



**Desafios a serem enfrentados
no terceiro milênio pelo setor
saúde na atenção integral ao idoso**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitora
Nilcéa Freire

Vice-reitor
Celso Pereira de Sá

Sub-reitor de Graduação
Isac Vasconcellos

Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Maria Andréa Rios Loyola

Sub-reitor de Extensão e Cultura
André Lázaro



UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

Direção
Renato Peixoto Veras

Vice-direção
Célia Pereira Caldas

Coordenação de Pesquisa
Shirley Donizete Prado

Coordenação de Extensão
Sandra Rabello de Frias

Coordenação de Ensino e Formação de Recursos Humanos
Alzira Tereza G. L. Nunes



**Desafios a serem enfrentados
no terceiro milênio pelo setor
saúde na atenção integral ao idoso**

Adriano Gordilho

João Sérgio

Jorge Silvestre

Luiz Roberto Ramos

Margarida Paes Alves Freire

Neidil Espindola

Renato Maia

Renato Veras

Úrsula Karsch

UnATI

UERJ

Rio de Janeiro

2000

Copyright © 2000, UnATI

Todos os direitos desta edição reservados à Universidade Aberta da Terceira Idade. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de parte do mesmo, sob quaisquer meios, sem autorização expressa da UnATI.



Universidade Aberta da Terceira Idade
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar – bloco F – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ – CEP 20559-900
Tels.: 587.7236 / 7672 / 7121 Fax: 264.0120
e-mail: unati@uerj.br
Internet: www.unati.uerj.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

D441 Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo
 setor saúde na atenção ao idoso / Adriano
 Gordilho... [et al.]. – Rio de Janeiro : UnATI, 2000.
 92p. – (Envelhecimento humano)

ISBN 85-87897-01-2

1. Idosos – Cuidados médicos. 2. Idosos – Saúde
mental. 3. Idosos – Cuidados e higiene. I. Gordilho,
Adriano. II. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 616-053.9

Produção Editorial Rosania Rolins
Projeto Gráfico/diagramação/capa Heloisa Fortes
Revisão Francisco Inácio Bastos

Sumário

APRESENTAÇÃO -----	7
INTRODUÇÃO -----	11
DIRETRIZES -----	27
TERMINOLOGIA -----	47
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA -----	53
ANEXO 1 -----	61
ANEXO 2 -----	85
ANEXO 3 -----	87
SOBRE OS AUTORES -----	89

Apresentação

Este texto foi redigido por um grupo de profissionais, de vários estados, com inserção nas Instituições de Ensino Superior e por técnicos do Ministério da Saúde, convocados, através da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (Portaria nº 19, de 30 de setembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 189 de 2 outubro de 1998 - vide anexo 2), a elaborarem a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI).

Com essa Política, o Ministério da Saúde atende um segmento populacional que se amplia rapidamente, constituindo, em termos proporcionais, aquele que mais cresce no País. É importante considerar que as necessidades de saúde dos idosos requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. O objetivo desta política é permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capa-

cidade funcional, a sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida.

A PNSI, instrumento de que o setor saúde passa a dispor, estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa (integrada pelos indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de acordo com a Lei N.º 8.842/94). Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

O processo de elaboração da PNSI ocorreu de forma participativa, através de amplas discussões do grupo de redatores com os vários segmentos representativos do meio gerontológico brasileiro, em um processo democrático que certamente agregou credibilidade à Política formulada. Após meses de trabalho foi produzido um primeiro texto, sendo este trabalho submetido à apreciação em uma Oficina, realizada na Organização Pan-Americana da Saúde, em Brasília, nos dias 22 e 23 de abril de 1999 (vide anexo 3), com a presença de 80 participantes (vide lista dos participantes no anexo 1).

Nesses dois dias de discussões, foram feitas 397 sugestões, que foram ordenadas e apreciadas,

sendo 154 delas acatadas pelo grupo técnico. O processo de correções e ajustes, advindos da Oficina, deu margem à elaboração de uma nova versão do texto, submetido e aprovado na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em 16/09/1999, que contou com a presença dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, além da representação do Ministério da Saúde.

Esta versão foi então submetida, no dia 11/11/1999, à instância Máxima do Ministério da Saúde, na 92ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, onde, após apresentação detalhada, o documento foi aprovado, por unanimidade, pelos conselheiros. É importante ressaltar a composição do Conselho Nacional de Saúde - instância de representação da sociedade organizada, composta por membros de órgãos do governo, das sociedades científicas, representantes patronais e sindicais e também por representantes de portadores de deficiências e doenças crônicas, o que configura um leque bastante expressivo da sociedade brasileira.


Após percorrer esses caminhos, a Política Nacional de Saúde do Idoso foi promulgada pelo Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Serra (Aprovada pela Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999, pelo Ministro da Saúde e publicada no DOU nº 237-E, seção 1, páginas 20 a 24 de 13 de dezembro de 1999).

