

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

GUSTAVO XAVIER BASSETTO

O IDOSO E A PROTEÇÃO NORMATIVA DA SAÚDE

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo
2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

GUSTAVO XAVIER BASSETTO

O IDOSO E A PROTEÇÃO NORMATIVA DA SAÚDE

Dissertação apresentado à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Prof. Doutor Luiz Alberto David Araujo.

São Paulo
2018

Banca examinadora

DEDICATÓRIA

*A Deus e a todos àqueles que envelhecerão com sabedoria e
dedicação a humanidade.*

*Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –
CAPES, pelo financiamento junto a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –
PUC/SP*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Luiz Alberto David Araujo, por suas orientações, que proporcionaram lapidar este trabalho, com a sabedoria e o encantamento acadêmico que lhe peculiar.

A minha família, Jéssica, Rafaela e Júlia, que ao longo desses anos souberam entender as ausências, preocupações e responsabilidades, e, sempre souberam respeitar e incentivar para que este projeto fosse concretizado.

Aos familiares, Valdemar e Cida, Said e Mary, Juliana B., Tatiana, Juliana S. e Samir, que sempre compreenderam e estimularam a busca pelo conhecimento.

A minha avó Vilma, madrinha, mãe, amiga, que sempre esteve ao meu lado e sempre demonstrou que o Amor é o caminho para a solução, qualquer que seja a direção escolhida.

A Profa. Dra. Maria Elisa Gonzalez Manso pelos ensinamentos e direcionamento até os caminhos da Gerontologia.

A Profa. Dra. Flamínia Manzano Moreira Lodovici por iniciar minha orientação e partilhar do seu conhecimento, na pessoa da qual eu agradeço a todos os Professores da Gerontologia da PUC/SP.

Aos amigos Osvaldo, Natalia, Jaime, Edson, Eduardo e Arlete, por estarem ao meu lado em todos os momentos, mas principalmente nessa conquista.

A todos os Camilianos, pela oportunidade e por acreditaram que a medicina e o direito são parte importante na formação acadêmica de um profissional de saúde.

A todos os amigos e equipe da pós-graduação da PUC/SP.

RESUMO

Este trabalho analisa a evolução histórica das normas de saúde e do idoso, as influências frente aos acontecimentos internacionais nas normas brasileiras, o reconhecimento do direito à saúde como um direito fundamental, o sistema de saúde brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988, as normas de proteção à pessoa idosa e à sua saúde.

A efetividade das normas de proteção dos direitos da pessoa idosa pode ser apurada por indicadores a partir das matrizes políticas e de seus objetivos

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde; Legislação; Políticas públicas.

ABSTRACT

This paper analyzes the historical evolution of health and elderly standards, the influence of international events on Brazilian norms, the recognition of the right to health as a fundamental right, the Brazilian health system from the Federal Constitution of 1988, norms the protection of the elderly and their health.

The effectiveness of norms for the protection of the rights of the elderly can be determined by indicators from the political matrix and its objectives.

Keywords: Aging; Cheers; Legislation; Public policy.

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1. ENVELHECIMENTO – UMA REALIDADE MUNDIAL	13
1.1 O envelhecimento populacional no Brasil	15
2. AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE SAÚDE.....	17
2.1 A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)	18
2.2 A Organização Mundial de Saúde (OMS)	19
3. A SAÚDE NO BRASIL	20
3.1 História normativa da saúde brasileira até a Carta Magna de 1988.....	21
3.2 1824: A Constituição do Império do Brasil.....	25
3.3 1891: A Constituição Republicana dos Estados Unidos do Brasil	25
3.4 1934: Fim da República Velha e a Constituição do Governo Provisório	25
3.5 1937: A Constituição que obriga o dever de observar a Velhice	27
3.6 1946: A Constituição das Liberdades Expressas de 1934.....	28
3.7 1967: A Constituição que reconhece a saúde como projeto de Nação	28
3.8 1969: A Emenda Constitucional da Saúde e da atuação Municipal	29
3.9 Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas	30
4. A SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	30
5. AS NORMAS CONSTITUCIONAIS DE SAÚDE E SUA EFICÁCIA.....	36
5.1 Normas de competências comuns e concorrentes.....	38
6. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	39
7. A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/00 E O FINANCIAMENTO DE SAÚDE.....	45
7.1 As Leis Orgânicas da Saúde e o desenvolvimento do Sistema de Saúde	50
8. A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	53
8.1 A Política Nacional de Saúde do Idoso	56
8.2 O Estatuto do Idoso.....	59
8.3 O Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo	60
9. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	61
9.1 Matriz de Políticas do Idoso	62
9.2 A Análise da Situação de Saúde	63
9.3 A Matriz de Dimensões	64
9.4 A Matriz de Políticas.....	67
9.4.1 Indicadores a partir do Estatuto do Idoso.....	68

9.4.2 Indicadores a partir do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento.....	70
9.4.3 Indicadores para o Programa Nacional de Imunizações - PNI	73
9.4.4 Indicadores para o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência	74
9.4.5 Indicadores para Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer	76
9.4.6 Indicadores para o Programa de Assistência aos Portadores de Doenças de Alzheimer	77
9.4.7 Indicadores para Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	78
9.4.8 Indicadores para Política Nacional do Idoso	81
9.4.9 Indicadores para o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa.....	81
9.4.10 Indicadores para o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	82
10. ANÁLISE DA EFETIVIDADE NORMATIVA	83
10.1 Juíza condena plano de saúde que negou cirurgia a idosa	83
10.2 Plano de saúde é condenado a indenizar família de idosa por demora no atendimento	84
10.3 Após 4h, polícia obriga hospital a atender idoso de 90 anos.....	85
10.4 Idoso morre após ter atendimento negado em hospital público de Sinop	87
10.5 Morre idosa que teria sido agredida em UTI por enfermeiro.....	88
10.6 Família de idosa reclama de mau atendimento no Hospital Vila Alpina	89
10.7 Idosa aguarda há 10 dias por cirurgia e filho chama a polícia	90
10.8 Idosos abandonados “moram” no hospital.....	91
10.9 Maus-tratos contra idosos no Brasil têm números impressionantes	92
10.10 Em SP, um idoso da Classe A e um da E trocam experiências de vida	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diárias
CF	Constituição Federal
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DNPS	Departamento Nacional de Saúde Pública
EC	Emenda Constitucional
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social.
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IVSF	Índice Municipal de Vulnerabilidade Sócio-Familiar
MS	Ministério da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre a Mortalidade
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre as normas de proteção do direito em relação à saúde da pessoa idosa, com uma análise da sua evolução histórica, com a análise de diplomas nacionais e internacionais que objetivam garantir o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina como saúde.

As pesquisas objetivam demonstrar se o envelhecimento da população mundial é marcado por taxas de crescimento sem precedentes e se há um desafio quanto a atender as expectativas da pessoa idosa e da sociedade no tocante ao direito à saúde que lhes é salvaguardado.

No Brasil, assim como no restante do mundo, as políticas públicas em saúde apresentam discussões a respeito do êxito em se atingir as expectativas relativas ao envelhecimento e à velhice, considerando os multifatores relacionados à temática.

Pode-se afirmar que, se, por um lado, a saúde é tema de grande repercussão social, econômica e legal, o envelhecimento, por outro lado, ainda está muito aquém dos objetivos mundiais propostos pelos organismos internacionais de que o Brasil é signatário.

As normas de proteção à saúde do idoso, existentes no ordenamento jurídico brasileiro, possuem como exemplares o *Estatuto do Idoso*, a *Política Nacional do Idoso*, a *Política Nacional de Saúde do Idoso*, entre outras, as quais precisam ser analisadas com afinco a fim de que se possa concluir a proximidade ou a distância da satisfação dos anseios sociais para com a velhice, a fim de que se comprove ou não a efetividade das políticas públicas voltadas para a população composta por cidadãos na faixa etária acima dos 60 anos.

O presente trabalho tem por finalidade apresentar a evolução do direito à saúde, explicitar o funcionamento do sistema de saúde brasileiro atual, sob a ótica do envelhecimento e de suas políticas públicas, com o objetivo de analisar a eficácia do ordenamento jurídico vigente diante dos problemas de várias ordens vividos pelas pessoas idosas.

Esta dissertação se estruturou de forma a permitir um diálogo entre as duas áreas que se interagem: a gerontologia e o direito, sendo que esta última está delimitada à questão do direito à saúde da pessoa idosa.

No decorrer da dissertação há a inserção de alguns teóricos que em seus textos introduziram as discussões desenvolvidas neste estudo, de forma a problematizar e a conduzir a uma reflexão a respeito da efetividade do sistema de políticas públicas direcionado à população idosa, principal pergunta perseguida ao longo do presente trabalho.

As evidências apresentadas quanto a efetividade do arcabouço legislativo e sua efetividade na vida das pessoas idosas, demonstra uma necessidade efetiva de participação social no seu processo de envelhecimento e o que esperamos encontrar de soluções não apenas nas leis, mas para nosso convívio social no envelhecer.

1. ENVELHECIMENTO – UMA REALIDADE MUNDIAL

A Organização das Nações Unidas acredita que o número de idosos na população mundial deve duplicar entre 2007 e 2050, alcançando a marca de 2 bilhões de pessoas idosas no mundo. Uma informação importante em análise é quanto às pessoas octogenárias, que passaram a representar 400 milhões neste período, quadruplicando a expectativa de vida das pessoas acima de 80 anos¹.

Isso é resultado das baixas taxas de natalidade, movimento que colocará as pessoas idosas como personagens para a manutenção do desenvolvimento mundial.

Os números mundiais levaram a ONU a realizar a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha.

O então secretário geral das Nações Unidas, Sr. Kofi Annan, em discurso de abertura, disse: *“Na África se diz, quando morre um ancião, que desaparece uma biblioteca. Talvez o provérbio varie de um continente a outro, mas seu significado é igualmente certo em qualquer cultura. As pessoas idosas são intermediárias entre o passado, o presente e o futuro. Sua sabedoria e experiência constituem verdadeiro vínculo vital para o desenvolvimento da sociedade”* (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

A mensagem de valor à pessoa idosa e aos seus saberes demonstra a seriedade, o respeito e a valorização ao envelhecimento populacional mundial pelo qual o mundo passará nos próximos anos. É importante a contribuição dos idosos na formulação de estratégias para garantir-lhes segurança e dignidade.

Um dado importante trazido pelo então Secretário em seu discurso, ressalta que: *“... pela primeira vez na História, teremos mais pessoas acima de 60 anos que menores de 15”* (ORGANIZAÇÃO DAS NA (COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS DO IBGE, 2016) NAÇÕES UNIDAS, 2003).

¹ Organização das Nações Unidas. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>> Acesso em: 26/07/2017.

A I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada na Áustria resultou na aprovação da resolução n.º 37/51, de 03 de dezembro de 1982, que adota o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, e reconhece a necessidade de atender aos graves problemas mundiais quanto ao processo de envelhecimento, sendo esse documento a base que orientou durante 20 anos a formulação de iniciativas e de políticas públicas, nacionais e internacionais, voltadas à pessoa idosa.

Com o rápido envelhecimento populacional, surge uma nova agenda internacional, diante da necessidade de modernizar o primeiro plano para o envelhecimento populacional, o que resultou na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que produziu a *Declaração Política* e o *Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento*, diante dos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI.

A visão dos Governos em promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades², como constou no artigo 1º da Declaração Política, demonstra à comunidade internacional a importância das relações intergeracionais, da necessidade de integração e de aprendizado entre todas as idades da vida.

Declaram como direções prioritárias: os idosos e o desenvolvimento, a promoção da saúde e do bem-estar na velhice e, ainda, a criação de um ambiente propício e favorável.

Neste sentido, recentemente, a Organização dos Estados Americanos – OEA - aprovou por seu Conselho Permanente a Convenção Interamericana Sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, em sessão realizada em 09 de junho de 2015 em Washington D.C., que dentre normatizações específicas traz a definição do envelhecimento saudável, explicitando o conceito como o “*processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, mental e social; de participar em atividades sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas; e de contar com proteção, segurança e atenção, com o objetivo de ampliar a esperança de vida saudável e a qualidade de vida de todos os indivíduos na velhice e permitir-lhes*

² ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas*; tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. — (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1)

assim, seguir contribuindo ativamente para suas famílias, amigos, comunidades e nações. O conceito de envelhecimento ativo e saudável se aplica tanto a indivíduos como a grupos de população"³.

Desta Convenção o Brasil ainda não é signatário, mas nosso país tem como principal diploma legal regulador do idoso o Estatuto do Idoso⁴, o qual desde o ano de 2003 traz elencadas as principais diretrizes e os principais direitos especificamente regulamentados à população com 60 (sessenta) anos ou mais.

Dentre eles, o direito à saúde, assegurado integralmente pelo Sistema Único de Saúde – SUS, de maneira preventiva ou recuperativa, em caráter de protecionismo absoluto àquela que é tida como parcela frágil da população pelas peculiaridades que lhe tocam.

1.1 O envelhecimento populacional no Brasil

A população idosa brasileira, na proporção de idosos com 60 anos ou mais, entre os anos de 2005 a 2015, passou de 9,8% para 14,3%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016), por meio dos dados do estudo Síntese de Indicadores Sociais - SIS⁵.

O SIS apurou no mesmo período, uma diminuição na taxa de ocupação dos idosos, que caiu de 30,2% para 26,3%, bem como a diminuição de idosos que recebiam aposentadoria e trabalhavam, de 62,7% para 53,8%. Em contrapartida, aumentou a participação de pessoas idosas com 60 a 64 anos, entre os idosos ocupados, de 47,6% para 52,3%.

O direito à saúde da população idosa brasileira se faz necessário a partir do momento em que as projeções para 2050 indicam que a cada três pessoas na população brasileira, uma terá ao menos 60 anos ou mais.

³ ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. Convenção Interamericana Sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Disponível em <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2015/07/OEA-Convenci%C3%B3n-portugu%C3%A9s.pdf>. Consulta em 01/12/2017.

⁴ Lei Federal n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003.

⁵ Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016 / IBGE - Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro. IBGE. 2016.

A necessidade de analisar, estruturar e criar políticas públicas para atender essa parcela da população mostra-se de suma importância, uma vez que a saúde sem prevenção e participação social, na busca pelo bem-estar social, não será capaz de atender a população apenas em momentos de urgência e emergência.

Agrega-se à população idosa o aumento do grupo de 80 anos ou mais, que passou de 1,2%, em 2004, para 1,9%, em 2014. O reflexo do crescimento desse grupo permitiu visualizar uma necessidade de prioridade para estas pessoas, sendo publicada a Lei n.º 13.4666, em 12 de julho de 2017, que altera o Estatuto do Idoso e passa a assegurar prioridade especial aos maiores de oitenta anos que, diante de suas necessidades ainda, na saúde, passa a ter prioridade sobre os demais idosos, exceto em casos de emergência.

Essa atenção direcionada ao grupo de 80 anos ou mais, surge com o aumento na expectativa de vida dos brasileiros, o que levou o Brasil de 1980 com 684.789 mil pessoas nessa faixa etária, para 3.458.279 milhões de idoso com mais de 80 anos. Se confirmadas as projeções do IBGE, o Brasil chegará em 2060 com 19.111.509 milhões de idosos nessa faixa.

As projeções das Nações Unidas e os indicadores brasileiros deixam evidente que o envelhecimento populacional é iminente, sendo que a população idosa deverá superar a população menor de 15 anos em 2060.

Essas mudanças sociais na população levam à ampliação do cume e ao estreitamento da base piramidal, e diante do aumento na expectativa de vida, levará o Brasil a rever suas estratégias para garantir os direitos a essa importante camada da população.

Por esta razão, as políticas públicas voltadas à pessoa idosa nada mais são que prioridades nos tempos atuais, principalmente quando falamos de saúde, quando os custos se tornam dispendiosos para o Estado e inexistem outros meios de atenção à saúde a uma população que precisa ser amparada, mas que não dispõe de recursos próprios para fazê-lo.

⁶ Brasil. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Garante prioridade especial aos maiores de oitenta anos. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoSigen.action?norma=17726570&id=17726575&idBinario=17726579&mime=application/rtf>>. Acesso em: 27/07/2017.

O direito à saúde dentro dos demais direitos da pessoa idosa é irrefutavelmente o que exige maiores dispêndios financeiros; vez que não poderá o Estado esquecer-se de atender os direitos à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer dentre outros, os quais agregam qualidade de vida à pessoa idosa.

Não se pode mais permitir o velho hábito social de aposentadoria e de esquecimento social no seio familiar da pessoa idosa, isso quando não esquecida pelos seus e pelo mundo, haja vista que as tecnologias integram o idoso ao mundo atual, o levando a exigir sua participação social e ao exercício de todos os direitos que lhes são inerentes.

2. AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE SAÚDE

As organizações internacionais de saúde ultrapassam qualquer delimitação territorial entre as nações, sem ferir a soberania dos países membros, uma vez que as enfermidades não possuem delimitações territoriais e podem representar um risco a qualquer indivíduo.

Como principal papel, neste sentido, compete às organizações internacionais agregarem as principais problemáticas enfrentadas pelos países num contexto globalizado, a fim de que de forma macro e sem ressalvas peculiares de cada caso ou cada país, questões relacionadas à saúde mundial possam direcionar políticas públicas e nortear seus governantes às mudanças necessárias e às atuações incontestes pela hegemonia das precariedades que os assemelha.

Temos como principais organismos auxiliares aos programas de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o propósito de oferecer programas de combate às doenças, promoção de vacina e imunização em grande escala, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual “poderíamos dizer ser uma agência intergovernamental que desempenha funções internacionais com o objetivo de melhorar a saúde global” (BROWN, Th. M.; CUETO, M.; FEE, E.; 2007).

2.1 A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), fundada em 1902, é considerada a agência de saúde pública internacional mais antiga do mundo, dedicada às condições de saúde de países das Américas⁷.

Exerce papel fundamental na melhoria de políticas e de serviços de saúde por meio da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado e de experiências produzidas nos países membros; um trabalho de cooperação internacional promovido por técnicos e cientistas a ela vinculados, especializados em epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, comunicação, serviços, controle de zoonoses, medicamentos, promoção da saúde, entre outros.⁸

O Brasil passou a integrar a OPAS somente em 1929, e se tornou um defensor da fundação de um organismo internacional de saúde, sendo um dos precursores da fundação da Organização Mundial da Saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde participarão do comitê responsável por avaliar as experiências em reconhecer, compartilhar e incentivar boas práticas para qualificar o cuidado com os idosos no Sistema Único de Saúde.

