

Maria Cecília Azevedo de Aguiar<sup>1</sup>  
José Dario de Aguiar Filho<sup>2</sup>  
Elizabeth Regina Araújo de Oliveira<sup>3</sup>  
Talita Dourado Schwartz<sup>4</sup>  
Marta Zorzal da Silva<sup>5</sup>  
Rita de Cássia Duarte Lima<sup>6</sup>

**Aging and onus: a reflection: a reflection about Brazilian health policy for elder**

# **| Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso**

**ABSTRACT** | *Introduction: The increase of life expectation of the world population leads to new demands regarding the care of the elderly, representing an additional challenge in the case of Brazil, country which the process of epidemiologic transition was characterized by being fast and intense, what did not favor the implantation of efficient actions for the integral attention concerning the health of the population. Objective: This way, the specific incorporation of the elderly in the context of public policies in the country is late, having, only in 1994, a directed policy. The analysis focuses on the actions and articulations of some of the main actors involved in the process of implementation of the National Health Policy of the Elderly aiming at identifying the main indecisions, tensions and challenges that make difficult and even impede a greater efficacy and effectiveness of such public policy in Brazil. Methodology: Bibliographic revision. Result and conclusion: To do so, an axle of analyses is centered in the role and responsibilities of the following actors: public power, health professionals and family. As a reflection contribution, it demonstrates some of the main limits and embarrassments that harm the implementation of the elderly health policy, impeding the advances made in the normative plan are effective in the world plan of life.*

**Keywords** | *Aging; Public health policy; Family; Health professionals; Public power.*

**RESUMO** | *Introdução: O aumento da expectativa de vida da população mundial acarreta novas exigências no cuidado às pessoas da terceira idade, representando um desafio adicional no caso do Brasil, país em que o processo de transição epidemiológica se caracterizou por ser rápido e intenso, o que não favoreceu a implantação de ações eficientes para a atenção integral à saúde dessa população. Nesse sentido, a incorporação específica do idoso no contexto das políticas públicas no País é tardia, dispondo, somente em 1994, de uma política direcionada. Objetivo: O enfoque da análise está centrado na ação e nas articulações de alguns dos principais atores envolvidos no processo de implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com vistas a identificar os principais impasses, tensões e desafios que dificultam e mesmo impedem uma maior eficácia e efetividade dessa política pública no Brasil. Para tanto, o eixo da análise está centrado no papel e nas responsabilidades dos seguintes atores: poder público, profissionais de saúde e a família. Metodologia: Revisão bibliográfica. Resultado e conclusão: Como contribuição à reflexão, demonstra alguns dos principais limites e constrangimentos que se interpodem na implementação da política de saúde do idoso impedindo que os avanços conquistados no plano normativo sejam efetivos no plano do mundo da vida.*

**Palavras-chave** | *Envelhecimento; Políticas públicas de saúde; Família; Profissionais de saúde; Poder público.*

<sup>1</sup>Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>2</sup>Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); juiz federal do Tribunal Regional do Trabalho (TRT 21ª Região).

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem pela USP; professorado Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>4</sup>Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>5</sup>Doutora em Ciência Política pela FFLCH/USP; professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>6</sup>Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP; professorado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

## INTRODUÇÃO |

Com o decréscimo das taxas de fecundidade e de mortalidade, a estrutura etária da população mundial vem mudando ao longo dos anos, com aumento da expectativa de vida. No Brasil, estima-se que a proporção de idosos atingirá taxas de 15% em 2025, o que colocará o País como a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos<sup>3</sup>. Contudo, diferentemente dos países desenvolvidos, onde o processo de transição epidemiológica foi gradual e permitiu a implantação de ações adequadas, no Brasil, esse processo caracterizou-se por ser rápido e intenso, propiciando a coexistência de doenças crônicas e de suas complicações com doenças transmissíveis<sup>4</sup>.

É importante reconhecer que a questão do idoso no País foi historicamente negligenciada pela maioria das políticas de atenção à saúde até recentemente. A velhice era vista como doença, e não como um processo natural da existência, e a aplicação de recursos financeiros em políticas públicas sociais para o idoso era entendida como gasto, e não como investimento<sup>8</sup>.