Neste texto apresentamos a síntese do documento oficial. Enfatizamos, também, os aspectos teóri-

cos e conceituais e apresentamos novas terminologias. Entendemos que a relevância e as inovações apresentadas pela nova diretriz política merecem uma ampla divulgação no meio acadêmico, nos serviços de saúde e na sociedade em geral, para que sua implementação se efetive o mais breve possível.

Os autores

Introdução

 O processo de transição demográfica no Brasil caracteriza-se pela rapidez com que os aumentos absoluto e relativo das populações adulta e idosa vêm alterando a pirâmide populacional. Até os anos 60, todos os grupos etários registravam um crescimento praticamente idêntico; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu lentamente, estendendo-se ao longo de mais de cem anos. Alguns desses países apresentam hoje um crescimento negativo da sua população, com uma taxa de nascimentos mais baixa que a de mortalidade. A transição acompanhou a elevação da qualidade de vida das populações urbanas e rurais, graças à adequada inserção das pessoas no mercado de trabalho e às oportunidades educacionais mais favoráveis, além de melhores condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia.

À semelhança de outros países latino-americanos, o envelhecimento no Brasil é um fenômeno predominantemente urbano, resultando sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década de 60, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas. Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que contribuiu para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

A persistir a tendência do envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como as regiões Sudeste e Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e melhores condições de alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, logradas ao longo dos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de medidas capazes de prevenir ou curar muitas doenças até então fatais. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40 era de 39 anos; nos anos 50, aumentou para 43,2 anos e, na década de 60, era de 55,9 anos. De 1960 a 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescentados vinte anos em três décadas, segundo revela o *Anuário Estatístico do Brasil* de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE). De 1980 ao ano 2000, o aumento estimado se situa em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, tem a esperança de vida de 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo considerando que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Este coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade

em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos vivem em zona urbana. O emprego nas fábricas e as possibilidades mais diferenciadas de trabalho nas cidades alteraram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, requerendo os mecanismos necessários de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por transformações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios, o segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Observa-se também uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, se

comparado ao de homens de mais de 60 anos de idade, já constitui uma contingente expressivamente maior há muito. Da mesma forma, a proporção de mulheres idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, e esta diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de maior visibilidade.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixe de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, papel este capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10% destas mortes (RADIS: “Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980”).

O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, estas eram responsáveis por 12% das mortes, representando hoje mais de 40% do total de mortes. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um perfil caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura como um desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares nesta população são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e exigindo acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, com intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

- ▶ 2.471.984 AIHs (19,4%) foram de atendimentos na faixa etária de 0-14 anos de idade, que representava 33,9% da população total (aqui também estão incluídas as AIHs dos recém-nascidos em ambiente hospitalar, bem como aquelas devidas a parto normal);
- ▶ 7.325.525 AIHs (57,6%) foram registradas na faixa etária de 15-59 anos de idade (58,2% da população total);
- ▶ 2.073.915 AIHs (16,3%) foram registradas na faixa etária de 60 anos ou mais de idade (7,9% da população total);
- ▶ 480.040 AIHs (3,8%) foram destinadas ao atendimento de indivíduos de idade ignorada, estas últimas, em sua grande maioria, corresponderam a tratamento de enfermidades mentais de longa permanência, geralmente em pessoas acima de 50 anos de idade (essa parcela de AIHs foi excluída dos estudos em que se procurou estabelecer o impacto diferencial de cada faixa etária no sistema hospitalar);
- ▶ a taxa de hospitalização, em um ano, alcançou um total de 46 por 1.000 indivíduos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade; 79 no segmento de 15 a 59 anos de idade; e 165 no grupo de 60 anos ou mais de idade;
- ▶ o tempo médio de permanência hospitalar foi de 5,1 dias para o grupo de 0-14 anos de idade; 5,1 dias no de 15-59; e 6,8 dias no grupo mais idoso;
- ▶ o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) correspondeu a 0,23 dias na faixa de 0-14 anos de idade; a 0,40 dias na faixa de 15-59; e a 1,12 dias na faixa de 60 anos ou mais de idade;
- ▶ do custo total de R\$ 2.997.402.581,29 com despesas de internações hospitalares, 19,7% foram relativas

a pacientes da faixa etária de 0-14 anos de idade; 57,1% à faixa de 15-59 anos de idade; e 23,9% aos idosos;

- ▶ o custo médio, por hospitalização, foi de R\$ 238,67 em relação à faixa etária de 0-14 anos de idade; R\$ 233,87 à de 15-59 anos; e R\$ 334,73 ao grupo de mais de 60 anos de idade; e

- ▶ o índice de custo (custo de hospitalização por habitante/ano) foi de R\$ 10,93 para o segmento de 0-14 anos de idade; de R\$ 18,48 para a faixa de 15-59 anos de idade; e de R\$ 55,25 para aqueles com mais de 60 anos de idade.