O Mapeamento de Experiências Estaduais, Municipais e Distrito Federal no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa é iniciativa que integra a agenda anual da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz)⁹.

⁷ Portal da Saúde. Brasil. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/279-aisa-raiz/aisa/24940-organizacoes-internacionais>. Acesso em 26/07/2017.

⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672>. Acesso em: 27/07/2017.

⁹ Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5467:gestores-e-profissionais-de-saude-do-brasil-ja-podem-inscrever-suas-experiencias-exitosas-em-saude-dos-idosos&Itemid=820>. Acesso em: 27/07/2017.

A cooperação internacional promovida entre os países membros de programas do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, idealizado pelo Brasil, propiciará novos saberes para as boas práticas de saúde para com a pessoa idosa.

2.2 A Organização Mundial de Saúde (OMS)

A Organização Mundial da Saúde – OMS – agência especializada em saúde, foi fundada em 1948, num contexto pós-segunda Guerra Mundial. Tem sede em Genebra na Suíça e tem como objetivo desenvolver a saúde da população mundial, a qual é entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”¹⁰.

O conceito de saúde na Constituição da OMS, fundada em 07 de abril de 1948, apresenta em seu preâmbulo a saúde como um direito fundamental de todo o ser humano, sendo essencial para conseguir a paz e a segurança mundial entre todos os povos.

Portanto, o conceito criado pela OMS é muito mais amplo do que a ausência de uma doença, pois traz consigo outros princípios para fundamentação do conceito proposto.

Os princípios que fundamentam este conceito proposto buscaram agregar as diferenças sociais do mundo seja pela cultura, pelos aspectos econômicos, políticos e até mesmo religiosos, mas que visam assegurar a saúde como um direito universal para o bem da humanidade.

A saúde é fundamental para a paz e segurança de toda a população mundial, considerando-se a cooperação dos benefícios trazidos pelas ciências médicas, uma vez que o desenvolvimento na promoção da saúde e o controle de doenças são desiguais entre os países, mostrando-se essencial para garantir a todos os povos um ambiente saudável.

¹⁰ Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 26/07/2017.

O controle de doenças, principalmente as transmissíveis, é um perigo comum a todo o indivíduo, não importando quais medidas seu governo adote razão pela qual um padrão mínimo de medidas sanitárias e sociais é de adoção essencial a todos os países-membros.

A constituição da OMS foi adotada na “Conferência Internacional de Saúde”, realizada em Nova York, entre 19 de junho a 22 de julho de 1946, tendo sido assinada pelos 61 Estados representados na Conferência em 22 de julho de 1946, mas que somente entrou em vigor em 07 de abril de 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde¹¹.

3. A SAÚDE NO BRASIL

O Brasil é o único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu o desafio de ter um sistema de saúde universal, público e gratuito.

Segundo o Ministério da Saúde, somos o maior sistema público de transplantes no mundo, sendo que 98% das vacinações são realizadas pelo sistema público e 72% da população brasileira possui cobertura por ele, embora a história mostre que não valorizamos a importância da saúde em nosso desenvolvimento normativo até a Carta Magna de 1988.

No Brasil o direito à saúde é alçado ao regramento dos direitos sociais após a Constituição Federal de 1988, fruto dos movimentos sociais que foram capazes de desenvolver uma nova política de saúde para o país, principalmente a partir da “VIII Conferência Nacional de Saúde”¹², que possibilitou o debate junto à Assembleia Constituinte.

O relatório final tratou a saúde como um direito e deixou claro que “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada

¹¹ Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: < <http://www.who.int/about/mission/en/>>. Acesso em: 27/07/2017.

¹² Realizada em Brasília, em abril de 1986, por convocação do então Presidente da República, José Sarney.

sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.”¹³

A saúde era uma reivindicação social para melhorias no desenvolvimento da população, com atuação na saúde coletiva e individual, mas como obrigação do Estado.

A revisão das normas de saúde brasileira é de suma importância para entendermos como chegamos às políticas públicas para a pessoa idosa e ao sistema de saúde brasileiro apresentados em nossa Carta Magna de 1988.

3.1 História normativa da saúde brasileira até a Carta Magna de 1988

Ao longo da evolução das normas constitucionais no Brasil não se priorizava a saúde como direito social fundamental e, somente a partir da necessidade do desenvolvimento socioeconômico sustentável para o país, passou a ser debatido o direito à saúde.

Diante das dificuldades encontradas no controle às doenças infectocontagiosas, as quais, sem as medidas sanitárias efetivas não seria possível alcançar o desenvolvimento socioeconômico pretendido, o tema saúde passou a fazer parte do cotidiano dos governos para garantir o desenvolvimento.

A materialização do direito à saúde somente se tornaria possível com as mudanças normativas que enfrentaram a seu tempo a migração das famílias do campo para cidade, a melhora na qualidade sanitária e a diminuição das doenças transmissíveis, a evolução das vacinas e o acesso à medicina que permitiram um aumento na expectativa de vida da população brasileira.

Assim, o sistema de saúde entre os anos de 1920 até 1980 era repartido entre a precária saúde pública e a saúde previdenciária, sendo esta última

¹³ 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Março de 1986. Brasil. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em: 14/08/2017.

disponível somente aos trabalhadores que pertenciam a categorias reconhecidas por lei e que passaram a fazer parte do seguro social criado para este fim.

A saúde pública tratava das questões sanitárias e da vacinação, mas não tinha uma atenção universal e gratuita como foi incorporado pela atual Carta Magna.

A saúde previdenciária, criada a partir de profissões reconhecidas em lei, criava um paralelo de atendimento diferenciado entre o profissional ativo e o desempregado, este último à margem de um sistema de saúde deficitário e muitas vezes somente atendido pela assistência médica oferecida pelas Santas Casas por meio do atendimento filantrópico.

As políticas sociais se adequaram por todo o século passado; ainda que praticadas apenas as medidas de vigilância epidemiológica e as de promoção de saneamento, longe da assistência universal e gratuita conquistada pela atual Constituição.

Portanto, enquanto as políticas públicas de saúde desenvolvidas no século passado para a população ainda engatinhavam na direção das questões sanitárias e epidemiológicas, a assistência médica básica, por sua vez, era feita somente às pessoas economicamente ativas e com vínculo profissional reconhecido, além das prestadas pelos filantropos.

A relação entre a saúde e a previdência social é intrínseca, desde a reforma dos Correios do Império e a criação da primeira previdência social no Brasil, com o Decreto n.º 9.912-A, de 26 de março de 1888¹⁴.

A Reforma Carlos Chagas aconteceu com a implantação do novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, que organizou a saúde em saúde pública e previdência social, o que possibilitou um novo entendimento para as melhorias da saúde nos anos 1920.

Surgiu, assim, a primeira caixa de aposentadoria e pensões para empregados de empresas ferroviárias, conhecida como Lei Elói Chaves, Decreto n.º 4.682/23,

¹⁴ Brasil. Decreto n.º 9.912-A, de 26 de março de 1888. Reforma os Correios do Império. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9912-a-26-marco-1888-542383-publicacaooriginal-50955-pe.html>>. Acesso em: 14/08/2017.

que consolidou o sistema previdenciário brasileiro e que, considerada sua importância tão significativa, terá sua análise exposta em tópico próprio.

Passados pouco mais de três anos, as empresas portuárias e marítimas entenderam a importância das garantias instituídas pela caixa aos trabalhadores e conseguiram ampliar a abrangência da lei para suas atividades.

A história nos permite identificar que o maior crescimento na área da saúde brasileira ocorreu durante o governo do Presidente Getúlio Vargas, criando-se hospitais e centros médicos por toda a nação, haja vista que na década de 1930, houve muitas mudanças nas ações praticadas pelos governos, especialmente no que se refere à assistência previdenciária e médica aos trabalhadores.

Entre os anos de 1933 e 1939, a gestão de Vargas unificou as diversas Caixas de Aposentadoria (CAPs) e os Institutos de Aposentadoria (IA) e, em 1954, as Caixas de Aposentadoria e Pensão dos ferroviários e de funcionários públicos.

Com todas as alterações ocorridas, a assistência médica do Brasil passou a se aperfeiçoar, mas não o suficiente para atingir todas as classes sociais, pois estavam tão somente direcionadas às pessoas e aos seus dependentes filiados às respectivas caixas.

O Banco do Brasil constituiu sua caixa de aposentaria e pensões (CASSI), hoje o mais antigo plano de saúde vigente no país, fundado em 1944.

Em 1953, com a criação do Ministério da Saúde, houve uma reorganização das atividades oferecidas no setor da saúde à população, com a manutenção das políticas nacionais de saúde e a implantação das questões de alimentação e nutrição.

A primeira empresa de medicina de grupo surgiu em 1960, a partir da união dos funcionários e da empresa multinacional do ramo automobilístico, na região do ABC Paulista.

As mudanças na sociedade urbana corroboraram para a iniciativa do governo na criação de um Instituto capaz de atender aos anseios dos trabalhadores e das empresas, não importando o ramo de atividade.

A primeira tentativa do Estado de dividir o pesado encargo da saúde surgiu em 1964, mediante convênios firmados entre os Institutos de Assistência e Previdência, o que possibilitaria a essas empresas a dedução dos valores gastos com a assistência médica privada a seus empregados, da cota devida ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1980 o Ministério da Saúde promoveu ações integradas de saúde em todos os entes da federação. Ainda, nessa época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, INAMPS, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, era o responsável pela saúde individual.

Nesse período, os hospitais e os centros-médicos não foram capazes de suprimir as demandas de assistência à saúde da população, o que obrigou os governos a credenciar a rede privada para que pudesse atender a população.

Em 1986, o Ministério da Saúde criou o SUDS, Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que após a Constituição Federal de 1988, foi substituído pelo Sistema Único de Saúde.

A saúde brasileira se tornou de responsabilidade do Estado, de forma a garantir saúde a toda a população, em caráter universal, integral, equânime, e com participação popular.

A saúde foi oficialmente aberta à iniciativa privada.

Naquela década, com a queda na qualidade da prestação de serviços de saúde pública, proporcionou-se, de um lado, às assistências médicas, aos hospitais privados de todo o país, e aos seguros de saúde, um aumento significativo nas suas participações no atendimento de assistência à saúde. De outro lado, nesse período, as Medicinas de Grupo e as Cooperativas Médicas foram as que mais cresceram.

Dessa forma, o estudo das Constituições Federais permitirá analisar a saúde e o idoso em sua evolução normativa, ambos sempre às margens das Constituições Brasileiras sem qualquer amparo, objetos muitas vezes de legislações infraconstitucionais que não asseguravam o direito individual do cidadão que não estivesse vinculado a algum instituto.

3.2 1824: A Constituição do Império do Brasil

Na primeira Constituição do Império do Brasil, oficialmente denominada Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada pelo Imperador D. Pedro I em 25 de março de 1824, não havia tratamento diferenciado em relação à pessoa idosa ou à saúde. Importante ressaltar que a expectativa de vida girava próxima aos 33 anos. A saúde nessa época estava relacionada às características do trabalho, cultura, indústria ou comércio, ou em não exercer qualquer atividade que prejudicasse a saúde do cidadão.

3.3 1891: A Constituição Republicana dos Estados Unidos do Brasil

Em 1891 iniciou-se a era republicana do governo, extinguindo-se a monarquia para implantar a República dos Estados Unidos do Brasil, com a instituição do Federalismo. Essa constituição trouxe o sufrágio universal masculino; portanto, os maiores de 21 anos e alfabetizados adquiriram o direito ao voto, excluídos os analfabetos, as mulheres e os militares. Entretanto, a saúde deixou de fazer parte da Constituição, não sendo mencionada em nenhum de seus artigos.

3.4 1934: Fim da República Velha e a Constituição do Governo Provisório

Passadas quatro décadas, a Constituição Brasileira de 1934, promulgada em 16 de julho pela Assembleia Nacional Constituinte, foi redigida *"para organizar um regime democrático, que assegure à Nação, a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico"*, segundo o próprio preâmbulo. Isto aconteceu logo após a Revolução de 1930, período em que ao presidente eleito Júlio Prestes não foi permitido tomar posse, sendo empossado em seu lugar Getúlio Vargas.

Este Governo Provisório tinha como ideia a extinção da República Velha e, com isso, a busca de uma nova República, na qual não haveria mais a classe dominante - “oligarquia cafeeira” – como única beneficiária de um sistema arcaico, mas com o início das participações das indústrias, da classe média e dos militares entre os parlamentares.

Ocorre que aquela Assembleia Nacional Constituinte sofreu grande influência da Constituição Alemã de 1920 e da Constituição Espanhola de 1931, período em que o fascismo e o autoritarismo estavam em ascensão, levando aqueles constituintes a escrever uma Carta que fortalecia e dava poderes de centralização ao então chefe do poder executivo.

Nesta Carta, a saúde passava a ser um dever da União e dos Estados, e competia a eles o “*cuidar da saúde e assistência públicas*”, conforme descrito no inciso. II, do Artigo 10.

A simplicidade com que essa Constituição abordava o assunto saúde demonstrava uma falta de conhecimento quanto à necessidade do controle da saúde individual e coletiva para assegurar o crescimento de uma Nação, como era o desejo dos parlamentares da época.

Já havíamos enfrentado uma epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Logo após vieram cólera, varíola, malária, tubérculo e peste, doenças que atingiram as principais cidades brasileiras. Não havia controle sanitário. A União e os Estados não possuíam qualquer controle sobre o que acontecia nesta área, excluindo, tão somente, os infectados de uma vida social, levando-os à morte em pouco tempo.

Durante este período crítico pelo qual passava o Brasil, tivemos a criação do Instituto Soroterápico Federal, fundado pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, com a finalidade de fabricar soros e vacinas para controle da peste bubônica e da febre amarela, que devassavam os grandes centros dos estados brasileiros.

O Instituto foi peça-chave para criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, que surgiu por meio do Decreto 3.987/1920 com o objetivo de cuidar dos temas relacionados à saúde pública, sob o controle do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

A sociedade contou com o apoio a saúde, durante o período de 1920 a 1930, apenas do DNSP e do Instituto Soroterápico Federal, que fora rebatizado à época como Instituto Oswaldo Cruz.

As primeiras políticas públicas em saúde começaram a funcionar com a criação do DNSP, com o apoio da produção de soro e das vacinas pelo Instituto Oswaldo Cruz. Nessa época, somente as pessoas com dinheiro tinham acesso aos médicos e aos medicamentos.

No começo do século passado, a população pobre só dispunha do atendimento das instituições filantrópicas, mantidas pela igreja ou aquelas criadas por estrangeiros para auxiliar suas comunidades, como, por exemplo, a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, fundada em 1859.

3.5 1937: A Constituição que obriga o dever de observar a Velhice

A Constituição Brasileira de 1937 (conhecida como Polaca) foi outorgada pelo Presidente Getúlio Vargas em 10 de novembro de 1937, mesmo dia em que se implantou a ditadura do Estado Novo, sendo a quarta Constituição do Brasil e a terceira da República de conteúdo pretensamente democrático.

Nela observa-se o propósito de saúde apenas no poder de legislar, como descreve o inciso XXVII do artigo 16 da Carta de 1937, que trata das normas fundamentais de defesa e proteção à saúde, especialmente à saúde da criança. Na alínea “c” do artigo 18 observa-se o poder dado ao Estado para legislar sobre as casas de saúde.

É nesta Constituição que surge, pela primeira vez, em seu artigo 137, a palavra velhice, remetendo à legislação do trabalho o dever de observar: “a instituição de seguros de velhice, de invalidez, de vida e para os casos de acidentes do trabalho”.

A palavra velhice surge não como um direito individual ou como garantia do Estado, mas sim com o propósito de responsabilizar as empresas diante das questões dos trabalhadores, passando a discutir um seguro para as pessoas idosas.

Trabalho e a previdência social se tornam responsáveis pela melhoria das condições dos trabalhadores, normatizados em seu inciso XVI do Artigo 157, que dizia: "... previdência, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado, em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte". Novamente o aspecto velhice está relacionado à improdutividade laboral e a obrigação de assistência da previdência.

3.6 1946: A Constituição das Liberdades Expressas de 1934

Em 1946 a mesa da Assembleia Constituinte com Eurico Gaspar Dutra, então Presidente de República (1946-1951) à sua frente, promulgou a Constituição dos Estados Unidos do Brasil e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias no dia 18 de setembro, consagrando as liberdades expressas na Constituição de 1934, que haviam sido retiradas em 1938.

Nesta Magna Carta, em seu artigo 5º, a saúde passa a ser competência exclusiva da União que assume o poder de legislar sobre o assunto, surgindo como necessidade uma inspeção de saúde num cidadão quando de sua investidura em cargo de carreira ou em outras situações em que a lei obrigasse, nos termos do Artigo 186, do capítulo *Dos Funcionários Públicos*.

3.7 1967: A Constituição que reconhece a saúde como projeto de Nação

A União assumiu a saúde como sendo de sua competência exclusiva, apenas em 1967, com a promulgação de uma nova Carta Constitucional, que garantiu no seu inciso XIV - Artigo 8º "estabelecer planos nacionais de educação e de saúde".

A Saúde deixou de ser apenas matéria de legislação exclusiva, passando a ser da União a obrigação de criar planos nacionais de saúde. Isto exigiu, constitucionalmente falando, que a União implantasse políticas públicas na área da saúde. A velhice continuava sendo como de obrigação da previdência social, assim como era desde a Constituição de 1937, sem qualquer alteração.

3.8 1969: A Emenda Constitucional da Saúde e da atuação Municipal

Com a criação de uma Emenda Constitucional n.º 1 de 1969, revogou-se a Carta de 1967 e outorgou-se, por emenda, uma nova Constituição. A saúde deixou de ser apenas matéria a ser estabelecida pela União, que passou a ter como de sua competência “estabelecer e executar planos nacionais de educação e de saúde, bem como planos regionais de desenvolvimento”.

Isso trouxe uma grande mudança constitucional na forma como as políticas públicas vinham sendo implantadas pela União, por exigir dos demais entes da federação uma participação atuante nas políticas em saúde.

Surgiu, também, a obrigação dos municípios em aplicar o percentual de 6,0% dos valores que a União lhes repassava em programas de saúde, por conta dos impostos distribuídos nos termos do § 4º, do Artigo 25, da Constituição de 1967.

