

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE POPULATION'S AGEING AND THE PUBLIC HEALTH POLICIES

Maria José Sanches Marin¹

Vanessa Clivelaro Bertassi Panes²

¹Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília; Docente do Programa de Mestrado Acadêmico e Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita.

Endereço: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886 - Marília -SP- CEP 17.514-000

Email: marnadia@terra.com.br. Telefone: (14) 3413-8874

²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera de Bauru.

Endereço: R. José Freire Sobrinho, 516 – Marília-SP – CEP 17.514-014

Email: bertassi@hotmail.com Telefone: (14) 3301-1984

RESUMO

No Brasil, efetivamente, o idoso surge como prioridade de Políticas Públicas de Saúde apenas em 2006 no Pacto pela Vida, que trouxe consigo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI). Apenas neste momento, passa-se a incorporar o conceito de Envelhecimento Ativo, lançado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde, com a intenção de conquistar uma visão positiva deste processo, promovendo vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para saúde, participação e segurança do idoso. Possibilita, portanto, que às pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental durante a vida. Além de permitir ganho de autonomia, independência e saúde em seu sentido mais amplo, durante todo o processo de envelhecimento. Na sequência, outras ações vieram, na intenção de colocar em práticas esse conceito e ainda, para os idosos mais dependentes, envolver a família no cuidado. Muitos desafios ainda persistem no sentido do preparo e direcionamento dos idosos e seus familiares para um envelhecimento saudável, com autonomia e qualidade de vida.

Palavras-Chaves: Política de Saúde. Saúde do idoso. Envelhecimento da população.

ABSTRACT

In Brazil, effectively, the elderly arose as a priority for the Public Health Policies only in 2006 in the Pact for Life, which also brought the National Health Policy for the Elderly (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI). Only at this time, the concept of Active Ageing was incorporated; it was launched in 2002 by the World Health Organization, with the intention of gaining a positive view of this process, promoting longer life, which must be accompanied by continuing opportunities for health, participation and security of the elderly. It makes it possible, therefore, to people realize their potential for physical, social and mental well-being throughout life. Besides allowing the autonomy gain, independence and health in its broadest sense, throughout the aging process. Following it, other actions came in an attempt to put into practice this concept and for the most dependent elderly to involve the family in care. Many challenges remain towards the preparation and guidance of the elderly and their families for healthy aging, with autonomy and quality of life.

Keywords: Health Policy. Health of the Elderly. Demographic Aging

1. INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, resultado da redução nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do nível de escolaridade, investimento em infra-estrutura de saneamento básico, dentre outros fatores (BATISTA et al, 2011; BRASIL, 2010).

Hoje, os idosos representam no Brasil, cerca de 10% da população. Para 2025, a perspectiva é de chegar a 25 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade neste país. E para 2050, espera-se que sejam quase o dobro da população atual, somando 19% da população brasileira (IBGE, 2008).

O aumento da população idosa em um país como o Brasil, que por muitos anos contou com o predomínio de jovens, leva a novas necessidades, especialmente quanto a assistência à saúde. Frente a isso, o presente estudo tem como finalidade apresentar os principais movimentos das políticas de saúde em prol do atendimento ao idoso.

POLÍTICAS DE SAÚDE E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Além disso, ao longo da história, a saúde pública brasileira não contou com dispositivos com expressividade para acompanhar as transformações sociais, sendo esta permeada por grande precariedade, o que repercute até os dias atuais. Do Brasil colônia até 1930 inexistia uma organização institucional de atendimento a saúde da população,

seguindo, até a década de 80, em uma trajetória marcada por dificuldades na expansão da assistência médica, a qual se desenvolvia na lógica mercadológica.(FUNASA, 2015)

Na década de 80, contou com significativos avanços que marcados pela abertura democrática e pelas lutas de movimentos sociais, em especial o movimento de Reforma Sanitária, que na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, efetivou discussões na defesa de saúde como um direito de todos e dever do estado, tendo como base os princípios da integralidade, universalidade, equidade e descentralização, o que se caracterizou como o movimento da reforma sanitária. (CONASS, 2009).