Os estudos têm demonstrado que os idosos, em relação às demais faixas etárias, consomem muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação.

A abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado – centrada em uma queixa principal – e o hábito médico de procurar explicar todas as queixas e sinais a partir de um único diagnóstico, de um modo geral adequada para o adulto jovem, não se aplica em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma significativa minoria destes idosos (10%) possui, no mínimo, cinco destas patologias (Ramos, LR e cols., 1993). A falta de difusão do conhecimento geriátrico junto aos profissionais de saúde

tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso.

A maioria das instituições de ensino superior brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico-sociais. Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional no terceiro milênio.

O crescimento demográfico brasileiro apresenta características particulares, que precisam ser apreendidas mediante estudos e desenhos de investigação que dêem conta dessa especificidade. O cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro, e a pesquisa corretamente orientada pode propiciar os instrumentos adequados para uma maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação ótima de recursos, além de subsidiar a implantação de medidas apropriadas à realidade brasileira.

A transição demográfica no Brasil requer, na verdade, novas estratégias que façam frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada mesmo nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados em termos de conforto e efi-

ciência. Os custos desse modelo e as dificuldades em torno de sua manutenção estão a exigir medidas de maior resolutividade e menos onerosas. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, bastante discutido, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda programas de orientação, informação, com a assessoria de especialistas.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é antes exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e viver o seu dia-a-dia de forma independente.

A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e de se organizar, sem necessidade de ajuda de quem quer que seja. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para agir no seu cotidiano deve ser considerado um idoso saudável, ainda quando portador de uma ou mais de uma doença crônica.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde,

mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade, uma vez perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível – foco central da Política –, significa a valorização da autonomia e da autodeterminação e a preservação da independência física e mental do idoso. Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional.

Na análise da questão relativa à reabilitação da capacidade funcional, é importante reiterar que a grande maioria dos idosos desenvolve, ao longo da vida, alguma doença crônica, decorrente da perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos. Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia-a-dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade re-

querem algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (10%), requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para a mortalidade nesta população, mais relevantes até do que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo idoso dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito maior frequência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um “cuidador” para ajudar

continuamente a uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso freqüente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século e milênio.

Propósito

Como se pode depreender da análise apresentada no capítulo anterior, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos, que dizem respeito a inúmeros aspectos, desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acrescente-se, por outro lado, a necessidade da sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, alcançando o âmbito público, compreendido neste âmbito o Estado, as organizações não-governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a **promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em**

que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, na Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta ela o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverão ser possíveis os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação da Política compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto.

O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de uma contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Diretrizes

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais :

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

Promoção do envelhecimento saudável

O cumprimento dessa diretriz compreende o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de propagandas na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada à orientação dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas, e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos que facilitem o deslocamentos dos indivíduos idosos.

Manutenção da capacidade funcional

Em paralelo às medidas voltadas para a promoção de hábitos saudáveis, serão promovidas ações que visem

à prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

- ▶ prevenção de agravos à saúde;
- ▶ detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos.

As ações de prevenção envolvidas no primeiro nível estarão centradas na aplicação de vacinas, medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Deverão ser aplicadas vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e o influenza, que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para este grupo populacional.

A grande maioria das hospitalizações para o tratamento do tétano ocorre em indivíduos acima dos 60 anos de idade. Nesse sentido, essa população será estimulada a receber doses de reforço da vacina antitetânica a cada dez anos, tendo em vista a sua comprovada efetividade, de quase 100%.

As pneumonias, em especial a de origem pneumocócica, estão entre as patologias infecciosas que mais trazem riscos à saúde dos idosos, com elevadas taxas de internação, além de alta letalidade nesta faixa etária. Estas afecções são apontadas como fatores de descompensação funcional e deterioração de quadros de insuficiência cardíaca, desencadeadoras de edema agudo de pulmão e fonte de deterioração nos quadros de doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Conside-

rando-se as recomendações técnicas atuais, a vacina antipneumocócica deverá ser administrada em dose única nos indivíduos idosos.

Embora vista como enfermidade trivial, o influenza (ou gripe), na população de idosos, pode trazer consequências graves, levando a processos pneumônicos ou, ainda, à quebra do equilíbrio, já instável, destes indivíduos, portadores de patologias crônicas não transmissíveis. A vacina antigripal deverá ser aplicada em todos os idosos, pelo menos duas semanas antes do início do inverno ou do período das chuvas nas regiões mais tropicais.