Além disso, a saúde passou a ser tema de competência do Supremo Tribunal Federal, cabendo àquele tribunal processar e julgar, originariamente, nos termos da alínea “o” do inciso I do Artigo 119, em redação dada pela Emenda Constitucional n.º 1, de 17 de outubro de 1969, as causas processadas por quaisquer juízes ou Tribunais que pudessem decorrer de imediato perigo de grave lesão à saúde, devendo suas instâncias suspender seus efeitos e devolver a lide integral para conhecimento daquela Corte.

Outra importante mudança constitucional existiu em relação à previdência social. Ela deveria assegurar aos trabalhadores os seus direitos, que visavam à melhoria nas condições relativas à “*assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva*”. Além disso, tornava obrigatória a manutenção da “previdência social nos

casos de doença, velhice, invalidez e morte, seguro-desemprego, seguro contra acidentes do trabalho e proteção da maternidade, mediante contribuição da União, do empregador e do empregado”.

3.9 Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas

A Primeira Assembleia Geral da ONU para tratar sobre a proteção dos direitos e bem-estar das pessoas idosas ocorreu entre os dias 26 de julho e 06 de agosto de 1982, em Viena, na Áustria, quando foi aprovado o Plano de Ação Internacional de Viena, documento baseado em políticas públicas em nível internacional, com diretrizes e princípios gerais para criação de leis e políticas em diversos países, uma vez que o envelhecimento populacional passou a ser tema global e dominante no século XXI. (CARVALHO - 2007).

O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Viena apresentava 07 áreas específicas e 66 recomendações para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação e a família.

4. A SAÚDE E A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como um direito social, presente no capítulo II, como um dos direitos sociais previstos em seu art. 6º: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”¹⁵.

¹⁵ Brasil. Constituição Federal do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27/07/2017.

O Estado assume o dever de garantir à saúde e reconhece este direito a toda população, a ser garantido por meio de políticas públicas, de acesso universal e igualitário, mas principalmente gratuito.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Os serviços públicos de saúde têm o condão de atender aos anseios da população por meio da promoção, proteção e recuperação, mas principalmente há o poder-dever de fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, como preceitua o art. 197 da CF/88.

O Estado abre espaço para uma garantia universal, mas sua capacidade diante das demandas exigidas, por si só, não lhe permite ser capaz de atender às ações de saúde, o que faz o constituinte autorizar a execução dos serviços públicos por terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado.

O sistema constituiu-se de uma rede regional e hierarquizado, tendo como diretrizes a descentralização para melhor gerir os níveis de atenção à saúde em cada ente da federação, priorizando as atividades preventivas e a participação da comunidade, como preceitua o art. 198, da Constituição Federal de 1988.

As raízes do vínculo entre a previdência social e a saúde não desapareceram por completo, eis que o financiamento do sistema é realizado em parte com recursos da seguridade social, composto pela tríade saúde, previdência e assistência social.

Um dos avanços trazidos pela Carta Magna vigente como medida a garantir o bem-estar e a justiça social, foi permitir que a assistência à saúde fosse executada pela iniciativa privada.

A exclusividade na assistência à saúde torna o avanço um retrocesso, diante das constantes incorporações tecnológicas e avanços da medicina, sem se esquecer das burocracias existentes que dificultam sobremaneira o avanço e a melhoria nos serviços de saúde.

Ao permitir a participação na assistência à saúde, de forma complementar pela iniciativa privada segundo as diretrizes emanadas *a posteriori* pela Lei Federal n.º 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, o Estado garantiu efetividade ao ordenamento jurídico proposto para o setor da saúde.

As entidades filantrópicas, que sempre atuaram em prol da saúde e fizeram parte do desenvolvimento histórico no Brasil, adquirem a preferência para firmar contrato de direito público ou convênio, nos termos do § 1º, do art. 199 da CF/88.

Essas recentes alterações e permissões não eximiram do Estado atribuições de controle e fiscalização, a formulação de políticas de saneamento básico, a vigilância sanitária e epidemiológica, além da execução da assistência à saúde, sendo à iniciativa privada autorizada apenas sua execução.

A forma como se construíram as atribuições do Estado e a permissão à iniciativa privada leva, até os tempos atuais, a visualizar a saúde pública como sendo o Sistema Único de Saúde, e a saúde privada, como um mundo à parte do sistema.

Esta agravante interpretação da sociedade demonstra a total incapacidade do Estado em desmistificar a saúde e seu sistema e leva a sociedade a acreditar que há duas medicinas executadas no país, que há dois sistemas e que há diferença entre os profissionais de saúde; crenças que não guardam qualquer verdade legal.

Existe apenas um sistema de saúde: ele é único, executado pelo público e pelo privado, financiado pelo público ou pelo privado, exercido por profissionais de saúde vinculados a seus conselhos profissionais, sem qualquer distinção entre atuação pública ou privada.

O Sistema Único de Saúde conta hoje com mais de 6.778 hospitais em todo o país, sendo 21% municipais, 8% estaduais, 1% federal e 70% privados. Ainda, assim, apesar dos hospitais públicos representarem 30% do total de

estabelecimentos em operação, o número de leitos hospitalares do sistema público (334.515), comparado ao número de leitos hospitalares do sistema privado (159.582), corresponde a 67,70% dos leitos disponíveis para a população.¹⁶

Apesar dos esforços da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no atendimento e na qualidade à saúde, realizados pelo sistema público, os números demonstram que não há uma efetividade entre as políticas de saúde e sua concretização para com a sociedade.

São constantes as notícias de falta generalizada de materiais, de medicamentos e até de infraestrutura necessária para os atendimentos à população. O completo despreparo de muitos gestores públicos no setor da saúde, torna a efetividade das políticas públicas de saúde aquém do seu ideal.

Enquanto não houver uma busca pela profissionalização dos serviços públicos de saúde, valendo-se da análise de indicadores, protocolos, sistemas, educação continuada, infraestrutura, controle de infecção hospitalar, com metas a adimplir as exigências de certificação de excelência, concedidas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), será impossível atender as ações e as prevenções de saúde com eficácia.

As avaliações e o aprimoramento nos serviços de saúde têm se mostrado imprescindíveis para o avanço na qualidade de assistência, uma vez que traz diversas melhorias e a diminuição do risco de ocorrer evento adverso durante o atendimento da população.

É possível concretizar tais medidas no sistema público: o Estado de São Paulo tem demonstrado bons resultados na execução de políticas públicas de saúde, sendo responsável por 7 dos 10 hospitais certificados no país. Evidente que está longe de padronizar seus hospitais, muito menos outros estabelecimentos de saúde, mas é importante que se dê o primeiro passo para melhoria constante e aprimoramento dos serviços públicos de saúde¹⁷.

A construção do sistema de saúde atual, como direito social fundamental, passa por longas transformações até chegar aos números de estabelecimentos

¹⁶ Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Junho de 2017.

¹⁷ Revista Exame. <http://exame.abril.com.br/brasil/estes-sao-os-34-hospitais-publicos-de-excelencia-no-brasil/>

atuais. Nos anos que se seguiram na década de 80, o modelo de seguro social já não vinha sendo mais acreditado, e era responsável por uma das bases existentes do sistema de saúde até ser adotado um novo modelo a partir da Constituição Federal de 1988. Permitiu-se, com isso, a universalização da saúde brasileira, atingindo assim, toda a população do país.

A Carta Magna reconhece o trabalho como prioridade para a ordem social, para garantia do bem-estar e da justiça social.

O equilíbrio para constituição dessa ordem social almejada está na base da seguridade social, que visou assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social.

Com esta inovação, era necessário um padrão para o financiamento da saúde pública brasileira para que posteriormente fosse regulada. Entretanto, criou-se o Orçamento da Seguridade Social com a finalidade exclusiva de financiar a previdência, a saúde e a assistência social, ficando a dúvida principalmente sobre qual a responsabilidade dos entes federativos quanto a sua atuação no financiamento.

A Constituição especifica no artigo 195 as fontes de financiamento da seguridade social:

“Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais(...)”

A garantia do direito à saúde não poderia ser realizada sem que uma nova estruturação de financiamento, em que diversas fontes, diretas ou indiretas, pudessem ser direcionadas para garantir a execução da atenção à saúde almejada pela Constituição.

Os orçamentos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios são obrigados a se dispor em parte à seguridade social, sendo as receitas destinadas a esta garantia.

Os trabalhadores, os prestadores de serviços, as empresas, as entidades, os entes da federação, se tornam obrigados a garantir parte dos rendimentos, faturamento ou lucro, para financiar a seguridade social.

Esse equilíbrio na divisão de responsabilidade obriga o Estado a desenvolver políticas que garantam a sustentabilidade do sistema criado, seja para assistência social, seja para previdência e suas políticas e para saúde de todo o cidadão.

O artigo 195, no § 7º, reconhece a isenção de contribuições para entidades beneficentes que atendam às exigências legais para seu reconhecimento; o que inclui os Hospitais Filantrópicos que têm como condição para a imunidade tributária um mínimo de 60% dos seus atendimentos, direcionados ao sistema público de saúde.

A regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde ocorre a partir das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90.

A primeira determina "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", o que inclui as condições para a transferência de recursos para o setor, os critérios de repasse de recursos para Estados e Municípios.

Já a Lei Federal 8.142/90 estabelece as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, trata da criação dos Conselhos de Saúde e das transferências intergovernamentais de recursos para a saúde; das possibilidades de repasse regular e automático, da distribuição dos recursos entre Estados e Municípios (MANSUR, 2001).

O legislador entendeu que o financiamento seria realizado entre a União, Estados e Municípios; entretanto, não ficam claros os critérios pelos quais cada ente da federação será responsável.

A ausência desses critérios deixa margem para discutir a responsabilidade de cada nível federativo, o que leva o governo federal à responsabilidade de injetar a maior parcela dos recursos financeiros necessários para a saúde pública.

A Constituição Federal de 1988 não definiu qual seria a participação da União na área da saúde; deixando a cargo de lei complementar a especificação das competências, das atribuições e do financiamento a cada um dos níveis da federação. Enquanto não fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, havia no Ato das Disposições Transitórias da Constituição um artigo que determinava a destinação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde (MANSUR, 2001).

O processo de descentralização, defendido pela Constituição de 1988, busca um mecanismo de descentralização fiscal e administrativa entre Estado e Municípios, permitindo a estes últimos uma maior autonomia no poder de tributar, sem deixar de criar um mecanismo de partilha entre os três níveis de governo para a área da saúde pública.

Para Vianna, mesmo com a participação pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, não deixou de haver uma necessidade em relação às diretrizes básicas emanadas pelo Ministério da Saúde. "Responsável por mais de 70% dos recursos financeiros do SUS e amparado em um entendimento abrangente do papel do gestor nacional do SUS, o Ministério literalmente comanda o sistema coerente com a cultura institucional centralizadora herdada do antigo MS e do INAMPS dos programas verticais e da normatização nacional." (Vianna, 2000: 17)

5. AS NORMAS CONSTITUCIONAIS DE SAÚDE E SUA EFICÁCIA

A vontade do constituinte exige dos legisladores a elaboração de leis e atos normativos na busca pela eficácia constitucional. Ainda que tempo hábil já tenha transcorrido para regulamentação das normas constitucionais, ainda enfrentamos a ausência dessa regulamentação ou de legislação de baixa eficácia e efetividade social.

As normas constitucionais foram classificadas de acordo com sua eficácia e aplicabilidade, segundo o Prof. Dr. José Afonso da Silva, sendo a eficácia classificada como plena, contida e limitada, e sua aplicabilidade relacionada à norma direta, imediata e integral ((SILVA, 1998).

As normas de direito à saúde são consideradas de eficácia limitada. Portanto, por si só, não seriam capazes de produzir todos os seus efeitos, o que leva à discussão sobre a saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, embora exista uma discussão de como garantir esse direito com as legislações existentes e a evolução tecnológica da saúde, mediante sua efetividade perante a sociedade, sem, contudo, ferir a equidade e o financiamento.

O direito à saúde nos termos do art. 6 da Constituição Federal de 1988, tem como finalidade a garantia social do bem-estar e da justiça, visando salvaguardar por meios de ações entre os Poderes Públicos e a sociedade, garantias relativas à saúde, corroborando com esse direito os artigos 196 a 200.

De acordo com José Afonso da Silva, as normas de eficácia limitada apresentam “aplicabilidade indireta, mediata e reduzida, porque somente incidem totalmente sobre esses interesses, após uma normatividade ulterior que lhes desenvolva a aplicabilidade” (SILVA, 1998).

Esse entendimento sobre as normas constitucionais deixa claro o quão importante serão as leis infraconstitucionais para que possamos atingir a efetividade constitucional do direito à saúde.

Ainda, segundo o autor, as normas de eficácia limitada, seriam classificadas em duas subespécies: normas de princípios institutivos (ou organizatórios) e normas de princípios programáticos.

A primeira diz respeito à lei que deverá organizar e estruturar as entidades e os órgãos previstos na Constituição Federal; a segunda diz respeito à lei que trará o objetivo a ser alcançado, mediante diretrizes e princípios, para a correta atenção do Estado.

Portanto, a partir da estruturação de um sistema e de sua forma de execução, planejamento e efetividade social, é possível garantir e melhorar as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

5.1 Normas de competências comuns e concorrentes

A Constituição Federal apresenta nos artigos 23 e 24 as competências comuns para cooperação entre os entes da federação, que serão regulamentadas por leis complementares, e determina que a União, os Estados e o Distrito Federal deverão legislar concorrentemente para estabelecer as responsabilidades e sua participação.

Luiz Alberto David Araujo (2017, p.341) afirma que “a Constituição Federal atribui o trato da mesma matéria a mais de um ente federativo, ora especificando o nível de intervenção de cada ente (competências concorrentes próprias), ora admitindo que todos os entes exerçam indistintamente a competência que se lhes foi simultaneamente atribuída (competências comuns e competências concorrentes impróprias)”¹⁸.

Assim, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão fixar normas para a cooperação, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional, como determina o parágrafo único do artigo 23 da Constituição Federal.

Portanto, as políticas públicas para a pessoa idosa deverão ser objeto de cooperação entre os entes da federação, sejam elas em matérias de saúde, de moradia, de educação e de cultura, de erradicação da pobreza, de integração social, entre outras medidas necessárias para garantir os direitos da pessoa idosa.

O artigo 24 da Constituição Federal tratou sobre as matérias de competências concorrentes entre a União, os Estados e o Distrito Federal. Luiz Alberto David Araujo e Vidal Serrano Nunes Junior classificaram as competências concorrentes

¹⁸ Araujo, Luiz Alberto David; Nunes Júnior, Vidal Serrano. *Curso de Direito Constitucional*. 21. ed. ver. e atual. até a EC 95 de 15 de dezembro de 2016. São Paulo: Editora Verbatim, 2017.

entre próprias e impróprias, sendo que as normas de “competências concorrentes próprias estão disciplinadas no artigo 24, parágrafos 1º e 2º, da Lei Maior, que, em suma, indica à União a prerrogativa de edição de normas gerais, resguardando aos Estados-membros a competência sobre a norma especial”; já as normas de competências concorrentes impróprias “não são expressamente previstas na Constituição, mas se encontram implícitas na definição das competências comuns”.

Dessa forma, a proteção e defesa da saúde é matéria de competência concorrente; todavia, a normal geral é de prerrogativa da União.

A Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e ao poder público compete regulamentar, fiscalizar e controlar nos termos da lei. Assim, a União elaborou as normas gerais por meio das Leis Orgânicas da Saúde¹⁹, que estabeleceram as ações e os serviços de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, sob a responsabilidade de todos os entes da federação.

Aos Estados compete legislar de forma suplementar para atender suas atividades diante do sistema de saúde, e, aos Municípios, a competência suplementar diante das normas da União e dos Estados, para efetivação do direito constitucional à saúde, no que lhes couber, como preceitua o artigo 30, II, da Constituição Federal.

6. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde no Brasil segue, *a priori*, a estrutura do extinto Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, SUDS, devido à promulgação da Constituição Federal de 1988, com incorporação mediante adequação do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Portanto, o SUS surge com a finalidade de buscar a igualdade social no campo da assistência social à saúde da população, abrigando o atendimento a todo e qualquer cidadão, sendo proibida a cobrança de qualquer espécie para seu atendimento.

¹⁹ Leis nº 8080/90 e nº 8142/91.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e os postos de saúde, os hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além das fundações e dos institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

Por meio do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde a ele vinculadas, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados de impostos e de contribuições sociais pagos pela população e que compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independentemente do poder aquisitivo do cidadão.

Propõe a promoção da saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, de higiene e de adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e de convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda uma população de determinada região.

Lucchese (2004, p. 5) explicita que: “a nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal-, cabendo aos gestores

setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira”.

Com a influência das novas regras previstas na Constituição referentes à política de saúde e às formas de seu financiamento, o governo está obrigado a introduzir novos meios de financiamento para o setor saúde, razão pela qual o Ministério da Saúde ganhou novos recursos no decorrer dos anos 90, como, por exemplo, COFINS, CPMF, CSLL, entre outras receitas de menor valor econômico.

Para Médici, Soares e Marques (1995), o primeiro fator que deixa o setor da saúde vulnerável é a dependência da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional, desde o ano de 1993, e da política de contenção de gastos do governo federal. Neste caso, o orçamento da seguridade social e a matriz de financiamento do setor da saúde seriam parcialmente “virtuais”, pois não se apropriariam de parcela significativa dos recursos devidos ao setor, influenciando diretamente o financiamento do setor da saúde.

Os autores ainda levam em consideração o fato de o governo federal não alocar os recursos para os quais algumas contribuições foram criadas da maneira que a Constituição preconiza.

As contribuições como a COFINS e a CPMF possibilitaram um crescimento considerável no setor saúde. Este fator deixa a estrutura tributária brasileira em situação peculiar porque foram as duas contribuições que obtiveram maior produtividade fiscal nestes anos e, na verdade, elas são tributos sobre bens e serviços aprovados como contribuições para facilitar a sua aplicação inicial e a alteração de alíquotas pelo governo.

Do ponto de vista de Fabrício Oliveira, em estudo sobre a capacidade de aumento da participação de cada nível de governo no financiamento do gasto social, entre os anos 1980 e 1996, houve influência de uma "sucessão de fatores - econômicos, políticos, demográficos etc. -, que se alternaram (às vezes se entrelaçaram) e produziram expressivas alterações em seu volume; do gasto social, juntamente com mudanças significativas em seu perfil, em sua estrutura de distribuição e repartição entre as esferas governamentais e na introdução de novas formas de gestão." (OLIVEIRA, 1999: 7)

O Orçamento da Seguridade Social, estabelecido desde a Constituição de 1988, objetivando possibilitar uma gama maior de fontes para financiar o setor e reduzir, assim, a vulnerabilidade diante dos ciclos econômicos recessivos, não tem solucionado o problema. De acordo com Lucchese (1996: 105):

*"A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e à arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas."*¹.