As proposições desse movimento, ocorrido em 1986, foram consideradas na elaboração da Constituição Federal de 1988, dando origem ao Sistema Único de Saúde. A partir disso, muitos fatos ocorreram no sentido de consolidar os compromissos atribuídos ao SUS na Constituição, em especial a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nesta mesma direção, a lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe principalmente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estas duas Leis foram chamadas Lei Orgânica da Saúde – LOS e são consideradas leis infraconstitucionais, que disciplinam legalmente o cumprimento do

mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde. (CONASS, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao considerar um conceito ampliado de processo saúde e doença, que leva em conta os seus diferentes determinantes e condicionantes e estabelecer políticas que direcionam uma nova forma de agir frente às necessidades de saúde da população, também delimita que a ênfase está na atenção primária à saúde. A atenção primária à saúde é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como *“ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação”* (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

A atenção primária oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível de atenção à saúde (STARFIELD, 2002). Esse nível de atenção deve ser pautado na continuidade, na integralidade, na atenção centrada na família, na orientação para a comunidade e na competência profissional. Desta forma é na atenção primária que se organiza e se proporciona a otimização de recursos, tanto básicos, como especializados e que se mantém o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Paralelo a estes aprimoramentos e tentativas de melhor direcionar a saúde no Brasil, em 1991, o Ministério da Saúde lança o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O objetivo seria aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Subsequente, em 1994, o Ministério da Saúde lança também a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na tentativa de somar a reversão do modelo vigente, onde predomina o atendimento emergencial à doença, em grande parte nos hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. O programa inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Destaca-se que, até então, não houve qualquer proposta em prol da saúde do idoso.

Em meio às novas políticas, em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, pela Lei nº 10741, que prevê as prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Em seu artigo 18 determina que *“as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda”* (BRASIL, 2003).

Esse movimento, embora importante para a transformação das práticas de saúde, não trouxe avanços significativos no que se refere a atenção à saúde do idoso, a qual apresenta necessidades específicas e demanda um olhar ampliado e interdisciplinar para que possam ter seus problemas detectados precocemente, além de intervenções pautadas na promoção da saúde.

Na atenção à saúde do idoso, deve-se levar em consideração que as doenças crônicas, e suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento, mas sim a falta de um trabalho voltado à prevenção. A prevenção é efetiva e eficaz em qualquer nível, mesmo em fases tardias da vida. (VERAS, 2009)

Como ancoradouro para o trabalho de prevenção, encontra-se o documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas”, elaborado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Onde são apresentados os principais desafios a serem enfrentados pelo mundo, no que se refere a envelhecimento populacional, e destaca o fato de que a saúde só pode ser criada e administrada com a participação de vários setores. Além de ressaltar que as políticas de saúde na área envelhecimento devem levar em conta os determinantes de saúde ao longo do curso da vida, enfatizando as questões de gênero e desigualdades sociais. (OMS, 2002)

O conceito de “Envelhecimento Ativo” é dado na intenção de conquistar uma visão positiva deste processo, promovendo vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas para saúde, a participação e segurança do idoso. Possibilita, portanto, que às pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental durante a vida. Além de permitir ganho de autonomia, independência e saúde em seu sentido mais amplo, durante todo o processo de envelhecimento. Segundo a OMS, este deve ser o objetivo das equipes multiprofissionais que atuam junto aos idosos, considerando o empoderamento da população algo imprescindível no processo saúde-doença. (OMS, 2002)

Frente às possibilidades e limites na atenção à saúde, após duas décadas de

caminhada em prol da implantação dos dispositivos constitucionais referentes à saúde da população, foram observados alguns avanços, porém, ainda existiam muitos desafios que necessitam de novas abordagens no direcionamento do SUS. Em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, o “Pacto pela Saúde”, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, provenientes da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006).

O pacto pela saúde envolve três dimensões, sendo o **Pacto pela Vida** que envolve o compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; o **Pacto em defesa do SUS** que firma o compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS e o **Pacto de Gestão** que estabelece o espaço regional como locus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida coloca entre as suas seis prioridades a atenção à saúde do idoso, sendo essa a primeira vez que essa parcela da população aparece entre as prioridades desse setor, embora o processo de envelhecimento já estivesse ocorrendo há algumas décadas, além de contar com projeções que indicam a necessidade de organização da sociedade e, em especial dos serviços de saúde, para lidar com essa nova realidade.