No segundo nível da manutenção da capacidade funcional, além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes melito e a osteoporose –, deverão ser introduzidas novas medidas, de que são exemplos aquelas dirigidas ao hipotireoidismo subclínico – ainda pouco usuais e carentes de sistematização –, mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais se destacam:

- ▶ antecipação de danos sensoriais, com rastreamento precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- ▶ utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;
- ▶ prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- ▶ prevenção de deficiências nutricionais;
- ▶ avaliação das capacidades e habilidades funcionais

no ambiente domiciliar, com vistas à prevenção de perda de independência e autonomia;

▶ prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, grupos de convivência, associação de aposentados etc.

A operacionalização da maioria dessas medidas dar-se-á nas próprias unidades de saúde, com suas equipes mínimas tradicionais, às quais deverão ser incorporados os agentes de saúde ou visitantes, além do estabelecimento de parcerias nas ações integrantes da estratégia de saúde da família e congêneres. Além disso, na implementação dessa diretriz, buscar-se-á o engajamento efetivo dos grupos de convivência, com possibilidades terapêuticas e preventivas, e de lazer.

Assistência às necessidades de saúde do idoso

A prestação dessa assistência basear-se-á nas orientações abaixo descritas, as quais compreendem os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. Para tal, deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular na redução das taxas de internação hospitalar e em clínicas de repouso – e mesmo asilos –, bem como a diminuição da demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o

diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento dos pacientes para a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando que a qualidade da coleta de dados apresenta dificuldades peculiares a esse grupo etário, em decorrência de elevado índice de morbidade, apresentações atípicas de doenças e pela chance aumentada de iatrogenia, o modelo de consulta a ser estabelecido pautar-se-á pela abrangência, sensibilização diagnóstica e orientação terapêutica, nesta incluídas as ações não farmacológicas.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica compreenderá a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas relacionados aos sistemas cardiorespiratório, digestivo, hematológico e endócrino-metabólico, como, também, aos transtornos neuropsiquiátricos, nos aparelhos locomotor e genitourinário. Essa modalidade de consulta deverá possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente.

Por sua vez, a sensibilidade diagnóstica deverá compreender a capacidade de motivar a equipe para a busca de problemas de elevada prevalência, habitualmente não diagnosticados, como por exemplo: doenças tireoideanas, doença de Parkinson, hipotensão ortostática, incontinência urinária, demências e depres-

sões. É importante que informações relacionadas a glaucoma, catarata e hipoacusia sejam coletadas. A possibilidade de iatrogenia deverá sempre ser considerada.

Finalmente, a orientação terapêutica, o que inclui mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional. Ao mesmo tempo, o médico deverá evitar excessos na prescrição e no uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

A orientação terapêutica compreenderá, sempre que necessário, informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação precoce – ou “preventiva” – e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais de que dispõem.

No âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado. Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por esta razão, se en-

quadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, provendo-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de uma equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, constitui pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na Portaria N.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos a tentativas de reabilitação, antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estraté-

gia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que a assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar

Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação intravenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justificarem a permanência em hospital.

Tal medida não poderá ser encarada como justificativa para o simples aumento do tempo de internação. Contudo, a internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não de sua gravidade, quando reconhecidamente irreversível.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento

preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatórios, hospitais, laboratórios, planos de saúde, entre outros), na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira –, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverão denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está vinculada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

Reabilitação da capacidade funcional comprometida

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar que as limitações da capacidade funcional possam avançar e fazendo com que as limitações avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e implementação das ações, considerar-se-á, na realidade, que as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala etc.).

Estas e demais ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e ao tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, causas potenciais de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais da saúde, sobretudo na condição de agentes facilitadores, tanto na observação de novas limitações, quanto no auxílio ao tratamento prescrito.

Capacitação de recursos humanos especializados

O desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos constituem diretriz que perpassará todas as demais diretrizes definidas na Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo.

Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante ao que define a Lei N.º 8.080/90, em seu Art. 14 e parágrafo único, nos quais está estabelecido que a formação e a educação continuada contemplarão ação intersetorial articulada. A lei estabelece, como mecanismo fundamental, a criação de

comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias”.

O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior deverá ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, tendo em vista a capacitação de recursos humanos em saúde de acordo com as diretrizes aqui fixadas.

Os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia serão, preferencialmente, localizados em instituições de ensino superior e terão atribuições específicas, conforme as características de cada instituição. A indicação desses Centros deverá ser estabelecida pelo Ministério da Saúde, de acordo com as necessidades identificadas no processo de implantação da Política Nacional.

No âmbito da execução de ações, de forma mais específica, a capacitação buscará preparar os recursos humanos para a operacionalização de um elenco básico de atividades, que incluirá, entre outras, a prevenção de perdas, a manutenção e a recuperação da capacidade funcional da população idosa e o controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população.

A capacitação de pessoal para o planejamento, coordenação e avaliação de ações deverá constituir as bases para o desenvolvimento do processo contínuo

de articulação com os demais setores, cujas ações estão diretamente relacionadas com o idoso no âmbito do setor saúde.