Com isso, a incorporação específica do idoso no âmbito das políticas públicas de Saúde no Brasil foi tardia. Somente a partir de 1994, é que o Brasil passou a dispor de uma política pública específica para o envelhecimento (Política Nacional do Idoso), posteriormente substituída pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Mais recentemente, em 2003, foi instituído o Estatuto do Idoso e, em 2006, com a consolidação do Pacto pela Saúde, foi editada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em substituição à PNSI.

Tal processo de institucionalização, além de incorporar o idoso como um grupo de atenção específica, materializa a importância de se garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também boa qualidade de vida, o que demanda mudanças na dinâmica dos serviços de saúde, incluindo incorporação tecnológica, capacitação profissional e adesão de novos paradigmas.

É considerando esse cenário de importantes mudanças institucionais no campo da saúde coletiva e os desafios que se apresentam para a efetividade de uma política pública voltada para o atendimento dos idosos que se inscreve a presente reflexão sobre a PNSPI. O olhar está focado na ação e nas articulações de alguns dos principais atores envolvidos no processo de implementação da PNSPI, com vistas a identificar os principais impasses, tensões e desafios que dificultam, e mesmo impedem, uma maior eficácia e efetividade dessa política pública no Brasil. Para tanto, o eixo

da análise está centrado no papel e nas responsabilidades dos seguintes atores: poder público, profissionais de saúde e a família.

## Revisitando as políticas de saúde para o envelhecimento no Brasil

As políticas públicas voltadas para o atendimento das demandas sociais têm como objetivo atender às necessidades da população nas diferentes áreas. São ações e estratégias que visam a dar respostas aos principais problemas que emergem da vida em sociedade. A política de saúde faz parte desse conjunto, que se constitui como políticas caracterizadas como atividades tanto de regulação como de provisão de bens e serviços pelos Estados.

Nos países desenvolvidos, em especial na Europa, onde houve expansão do Estado de bem-estar social, foi criado todo um conjunto de instituições responsáveis pela formulação e implementação de políticas sociais de inclusão à grande maioria da população aos bens e serviços gerados pelo Estado. Nos países em desenvolvimento, particularmente no caso da América Latina, o foco das ações do Estado esteve muito mais voltado para a criação de infraestrutura econômica para a expansão e desenvolvimento do capitalismo do que para o atendimento às demandas sociais. Entre nós, em especial no Brasil, a política social tem uma trajetória de muitos percalços e dificuldades. Em diversos setores, ou não foi implantada, ou ocorreu de forma “tímida” e parcial.

Na área da saúde não foi diferente. No Brasil, um dos temas mais frequentes consiste na abordagem do legado com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitária teve de lidar. Entre os desafios apontados, estão as ações verticalizadas, a centralização no Governo Federal, o peso do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a histórica separação entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária<sup>7,12</sup>.

Não é intenção deste artigo tratar dessa problemática, apenas mencioná-la ainda que brevemente, para que se possa ter presentes as razões mais gerais que não permitiram, até muito recentemente, a constituição de uma política pública de saúde para atender às demandas da pessoa idosa.

A saúde é vista como prática social inerente à condição humana e como tal exige a garantia de recursos fundamentais à sua concretização. Mais precisamente, de acordo com Pinheiro *et al.*<sup>16,15</sup>, trata-se do:

“[...] acesso universal aos cuidados em saúde, com recursos

*necessários para provê-los, sendo oferecidos por serviços de qualidade, nos quais as práticas culturais são consideradas, e a educação e a informação sejam meios de sua produção e reprodução social”.*

Com relação aos temas da saúde no Brasil, o direito universal à saúde, fundamentado no Sistema Único de Saúde (SUS), representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas do setor no País<sup>1</sup>. A Constituição Federal<sup>2</sup> de 1988 representa um importante marco histórico em termos de conquistas para a população brasileira, pois, pela primeira vez, os direitos à saúde foram assegurados. Especificamente no que concerne à problemática do idoso, ela foi tratada como responsabilidade da família, da sociedade e do Estado que, juntos, têm o dever de assegurar as necessidades desse grupo etário, garantindo-lhe participação na comunidade e a defesa de sua dignidade, do bem-estar e do direito à vida (art. 230).