Uma das fontes que compõem este OSS é o COFINS, que substituiu o FINSOCIAL e se caracterizou pela incidência sobre o faturamento das empresas, assim como já acontecia com a CSLL, gerando questionamentos e suspensão de pagamento em alguns períodos.

O financiamento da seguridade social nos orçamentos federais posteriores à promulgação da Constituição foi determinado, em grande medida, por decisões políticas de governo, e a sua distribuição entre os órgãos que fazem parte da seguridade social, determinada em função de acordos internos, que sugeriam uma especialização "informal" de fontes.

À Previdência Social caberia grande parte da contribuição social de empregadores e de empregados. A saúde receberia os recursos do Finsocial e a assistência social seria financiada com a receita da contribuição sobre o lucro líquido das empresas. (MÉDICI; SOARES; MARQUES, 1995: 1).

Essa distribuição dita "informal" não atingia 100% dos recursos; razão pela qual a saúde permanecia sendo financiada por um percentual de cada um dos tributos, mesmo que a maior participação fosse do Finsocial/COFINS. A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das empresas - CSLL - não é muito lembrada quando se trata do financiamento público da saúde, mas em alguns anos esta contribuição teve uma participação de até mais de 20% do total de receita.

A Lei Orgânica da Saúde aprovada no final de 1990 permitiu que o Ministério da Previdência reduzisse o percentual de repasses, não mais seguindo os 30% determinados pela Constituição.

A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF - foi criada num período de total irregularidade no financiamento do setor saúde, como último recurso para garantir que o sistema único de saúde pudesse continuar a ser implantado no país, dando prosseguimento aos esforços de extensão à saúde a todos.

A Saúde havia perdido o vínculo com a Previdência Social em termos de partilha dos recursos da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários e, além disso, o financiamento do setor tinha saído "da arena do poder previdenciário para o coração da estrutura fiscal brasileira - a Secretaria do Tesouro Nacional" (COSTA, 1998: 120).

O Ministério da Saúde enveredou esforços para a criação de uma nova fonte de recursos para o setor, que não estava sendo priorizado pelo governo federal. A CPMF seria criada como o "salva-vidas" do Ministério da Saúde, especificamente para atender ao financiamento do setor saúde.

Como a CPMF tão desejada pelo setor saúde ainda não havia sido aprovada, e como não houve o socorro prometido com recursos, como solução do setor efetuaram-se empréstimos junto ao FAT (que deveriam ser pagos no ano seguinte com os recursos da CPMF, já estimados). No entanto, a ampliação no volume de recursos para o setor saúde que se almejava não aconteceu.

Houve uma substituição de fontes, então o alívio que aconteceria com a criação da CPMF foi esterilizado pela redução da participação de outros recursos. Por conseguinte, as metas previstas para atender as necessidades de financiamento da saúde no Brasil não se efetivaram. "A CPMF foi proposta como recurso adicional e provisório, enquanto não se fizesse a reforma tributária, e nunca como recurso substitutivo das fontes de que o Ministério dispunha". (ADIB JATENE, 1999: 62)

A instabilidade na participação das fontes é um dos grandes problemas do financiamento do Ministério da Saúde. Quando surgiu a CPMF, que deveria

complementar o volume de recursos que já financiava a saúde (e que era insuficiente) houve a redução dos recursos da COFINS em 53%.

Nos anos seguintes, a participação da própria CPMF teve queda. O volume das contribuições sociais em geral, em percentual da receita total do Ministério da Saúde, também varia. Segundo Marques e Mendes, em 99, "62,9% dos recursos tinham essa origem. Essa participação já foi maior (70,7% em 1997), estando em queda nos dois últimos anos". Como não há possibilidade de previsão de receitas e de previsão da variabilidade das contribuições no orçamento da saúde, as políticas do setor acabaram prejudicadas. Conseqüentemente, "essa realidade torna o financiamento da saúde em nível federal ainda mais incerto e dependente das demais fontes de financiamento". (MARQUES; MENDES, 2000).

Outra possibilidade de financiamento para o setor saúde é o reembolso ao governo dos planos de saúde privados pelos serviços de atenção à saúde por Estados em rede pública.

Este assunto já vem sendo discutido há muitos anos, e as soluções possíveis aventadas por alguns autores seriam: o pagamento do setor privado ao SUS por paciente atendido ou o pagamento ao SUS de um valor global, calculado em bases atuariais sobre um uso potencial ao invés de se calcular pelo uso efetivo (UGÁ, 1995: 18). Atualmente já existe uma lei que regulamenta este retorno de receita para o SUS, pago pelas instituições privadas.

No entanto, a CPMF deixou de existir em 2007, impedindo arrecadar 0,38% de todas as movimentações financeiras, sendo que 0,20% deveriam ser destinados para saúde, 0,10% para a previdência e 0,08% para o fundo de combate e erradicação da pobreza.

Contudo, com o crescimento das riquezas do País e outras fontes de arrecadação, entendeu o Congresso Nacional em 2007, pela extinção da CPMF, uma vez que sua utilização já havia muito perdido há tempos a finalidade, ou seja, União, Estado e Município já não a aplicavam para os fins específicos como determinado para sua criação, diante do atendimento da base Constitucional de investimento nas áreas de Saúde e Educação, deixando assim sua base legal para existência.

7. A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/00 E O FINANCIAMENTO DE SAÚDE

A Emenda Constitucional n.º 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, alterou os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição, e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Transitórias, que teve por objetivo "assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde".

Os critérios estabelecidos na Emenda foram válidos para o ano 2000, mesmo com a sua promulgação três meses antes do final do ano (a promulgação aconteceu em 13 de setembro de 2000).

A modificação dos Artigos 34²⁰ e 35²¹ da Constituição permitiu que a União interviesse em caso de descumprimento da lei por Estados, Distrito Federal e Municípios. A nova redação do Artigo 167²² permitiu a vinculação de receitas de impostos para atender ações e serviços públicos de saúde.

O Artigo 198²³ da Constituição Federal teve dois novos parágrafos incluídos, os quais estabeleceram a participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento público da saúde, além de especificar quais impostos poderiam compor a receita para a saúde nos Estados e Municípios e definir que uma Lei Complementar é que irá definir os percentuais de participação de cada ente

²⁰ Art.34...

e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde.

²¹ Art.35...

III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;

²² Art.167...

IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvada a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os art. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos art. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;

²³ Art.198...

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

federativo, cujas fontes de recursos da União serão destinadas à saúde e quais as formas de fiscalização e controle das despesas.

A Emenda criou um novo artigo para o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o Artigo 77²⁴, que define, com caráter provisório, as formas de participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento da saúde. Os critérios estabelecidos pelo Artigo 77 foram válidos somente até 2004 ou até a criação de Lei Complementar antes daquele ano.

A determinação da participação, no entanto, foi desigual, pois especificava os percentuais de Estados e Municípios e deixou para decisão em Lei Complementar o percentual de participação da União.

A União, de acordo com o Artigo 77, deveria aplicar nas ações e serviços de saúde, em 2000, "o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento". Para os anos 2001 a 2004, deveria ser utilizado o "valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB".

Os Estados e o Distrito Federal devem destinar 12% dos impostos e de outras receitas arrecadadas (de acordo com os Artigos 155, 157 e 159 da Constituição)

²⁴ Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os art. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

para o financiamento das ações e dos serviços de saúde. Os Municípios e também o Distrito Federal, devem destinar 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos especificados nos Artigos 156, 158 e 159 da Constituição.

O parágrafo primeiro dispõe sobre o crescimento gradual da contribuição dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A partir de 2000 devem aplicar pelo menos 7% de sua arrecadação e obrigatoriamente aumentarem o percentual na razão de, pelo menos, um quinto por ano, de forma a atingirem o percentual de 12% e 15%, respectivamente, determinados pelo Artigo 77, em 2004.

Não podem ser considerados no percentual destinado à saúde os recursos gastos pela União, Estados e Municípios com a dívida pública, pagamento de inativos e pensionistas, pagamento de serviços de limpeza urbana ou rural e tratamento de resíduos sólidos, com ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições cobradas dos usuários, com assistência médica e odontológica a servidores, ou em ações financiadas com transferências voluntárias recebidas da União ou Estado.

Os percentuais especificados na Emenda n.º 29 referem-se a números mínimos e não a tetos financeiros. O Conselho Nacional de Saúde criou uma tabela-referência para Estados e Municípios, mostrando os percentuais necessários de crescimento a cada ano, até 2004, mas, de fato, estes percentuais não representam o valor adequado, e sim o valor mínimo.

Como a Emenda sugere que haja um crescimento mínimo de 1/5 dos percentuais finais, a cada ano o CNS sugere que nos primeiros anos este aumento seja de exatamente 1/5, e no último ano (de 2003 para 2004) acrescente-se 2/5.

A Emenda Constitucional n.º 29 estabelece ainda que a Lei Complementar a ser instituída deva ser "reavaliada pelo menos a cada cinco anos" e que nela estarão definidos os critérios de rateio de recursos para a saúde provenientes da União e aqueles provenientes dos Estados, destinados aos Municípios, "objetivando a progressiva redução das disparidades regionais".

Os resultados da aprovação desta Emenda serão avaliados em médio e em longo prazo, principalmente após a sistematização de informações em saúde, neste

caso, com especiais informações sobre o financiamento da saúde prestadas pelos Estados e Municípios.

O volume de recursos destinados ao Ministério da Saúde não tem sua estabilidade garantida pela completa execução da Emenda n.º 29. Na verdade, o país presenciou as diversas tentativas de realização da uma reforma tributária nos anos de 1990, o que ainda não aconteceu, e no momento em que houver mudanças na tributação a receita da saúde será afetada.

No entanto, como somente o financiamento público não era suficiente, decorrente da crescente incorporação de tecnologias e medicamentos, bem como da utilização por pessoas idosas ao longo da primeira década pós-construção do sistema privado de assistência à saúde, o ressarcimento é uma busca do Governo Federal de tentar uma recuperação dos custos, decorrentes das internações hospitalares realizados em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, o que acontece quando os pacientes beneficiários da saúde suplementar utilizam a rede credenciada do SUS, enquanto deveriam estar sendo atendidos pela rede privada credenciada à operadora.

Essa garantia está prevista no art. 32²⁵, da Lei n.º 9.656/98, mas essa mudança obriga que as operadoras refaçam seus cálculos atuariais, a fim de estruturar seus produtos levando-se em conta a necessidade de socorrer o consumidor no caso da utilização do sistema público.

Essa garantia ocorre para evitar que operadoras não se responsabilizem por serviços mais complexos quando da necessidade do segurado, principalmente aqueles das faixas consideradas de mais dispêndio financeiro – os idosos -, quando estes, muitas das vezes, precisam se socorrer do sistema público, eis que as operadoras em inúmeras situações alegam não oferecerem o serviço necessário.

²⁵ Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

Para regulamentar o ressarcimento pelo setor privado ao setor público, bem como para controlar os serviços prestados pelas operadoras de saúde e pelos estabelecimentos de saúde privados, se fez necessário criar uma Agência para atender a evolução do sistema de saúde suplementar; razão pela qual surgiu a Agência Nacional de Saúde – ANS, no ano de 2000, pela Lei Federal n.º 9961.

A ANS regulamentou o procedimento do ressarcimento de forma genérica, conferindo à Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES - competência para definir o fluxo de atualização, as rotinas para processamento da identificação dos usuários, para as impugnações das cobranças, além das medidas necessárias ao recebimento de valores devidos e não pagos pelas operadoras nos vencimentos estipulados.

Ocorre que, com o complexo sistema de saúde brasileiro e a necessidade de garantir a correta execução dos direitos regulatórios, permitindo o ressarcimento, a Resolução n.º 18/2000, foi revogada pela Resolução n.º 185/2008, que, por sua vez, foi revogada pela atual Resolução n.º 358/2014, a qual garante os procedimentos híbridos e físicos de ressarcimentos ao setor público e estabelece as normas para repasse ao Sistema.

A ANS implantou o procedimento relativo ao ressarcimento do setor público por ato da DIDES, com a Resolução-RE 1, de 30 de março de 2000, revogada pela Resolução-RE 5, de 28 de agosto de 2000, assim como pela Resolução-RE 3, de 25 de abril de 2000.

Entretanto, não foi suficiente para o real ressarcimento do SUS, sendo a DIDES obrigada a emitir nova Resolução, a de n.º 6, em 21 de abril de 2001, tendo gerado até o presente momento muitas discussões jurídicas.

Até que se viu a necessidade de integralizar as resoluções e constituir uma única norma para tais procedimentos, com a revogação da Resolução Especial n.º 06, pela também revogada Resolução n.º 185/2008, porém, com a velocidade do crescimento do sistema de saúde e a necessidade de adaptação, surgiu a Resolução n.º 358/2014, melhorando a integração das resoluções anteriores.

A base para o apoio ao ressarcimento vem com duas correntes, em que a primeira alega quanto ao enriquecimento ilícito das operadoras, e a segunda, quanto

ao dever do Estado em regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde e que veda o repasse de recursos públicos para instituições privadas com fins lucrativos.

A ANS tem como sua principal característica a unificação da regulação e da fiscalização da saúde suplementar e a promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar; o que não está sendo realizado diante das negativas e da exclusão dos direitos da pessoa idosa, tendo em vista que o Estatuto do Idoso não é respeitado pelas operadoras de saúde.

7.1 As Leis Orgânicas da Saúde e o desenvolvimento do Sistema de Saúde

A construção do Sistema Único de Saúde não era possível apenas com os artigos constitucionais, dependendo de regulamentação, o que se tornaria possível após a publicação das Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.192/90.

A primeira organizou o funcionamento dos serviços de saúde, criou condições para promover, proteger e recuperar a saúde, permitindo-as à iniciativa privada em caráter complementar e priorizando as entidades filantrópicas sobre as empresas que visam lucro. Os Estados e os Municípios passaram a atuar nos serviços e nas ações de saúde, com a descentralização político-administrativa do sistema entre outras atribuições afins.

A segunda criou as instâncias colegiadas – Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, para participação ativa da população na gestão do sistema público de saúde.

Ao Conselho Nacional de Saúde compete atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da saúde no âmbito federal, criando diretrizes diante das características epidemiológicas e da organização do sistema para atender as necessidades de cada região, acompanhando o desenvolvimento e a incorporação científica e tecnológica na área da saúde, entre outras, conforme o Decreto nº 5.839/2006.

O sistema de saúde passa a ser gerido de maneira complementar pelo privado, o que tornou necessária a criação de medidas para viabilizar as parcerias público-privadas. Surgiram, assim, as Organizações Sociais de Saúde, por intermédio da Lei Federal n.º 9.637/98, conhecida como OSS, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, com a Lei Federal n.º 9.799/99, conhecida como OSCIP.

As leis da OSS e da OSCIP permitiram instituir garantias e condições para efetivação do "estado mínimo no país", conforme proposto no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, por meio da terceirização/privatização de serviços públicos até então produzidos pelo Estado e pela transferência de competências privativas da União, também para entes privados, que podem dispor de poupança, bens, patrimônio, créditos e servidores públicos para administrar seus próprios interesses e, ainda assim, serem declaradas como "entidades de interesse social e utilidade pública", para todos os efeitos legais.

Ao denominar estas entidades de organizações sociais, o Governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas) e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado.

Na Saúde há a ressalva de que a organização social que absorver atividades de entidade federal no âmbito da área de saúde deverá considerar o contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do Sistema Único de Saúde, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Diante das alterações legais, permitiu-se por meio de contratos de gestão ou termos de parcerias, a transferência de serviços diversos ou de unidades de serviços de saúde públicos à entidade civil, entregando-lhe pelo próprio Estado ou Município, bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, dando-lhe autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde.

Assim, o sistema de saúde é composto por ações e serviços de saúde que "integra uma rede regionalizada e hierarquizada", com descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198, CF), assim definido na Lei n.º 8080/90:

"Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS."

Cabe à iniciativa privada ter participação complementar na prestação de serviços de saúde ao SUS (Art. 196, da CF), que se caracterizam como serviços de relevância pública (art. 197, da CF). Quando a capacidade instalada do Estado for insuficiente, tais serviços podem ser prestados por terceiros de forma privada, dando-se preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (§ 1º, art. 199 CF), de acordo com o que estabelece o artigo 24 da Lei nº 8080/90:

"...quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada."

O que ocorreu, de fato, com as terceirizações previstas na Lei das OSs foi a transferência, pelo Estado, de suas unidades hospitalares, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e, muitas vezes, pessoal, para a iniciativa privada.

Evidencia-se a diluição do papel da administração pública como fornecedora exclusiva ou principal de serviços públicos e, simultaneamente, de um processo ainda em curso, de reguladora de atividades produtivas de interesse público

mediante o estímulo à competição e à inovação, atuando preferencialmente no gerenciamento de recursos e na função de controle.

Contudo, ao longo do desenvolvimento do sistema de saúde e sua complexidade, os governos viram a necessidade de implantar uma segurança sanitária, diante das exigências necessárias para que a execução dos serviços de saúde fosse realizada pelo setor público ou pelo setor privado.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada pela Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. É uma autarquia sob um regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e com autonomia financeira. A gestão da ANVISA é de responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta por cinco membros.

A Agência está vinculada ao Ministério da Saúde, criada com a finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária têm papéis importantes no desenvolvimento de políticas públicas da pessoa idosa, seja pelo fomento de informações para desenvolvimento melhorias nas políticas públicas, seja pela avaliação e pela autorização de medicamentos, de materiais ou de equipamentos que visem melhorar a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa.

8. A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

No Brasil, os direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, ganharam uma nova política de Estado com o advento da Lei 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e busca assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, com diretrizes e princípios, organização e gestão direcionadas, com a

participação dos respectivos conselhos nacionais, estaduais e municipais, bem como com ações governamentais direcionadas às áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, e cultura, esporte e lazer, diante das peculiaridades para faixa populacional considerada idosa nos termos da lei.