Essa capacitação será promovida pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, os quais terão a função específica de capacitar os profissionais para prestar a devida cooperação técnica demandada pelas demais esferas de gestão, no sentido de uniformizar conceitos e procedimentos que se tornarão indispensáveis para a efetivação da Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como para o seu processo contínuo de avaliação e acompanhamento.

Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais

Nesse âmbito, buscar-se-á desenvolver uma parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pela tradução em ações práticas das orientações emitidas pelos profissionais. Tal parceria, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

Nos países onde o envelhecimento da população vem ocorrendo há mais tempo, convencionou-se distinguir cuidados formais e informais na atenção às pessoas que envelheceram e que, de alguma forma, perderam a sua capacidade funcional. Os sistemas formais de cuidados são integrados por profissionais e institui-

ções, que realizam este atendimento sob a forma de prestação de serviço. Dessa forma, os cuidados são prestados por pessoa ou agências comunitárias contratadas para tal. Já os sistemas informais são constituídos por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, freqüentemente mulheres, que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do seu idoso.

Na cultura brasileira, são essas pessoas que avocam a si as funções de provedoras de cuidados diretos e pessoais. O papel de mulher cuidadora na família é normativo, sendo quase sempre esperado que ela assuma tal papel. Os responsáveis pelos cuidados diretos aos seus idosos doentes ou dependentes geralmente residem na mesma casa e se incumbem de prestar a ajuda necessária ao exercício das atividades diárias destes idosos, tais como higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, como a ida a bancos ou farmácias.

O modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orien-

tações necessárias, inclusive em relação às doenças crônico-degenerativas com as quais está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador.

Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

Como resultado dessa parceria, surgirão formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como uma participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência. O estabelecimento dessa ação integrada será realizado por meio de orientações a serem prestadas pelos profissionais de saúde, com um intercâmbio de informações claras e precisas sobre diagnósticos e tratamentos, bem como relatos de experiências entre pessoas que estão exercitando o papel de cuidar de idoso dependente.

Apoio a estudos e pesquisas

Esse apoio deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Tais Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e/ou federais, capacitando seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com a Política. Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas da Política Nacional de Saúde do Idoso.

As linhas de pesquisa deverão concentrar-se em quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos sobre o envelhecimento no Brasil, contemplando as particularidades de gênero e estratos sociais nas zonas urbanas e rurais, a saber:

O primeiro tópico refere-se a estudos de perfil do idoso, nas diferentes regiões do País, e prevalência de seus problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. Nesse contexto, será estimulada a sistematização das informações produzidas pelos Centros Colaboradores de Geriatria e

Gerontologia, em articulação com os dados das agências governamentais, particularmente aquelas que lidam com estudos demográficos e populacionais.

No segundo tópico, deverão estar situados os estudos visando à avaliação da capacidade funcional; prevenção de doenças, vacinações; estudos de seguimento; e desenvolvimento de instrumentos de rastreamento.

O terceiro tópico diz respeito aos estudos de modelos de cuidado, de disponibilização de assessoria para a sua efetiva implementação e acompanhamento e avaliação das intervenções implementadas.

O quarto tópico concentrar-se-á em estudos sobre a hospitalização e alternativas de assistência hospitalar, com vistas à maior eficiência e à redução dos custos no ambiente hospitalar. Para tal, a padronização de protocolos para procedimentos clínicos, exames complementares mais sofisticados e medicamentos deverão constituir pontos prioritários.

Nesse último tópico estarão inseridos, ainda, os estudos sobre orientação e cuidados aos idosos, alta hospitalar e diferentes alternativas de assistência – como assistência domiciliar ou centro-dia, já utilizados com sucesso em outros países –, bem como investigações acerca de formas de articulação de informações básicas em geriatria e gerontologia para os profissionais de todas as especialidades.

Conclusão

A operacionalização da Política compreenderá a sistematização do processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos idosos –, bem como proceder às eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por todos os órgãos envolvidos com o bem-estar do cidadão idoso e a elevação de sua qualidade de vida.

Portanto, caberá aos gestores do SUS, de forma articulada, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde do Idoso, que é a **promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida.**



Terminologia

Ação terapêutica: processo de tratamento de um agravo à saúde por intermédio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: mudanças no estilo de vida, abandono de hábitos nocivos, psicoterapia, entre outros.

AIH (Autorização de Internação Hospitalar): documento de autorização e fatura de serviços hospitalares do SUS, que engloba o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação.

Assistência domiciliar: esta modalidade de assistência engloba visitas e cuidados domiciliares, que vão desde o fornecimento de equipamentos até ações terapêuticas mais complexas.

Atividades de vida diária (AVDs): termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, o que compreende aspectos pessoais como: banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com as suas finanças.