De acordo com Bahia<sup>1:407</sup>, a presença de uma concepção [...] ampliada de saúde, e o reconhecimento dos direitos de cidadania ao acesso a cuidados e atenção à saúde, organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e integrante da Seguridade Social, inscreveu o Brasil entre os países que propugnam a universalização de direitos sociais. No entanto, apesar da importância da formalização do direito à saúde consignando uma mudança fundamental no campo das políticas sociais, no Brasil, o momento subsequente, fase de implementação e de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), encontrou sérios limites à concretização das conquistas sociais na Constituição de 1988<sup>1,14</sup>. Como consequência, desde então, vêm-se acumulando tensões entre a universalização e a segmentação do sistema de saúde, produzindo acomodações de interesses opostos, configurando um sistema contraditório. Não cabe aqui aprofundar esta discussão; a intenção é apenas circunscrevê-la para que se possam ter elementos para uma melhor compreensão do espaço de manobra e das condições institucionais em que se processa e se efetua a política de atenção à saúde da pessoa idosa.

### **A definição de um marco institucional para a saúde do idoso**

Os traços da trajetória de constituição do direito à saúde no Brasil evidenciam o contexto em que os idosos foram contemplados pela primeira vez com uma agenda de saúde individualizada, com o estabelecimento da Política Nacional do Idoso<sup>9</sup>, que tem por objetivo principal assegurar os direitos sociais do idoso — toda pessoa maior de 60 anos de idade —, criar condições para promover sua autonomia,

integração e participação efetiva na sociedade, com deveres atribuídos à família, ao Estado e à sociedade.

Por sua vez, a PNSI<sup>18</sup> efetuou um maior detalhamento da PNI, ao mesmo tempo em que realizou sua fusão com a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. Por meio desses procedimentos, aprimorou e ampliou o escopo da política de saúde do idoso, na medida em que estabeleceu diretrizes para nortear as ações relacionadas com o processo de envelhecimento e constituiu responsabilidades institucionais. Sua implantação vem contemplando a definição ou a readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor de saúde direta ou indiretamente relacionados com o seu público-alvo, ao mesmo tempo em que vem incentivando a realização de esforços conjuntos de toda a sociedade e a busca de uma articulação setorial permanente.

Ademais, é importante registrar que os esforços de aprimoramento da legislação relativa à saúde do idoso avançaram, na sequência, no sentido da criação do Estatuto do Idoso<sup>10</sup>, instituído com a finalidade de assegurar os direitos das pessoas idosas, reunindo em um só documento a síntese de todas as conquistas desse grupo etário.

Mais recentemente, em 2006, foi dado um importante passo em relação à saúde do idoso, com o Pacto pela Saúde<sup>17</sup>, no qual foram estabelecidas diretrizes e metas para a saúde no País, contemplando a adoção de estratégias abrangentes e resolutivas para a questão da saúde do idoso. Para o alcance dos propósitos relacionados com o envelhecimento, foi editada a PNSPI<sup>19</sup> em outubro de 2006, em substituição à PNSI.

A nova política é considerada uma estratégia norteadora dos programas e ações do SUS voltados para o envelhecimento, assumindo, como principal finalidade, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos. Essa política e as inovações que ela traz são os principais alvos da discussão que se segue neste artigo.

### **A família na atenção à saúde do idoso**

Damatta<sup>5</sup> e Lemos *et al.*<sup>11</sup> discutem a vida em sociedade dentro da teia de relações que constituem o universo brasileiro. Situam a família e as circunstâncias em que esta se insere como categorias sociológicas que determinam nos indivíduos mudanças de atitudes, valores e papéis sociais, assim como constituem a base de sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. Sendo assim, o apoio informal e familiar representa um dos aspectos

basilares na atenção à saúde do idoso, e o modelo de cuidado mais defendido e preconizado atualmente.