Quanto as demais prioridades propostas pelo Pacto pela Vida encontram-se o controle do Câncer de colo uterino, a redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da

capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue; hanseníase; tuberculose; malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica, sendo que os últimos tópicos também envolvem, de forma indireta, a atenção a saúde do idoso (TELLES, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), também apareceram neste momento. Ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde no SUS (BRASIL, 2012).

É importante enfatizar que os idosos são as pessoas que mais utilizam os serviços de saúde, pois apresentam problemas de saúde complexos e de longa duração, uma vez que a agregação de fatores biológicos, emocionais, sociais e econômicos do processo de envelhecimento levam a fragilidades, à presença de co-morbidades e ao uso de grande quantidade de medicamentos que demandam assistência pautada na longitudinalidade, no vínculo e na responsabilização.

Neste contexto, marcando a sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e de saúde para esse fim, em

consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2006)

A Política Nacional do Idoso (PNSPI), apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso no seio familiar, e reforça o papel importante da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação. Colocando em contraponto a assistência domiciliar à asilar, na qual a família representa um papel importante de assistência e proteção, geralmente assumida pelo cuidador familiar. A função de cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas (DOS SANTOS, 2013).

Esta Política, tendo como meta proporcionar uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar. No entanto, o Sistema Único de Saúde Pública no Brasil não está preparado para fornecer o suporte para a população idosa que adocece, nem à família que assume seus cuidados (DOS SANTOS, 2013).

O documento elaborado pela área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), propõe o desenvolvimento de ações estratégicas objetivando o envelhecimento ativo e saudável, a realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa

idosa e de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente, pontuadas da seguinte maneira:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: cuja distribuição iniciou-se em 2007, como uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa a fim de planejar e organizar ações de prevenção, promoção e recuperação;
- Caderneta de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”: oferece subsídios técnicos específicos para facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível disponibiliza instrumentos e discussões atualizados, além de protocolos clínicos;
- Cursos de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: o Ministério da Saúde – MS, por meio da Área Técnica de Saúde do Idoso, firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), para capacitar, na modalidade à distância (EAD) profissionais que atuam na rede de saúde SUS;
- Curso de Gestão em Envelhecimento: em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), CIEES (Centro Ibero Americano de Estudos de Seguridade Social) OISS (Organização Ibero Americana de Seguridade Social), para adaptar e implantar o Curso de

Especialização “*Gerencia em Salud para Personas Mayores*”, com o objetivo de qualificar profissionais de nível superior que atuam ou tenham interesse em atuar na direção de serviços e programas voltados a este grupo;

- Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas: propõe diretrizes a serem aplicadas nos Estados e Municípios para melhor orientar profissionais e pacientes e relação à osteoporose / quedas para alcançar a meta de redução do número de internações por fratura de fêmur em pessoas idosos, proposta pelo Pacto pela Vida;
- Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas: acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, assistência farmacêutica, (por exemplo: a Farmácia Popular), Atenção Domiciliar, imunização e Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS.

Para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, em 2010, o Ministério da Saúde publicou portaria que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias

Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS). (MENDES, 2011).

A fundamentação dessas orientações partiu do arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da Rede de Atenção à Saúde promovidas pelo Ministério da Saúde (MS), e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e, em regiões de saúde de diversos estados (BRASIL, 2010).

Por tanto, para o futuro foram traçadas diretrizes que envolvem: o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção estratégias; o fortalecimento do papel dos CGRs (Colegiados de Gestão Regional) no processo de governança da RAS; o aprimoramento da integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde; o fortalecimento da política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; a implementação do Sistema de Planejamento da RAS; o desenvolvimento dos Sistemas Logísticos e Apoio da RAS e o financiamento do Sistema na perspectiva da RAS (MENDES, 2011).

Nessa direção, a Saúde do idoso também não foi tida como umas das atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada, o suporte das

prioridades, visto que o próprio Ministério da Saúde colocou em primeiro plano a Rede Álcool e Drogas, a Rede Cegonha e a Rede Urgência e Emergência.

Os instrumentos legais já citados trazem, entre seus princípios, a família, nas suas diversas formas e estruturas, como unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos, mas não exclusiva. Visto que, “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito a vida” (BRASIL, 1998, p. 11).