Autodeterminação: capacidade do indivíduo poder exercer sua autonomia.

Autonomia: é o exercício da autodeterminação; indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida.

Capacidade funcional: capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia: centros, localizados de preferência em instituições de ensino superior, que colaboram com o setor saúde, fundamentalmente na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e/ou na produção de material científico para tal finalidade, bem como em pesquisas nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

Centro-dia: ambiente destinado ao idoso, que tem como característica básica o incentivo à socialização e ao desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde.

Cuidador: é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano – como a ida

a bancos ou farmácias –, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Deficiência: expressão de um processo patológico, na forma de uma alteração de função de sistemas, órgãos e membros do corpo, que podem ou não gerar uma incapacidade.

Demência: conceitua-se demência como uma síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental aguda (ou seja, de uma desorganização súbita do pensamento). As funções cognitivas que podem ser afetadas pela demência incluem a memória, a orientação, a linguagem, a práxis, a agnosia, as construções, a prosódia e o controle executivo.

Envelhecimento: a maioria dos autores o conceituam como “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, do equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante uma eventual sobrecarga fisiológica”.

Envelhecimento saudável: é o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida.

Geriatria: é o ramo da ciência médica voltado à promoção da saúde e tratamento de doenças e incapacidade na velhice.

Gerontologia: área do conhecimento científico voltada para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que são considerados não apenas os aspectos clínicos e biológicos, mas também as suas condições e determinações psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

Dependência: condição de uma dada pessoa que faz com que ela requeira o auxílio de outras pessoas para a realização de atividades do seu dia-a-dia

Centros de convivência: locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Habilidade física: refere-se à aptidão ou capacidade para realizar algo que exija uma resposta motora, tal como caminhar, fazer um trabalho manual, entre outras atividades.

Hospital-dia geriátrico: refere-se ao ambiente hospitalar, no qual atua uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Destina-se a pacientes que dele necessitam em regime de um ou dois turnos, para complementar tratamentos e promover reabilitação.

Idoso: a Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. O Brasil, na Lei nº 8.842/94, adota essa mesma faixa etária (Art. 2º do capítulo I).

Incapacidade: quantificação da deficiência; refere-se à falta de capacidade para realizar determinada função na extensão, amplitude e intensidade consideradas normais; em gerontologia, diz respeito à incapacidade funcional, isto é, à perda da capacidade de realizar um ou mais atividades da vida diária.

Incontinência urinária: perda involuntária de urina.

Iatrogenia: qualquer agravo à saúde, causado por uma intervenção médica

Psicoterapia: terapêutica que, por métodos psicológicos, busca a restauração do equilíbrio emocional do indivíduo.

Reabilitação física: conjunto de procedimentos terapêuticos físicos que visam adaptar ou compensar deficiências motoras (quando aplicada a limitações incipientes, pode ser considerada reabilitação precoce ou “preventiva”).

Rastreamento: protocolo de aplicação rápida e sistemática para detecção de problemas de saúde em uma determinada população.

Síndrome: conjunto de sinais e sintomas comuns a diversas enfermidades.



Bibliografia consultada

- BARROS, MBA. Considerações sobre a Mortalidade no Brasil em 1980. *Revista de Saúde Pública* 18:122-37, 1984.
- BLAY, S; Ramos, LR & Mari, JJ. Validity of a Brazilian version of the Older American Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society* 36:687-692, 1988.
- BOURLIÈRE, F & Vallery-Masson, J. Epidemiology and ecology of aging. In: Brocklehurst, JC (ed.). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, 3rd ed. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1985.
- CALDAS, CP (org.). *A Saúde do Idoso: A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UnATI, 1998
- CAMPBELL, LJ & Cole, KD. Geriatric assessment teams. *Clinical Geriatric Medicine* 4: 99-100, 1987.
- CENEPI/DATASUS. Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - Arquivos Reduzidos-1997. CENEPI/DATASUS/Fundação Nacional da Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, 1998 (CD-ROM).

- COMFORT, A. Theories of aging. In: Brocklehurst JC, (ed) *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Londres: Churchill Livingstone, 1975.
- CUNHA, UGV & Costa, I. Depressão maior em idosos hospitalizados em enfermarias gerais. *Boletim CBPTD - Supl. Arquivos Brasileiros de Medicina* 64:239-42, 1990.
- CUNHA, UGV; Leduc, MMS & Lanna, CCD. Incontinência urinária no idoso hospitalizado: Um problema médico esquecido. *Geriatrics em Síntese* 1:7-9, 1988.
- DECRETO n.º 1.948, editado em 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”.
- DOTY, P; Liu, K & Wiener, J. An overview of long-term care. *Health Care Financial Review* 6:69, 1985.
- DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology, Durhan, N.C.: Duke University, 1978.
- FILLENBAUN, GG. Screening the elderly: A brief instrumental ADL measure. *Journal of the American Geriatrics Society* 33:698-706, 1985.
- FOLSTEIN, MF & Folstein, SE. Neuropsychiatric assessment of syndromes of altered mental status. In: Hazzard, WR; Bierman, El; Blass, JP; Ettinger, WH; Halter, JB (eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Nova York: McGraw-Hill, 1994.
- GUIMARÃES, RM et al. Depressão e morbidade oculta em pacientes idosos Cirúrgicos. *Brasília Médica* 34:5-14, 1997.