Se, por um lado, o contexto social e cultural contemporâneo afirma e legitima o papel basilar da família no cuidado do idoso, por outro, as diretrizes legais atuais do País colocam a família como corresponsável pelos cuidados dos idosos. Tal papel é claramente explícito no art. 229 da Constituição Federal de 1988<sup>2,37</sup>, segundo o qual “[...] os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

A principal consequência desse artigo constitucional para a PNSPI está no fato de a assistência domiciliar ser apontada como um serviço alternativo à internação prolongada ou ao processo de institucionalização em organizações de amparo à velhice. Prevê, de forma inovadora, a formação de equipes de saúde multiprofissionais para acompanhar, em casa, o idoso recém-saído do hospital ou o paciente que precise de cuidados especializados, mas sem necessidade de internação hospitalar.

É fundamental considerar os embates decorrentes do confronto entre as demandas exigidas por esse modelo e as possibilidades de prestar esse serviço de forma efetiva na realidade atual, pois acarreta mudanças no perfil de poder e de tomada de decisões dentro das famílias, que passam atualmente por uma reconstrução de modelos alternativos de relações e de papéis no interior da própria família<sup>6</sup>. Um fator agravante a ser considerado relaciona-se com o contexto em que se dá a escolha do cuidador, uma vez que nem sempre os cuidados são motivados por afetividade ou valores e, sim, frequentemente, em decorrência das necessidades impostas pela dependência, por instinto ou conjuntura, o que difere do ato de cuidar por vontade própria, em que as relações são mais amistosas<sup>13</sup>.

Responsabilizar a família pela existência de um idoso dependente no domicílio traz também consequências para a sociedade, uma vez que a condição de dependência exige cuidados específicos. É comum que algum familiar ou pessoa próxima se torne o cuidador do idoso em tempo integral, acarretando a exclusão do mercado de trabalho de uma pessoa potencialmente produtiva sob o ponto de vista econômico. Nesse sentido, esse é um dos aspectos de maior fragilidade da PNSPI, na medida em que transfere para as famílias responsabilidades sem que possuam condições para assumi-las. Os cuidadores não contam com políticas sociais efetivas de suporte em setores como a auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, além de as poucas ações vigentes serem insuficientes em

frente ao suporte que essas pessoas necessitam.

Visando a favorecer o apoio familiar aos idosos, é proposto que as equipes de Saúde da Família avaliem o estresse do cuidador, com as finalidades de favorecer a manutenção de sua saúde, de subsidiar a prestação de cuidados adequados aos idosos por meio dessas pessoas, de diminuir o risco de violência doméstica e evitar a institucionalização da pessoa idosa<sup>19</sup>. Além disso, uma notável inovação prevista pela PNSPI inclui a criação do Programa de Internação Domiciliar no SUS que, além do atendimento propriamente dito ao idoso em seu domicílio, prestado por uma equipe de saúde multiprofissional capacitada para tanto, contempla, também, o treinamento de um integrante da família pela referida equipe multiprofissional para acompanhar o paciente.

Entretanto, é importante considerar que, pelo menos no atual estágio de implementação, esse programa é limitado para suprir as demandas existentes. Isso porque há poucas equipes implantadas, e sua meta de crescimento é gradativa. Caso esse programa atinja abrangência adequada, representará uma conquista inegável para os idosos, suas famílias e para o SUS. Cabe destacar que é muito difícil obter sucesso coletivo com ações exclusivamente individuais. Caso essas responsabilidades de cuidado sejam assumidas conjuntamente, como proposto, será inquestionável o benefício para os idosos e suas famílias e, conseqüentemente, para a sociedade.

### **Os profissionais de saúde na atenção à saúde do idoso**

Os profissionais de saúde constituem um grupo de atores-chave no campo da política de saúde em geral e, particularmente, na PNSPI, em virtude do protagonismo que desempenham na atenção à saúde do idoso. Ao adentrar no contexto em que vivem os idosos e as pessoas responsáveis por sua assistência, seu papel é mais abrangente como cidadão, prescritor ou cumpridor de prescrições, por assumir, nesse momento, um terceiro papel – o de parceiro do idoso e de sua rede formal de apoio em relação ao processo de cuidado.