A criação de uma política e conselho específicos para a pessoa idosa, com finalidade de promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, permite à população idosa materializar os direitos constitucionais na prática, diante de sua participação direta e indireta²⁶.

Essa posição do Estado em assegurar ao idoso os direitos da cidadania, com participação da família e da sociedade, respeitado o processo de envelhecimento, tendo o idoso como agente principal de transformações por meio de políticas públicas direcionadas, permite à sociedade civil olhar para o processo do envelhecimento com dignidade e entender que este processo não está atrelado ao término do trabalho, com a aposentadoria, como se o velho inutilizado fosse, mas garantir um novo processo de conhecimento e aprendizado pela sociedade em como viver, participar e integrar os planos para as vidas daqueles que atingiram os 60 anos ou mais, de acordo com o que desejam para si.

Assim, os valores sociais buscados com a promulgação do Pacto Nacional do Idoso objetivam envolver a sociedade e a família na realidade do processo de envelhecimento como condição irrefutável na evolução do ser humano.

O problema dos idosos no século XX não faz frente à visão do envelhecimento da pessoa no século XXI. Hoje um idoso ativo, participante ativo, membro de uma sociedade na qual viverá 80 anos ou mais, fruto dos avanços em diversas áreas da vida, mas principalmente dos avanços na medicina e dos cuidados com saúde, quer garantir que as políticas públicas de saúde sejam asseguradas da prática daquilo que entendam ser necessário.

²⁶ Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União de 05/1/1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

A questão não se limitou apenas na aprovação do plano, sendo que necessária se fazia a sua regulamentação como medida concreta de garantir-lhes efetivação.

Por isso, naquele contexto social, o Decreto nº 1.948/1996, entendia-se necessária a atuação dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, como competentes para coordenar o plano nacional do idoso porque a pessoa idosa era vista naquela época como velho incapaz de produzir, o que lhes garantiria por meio dos ministérios, o teórico conhecimento ou expertise para tratar com esse processo²⁷.

Com o desenvolvimento do plano nacional do idoso ao longo dos anos, entende-se necessária a transferência da coordenação e das demais atribuições presentes no Decreto que regulamentou o plano, até então exercido pelos ministérios, para à Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República²⁸, como forma de atender aos anseios da população idosa e de seus familiares.

O desenvolvimento dos estudos relacionados a pessoas com 60 anos ou mais, como competência nos termos do inciso VII, do art. 2º, do referido decreto, mostra que os objetivos e as metas as serem alcançados para essa faixa etária social, não está relacionada apenas à previdência e à assistência social, mas a outros campos *intersectoriais*, visando à *integralidade da atenção*²⁹, como bem traz uma das diretrizes do Pacto pela Vida quanto a Saúde do Idoso.

Diante do cenário proposto pelo Pacto pela Vida, ao considerar pela primeira vez em âmbito nacional como prioridade a saúde do idoso, necessária, portanto, a criação de diretrizes operacionais para regulamentar o pacto, que é instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 699, em 30 de março de 2006, que regulamentou o compromisso de cooperação entre Gestão Municipal, do Distrito

²⁷ Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União de 4/07/1996. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1948-3-julho-1996-435785-norma-pe.html>>. Acesso em: 27/07/2017.

²⁸ Brasil, Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009. Altera o art. 2º do Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm#art1>. Acesso em: 27/07/2017.

²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Vida 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 26/07/2017.

Federal, Estadual e Federal por meio do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretárias de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

O trabalho para implantar as diretrizes do referido pacto, cria a necessidade de envolver o Ministério da Saúde. CONASS e o CONASEMS ainda deixaram clara a necessidade iminente do envolvimento de outros Ministérios para auxiliar na implantação, como o Ministério da Educação que vem atuando para garantir estudos direcionados aos profissionais de saúde e à população idosa que busca na educação uma forma de participação social e autonomia.

8.1 A Política Nacional de Saúde do Idoso

A partir dos princípios e diretrizes existentes na Política Nacional do Idoso, verificou-se a necessidade de garantir uma saúde direcionada, uma política devidamente expressa à saúde do idoso, o que levou o Ministério de Estado da Saúde, por meio da Portaria Ministerial nº. 1.395/1999, a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Foi a primeira vez que o Ministério da Saúde considerou necessário um olhar diferenciado em relação à saúde do idoso, que tem como alvo atender as políticas das pessoas com 60 anos ou mais, por meio de uma política definida e adequada ao plano, e seus programas e atividades do setor saúde, para atenção a pessoa idosa.

As diretrizes³⁰ apresentadas, com finalidade de atender a política pública de saúde do idoso, entendem como essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;

³⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 27/07/2017.

- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e,
- o apoio a estudos e pesquisas.

A criação do Pacto pela Vida em 2006 trouxe a Saúde do Idoso como prioridade no Sistema Único de Saúde, o que resultou na necessidade de adequar a política nacional de saúde da pessoa idosa até então vigente.

O Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, e instituiu a política nacional de saúde da pessoa idosa com revisão e atualização da então política pública relacionada à saúde do idoso.

Referida portaria ministerial tem por finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade³¹.

As melhorias sociais e as diferentes abordagens frente ao envelhecimento mostram que não se fica velho aos 60 anos, mas envelhecer é um processo natural ao longo de toda a vida do ser humano.

Isso resulta em novas diretrizes, na busca de permitir o envelhecimento com saúde e de forma ativa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

³¹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 27/07/2017.

- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como destacou a portaria, o envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000³²).

Ainda, quanto à diretriz “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável”, ressalta a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam promover políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade,

³² Healthy People 2000. Disponível em: <
https://www.cdc.gov/nchs/products/hp_pubs/highlightshp2000.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida³³.

Neste mesmo sentido dispõe a Convenção Interamericana Sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, como já salientado anteriormente.

Essa nova forma de compreensão do envelhecimento mostra à comunidade internacional uma abordagem da participação ativa de pessoas com mais de 60 anos e acrescenta que uma postura de prática saudável em todas as fases da vida é o caminho para o envelhecimento ativo como meta de toda ação de saúde.

A prevenção se torna a chave para o envelhecimento ativo.

8.2 O Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso ampliou os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos e disciplinou acerca de uma aplicação de penas severas para quem desrespeitar ou abandonar o idoso.

Ele se tornou mais abrangente que a Lei Federal nº 8.842/94, que criou o Plano Nacional do idoso e o Conselho Nacional do Idoso, mas sem excluir sua importância como norte para políticas públicas de saúde, de acordo com o que se depreende das Portarias do Ministério da Saúde.

Portanto, o diploma legal ampliou e se consolidou como instrumento de defesa da cidadania da pessoa idosa.

A partir dessa consolidação social, surgem diversas alterações como forma de adequação às novas necessidades dessa faixa da população, criando-se medidas que visam: a reserva de 3% (três por cento) de unidades residenciais³⁴; a notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados quando da

³³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 27/07/2017.

³⁴ Brasil. Lei nº 12.418, de 9 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12418.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos³⁵; o direito ao não comparecimento do idoso enfermo perante órgãos públicos³⁶; o direito a prioridade nos procedimentos de embarque e desembarque nos veículos de transporte coletivo³⁷.

A mais recente alteração no Estatuto do Idoso, diz respeito aos idosos com mais de 80 anos – Lei Federal nº 13.466/2017³⁸ -, sendo-lhes assegurada prioridade especial. Essa preferência especial garantiu acesso ao atendimento à saúde, ainda que outros idosos, nos termos da lei, estejam esperando, ressalvada na legislação a exceção em casos de emergência em saúde.

Essa recente alteração e muitas outras medidas visam atender as necessidades de adequação à vida da pessoa idosa, fruto das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa, que tem como objetivo debater os avanços e os desafios da Política Nacional do Idoso.

8.3 O Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo

Diante das constantes adequações necessárias para atender as diretrizes da Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso foi estabelecido o Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo, por meio do Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013³⁹.

As ações necessárias para implantar o compromisso, suas diretrizes, a participação de cada um dos entes da federação e a colaboração da sociedade civil não fogem à regra das medidas adotadas até então.

³⁵ Brasil. Lei nº 12.461, de 26 de junho de 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12461.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

³⁶ Brasil. Lei nº 12.896, de 18 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12896.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

³⁷ Brasil. Lei nº 12.899, de 18 de dezembro de 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12899.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

³⁸ Brasil. Lei nº 13.466, de 13 de julho de 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=13/07/2017>>. Acesso em: 26/08/2017.

³⁹ Brasil. Presidência da República. Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8114.htm>. Acesso em: 27/07/2017.

Entretanto, a criação da Comissão Interministerial para monitoração, avaliação e articulação entre os órgãos do governo e entidades públicas, mostra a real necessidade de aprimoramento das questões que envolvem e das que envolverão a pessoa idosa em nossa sociedade.

9. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O direito à saúde está inserido na orbita dos direitos sociais, nos moldes do Art. 6º da Constituição Federal, de eficácia limitada, como bem fundamenta José Afonso da Silva.

Do artigo 196 ao artigo 200 da Carta Magna, há o alicerce para o Estado garantir o direito à saúde, mas que por si não são suficientes para garantir sua aplicabilidade à pessoa idosa.

Após a promulgação da Constituição, inúmeras leis, decretos e portarias foram criados para regulamentar e garantir a aplicabilidade prática à saúde do idoso.

Contudo, fazer política pública de saúde com foco nos cuidados da pessoa idosa, requer o conhecimento dessa população e de suas necessidades, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros, conforme a portaria que aprovou a política nacional de saúde da pessoa idosa.

As políticas públicas, portanto, podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. (Lucchesi, Patrícia, 2004).

Elas se materializam mediante ações concretas e direcionadas ao seu público alvo, requerendo a participação social e a execução das diretrizes pelos órgãos públicos responsáveis.

O Brasil assumiu em sua Carta Magna no artigo 196 que: “a Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁴⁰.

Assim, o Sistema Único de Saúde é considerado uma “Política de Estado”, ao entender a Saúde como um direito de cidadania e um dever do estado.

Materializar as normas do setor saúde por meio de políticas públicas requer um desenvolvimento pessoal e interdisciplinar dos profissionais de saúde, na garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde, pública ou privada.

O Brasil, por meio da Constituição Federal e das Leis Orgânicas de Saúde, instrumentaliza o sistema com a participação da sociedade para definir as prioridades na elaboração de políticas públicas, o que evidencia uma forma democrática de controle social.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios passam a ter papel importante na concretização dessas ações e serviços, por meio dos seus Conselhos de Saúde. Dessa forma, abordar o setor da saúde e suas realizações no tocante à pessoa idosa é de suma importância para atingir os objetivos almejados, assim como o é o desenvolvimento de uma consciência social, multigeracional, como medida de reconhecimento da contribuição social, cultural e econômica das pessoas idosas.

9.1 Matriz de Políticas do Idoso

O Sistema de indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso – SISAP IDOSO, foi desenvolvido entre a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

⁴⁰ Brasil. Constituição Federal do Brasil. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27/07/2017.

Segundo o SISAP Idoso a finalidade é oferecer uma ferramenta para a gestão do SUS, por meio de indicadores em nível federal, estadual e municipal, sobre a saúde do idoso, que permita ao mesmo tempo conhecer a situação de saúde da população idosa e estabelecer processos contínuos de acompanhamento (monitoramento da implementação e da avaliação de resultados).

A proposta do sistema é fornecer aos gestores e à sociedade como um todo dados úteis à formulação de políticas e ações de prevenção, além de contribuir na melhoria da qualidade da assistência à saúde e da informação gerada nos níveis básicos de atenção do SUS⁴¹.

A construção do sistema tem como diretrizes duas lógicas que se complementam para atingir sua finalidade, ainda que sejam independentes. A primeira Matriz de Dimensões de Saúde do Brasil, que poderá analisar a situação de saúde da população idosa com foco no planejamento de ações de saúde, e a segunda Matriz, que diz respeito ao Acompanhamento de Políticas e Programas, que através de indicadores possibilita a análise das políticas e dos programas de saúde da pessoa idosa e sua efetividade.

9.2 A Análise da Situação de Saúde

Essa análise é realizada a partir das características de saúde da população idosa e auxilia nas prioridades necessárias às ações de saúde a serem executadas.

A estrutura do sistema busca um primeiro eixo para análise, a partir de perguntas e informações sobre a demografia, o ambiente socioeconômico e familiar, os comportamentos dos idosos, a funcionalidade e avaliação da saúde, a mortalidade e óbitos evitáveis, a morbidade e internações sensíveis à atenção primária, e os serviços de saúde disponíveis para atender a pessoa idosa e as suas necessidades.

⁴¹ Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso em: 21/08/2017.

A importância dos indicadores para análise de saúde da pessoa idosa é um primeiro passo como fonte de estudo para qualificar a efetividade das legislações vigentes em nosso país, frente à evolução demográfica demonstrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, entre os censos de 2000 e 2010, na qual a proporção da pessoa idosa na população passou de 14.536.029 milhões para 20.590.599 milhões de brasileiros acima de 60 anos.

9.3 A Matriz de Dimensões

A Matriz de Dimensões foi constituída por quatro dimensões, subdivididas por áreas que, por sua vez, realizam o levantamento específico de cada área, o que possibilita o direcionamento de políticas públicas à pessoa idosa.

As dimensões apresentadas para construção da matriz são as determinantes da saúde e dos fatores de risco, as condições de saúde dos idosos, os serviços de saúde e o financiamento.

Cada uma das dimensões é dividida em subáreas e apresenta indicadores para a construção da Matriz Conceitual, capaz de monitorar e avaliar os resultados de políticas e programas de saúde da pessoa idosa.

Segundo o SISAP IDOSO o “objetivo desta é permitir acessar os diversos estágios de programas de saúde da pessoa idosa e fornece ferramentas capazes de captar empiricamente na medida em que os programas estão sendo implementados e se estão tendo sucesso. Os aspectos selecionados para monitoramento no SISAP-Idoso são: (i) recursos (de recursos humanos, de infraestrutura e orçamentários) disponíveis para a implementação do programa; e (ii) da extensão na qual os recursos disponíveis são aplicados. No que tange à avaliação de resultados, o Sistema tem seu enfoque na eficácia, em medir o grau em que o programa atinge os seus objetivos e metas”.⁴²

⁴² Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso em: 21/08/2017.

As *Determinantes da Saúde e Fatores de Risco* construíram-se a partir dos dados relacionados a aspectos como contextuais e ambientais, socioeconômicos e fragilidade social, demografia e comportamento da população idosa.

As questões *Contextuais e Ambientais* oferecem indicadores quanto aos idosos que vivem em domicílios adequados, com água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo; já os *socioeconômicos e fragilidade social* apresentam dados sobre analfabetismo, rendimento nominal de até um salário mínimo, idosos economicamente ativos, idosos em situação de pobreza, idosos morando sozinhos, idosos que são ou não responsáveis por seu domicílio, e o Índice Municipal de Vulnerabilidade Sócio-familiar (IVSF); na *Demografia*, por sua vez, observam-se aspectos sobre a esperança de vida ao nascer, esperança de vida aos 60 anos, idosos residentes em área rural, idosos residentes em área urbana, índice de envelhecimento da população, população idosa de 60 a 74 anos, população idosa total, proporção de idosos de 85 anos ou mais, razão de apoio familiar, razão de apoio familiar prestado por mulheres, razão de dependência, razão de dependência de idosos e razão de sexo entre idosos; e os *Comportamentais* abordam os idosos com obesidade, idosos fumantes e ex-fumantes, idosos fisicamente inativos.

A dimensão *Condições de Saúde dos Idosos* subdividiu-se em 6 grandes áreas que, por sua vez, subdividiram-se em áreas menores ou indicadores necessários.

A análise individual de cada uma das áreas desta dimensão corroborará com o estudo da efetividade da lei vigente e a aplicabilidade prática à sociedade idosa quanto ao direito à saúde.

A *autoavaliação da saúde* que trata a qualidade de vida associada ao bem-estar mental e social dos indivíduos⁴³ traz indicadores quanto aos idosos com autoavaliação de saúde muito boa ou boa, residentes em áreas rurais ou em áreas urbanas e sua autoavaliação de saúde muito boa ou boa.

O *estado funcional*, que trata das limitações no desempenho das funções corporais e na realização de atividades cotidianas típicas³⁰, traz indicadores

⁴³ Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-dimensoes>. Acessado em: 21/08/2017.

referentes ao idoso e alguma deficiência, seja ela mental, motora, visual, auditiva ou física; ainda, a proporção de idosos com 60 anos ou mais idade com dificuldade, por problemas de saúde, para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, aquele que tem dificuldade para andar em casa sozinho, aquele que tem limitação às atividades de vida diária (AVD) – seja morador de área rural ou urbana - e idosos com limitação funcional para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A *expectativa de vida saudável*, que trata quanto aos anos de vida livre de condições que possam comprometer física e mentalmente os idosos³⁰, tem como indicadores a esperança de vida aos 60 anos, a expectativa de vida saudável livre de autoavaliação de saúde ruim, a expectativa de vida saudável livre de limitação funcional e a expectativa de vida saudável livre de limitações devido a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Quanto à *mortalidade*, ela subdividiu-se em causa e causas evitáveis de mortalidade; a primeira aborda medidas de risco e distribuição das causas de óbitos da população³⁰, e a segunda refere-se a óbitos considerados evitáveis na população de 60 a 74 anos³⁰.

Quanto às *causas de mortalidade*, estas estão relacionadas aos indicadores que envolvem mortalidade de idosos por alguma doença infecciosa ou parasitária, por alguma neoplasia, por doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas, por doenças do sistema nervoso, por doenças do aparelho circulatório, por doenças do aparelho respiratório, por causas externas – acidentes de transporte, suicídio, maus-tratos, homicídio -, e aquelas mortalidades prematuras de idosos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, que são: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Já quanto às *causas evitáveis de mortalidade*, estas estão relacionadas aos indicadores que são evitáveis por prevenção primária, atenção médica, medidas mistas, saneamento ambiental, gripe e pneumonia, doenças crônicas consideradas evitáveis, diabetes mellitus, bronquite, asma, enfisema e outras doenças das vias áreas.

A simples análise dos indicadores das causas de mortalidade, evitáveis ou não, demonstra uma riqueza de informações necessárias para o desenvolvimento de

políticas públicas de saúde do idoso, por meio da atenção primária, capaz de garantir efetividade ao seu direito constitucional à saúde, seja ela com medidas realizadas pelos programas de saúde da família, ou por outros programas capazes de diminuir a incidência de determinadas doenças e consequente óbito da população nessa faixa de idade.

