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, 2009.
13. Jorge, MHPM, Laurenti, R, Lima-Costa, MF, Gotlieb, SLD, Filho, ADPC, **A mortalidade de idosos no Brasil: a questão das causas mal definidas**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2008.
14. BARBOSA, José Aécio Alves. **O idoso, a crise familiar e as instituições de longa permanência – uma análise sócio-crítica**. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 100, maio 2012.
15. RAMOS, M. P. **Apoio Social e Saúde entre idosos**, Sociologias, Porto Alegre, ano 4, N° 7, 2002.

**ANEXO I****TABELAS****I. Grupo de Causas Mortalidade Geral Brasil 2013**

**Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (5)**

<b>Grupo de Causas</b>	<b>Proporção de óbitos (%)</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	4.6%
Neoplasias	17.3%
<b>Doenças do aparelho circulatório</b>	<b>29.8%</b>
Doenças do aparelho respiratório	12.1%
Afecções originadas no período perinatal	2.0%
Causas externas	13.3%
Demais causas definidas	20.9%
Total	100%