Tendo como referência a importância do papel dos profissionais de saúde para ações de saúde, é que os formuladores da PNSPI definem as ações e estratégias que devem ser cumpridas pelos referidos profissionais, incluindo: a assistência às necessidades de saúde do idoso, a atuação dentro do contexto familiar, o incentivo ao autocuidado, a implantação da Caderneta de Saúde da

Pessoa Idosa, a implantação do Programa de Internação Domiciliar no SUS e a identificação do nível de dependência e de fragilidade do idoso.

Vale frisar ainda que outro aspecto importante para instituir esse novo modelo de cuidado proposto relaciona-se com a sua operacionalização, centrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem alcançado uma posição de destaque na saúde do idoso, ao ser retomada pela PNSPI como o vínculo entre o SUS, os idosos e seus familiares. Alicerçar a saúde do idoso na ESF confere um potencial transformador às práticas de saúde prestadas a essa população. Ao contemplar o domicílio na avaliação de saúde, o profissional da ESF tem a oportunidade de analisar as condições em que vive o idoso e sua família.

É importante considerar a dificuldade dos profissionais em prestar cuidados individualizados, integrais e humanizados às pessoas, devido às práticas tecnicistas arraigadas nos modelos de educação e formação profissional. Esse fato se torna ainda mais crítico quando se refere aos idosos, pois apresenta desafios peculiares, decorrentes da maior heterogeneidade biopsicossocial e da frequente complexidade clínica, associados ao envelhecimento. Para auxiliar esse processo, a própria política traz implícitas diretrizes relativas à capacitação dos profissionais de saúde, visando a garantir o alcance de seus propósitos. Nesse sentido, destaca-se como metas a promoção de atividades de aperfeiçoamento profissional com enfoque geriátrico e gerontológico pelos Polos de Educação Permanente, além da publicação do caderno de atenção básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

Verifica-se que, do ponto de vista normativo, as estratégias sugeridas pelas políticas públicas para a promoção do envelhecimento ativo, focadas na ESF e na capacitação profissional, são promissoras. Apesar do avanço já conquistado, faz-se necessário conhecer as interfaces do processo de envelhecimento, ao mesmo tempo em que é preciso desenvolver habilidades de leituras do universo das relações psicossociais e comunitárias nos processos de relacionamentos interpessoais. Nesse novo contexto, a questão do direito à saúde passa por mudanças de conotações e sentidos, transitando de um ideal de igualdade e equidade em saúde, para um entendimento de que o direito social à saúde incorpora outros critérios distributivos, nomeadamente o da situação de pobreza e vulnerabilidade social<sup>15</sup>.

### **Limites e desafios institucionais à política de atenção à saúde do idoso**

Uma questão importante a ser aqui abordada é relativa à ideia de justiça e sua contraface à equidade. Isso implica que a ideia de justiça comporta duas dimensões claras, nem sempre tratadas adequadamente. Ou seja, de um lado, temos justiça como “igualdade”, que implica proporcionar as mesmas oportunidades de saúde para todos (universalidade) e, de outro, temos a ideia de justiça como “equidade”, que defende prover os indivíduos de modo diferente, de acordo com as necessidades apresentadas individualmente.

Com essa perspectiva, um dos maiores desafios para o SUS é conciliar coerentemente os princípios de universalidade e equidade, em frente às limitações de recursos que o sistema enfrenta<sup>22</sup>. Isso porque o primeiro princípio implica “políticas de universalização”, que devem fornecer todos os serviços disponíveis a todos os que deles precisem, resultando no defeito de desconsiderar as diferenças de condições entre indivíduos e classes sociais; e o segundo, por sua vez, refere-se a “políticas de focalização”, que devem decidir o que fornecer e para quem, implicando no defeito de introduzir um fator de discriminação, que contradiz o direito universal à assistência.

Buscando contornar esse desafio, Ribeiro e Schramm<sup>20</sup> propõem basear a alocação de recursos na variável idade, pelo fato de as necessidades dos indivíduos variarem ao longo dos diferentes estágios da vida. Desse ponto de vista, a adoção de políticas públicas direcionadas para a população idosa (bem como para o nascimento, infância, adolescência e maturidade) atenderia ao princípio de justiça equitativa. Contudo, é importante considerar que, se por um lado, a adoção de políticas de saúde para os idosos atende aos ideais de justiça, por outro, demarca o universo dos desafios institucionais e de alocação de recursos a serem enfrentados pelo Estado para cumprir minimamente as responsabilidades que decorrem dessas definições.