- GUIMARÃES, RM. Programa de Saúde do Idoso - Planejamento 88/92", Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, Ministério da Saúde, Brasília, 1988.
- GUIMARÃES, RM. O que é geriatria? In: Guimarães, RM & Cunha, UGV (eds.). *Sinais e Sintomas em Geriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 1989.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Anuário Estatístico do Brasil* 1981. Rio de Janeiro: IBGE, 1981.
- IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1986. Rio de Janeiro: IBGE, 1986.
- IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.
- IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil* 1997. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
- IMHOF, AE. Mortality problems in Brazil and in Germany: Past-present-future. Learning from each other. *Revista de Saúde Pública* 19:233-50, 1985.
- JACOB F^o, W et al. Atendimento multidisciplinar ao idoso internado e ambulatorial do Serviço de Geriatria do Hospital de Clínicas da FMUSP. *Geriatria em Síntese* 2:15-23, 1985.
- JACOB F^o, W (ed). Relatório sobre a Prática em evolução do Grupo de Assistência ao Idoso Ambulatorial, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (mimeo), 1991.
- KALACHE, A; Veras, RP & Ramos, LR. Envelhecimento da população mundial: Um desafio novo. *Revista de Saúde Pública* 21:200-10, 1987.
- KANE, RA. Assessing social function in the elderly. *Clinical Geriatric Medicine* 3:87-98, 1987.
- KARSCH, UM (ed.). *Envelhecimento com Dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998.

- KATZ, S; Ford, A; Moskowitz, R et al. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185:914-919, 1963.
- LEME, LEG (ed.). *Treinamento de Cuidadores Informais de Idosos*. Programa de Atenção à Saúde do Idoso, SMS/COAS. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1994.
- LIU, K; Manton, K & Liu, B. Home care expenses for disabled elderly. *Health Care Financial Review* 7:51-57, 1985.
- MILLER, RA. The biology of aging and longevity. In: Hazzard, WB; Bierman, EL; Blass, JP; Ettinger Jr., WH; Halter, JB (eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Nova York: McGraw-Hill, 1994.
- MITTELMARK, MB. The epidemiology of aging. In: Hazzard, WB; Bierman, EL; Blass, JP; Ettinger Jr., WH; Halter, JB (eds.). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. Nova York: McGraw-Hill, 1994.
- MITCHEL, J; Kafetz, K & Rossiter B. Benefits of effective hospital services for elderly people. *British Medical Journal* 295:980-983, 1987.
- MUSSE, SN. *Tratamento Intensivo Gerontológico*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1997.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. National Hospital Discharges Survey: Annual Summary, 1987. Vital Health Statistics. USA Series 13, nº 99, 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS): Resolução CE122.R9, 1998. Saúde das pessoas idosas.
- PORTARIA MS n.º 2.413/98, “Internação domiciliar a pacientes crônicos”.
- PORTARIA MS n.º 2.414/98. “Credenciamento e critérios

- para realização de internação em hospital-dia geriátrico”.
- PORTARIA MS n.º 2416/98. “Hospitalizações de longa permanência ”.
- RADIS. Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980. *Dados* 7:1-8, 1984.
- RAMOS, LR. Growing old in São Paulo. Tese apresentada à London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, London (mimeo), 1987.
- RAMOS, LR; Veras, RP & Kalache, A. Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública* 21: 221-24, 1987.
- RAMOS, LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. *Gerontologia* 1:3-8, 1993.
- RAMOS, LR; Perracini, M; Rosa, TE & Kalache, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 8:313-323, 1993.
- RODRIGUES, RAP & Diogo, MJ (eds.). *Como Cuidar dos Idosos*. Campinas, SP: Papirus, 1996.
- RUBENSTEIN, LZ. Geriatric assessment: An overview of its Impacts. *Clinical Geriatric Medicine* 3:1-15, 1987.
- RUBENSTEIN, LZ et al. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032-6, 1993.
- SCHWARTZ , WB. The regulatory strategy for controlling hospital costs. *New England Journal of Medicine* 305:21-26, 1981.
- SENATE SPECIAL COMMITTEE ON AGING (1985). *America in Transition: An Aging Society*. 1984-85 edition: 76-80, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1985.