Os indicadores das áreas anteriores são fontes interligadas a área *Hospitalar*, unidade de serviço capaz de fornecer pelo Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, que é voltado para registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares, seja do serviço público ou privado de saúde. A área Hospitalar traz consigo o índice de fratura de fêmur e o direito a acompanhante em caso de internação da pessoa idosa, além do controle da prevalência de doenças crônicas³⁰.

A dimensão *Serviços de Saúde* subdivide-se em cobertura da estratégia de saúde da família e utilização dos serviços, cobertura vacinal, recursos – insumos financeiros e humanos para funcionamento dos serviços de saúde, medicamentos e materiais especiais e o financiamento por indicadores referentes às formas dos serviços de saúde.

A última dimensão está relacionada à *Qualidade da Informação*, que são as fontes oficiais dos dados que alimentam os indicadores, que são os registros no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM).

9.4 A Matriz de Políticas

O Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz criaram a Matriz de Políticas com o objetivo de “permitir o acompanhamento (monitoramento da implementação e avaliação de resultados) de dispositivos específicos de políticas e programas de saúde da pessoa idosa através de indicadores selecionados. Sua função é subsidiar a formulação e o acompanhamento de políticas e programas de saúde do idoso para encorajar a utilização apropriada dos recursos públicos,

desestimular o uso inadequado de procedimentos, serviços e tecnologias e promover a prestação de serviços de saúde com maior eficiência, eficácia e equidade”⁴⁴.

Os indicadores desenvolvidos para a constituição da Matriz Política visam atender o objetivo proposto a partir da sua construção, que é permitir avaliar e analisar os programas e políticas de saúde da pessoa idosa.

Tem como base o Estatuto do Idoso, plano de ação internacional para envelhecimento, programa nacional de imunizações, convenção sobre direitos das pessoas com deficiência, política nacional para prevenção e controle do câncer, programa de assistência aos portadores de doença de Alzheimer, política nacional de saúde da pessoa idosa, política nacional do idoso, plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa e o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

9.4.1 Indicadores a partir do Estatuto do Idoso

O cadastramento da população idosa no país e o atendimento ambulatorial, como medidas de prevenção e manutenção da saúde são indicadores desenvolvidos a partir do artigo 15, § 1, incisos I e II, do Estatuto do Idoso⁴⁵.

A pesquisa quanto à proporção de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, apresentou 48,68% no ano de 2008 e 56,32% no ano de 2013, muito aquém do ideal almejado pelo Estatuto.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais propostos no inciso II, os índices partiram de 77,96% de idosos que realizaram consulta médica, para 81,81% no ano

⁴⁴ Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso em: 21/08/2017.

⁴⁵ Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. § 1o A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I - cadastramento da população idosa em base territorial; II - atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

de 2008 e 83,50% em 2013. A procura pela consulta médica é um indicador que mostra a preocupação do idoso e a sua participação na prevenção da sua saúde.

A participação do poder público nas necessidades da pessoa idosa, conforme determina o §2º do artigo 15, do mesmo diploma, garantiu ao idoso o fornecimento de medicamentos gratuitamente, de uso continuado ou não, o fornecimento de órteses, próteses e afins, relativos ao tratamento, bem como a sua habilitação ou reabilitação⁴⁶.

Outra fonte possível de analisar é o direito que a pessoa idosa tem de ter, durante sua internação, a presença do acompanhante em tempo integral⁴⁷. Segundo os indicadores, a proporção vem crescendo exponencialmente entre o período de aferição – 2005/2015 -, mas é muito aquém do dever sócio-familiar de acompanhar a pessoa idosa no momento de fragilidade.

Em 2005, o índice de internação de idoso com acompanhante era de apenas 9,11%. No ano de 2015, último disponível, o índice subiu para 57,25% em internação com acompanhamento. É importante o crescimento apresentado, mas ainda ínfimo ao ideal, o que deixa clara a necessidade de maior participação social na assistência à pessoa idosa quando apresentar-se em situação mais vulnerável.

A moradia é um importante indicador para políticas públicas a serem executadas. É possível avaliar a partir do artigo 37 do Estatuto do Idoso que vem sendo construídos indicadores a partir de idosos que vivem em domicílios com serviços de coleta de lixo, com água encanada, com rede de esgoto e em domicílio adequado. O resultado dos processos estabelecidos para apuração de indicadores permite apurar a mortalidade de idosos por causas evitáveis por prevenção primária.

Entre os anos de 2003 e 2014, o número de óbitos por causas evitáveis por prevenção primária, saltou de 4743 para 7648 óbitos, respectivamente, lembrando que esses óbitos fazem parte daqueles que poderiam ser evitados se considerados e respeitados direitos primários.

⁴⁶ § 2º *Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.*

⁴⁷ Art. 16. *Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico.*

Quando levados os números de óbitos evitáveis para análise a partir da taxa de mortalidade, o crescimento é infinitamente menor. Enquanto no primeiro, temos um salto de 61,25% no número, aferido a partir da taxa de mortalidade, os índices para os mesmos anos passam de 4,13% para 4,50%, o que significa pouco mais de 8,95% de aumento.

Isso demonstra que o envelhecimento da população não é proporcional aos óbitos evitáveis, seja pelo acesso da população às consultas médicas como vimos anteriormente, seja por outros fatores que permitiram o envelhecimento da população sem o gravame de óbito evitáveis.

9.4.2 Indicadores a partir do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento⁴⁸

A inserção social da pessoa idosa pode se dar por diversos caminhos, sendo a oportunidade de emprego um dos objetivos encampados pelo plano que tem como objetivo o emprego e o envelhecimento da força de trabalho.

A população de 60 anos ou mais que exerce atividade econômica proporciona índices que nos permitem identificar se esse objetivo está sendo desenvolvido, considerando-se que envolve diversos fatores para essa participação ativa, mas que vem apresentando resultado razoável.

Quanto a emprego e envelhecimento da força de trabalho, que visa a oferecer oportunidades de emprego a todas as pessoas idosas que desejam trabalhar, essa proporção, no Brasil, teve um aumento da população idosa economicamente ativa, que correspondia a 20,98% no ano 2000, e um aumento dessa proporção para 26,34%, no ano de 2010.

⁴⁸ Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, Madrid, 2002) - O objetivo do Plano de Ação é garantir que, em todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos possam continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. O Plano busca oferecer um instrumento prático para ajudar os responsáveis pela formulação de políticas a considerar as prioridades básicas associadas com o envelhecimento dos indivíduos e das populações. As recomendações para a adoção de medidas organizam-se em três direções prioritárias: os idosos e o desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar até a chegada da velhice; e criar ambientes propícios e favoráveis.

Quanto à erradicação da pobreza, campo de orientação pelo Tema 6, do Plano Ação Internacional, tem como objetivo a “*redução da pobreza entre pessoas idosas*”.

A atenção política destinada à erradicação da pobreza a partir do plano é tema indispensável para melhoria nas condições de bem-estar da pessoa idosa e ressalta que “embora recentemente se tenha dispensado mais atenção, em todo o mundo, aos objetivos e políticas destinadas à erradicação da pobreza, em muitos países os idosos, ainda, costumam ser excluídos dessas políticas e programas. Nas zonas em que a pobreza é endêmica, as pessoas que sobrevivem a uma vida de pobreza costumam chegar à velhice ainda mais pobres” (Plano de Ação Internacional contra o Envelhecimento, 2003).

As diretrizes para resultado dos indicadores tiveram como medida a proporção de idosos com rendimento nominal de até um salário mínimo, que representava 56,85% no ano 2000, e 56,35% no ano de 2010, uma pequena diminuição – 0,50%. Quando analisado individualmente, entretanto, representa uma enorme diminuição se comparado ao crescimento em 41,62% dessa faixa populacional para o mesmo período.

Ainda, para os indicadores referentes à proporção de idosos em situação de pobreza, há uma pequena diminuição na situação de pobreza, entre o período 2000 e 2010, sendo proporcional a 17,74% e 17,21%, respectivamente, a população idosa.

Quanto ao acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde, campo de orientação pelo Tema 2, há como objetivo a “*eliminação das desigualdades sociais e econômicas por razões de idade ou sexo ou por outros motivos, inclusive as barreiras linguísticas, a fim de garantir que os idosos tenham um acesso universal e em condições de igualdade à assistência à saúde*” (Plano de Ação Internacional contra o Envelhecimento, 2003).

Os resultados almejados estão relacionados à proporção de idosos com autoavaliação de saúde muito boa ou boa, residentes nas áreas rural ou urbana. Em 2003, a proporção de idosos que consideravam sua saúde muito boa ou boa

representava o percentual de 43,60%; já em 2013, esse número aumentou para 44,42%, no indicador geral em sua autoavaliação.

Quando realizados em idosos que vivem em áreas rurais, entre os anos de 2003 e 2013, os percentuais apresentaram uma ligeira queda na autoavaliação da saúde muito boa ou boa, ficando entre 35,84% e 35,33%, respectivamente.

Essa diminuição na qualidade da saúde da pessoa idosa, que vive no campo, afeta diretamente os serviços básicos de atenção à saúde e a geodemografia para implantação de serviços de saúde à pessoa idosa.

Nas áreas urbanas, essa autoavaliação obteve um ligeiro aumento no mesmo período, saltando de 45,12% para 45,99%, respectivamente.

Quanto aos Idosos e incapacidades, campo de orientação pelo Tema 6, tem-se como objetivo a “manutenção de máxima capacidade funcional durante toda a vida e promoção da plena participação dos idosos portadores de incapacidades”.

As diversas incapacidades que podem acometer uma pessoa idosa levaram a desenvolver cinco indicadores para entender se os objetivos estão sendo alcançados, a saber: proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade com dificuldade, por problemas de saúde, para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; idosos com limitação de mobilidade física; proporção de idosos com limitação funcional para realizar atividades de vida diária (AVD); proporção de idosos residentes em área rural com limitação funcional para realizar atividades de vida diária (AVD) e proporção de idosos residentes em área urbana com limitação funcional para realizar atividades de vida diária (AVD).

A autonomia da pessoa idosa é considerada um problema social importante, seja pela dificuldade das famílias em cuidar e atender as necessidades do idoso ou pela inobservância dos poderes públicos em executar as políticas e atenção à saúde da pessoa idosa, de maneira efetiva.

O primeiro indicador, referente à proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade com dificuldade, por problemas de saúde, para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, tornou possível identificar que as ações públicas apresentaram uma considerável melhora na vida desses idosos. Enquanto em 2003 tínhamos 6,38% com dificuldades, esse número diminuiu para 4,95%, no ano de 2013. Esse

importante indicador mostra que a sociedade e as ações públicas estão atingindo o objetivo proposto, principalmente quando o crescimento populacional na mesma faixa etária cresceu 4,5%⁴⁹.

O segundo indicador, referente aos idosos com limitação de mobilidade física, aqueles que declararam ter dificuldade para andar mais de um quilômetro e a influência na capacidade diária desta pessoa idosa em exercer suas atividades de maneira autônoma, temos uma pequena variação entre os anos de 2003 e 2008, sendo 21,90% e 23,30%, respectivamente, aqueles que declararam ter sua mobilidade reduzida.

O terceiro indicador, referente à proporção de idosos com limitação funcional para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD), passou a ser medido apenas no ano de 2013, e apresentou um percentual de 6,8% da população idosa que autodeclarara enfrentar essas dificuldades.

Os indicadores quatro e cinco, referentes à proporção de idosos residentes nas áreas rural e urbana, que declararam limitação funcional para as atividades diárias, passaram a ser aplicados a partir de 2013, e apresentaram o índice de 7,06%, para os idosos que vivem em área rural e o índice de 6,75%, para os idosos que vivem em área urbana.

9.4.3 Indicadores para o Programa Nacional de Imunizações - PNI⁵⁰

O sistema público de saúde é responsável por 98%⁵¹ das vacinações realizadas na população. As pessoas com 60 anos, ou mais têm disponíveis diversas vacinas na rede pública, como vacina contra hepatite B, a vacina dupla adulto (difteria e tétano) e a de febre amarela (idosos que residem em áreas com

⁴⁹ Fonte: IBGE

⁵⁰ Programa Nacional de Imunizações (Portaria MS/GM nº 1498, de 19 de julho de 2013) - Define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. E, para que o programa continue representando um sucesso na saúde pública, cada vez mais esforços devem ser despendidos. Todas as doenças prevenidas pelas vacinas que constam no calendário de vacinação, se não forem alvo de ações prioritárias, podem voltar a se tornar recorrentes.

⁵¹ FONTE: Ministério da Saúde. 2002.

recomendação de vacina), além das vacinas contra influenza e pneumocócica 23-valente.

A vacinação é uma forma de promoção à saúde, realizada constantemente pelo Ministério da Saúde, por meio de campanhas e como medida importante de cuidado com a população.

Portanto, verifica-se que a avaliação do Programa Nacional de Imunizações parece atender não apenas a política criada, mas contribui com a promoção e o acesso à saúde, como estabelecido pelos planos internacionais e legislações brasileiras.

A diretriz trata sobre a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável que se entende por promover a saúde como meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização (PNI).

Os resultados almejam indicadores que mostrem a internação de idosos para tratamento de pneumonia ou gripe, a mortalidade dele decorrentes e as internações decorrentes de doenças preventas por imunização.

9.4.4 Indicadores para o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência⁵²

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência tem como objetivo oportunidades, direitos e cidadania para todas as pessoas com deficiência no Brasil.

A diretriz tem como objetivo reconhecer *“que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios tomarão*

⁵² Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto Legislativo nº 186/2008 e Decreto n.º 6.949/2009) - A Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi incorporada à legislação brasileira em 2008. O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos”.

Os resultados apurados tiveram como análise os *“Idosos com alguma deficiência motora - População de 60 anos ou mais de idade que declara ter alguma deficiência motora: incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas. A presença de alguma deficiência motora influencia na capacidade dos idosos de exercer suas atividades diárias”*, que apresentaram índices de 26,08% e 33%, respectivamente para os anos de 2000 e 2010.

Quanto à análise dos *“Idosos com alguma deficiência - População de 60 anos ou mais de idade de que se declara ter alguma as seguintes deficiências: deficiência mental permanente; deficiência física (tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente); deficiência física (falta de membro ou de parte dele: perna, braço, mão, pé ou dedo polegar); deficiência visual (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar); deficiência auditiva (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir); deficiência motora (incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas). As deficiências podem ter impacto na participação do idoso na sociedade, bem como serem fatores de risco para problemas de saúde mental, física e social”*, que apresentaram índices de 49,64% e 63,44%, respectivamente para os anos de 2000 e 2010.

9.4.5 Indicadores para Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer⁵³

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer surgiu com a finalidade de reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pela doença, possibilitar a incidência por meio da prevenção de alguns tipos de câncer, além de contribuir para a melhoria na qualidade de vida dos pacientes com o diagnóstico.

A portaria traz princípios e diretrizes básicas para viabilizar a política a ser implantada, e serviu para complementar outras políticas para o idoso e para auxiliar na base dos indicadores apurados pela matriz.

Tem como objetivo primário *estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos*, utilizado como indicador *as internações de idosos por alguma neoplasia*.

A diretriz que aborda o *desenvolvimento de ações e políticas públicas para o enfrentamento do tabagismo, do consumo de álcool, do sobrepeso, da obesidade e do consumo alimentar inadequado, considerados os fatores de risco relacionados ao câncer*, trouxe como indicadores *a mortalidade de idosos por tumores relacionados ao tabagismo, considerada evitável, idosos fumantes, idosos com obesidade, idosos fisicamente inativos, idosos ex-fumantes, mortalidade de idosos por alguma neoplasia de pulmão ou brônquios*, e são indicadores importantes para diversas medidas de atenção básica à saúde e que poderão auxiliar na prevenção e controle do câncer nas pessoas idosas.

Existe a preocupação em realizar diagnóstico em tempo hábil, principalmente quando tratamos pacientes que estejam em idades mais avançadas. É conhecido que a importância na prevenção e no precoce diagnóstico, como medidas que elevam os índices de resultado positivo no tratamento; por isso, outra diretriz, objeto de estudo, está relacionada à *garantia da confirmação diagnóstica oportuna dos casos suspeitos de câncer*, sendo fonte de indicadores a *mortalidade de idosos por*

⁵³ Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (Portaria MS/GM nº 874, de 16 de maio de 2013) - A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

neoplasia de próstata considerada evitável, mortalidade de idosos por neoplasia de mama considerada evitável, mortalidade de idosos por neoplasia do útero considerada evitável, internações de idosos por neoplasia de pulmão ou brônquios, internações de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia, internações de idosos por neoplasia de estômago, esôfago, cólon, reto ou ânus, internações de idosos por neoplasia de próstata, internações de idosos por neoplasia de mama, internações de idosos por neoplasia do útero, mortalidade de idosos por alguma neoplasia e a mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia.

A importância dos indicadores está intrinsecamente relacionada à efetividade da política proposta, sendo fonte primordial para correção e para adequação das diretrizes sugeridas.

9.4.6 Indicadores para o Programa de Assistência aos Portadores de Doenças de Alzheimer⁵⁴

A Portaria n.º 491, de 23 de setembro de 2010, definiu o tratamento da doença de Alzheimer como sendo multidisciplinar, que envolve diversos sinais e sintomas das doenças e que possui peculiaridades de condutas a serem observadas diante de cada novo diagnóstico confirmado.

Hoje, o serviço público de saúde tem em suas relações de medicamentos os medicamentos considerados de primeira linha para tratamento e recomendados para o tratamento leve e moderado.

Portanto, a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleceu o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Doença de Alzheimer, e apura sua eficácia por meio do resultado que engloba os idosos que recebem medicamento para tratamento de Alzheimer.

⁵⁴ Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer (Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002) - Define que o Programa será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios em cooperação com as redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso.

9.4.7 Indicadores para Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁵⁵

A implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como meta a atenção à saúde adequada e digna da pessoa idosa.

Uma das matrizes estabelecidas tem como objetivo *realizar ações motivadas ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção à saúde.*

Os resultados apurados têm grande relevância no direcionamento para cada nível de assistência à saúde, sendo importante forma de controlar a efetividade da política implantada.

Quanto ao resultado de *“Idosos fumantes - Percentual de idosos de 60 anos ou mais que fumam algum produto de tabaco, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”*, que apresentaram índices de 14,50% e 12,65%, respectivamente para os anos de 2008 e 2013, demonstra uma diminuição considerável de idosos fumantes, avaliando-se o aumento da população para mesma faixa etária e período.