A tensão está sempre presente entre o marco legal da política social, que permanece como abstração não cumprida, e a ações efetivas em termos de alocação de recursos viabilizadores das diretrizes emanadas das políticas públicas, que caracterizam o embate travado no âmbito das instituições ligadas ao campo da saúde, no Brasil.

Apesar das tensões e dificuldades enfrentadas pelo Estado, cabe destacar que o alargamento e as possibilidades de concretização dessas conquistas estão ligados à capacidade e potencialidade da sociedade civil para articular movimentos que lutem para fazer valer o que está estabelecido nas

resoluções, portarias e estatutos. Com essas ações, no âmbito da sociedade civil, podem ser abertas possibilidades mais alvissareiras para a saúde da pessoa idosa, em busca de uma política pública de saúde que atenda de forma mais efetiva às necessidades do envelhecimento populacional.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS |

As reflexões sobre o tema evidenciam que as políticas públicas de saúde para a população idosa representam uma conquista histórica para o Brasil. A PNSPI, além de representar os avanços e a evolução das políticas anteriormente implantadas para a atenção a esse grupo, sinaliza mudanças promissoras em frente às novas abordagens adotadas.

O estudo do tema ressalta também a importância da cooperação e da construção de uma consciência coletiva entre os atores sociais responsáveis pelo cuidado dos idosos (idosos, família, profissionais de saúde e o Estado) para a garantia dos direitos da pessoa idosa.

Todavia, apesar das conquistas e das possibilidades normativas contidas no desenho institucional da política de atenção à saúde do idoso, os limites e constrangimentos à real efetivação dessa política social ainda são muitos e se referem a várias ordens de questões.

Em suma, concluímos que ainda resta um longo caminho a ser percorrido para que as diretrizes do Estatuto do Idoso e das portarias e decretos relativos à política de atenção à saúde dos idosos se tornem uma realidade inquestionável. Para tanto, é preciso realizar muito trabalho e esforço na luta por essa conquista, que prescinde de determinação e convicção, no sentido de que a luta pela garantia do direito à saúde seja contínua e permanente.

### REFERÊNCIAS |

- 1 - Bahia L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez J, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- 2 - Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
- 3 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

- 4 - Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 1997; 31(2): 184-200.

- 5 - Damatta R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco; 2003.

- 6 - Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Am J Public Health 2005; 17(5-6):370-8.

- 7 - Labra ME. O movimento sanitário dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas; 1985.

- 8 - Labra ME. Política e Saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. Cien Saude Colet 2001; 6(2): 361-76.

- 9 - Lei nº 8.842 de 04 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, Brasília, 5 jan 1994.

- 10 - Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out 2003.

- 11 - Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM (organizadores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

- 12 - Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez J, organizadores. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 27-58.

- 13 - Menezes AK. Cuidados à pessoa idosa: reflexões teóricas gerais. In: Menezes AK et al., organizadores. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 45-56.

- 14 - Negri B, Giovanni G. di. (organizadores). Radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia; 2001.

- 15 - Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad Saúde Publica 2004; 20(3): 753-60.

- 16 - Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes

RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Organizadores). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2005. p. 11-31.

17 - Portaria nº 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, 23 fev 2006.

18 - Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 dez 1999.

19 - Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 20 out 2006.

20 - Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1141-59.

21 - Schramm FR. Bioética, economia e saúde: direito à assistência, justiça social, alocação de recursos. Rev Bras Cancerol 2000; 46(1): 41-7.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Maria Cecília Azevedo de Aguiar**

*Departamento de Enfermagem do CCS da UFES*

*Av. Marechal Campos, nº 1468*

*Maruípe - Vitória - ES*

*CEP: 29040-090*

*e-mail: [mariaceciliaaguiar@yahoo.com.br](mailto:mariaceciliaaguiar@yahoo.com.br)*