Cabe destacar ainda que, apesar do empenho e cuidado dispensados pelas famílias, o incentivo ao retorno do modelo de cuidados domiciliares teve, como principal finalidade, baratear os altos custos advindos das internações dessa população e a melhora da qualidade devida dos idosos. Entretanto, a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento dessa população fez com que gerasse um enfoque distorcido da responsabilidade sobre as incapacidades ou as doenças crônicas do idoso, que foram assumidas por seus familiares como um problema individual e/ou familiar, por causa da ausência, ou precariedade, do suporte do Estado (BRITO et al, 2014).

Cuidar do idoso em domicílio é uma tarefa árdua, uma vez que o cuidado, geralmente, é destinado a uma pessoa que não desempenha apenas essa atividade, e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo acarreta esgotamento, podendo levar o cuidador familiar ao adoecimento. As tarefas instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado,

têm impactos sobre a qualidade de vida do cuidador. Nessa perspectiva, adentram-se as estratégias grupais, que se propõem a compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável, buscando formar uma rede de suporte social, promover a autonomia de seus integrantes, ampliar a criatividade, melhorar a autoimagem do grupo, oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos, além de estabelecer articulações com outros grupos e instituições (BRITO et al, 2014). No entanto, na vivência dos autores com idosos dependentes, tem-se a percepção de que essas ações pouco tem revertido na melhoria das condições de vida do idoso e cuidador, visto que muitas das necessidades são de ordem estrutural e financeira. Além disso, tratam-se ações pontuais, sem uma efetiva incorporação e institucionalização das mesmas pelos serviços de saúde.

Reforça-se, desta forma que as políticas públicas de saúde voltadas para o envelhecimento com dependência e ao cuidador familiar são frágeis e insuficientes, tornando o sistema público ineficaz no exercício de suas funções com resolutividade e plenitude. (DOS SANTOS, 2013).

2 CONCLUSÃO

No Brasil, as políticas públicas de Saúde do idoso evoluíram lentamente, embora a mais de quatro décadas já se observa crescente aumento dessa parcela da população e que os mesmos apresentam problemas específicos que precisam ser considerados com vistas a manter a sua qualidade de vida. Além disso, mesmo que em 2006 o pacto pela saúde tenha delineado importante direcionamento para o cuidado do idoso, pouco tem se observado de resultados

práticos, visto que não são liberados recursos para uma construção mais efetiva desse cuidado.

No entanto, não se pode negar a importância da legislação, uma vez que ela deixa um alerta para o enfrentamento da situação, propicia reflexões e abertura para movimentos de mudanças. Espera-se, assim, que a PNSI seja colocada como prioridade nas agendas dos governantes.

Ressalta-se, por fim, que autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos. Além disso, não cabe pontualmente a um único segmento da sociedade a responsabilidade pelo cuidado para com as pessoas idosas e, acima de tudo, é preciso preparo e respaldo para a função de cuidado do idoso, tanto por parte dos familiares como dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.

ARAÚJO, Larissa Fortunato, et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.30, n.1, p. 80- 86, 2011.

BATISTA, Marina Picazzio Perez; DE ALMEIDA, Maria Helena Morgani; LANCMAN, Selma. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, 2011.

BRASIL. **Lei Nº 10.741** – Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: 2003.

Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 2012 ago 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_o_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 23 de fev. 2006; Seção 1:43.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998.

BRITO, Maria da Conceição Coelho, et al. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. **Kairós**. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, v. 17, n.1, p.87-101, março. 2014

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, 2009. http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação estruturante do SUS**. 20.ed. Brasília: CONASS, 2007. p. 46-50.

DOS SANTOS, Nayane Formiga, ROSARIO, Maria de Fátima. As políticas Públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho)**, v. 10, n.2, p. 358-371, 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**: uma visão histórica da saúde brasileira. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saudepublica/>. Acesso em: 10 de julho de 2015, 14h00min.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf

MENDES. E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 supl. p. 3-11, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (2002). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization. (S, Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

TELLES, José Luiz. **Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do Pacto pela Vida/Saúde da População Idosa 2006/2007**: contribuição para o debate. Brasília: DAPE/SAS/MS, 2006.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.3, p. 548- 554, 2009.

Submetido em: 15/11/2015
Aprovado em: 13/08/2015