Quanto ao resultado de *“Idosos com obesidade - Percentual de idosos de 60 anos ou mais com Índice de Massa Corporal 30kg/m², em determinado espaço geográfico, no ano considerado”*, foi apurado um índice de 23,34% para o ano de 2013, não havendo outro estudo que possa permitir comparativo até o presente momento.

Quanto ao resultado de *“Idosos fisicamente inativos - Percentual de idosos de 60 anos ou mais que simultaneamente: (1) não costumam ir a pé ou utilizar bicicleta para ir de casa até o local de trabalho; (2) não andam a maior parte do tempo, carregam peso ou fazem alguma atividade física intensa em seu trabalho; (3) não praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte nos últimos 3 meses; e (4) não realizam faxina em seu próprio domicílio, em determinado espaço geográfico, no ano*

⁵⁵ Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006) - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.

considerado”, os índices apresentados foram de 33,40% e 7,08%, respectivamente para os anos de 2008 e 2013.

A grande diminuição de pessoas idosas que não realizam qualquer atividade é fruto da importante comunicação direcionada à elas, que possibilitou uma melhor compreensão do proposto pela política específica e viabilizou uma melhor interação da sociedade na participação de melhorias na qualidade de vida.

Quanto ao resultado de “Idosos ex-fumantes – o percentual de idosos de 60 anos ou mais que não fumam atualmente, mas já fumaram algum produto de tabaco no passado, em determinado espaço geográfico, no ano considerado”, apresentaram índices de 38,44% e 31,13%, respectivamente para os anos de 2008 e 2013.

A segunda diretriz importante na avaliação diz respeito à promoção da saúde *“por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização”*, em que foi apurada uma diminuição gradativa nos índices de pessoas idosas que foram internadas e não haviam sido imunizadas, sendo o índice de 0,32% para o ano de 2008, e 0,16% para o ano de 2015.

A terceira diretriz na avaliação tem como objetivo *“estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos”*. A mortalidade de idosos por doença crônica considerada evitável está relacionada à atividade médica e à qualidade da intervenção no paciente.

A proposta a ser analisada considerou as mortes evitáveis para idosos entre 60 e 74 anos, e apresentaram os resultados de 52,73% e 51,56%, respectivamente para os anos de 2008 e 2013. Isso demonstra a necessidade de melhoria nos estabelecimentos de saúde e a necessidade de melhor adequação no quadro de profissionais para esta atenção, uma vez que ela é multiprofissional e depende de variáveis que passam pelo programa saúde da família até o leito de unidade de tratamento intensivo, ainda que a atividade médica tenha sido objeto de fonte.

Já a *mortalidade prematura de idosos pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)*, que são doenças ligadas ao aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, os estudos foram

direcionados aos óbitos ocorridos nos pacientes com idade entre 60 e 69 anos. Os índices apresentaram leve crescimento entre os anos de 2008 e 2013, totalizando 46,49% e 47,95% respectivamente, o que demonstra uma necessidade na apuração dos serviços prestados em saúde e sua efetividade.

Os indicadores de mortalidade podem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas visando à adoção de medidas preventivas e assistenciais relativas a cada grupo de causas de óbitos⁵⁶.

Ainda, a quarta diretriz tem como objetivo *realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas*. Sendo seus resultados apurados a partir das *internações de idosos por maus-tratos em pelo menos uma das causas*, e apresentaram os números de 91 casos em 2008 e 90 casos em 2013.

Ocorre que os números apresentados estão relacionados àquelas internações decorrentes da identificação, a partir do código de pacientes vítimas de maus-tratos, o que esconde outras internações em que não foi estabelecido o código para este último como fonte primária.

Os números não levam ainda em consideração as internações realizadas em hospitais particulares, conseqüente deturpação do crescimento flagrante de casos de conhecimento público e aqueles apurados pelo sistema dos idosos como vítimas de maus-tratos.

Os indicadores para *mortalidade de idosos por maus-tratos em pelo menos uma das causas*, estão relacionados aos óbitos que têm como diagnóstico de maus-tratos a negligência, abandono e abuso sexual, e corresponderiam a apenas 20 casos no ano de 2008 e 32 casos no ano de 2013.

A quinta diretriz a ser analisada diz respeito à *atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa*, que busca promover a qualidade e o aumento da resolutividade da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial. Os resultados pretendidos dizem respeito ao

⁵⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006.

Índice Municipal de Vulnerabilidade Sócio-Familiar (IVSF), e analisa os riscos da pessoa idosa no convívio familiar e social naquele município.

O IVFS tem variação de 0 até 1, em que 1 seria o máximo de vulnerabilidade e possível pela metodologia desenvolvida. No Estado de Rondônia estão relacionados os piores municípios para uma pessoa idosa viver: são eles Machadinho D'Oeste com 0,50, Alta Floresta D'Oeste com 0,48, Cabixi com 0,46⁵⁷.

9.4.8 Indicadores para Política Nacional do Idoso⁵⁸

A Política Nacional do Idoso tem o objetivo de garantir os direitos sociais do idoso, sendo utilizado como matriz o artigo 10, inciso II, da Lei n.º 8.842/94, que garantiu ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis do sistema único de saúde.

O resultado almejado tem a mortalidade de idoso por causas evitáveis pela atenção médica, em que não deveriam ocorrer por ser possível a prevenção e/ou o tratamento do agravo, ou condição que o determine por meio de ações de atenção à saúde, sendo entendida como atenção médica toda aquela praticada pela equipe multiprofissional na atenção da pessoa idosa, resultado que envolve diagnóstico e tratamento, apurado em 48,22% dos casos em 2008; e em 46,24% dos casos em 2013.

9.4.9 Indicadores para o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa⁵⁹

⁵⁷ Disponível em: <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/matriz-de-politicas>. Acesso em: 26/08/2017

⁵⁸ Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994) - Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política.

⁵⁹ Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (Secretaria de Direitos Humanos/Presidência da República, 2005) - Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa é resultado do esforço conjunto do governo federal, Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e

O Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa idosa diz respeito à defrontação das violências e da exclusão da pessoa idosa.

A adequação das moradias pelas famílias com o fim de garantir uma melhor acessibilidade e menos risco de acidentes e quedas, fazem parte de uma das diretrizes a serem alcançadas pelo plano.

A efetividade do plano pode ser quantificada a partir das *internações de idosos por queda em pelo menos uma das causas, internações de idosos por fratura de fêmur, proporção de idosos com dificuldade para andar em casa sozinhos e mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas.*

Outra importante diretriz diz respeito aos *mecanismos de avaliação da funcionalidade familiar e de stress de cuidador como mecanismo de prevenção de violência intrafamiliar, por meio das avaliações das internações de idosos por maus-tratos em pelo menos uma das causas e da mortalidade de idosos por maus-tratos em pelo menos uma das causas.*

9.4.10 Indicadores para o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis⁶⁰

O objetivo principal do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis está na redução da taxa de mortalidade prematura para pacientes menores de 70 anos, no percentual de 2% dos casos ao ano, ainda que a meta global tenha sido estabelecida em redução de 25% na probabilidade, só que esse percentual levou em consideração as idades entre 30 e 70 anos.

dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, revelando, assim, sua importância, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

⁶⁰ Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 - O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

10. ANÁLISE DA EFETIVIDADE NORMATIVA

Os indicadores apurados demonstram a necessidade do aprimoramento das políticas públicas de saúde da pessoa idosa, seja por erro no seu desenvolvimento e efetividade, seja pelo fato de que as legislações vigentes não atenderem aos interesses do idoso.

As reportagens analisadas a seguir são fruto das dificuldades da aplicabilidade das normas vigentes e da problemática enfrentada pelos idosos em terem seus direitos atendidos pelos órgãos públicos ou pela iniciativa privada.

10.1 Juíza condena plano de saúde que negou cirurgia a idosa⁶¹

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Bando do Brasil – CASSI foi condenada por danos morais e a cobertura de todas as despesas provenientes do procedimento cirúrgico realizado para retirada de equipamento implantado na coluna de uma idosa de 92 anos.

A idosa sofria de dores severas, devido à uma moléstia grave, sendo indicado o procedimento cirúrgico para implante de bomba que liberava morfina para melhora do quadro de dor crônica, procedimento este que ocorreu anos anteriores com a autorização e o custeio pelo plano de saúde.

Com o passar dos anos, houve piora no quadro de dor da senhora e a necessidade de retirada do equipamento, por meio de novo procedimento cirúrgico que lhe foi negado no ano de 2014. A cirurgia só foi liberada e realizada após liminar que concedeu o pedido para cobertura pela CASSI.

⁶¹ <http://www.midianews.com.br/judiciario/juiza-condena-plano-de-saude-que-negou-cirurgia-a-idosa/240755>

A Cassi alegou que o procedimento necessário não faria parte do rol de coberturas contratados pela beneficiária, uma vez que teria sido contratado o produto no ano de 1997, sem que aquela tivesse realizado a adaptação.

A juíza Lúcia Peruffo entendeu que “a situação narrada se encontra amparada pela situação de urgência e emergência que, pelas regras de experiência comum, indicam a desnecessidade de previsão contratual, sendo cogente o atendimento e cobertura”. Ainda, destacou que “não é aceitável a negativa de cobertura ante a dignidade da pessoa humana, notadamente no caso que arcou com plano desde 1997”.

A sentença condenou a operadora a pagar a título de danos morais o importe de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), além da cobertura integral do procedimento e do tratamento da idosa.

10.2 Plano de saúde é condenado a indenizar família de idosa por demora no atendimento⁶²

Em junho de 2010, uma empresa de plano de saúde foi acionada para remoção de uma senhora de 80 anos, que passava mal em sua residência. Segundo a ação, após uma hora de espera, os familiares decidiram levá-la ao hospital no carro da família, diante do agravamento do seu quadro e da demora no serviço de remoção.

Essa senhora veio a sofrer um desmaio no caminho do hospital, sendo solicitado socorro aos bombeiros que estavam presentes no quartel que ficava no caminho do hospital.

Após os primeiros-socorros, deram entrada com a paciente no Hospital Estadual Alberto Torres, em Niterói; que não possuía atendimento de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, o que tornou necessária sua transferência.

⁶² <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/plano-de-saude-condenado-indenizar-familia-de-idosa-por-demora-no-atendimento-12609857>

A transferência só foi possível na noite do dia seguinte, após o envio de três ambulâncias sem suporte de UTI, vindo esta senhora a falecer após cinco dias de internação.

As falhas na prestação de serviços pela operadora de saúde, diante dos serviços contratados pela senhora de 80 anos, não deixam dúvida de que reduziram sua chance de sobrevivência. Não surpreende a indiferença da operadora: em sua defesa furta-se de sua responsabilidade ao dizer que a senhora já “estava com 80 anos, era portadora de diabetes e possuía vasto histórico de problemas cardíacos”.

A decisão judicial deixa claro que a operadora de saúde atentou contra a dignidade da senhora e que os efeitos do ato ilícito de recusar a assistência na remoção, permanência e recuperação da idosa em hospital da rede, repercutiu na sua morte.

O dano moral configurado não poderá trazer a vida dessa senhora que teve seu direito de vida ceifado, mesmo condenando a empresa a indenizar seus familiares em R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). A operadora de saúde que era credenciada ao Hospital Mayer está em liquidação extrajudicial, não sabendo os familiares se terão o direito a receber o valor arbitrado, mas sabem que o desrespeito levou essa senhora de 80 anos à morte.

10.3 Após 4h, polícia obriga hospital a atender idoso de 90 anos⁶³

A organização da rede de atendimento público tem o objetivo de oferecer assistência a todos os pacientes que necessitam de atendimento. Muitas vezes os pacientes não entendem o porquê de determinada unidade hospitalar não ter uma porta de pronto-socorro e só aceitar pacientes oriundos de outros estabelecimentos previamente cadastrados e mediante contato médico.

O Conjunto Hospitalar de Sorocaba é uma das instituições que possui estrutura para receber de outros estabelecimentos de saúde, pacientes que

⁶³ <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-4-horas--policia-obriga-hospital-a-atender-idoso-de-90-anos,1780313>

necessitem de um tratamento, que muitas vezes esses estabelecimentos não possuem estrutura física e humana para fornecer, recorrendo à hierarquia existente para determinada região.

No caso em tela, um idoso de 90 anos sofreu queda da própria altura e ficou desmaiado, após o choque da cabeça com o chão. Os familiares levaram-no às pressas a uma unidade pré-hospitalar para os primeiros atendimentos; entretanto, após os primeiros exames médicos, ele foi transferido de ambulância para o Conjunto Hospitalar referenciado para o caso – politraumatismo craniano.

Ao chegarem ao Complexo Hospitalar, não lhe fora dada assistência sob a alegação de que não havia sido realizado contato médico e a respectiva vaga para o paciente. O período de espera pelo Idoso, do momento da chegada da ambulância até seu atendimento pelas equipes do Complexo, foi de mais de 4 horas até que uma equipe realizasse o atendimento necessário.

Nesse período, os familiares solicitaram a intervenção do secretário de Governo do município, que compareceu pessoalmente ao hospital para solicitar que fosse realizado o atendimento, sem, contudo, ter suas solicitações atendidas sob a alegação de que somente poderiam realizar o atendimento mediante solicitação de vaga pela unidade responsável pela transferência.

Aos familiares restava apenas a solicitação da Polícia Militar para que pudessem ter o atendimento necessário ao idoso prestado por aquele hospital, ao terem que responder por omissão de socorro.

Somente após a chegada dos policiais, uma equipe se prontificou a atender o paciente de 90 anos.

A estruturação de unidades hospitalares de retaguarda, ou de referência para esses casos e outros de maior gravidade, se mostram necessárias do ponto de vista de efetividade e gestão dos recursos públicos. Todavia, é preciso entender que a população não é obrigada a conhecer os trâmites administrativos a partir do momento em que o serviço de ambulância do município direcionou o paciente para o Complexo Hospitalar e a pedido do médico que lhe prestara os primeiros atendimentos.

A direção do Conjunto Hospitalar informou em nota que não houve pedido de vaga pela unidade que prestou o primeiro atendimento, ainda que isso seja necessário para a segurança dos pacientes transferidos e atendidos pelo Complexo Hospitalar, uma vez que o número de leitos e equipes são dimensionados conforme a necessidade e a capacidade operacional, não pode servir de escusa por àqueles que deveriam prestar a assistência a um idoso, de 90 anos, removido por ambulância do serviço público, para um hospital referenciado, como justo motivo para negativa para a prestação do atendimento necessário.

A burocracia necessária para a correta prestação de serviços públicos de saúde não pode servir de justa causa para negativa a seu atendimento.

Por sorte, o idoso, após realizar tomografia, passa bem, e não houve lesão no cérebro ou outras sequelas pelos acidentes ou demora no atendimento.

10.4 Idoso morre após ter atendimento negado em hospital público de Sinop⁶⁴

O Hospital Regional de Sinop é referência do Estado de São Paulo para atendimentos de pacientes encaminhados por outros serviços de saúde públicos, pelo Corpo de Bombeiros e pelos socorristas da concessionária Rota do Oeste.

Conforme analisado na reportagem anterior, sobre a importância dos Hospitais de retaguarda para melhor atenção aos pacientes, é visível a dificuldade por parte da sociedade nessa compreensão, o que obriga os Governos a prestarem melhores informações á sociedade para que futuros casos não ocorram.

As equipes multiprofissionais desses Hospitais estão dimensionadas para atendimentos aos pacientes transferidos e internados, não possuindo condições de prestar assistência àqueles que procurem sua porta para os primeiros socorros.

⁶⁴ <http://www.rdnnews.com.br/cidades/idoso-morre-apos-ter-atendimento-negado-em-hospital-publico-de-sinop/78940>

No caso específico, um senhor de 74 anos procurou a porta desse hospital e não teve sua entrada autorizada pela segurança, sendo orientado a procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima.

Após dar entrada na unidade, o senhor sofreu uma parada cardiorrespiratória, sendo realizada manobra para reanimação pela equipe do pronto-socorro, mas sem sucesso.

O senhor procurou primeiro o Hospital Regional, por conhecê-lo, após ter permanecido internado por 10 dias. O tempo entre sua busca por atendimento no Hospital Regional e seu deslocamento até a UPA pode ter sido fator agravante.

A estrutura desenvolvida e aperfeiçoada pelos entes públicos é de sua importância para melhor prestação de assistência à população e às complexidades envolvidas em cada caso, mas é preciso haver uma melhor informação para a sociedade, principalmente à população idosa para que procurem as unidades de atendimentos responsáveis pelos primeiros-socorros.

Não é visto nos meios de comunicação qualquer orientação, divulgação ou esclarecimento sobre a importância desses Hospitais de referência, mas que eles não estão capacitados para atendimentos primários e determinantes para evitar o óbito, principalmente no caso da saúde de idosos que estão muitas vezes acometidos de outras doenças que agravam o quadro da doença e sua recuperação, não tendo por vezes, uma segunda chance, como esse caso específico, a exemplo.

10.5 Morre idosa que teria sido agredida em UTI por enfermeiro⁶⁵

O Hospital Municipal do Servidor Público está apurando os fatos que envolve um profissional de enfermagem, que é suspeito de agressão contra uma senhora de 78 anos.

A paciente estava internada para realização de uma cirurgia arterial, o que ocorreu no último dia 13 de abril de 2017; entretanto, após a noite do dia 16 de abril,

⁶⁵ <http://veja.abril.com.br/brasil/idosa-agredida-por-enfermeiro-em-uti-morre-em-sp/>

ela relatou aos familiares e profissionais do Hospital, ter sido vítima de agressões pelo enfermeiro do plantão noturno.

A senhora relatou à filha que o enfermeiro começou com agressões verbais, falando diversos palavrões. Após, teria puxado os cabelos e a agrediu até cansar, o que provocou diversos hematomas pelo corpo, inclusive no rosto.

A direção do Hospital afastou o enfermeiro e abriu sindicância para apurar os fatos. O caso também está sendo investigado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo e pela polícia.

Infelizmente a senhora, vítima de violência por profissional de saúde, veio a falecer no último dia 30 de abril, ainda que tenha sido decorrente de complicações pós-cirúrgicas, como insuficiência renal e cardíaca.

Fato é que não é cabível a atitude violenta por um profissional de saúde, principalmente em momentos que envolvem debilidade por parte do paciente, ainda mais uma idosa de 78 anos.

10.6 Família de idosa reclama de mau atendimento no Hospital Vila Alpina⁶⁶

Uma senhora de 86 anos veio a falecer após complicação do quadro da pneumonia, diabetes, hipertensão e infecção urinária.

Em 21 de abril de 2013, a senhora foi socorrida em sua residência pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, sendo levada para o referido hospital, onde foi atendida pela equipe e apresentado posterior relato de melhoras, motivo pelo qual teria recebido alta hospitalar para tratamento com antibióticos em casa.

No dia seguinte, a senhora apresentou piora no quadro e teve que ser socorrida pelo SAMU, sendo encaminhada para o Hospital Heliópolis, diante da falta de vaga no hospital da Vila Alpina, vindo a falecer no dia 25.

⁶⁶ http://www.folhavr.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1337:familia-de-aposentada-reclama-de-mau-atendimento-no-hospital-vila-alpina&catid=46:acontece-na-regiao&Itemid=125

A revolta dos familiares está direcionada pela falta de escuta por parte da equipe multiprofissional. Um dos seus filhos disse “minha mãe já foi embora, não vai voltar. Ela já tinha idade e mesmo que ficasse internada no Vila Alpina, não seria garantia de que sobrevivesse, podia morrer lá. Entretanto, o mínimo que o hospital tem que fazer é oferecer um atendimento decente e humano. Espero que ninguém mais passe por tal situação. Foi um descaso”, completa.

As queixas são constantes pelos pacientes idosos e seus familiares. A falta de treinamento e a correta assistência à pessoa idosa, pelas equipes multiprofissionais, é o motivo de queixas recorrentes nos noticiários.

Ainda que, o filho daquela senhora reconheça a gravidade do quadro da sua mãe e sua idade avançada, não é digno o descaso pelo qual essas pessoas idosas são obrigadas a passar por não terem uma assistência mínima.

10.7 Idosa aguarda há 10 dias por cirurgia e filho chama a polícia⁶⁷

O filho de uma idosa de 65 anos, que tem diagnóstico de doença de Parkinson, procurou a polícia para registrar queixa contra o Hospital Geral de Linhas (HGL). Ele relata que sua mãe está internada há mais de 10 dias para realização de uma cirurgia, devido à queda e fratura do fêmur no último dia 19 de maio de 2017.

Após tentativas de transferência para realização do procedimento, sem lograr êxito, foi informado pela prefeitura responsável pela administração do hospital, que a unidade estava sem condições de atendimento, tendo sido suspensas as cirurgias desde o início do ano.

A Secretaria do Estado informou em nota que solicitou a transferência da paciente, mas que é necessária a atualização de seu quadro clínico diariamente, até a liberação por outra unidade, o que não estaria sendo feito desde o dia 24 de maio e que tornaria impossível atender à solicitação.

⁶⁷ <http://www.gazetaonline.com.br/noticias/norte/2017/05/idosa-aguarda-ha-10-dias-por-cirurgia-e-filho-chama-a-policia-1014060067.html>

O comunicado confirma a facilidade com que é imputada, ao paciente, a responsabilidade pelos erros de processos administrativos, como se a idosa de 65 anos fosse responsável por atualizar seu quadro clínico junto à central de regulação de internação.

10.8 Idosos abandonados “moram” no hospital⁶⁸

Em Roraima, famílias abandonam os idosos em hospitais, mesmo após alta hospitalar e notificação para comparecimento. Estão sendo constantes os casos de desrespeito pelos parentes quanto à responsabilidade por seu idoso.

A reportagem diz que “o Hospital Geral de Roraima (HGR) divulgou oito notas, solicitando o comparecimento de familiares de idosos que já haviam recebido alta, mas que continuavam no local aguardando os parentes”.

Segundo relatos, alguns idosos não têm condições físicas de irem embora sozinhos, outros estão em cadeiras de rodas, outros não recordam onde moram, sendo vítimas de abandono por seus familiares.

“É um ato desumano. A família tem que cuidar dos seus idosos, mas muitos são largados à própria sorte. Já houve caso aqui em que o idoso, que sofria de câncer, passou semanas na UTI [Unidade de Tratamento Intensivo] sem receber visita de parentes. A família só apareceu quando ele morreu. Aí liberaram o corpo”, lembrou uma enfermeira que não quis se identificar.

Ainda, segundo apurou a reportagem “na tarde do sábado, conseguiu conversar com um idoso de 88 anos no HGR. Ele aguardava pelos parentes há uma semana, segundo os servidores. Morador da região do Apiaú, em Mucajaí, município a 55 quilômetros da Capital pela BR-174, Centro-Sul de Roraima, o agricultor aposentado pouco escutava e falava. Ele também sofre da doença de Alzheimer - esquecimento que pode ser causado pela depressão. *“Não sei, não lembro onde moro. Só sei que é no interior. Espero que minha filha venha me buscar”*, disse, em

⁶⁸ <http://www.folhabv.com.br/noticia/-Idosos-abandonados--moram--no-hospital/2710>

voz baixa. O agricultor pediu para não ser identificado porque estava com vergonha de ter sido abandonado pelos filhos. A mulher do aposentado morreu há dois anos.

O crime de abandono de incapaz é a tipificação para os casos de abandono de idosos pelos familiares responsáveis. A pena inicial é de seis meses a três anos; porém, se o abandono resultar em lesão corporal leve, poderá chegar até 12 anos.

Nos casos de óbito decorrente da lesão corporal leve, a pena poderá chegar a 16 anos.

As famílias alegam não terem estrutura para os cuidados necessários com os parentes idosos, e acreditam que eles estariam sendo melhores cuidados nos hospitais, com banho e alimentação adequada. Não levam em consideração a saúde mental e a necessidade do convívio social do idoso; portanto, preferem correr o risco de responder por crime de abandono de incapaz, em detrimento de assumir suas obrigações para com o familiar idoso.

10.9 Maus-tratos contra idosos no Brasil têm números impressionantes⁶⁹

A reportagem apurou as denúncias por negligência e violência psicológica contra o idoso; estas são as maiores queixas registradas na delegacia de Goiás, que atende de 10 a 15 casos por dia.

A matéria foi veiculada no dia Internacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, dia 15 de junho, data escolhida pela ONU para abordar o tema.

A reportagem apresentou os números do Ministério da Justiça e da Cidadania, sobre a violação aos direitos do idoso, por meio dos registros junto ao Disque 100, que é o canal de denúncia, sendo:

- 77% das denúncias são por negligência.

⁶⁹ <http://g1.globo.com/hora1/noticia/2016/06/maus-tratos-contra-idosos-no-brasil-tem-numeros-impressionantes.html>

- 51% por violência psicológica.
- 38% por abuso financeiro e econômico ou violência patrimonial.
- 26% por violência física e maus-tratos

Um dos casos apresentados, diz respeito a uma senhora de 73 anos que vive a realidade do abandono. Segundo a reportagem, ela está *“acamada, sem comer direito, com frio e sem conseguir levantar de cama, ela mora sozinha em uma casa em Anápolis. A idosa ainda está machucada. A suspeita é de que esteja com uma costela quebrada, ocasionada por uma queda”*.

As vizinhas que ajudam nos cuidados da idosa, segundo as amigas: "Durante o dia, a gente vem, olha, dá comida, dá banho, dá remédio. Só à noite que é mais difícil", conta a dona de casa Maria de Lourdes de Souza.

Outra vizinha, *“a dona de casa Terezinha da Silva, também vizinha e amiga de dona Maria, acredita que a situação poderia estar pior: “Eu e as minhas duas amigas que estamos cuidando dela aqui. Se não fosse isso, não sei como estaria, não. Porque ela tá muito carente, ela não dá conta nem de levantar da cama.”*

A denúncia foi realizada na Delegacia de Proteção do Idoso, sendo identificado o filho dessa senhora, e autuado por abandono material. Segundo o delegado, *Manoel Vanderic foi fazer uma visita e se surpreendeu com a situação de abandono: “O que a gente percebe é que crimes instantâneos, como tentativa de homicídio e de lesão corporal, provocam um sofrimento infinitamente menor do que o abandono, como o que esta idosa sofre. Ela está aqui há dias, sem se alimentar direito, sentindo dor, passando frio. Esse crime é muito mais grave e muito mais condenável, tanto do ponto de vista da lei, como do ponto de vista cristão, humano”*.

Segundo a reportagem, o delegado relata a crescente quantidade de casos que são denunciados por dia na cidade de Anápolis, e que *“apesar do Estatuto do Idoso vigorar desde 2003, nós ainda não conseguimos efetivar um leque gigantesco de direitos que foram formalizados ali. O idoso sabe que tem o direito, mas ele não resolve na prática, não funciona”*.

10.10 Em SP, um idoso da Classe A e um da E trocam experiências de vida⁷⁰

A matéria aborda as diferenças na realidade dos idosos e o quão importante é saber viver bem.

Os idosos envolvidos estão com 65 anos: o primeiro, mora sozinho na zona sul de São Paulo; o segundo mora num asilo para idosos da prefeitura, voltado para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade.

Para ambos, os filhos são o que existe de mais importante. O primeiro tem dois filhos: uma seguiu os caminhos do pai, a outra, a caçula, mora em outro país e recebe notícias pelo WhatsApp. O segundo tem seis filhos, quatro moram com a mãe e dois já estão casados. Apesar do segundo visitá-los toda a semana, nunca recebeu qualquer visita dos seus filhos, como contou *“Nenhum se interessou em conhecer o lugar onde vivo. Por que eles não vêm para pelo menos me conhecer?”*.

No trabalho, o primeiro teve a orientação familiar para trabalhar desde cedo, num ambiente estruturado, o que lhe possibilitou fazer faculdade e seguir os caminhos de seu pai e avô. O segundo começou a trabalhar aos seis anos na fábrica de queijo do Tio. Mudou-se para São Paulo em 1970, passou a trabalhar em diversas atividades, até que foi diagnosticado com *osteofitose, conhecida como bico-de-papagaio. Os principais sintomas são fortes dores nas costas, que podem se irradiar para as pernas, além de limitação dos movimentos e perda dos reflexos. Por causa da doença, o trabalho de Tião, de descarregar o caminhão da padaria, tornou-se insuportável. Foi seu último emprego fixo, que largou há mais de três anos.*

Na família, o primeiro é descendente de sírio-libaneses e italianos, de uma família tradicional de São Paulo. Sobre o segundo, pouco se sabe sobre sua história familiar. Ele conta que sua avó era indígena, que teria sido capturada por empregados de um coronel, que teria engravidado e dado à luz a seu pai.

Na vida social, o primeiro não revelou sua renda, aproveita o tempo livre para fumar charutos cubanos e viajar à casa de praia. O segundo vive com R\$ 80

⁷⁰ <http://temas.folha.uol.com.br/desigualdade-no-brasil/idosos/em-sp-um-idoso-da-classe-a-e-outro-da-e-trocam-experiencias-de-vida.shtml>

mensais do programa do Estado de São Paulo, Renda Cidadã. Em 05 de maio, ele apresentou o pedido de aposentadoria, não trabalha devido às dores, e não tem nenhuma atividade em seu tempo livre; pensa em namorar, sem compromisso.

A Felicidade, para o primeiro, não está relacionada ao dinheiro. Ele acredita que as pessoas devem ser felizes, estar em paz com a vida, indiferentemente do dinheiro que tenham. Para o segundo, apesar as dificuldades, o bom humor é constante, as risadas estão sempre presentes, mas há dias em que ele pensa: "*Não tenho motivo para viver alegre, mas também não vivo triste. Vivo mais ou menos, vivo meio a meio*".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução normativa da saúde e dos direitos dos idosos ganhou força nos últimos 30 anos a partir da Constituição Federal de 1988, que com o advento do Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, possibilitou atender aos idosos, aposentados ou não, por meio dos programas de atenção à saúde.

O Estatuto do Idoso e outras normas com influências internacionais para o envelhecimento permitiram melhorias ao Sistema Único de Saúde, por intermédio de políticas públicas de saúde do idoso, mas há ainda muito a ser feito para serem atingidos índices de excelência na atenção à saúde.

A simultaneidade dos entes da federação na elaboração e na efetivação de políticas públicas de saúde para a pessoa idosa, por meio dos serviços oferecidos pelos estabelecimentos e programas de saúde para quando da necessidade de atenção à saúde, não exime a sociedade da prática da prevenção para manutenção da saúde individual e coletiva.

A dinâmica entre o Estado e a Sociedade no processo para efetivação da garantia constitucional do direito à saúde, na construção da assistência à saúde ao idoso, por intermédio do desenvolvimento de políticas públicas de saúde para alcançar os princípios basilares de saúde no processo do envelhecimento, devem ser revisadas sempre que sinais de ineficácia apontem para falhas nos objetivos propostos.

A Constituição Federal, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional da Saúde do Idoso e o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo foram os instrumentos que possibilitaram a construção de políticas públicas de saúde ao idoso até o momento.

Contudo, indicadores apontam que os objetivos propostos e aqueles atingidos até o momento não são suficientes para garantir os ditames perseguidos para se assegurar uma melhor qualidade de vida na velhice, conforme evidenciam os casos analisados na busca pela efetividade normativa dispostos no presente trabalho.

A mudança sociocultural do envelhecimento é fator determinante para que possamos construir medidas que atendam aos anseios da população idosa, por intermédio de políticas públicas para o idoso, mas principalmente com uma ampla discussão acerca do envelhecimento ativo pela sociedade brasileira num todo.

Mais do que criar leis é necessário que se cumpram os ditames jurídicos vigentes, o que pode ser viabilizado pela abertura à toda a população nacional de fóruns de discussões sobre direitos vigentes e a apresentação concreta dos déficits legislativos nos mais variados núcleos.

Uma sociedade informada é uma sociedade que sabe exigir seus direitos.

Esta realidade torna-se mais próxima do ideal, ainda que longe do real hoje vivenciado por todos os brasileiros, quando aventada a possibilidade de discussões de políticas públicas voltadas ao envelhecimento desde o processo de formação base de cada brasileiro.

As crianças de hoje serão os velhos de amanhã, razão pela qual, cientes desde a tenra idade sobre os direitos que lhes tocam e lhes garante a Pátria, farão deste país uma terra onde o envelhecer e o ser velho terão seus direitos, ainda que mais basilares respeitados e exigidos sem ressalvas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Luiz Alberto David; Nunes Júnior, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional**. 21. ed. ver. e atual. até a EC 95 de 15 de dezembro de 2016. São Paulo: Editora Verbatim, 2017.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Decreto n.º 9.912-A**, de 26 de março de 1888.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**, de 3 de julho de 1996.

BRASIL. **Decreto nº 186**, de 30 de março de 2008.

BRASIL. **Decreto nº 6.800**, de 18 de março de 2009.

BRASIL. **Decreto n.º 6.949**, de 25 de agosto de 2009.

BRASIL. **Decreto nº 8.114**, de 30 de setembro de 2013.

BRASIL. **Fundação Oswaldo Cruz. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. Disponível em <http://sisapidoso.icict.fiocruz.br/apresentacao>. Acesso em: 21/08/2017.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Federal n.º 8.142**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994.

BRASIL. **Lei Federal n.º 10.741**, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.418**, de 9 de junho de 2011.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.461**, de 26 de junho de 2011.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.896**, de 18 de dezembro de 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.899**, de 18 de dezembro de 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 13.466**, de 13 de julho de 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1395**, de 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 703**, de 16 de abril de 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria n.º 1498**, de 19 de julho de 2013.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Março de 1986. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acessado em: 14/08/2017.

BRASIL. **Secretaria de Direitos Humanos/Presidência da República**, 2005.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. **A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde**, Manguinhos, v. v. 13, n. n. 3, p. 623-47, jul-set 2006.

CARVALHO, M. C. B. N. M. D. **O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: projeto "Era uma vez. Atividades intergeracionais"**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (**OMS/WHO**). 1946.

HEALTHY PEOPLE. 2000. Disponível em: < https://www.cdc.gov/nchs/products/hp_pubs/highlightshp2000.htm.

<http://www.midianews.com.br/judiciario/juiza-condena-plano-de-saude-que-negou-cirurgia-a-idosa/240755>

<https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/plano-de-saude-condenado-indenizar-familia-de-idosa-por-demora-no-atendimento-12609857>

<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,apos-4-horas--policia-obriga-hospital-a-atender-idoso-de-90-anos,1780313>

<http://www.rdnnews.com.br/cidades/idoso-morre-apos-ter-atendimento-negado-em-hospital-publico-de-sinop/78940>

<http://veja.abril.com.br/brasil/idosa-agredida-por-enfermeiro-em-uti-morre-em-sp/>
1

http://www.folhamp.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1337:familia-de-aposentada-reclama-de-mau-atendimento-no-hospital-vila-alpina&catid=46:acontece-na-regiao&Itemid=125

<http://www.gazetaonline.com.br/noticias/norte/2017/05/idosa-aguarda-ha-10-dias-por-cirurgia-e-filho-chama-a-policia-1014060067.html>

<http://www.folhabv.com.br/noticia/-Idosos-abandonados--moram--no-hospital/2710>

<http://g1.globo.com/hora1/noticia/2016/06/maus-tratos-contradidosos-no-brasil-tem-numeros-impresionantes.html>

<http://temas.folha.uol.com.br/desigualdade-no-brasil/idosos/em-sp-um-idoso-da-classe-a-e-outro-da-e-trocam-experiencias-de-vida.shtml>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>

LUCCHESE, PATRÍCIA T. R.; WARGAS, TATIANA; LIMA, LUCIANA DIAS DE; MAGALHÃES, ROSANA; MONERAT, GISELLE LAVINAS. **Políticas Públicas em Saúde. Informações para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**. São Paulo. 2004.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional contra o Envelhecimento**. 18ª. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, v. Série Institucional em Direitos Humano. v. 1, 2003.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. OEA. **Convenção Interamericana Sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos**. 09 de junho de 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672>. Acesso em: 27/07/2017.

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. **DCNT no Brasil**. 2011-2022 .

PORTAL DA SAÚDE. BRASIL. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/279-aisa-raiz/aisa/24940-organizacoes-internacionais>.

REVISTA EXAME. <http://exame.abril.com.br/brasil/estes-sao-os-34-hospitais-publicos-de-excelencia-no-brasil/>

SILVA, J. A. D. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 3ª. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

TORRES-FERNANDES, Marília de Castro. **Ministério Público em São Paulo: Eficácia da Função Institucional de Zelar pelo Direito à Saúde**. 1999. Dissertação. Mestrado em Filosofia e Teoria Geral do Direito. Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Aging 2015**. 2015. Disponível em <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.