- SHORT, P & Leon, J. *Use of Home and Community Services by Persons Aged 65 and Older with Functional Difficulties*. National Medical Expenditure Survey Research Findings 5, Agency for Health Care Policy and Research. DHHS Publ No (PHS) 90-3466. Rockville: Public Health Service, 1990.
- SILVESTRE, JA & Ramos, LR. Dynamic analysis of health services. *Anais do Congresso Mundial de Gerontologia*, Budapeste, Hungria, 1993.
- SILVESTRE, JA; Ramos, LR & Torres R. The elderly at hospital and the Brazilian health system. *Anais do Congresso Mundial de Gerontologia*, Budapeste, Hungria, 1993.
- SILVESTRE, JA. Relação custo-benefício da assistência médica ao idoso: Importância e avaliação. *Anais do Workshop "Desafios Atuais na Cardiologia Geriátrica"*, Ribeirão Preto, SP, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 1994.
- SILVESTRE, JA; Kalache, A; Ramos, LR & Veras, RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1:81-89, 1996
- SILVESTRE, JA. Como anda a saúde do idoso no Brasil? *Ciência Hoje* 23:22-29, 1998.
- SOLDO, BJ. Supply of informal care services: Variations and effects on service utilization patterns. In: Scanlon, W (ed). *Project to Analyze Existing Long-Term Care Data*, Vol. 3. Washington: The Urban Institute, 1984.
- STEWART, JE. *Home Health Care*. St. Louis: CV Mosby, 1979.
- UNITED NATIONS. *Periodical on Aging 84*. Nova York: United Nations, 1985.

- VERAS, RP; Ramos, LR & Kalache, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública* 21:225-33, 1987.
- VERAS, RP. Relatório final GT/Saúde do Idoso, I Congresso Rede IDA/Brasil, Rio de Janeiro (mimeo), 1989.
- VERAS, RP. *País Jovem com Cabelos Brancos: A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.
- VERAS, RP (org.). *Terceira Idade - Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1995.
- VERAS, RP (org.). *Terceira Idade - Desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI, 1997.
- VIEIRA, EB. *Manual de Gerontologia – Um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- WHO. World Health Organization. *World Health Statistics Annual 1979*. Genebra: WHO, 1979.
- WHO. *Guidelines for Health Care Practice in Relation to Cost-effectiveness*. Copenhagen: WHO, 1981.
- WHO. *World Health Statistics Annual 1982*. Genebra: WHO, 1982.
- WHO. *World Health Statistics Annual 1987*. Genebra: WHO, 1987.
- WHO. *The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly*. Technical Report Series 706. Genebra: WHO, 1984.
- WHO. Growth of the elderly population of the world. In: *Health of the Elderly*. Technical Report Series 779: 8-31. Genebra: WHO, 1989.

Anexo I

Oficina de Trabalho sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso

Lista de Participantes

- 1 - **Adriano César Gordilho** – Médico – Membro do Grupo de Trabalho de Política Nacional de Saúde do Idoso
End.: Rua Cesar Zama, 237, sala 3, Barra 40140-030 – Salvador, BA
Tels.: (0XX-71) 264.3311 – 237.5606
Celular: (071) 971.5606
e-mail: aggordilho@e-net.com.br

- 2 - **Alba Sony Bastos Oliveira** – Assistente Social e Gerontóloga
End.: SMHS – Setor Médico Hospitalar Sul – Ed. Pioneiras Sociais – 8º andar
PAISI / DRMA / NNS / FHDF
70080-000 – Brasília, DF
End. 3ª Avenida – AE 02, Lotes K, L, M, N. Ed. Multishopping, 312
Núcleo Bandeirante
71705-020 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 325.4900 – 325.4902 – 322.1709
Fax: (0XX-61) 325.4933 – 344.2200
Celular: (061) 915.0319

- 3 - **Alice Moreira Derntl** – Enfermeira – Profª Drª do Departamento de Prática de Saúde Pública – FSP / USP
End.: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César

01246-904 – São Paulo, SP

Tels.: (0XX-11) 3066.7754 – 280.3967 (res.)

Fax: (0XX-11) 883.3501 – 280.3967 (res.)

4 - **Amaro Luiz Alves** – Departamento de
Formulação de Políticas de Saúde
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos
Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 351
70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.2877
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: amarol@saude.gov.br

5 - **Ana Maria Azevedo Figueiredo de Souza** –
Departamento de Gestão de Políticas
Estratégicas – SPS
End. Ministério da Saúde – Esplanada dos
Ministérios – Bloco G, 6º andar, sala 605
70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.2187

6 - **Andrea Prates** – Coordenadora do Centro
Internacional de Informação sobre
o Envelhecimento Saudável (CIES) do Programa
de Envelhecimento e Saúde da OMS
End.: Centro Internacional de Informação para
o Envelhecimento Saudável
Rua Augusta, nº 2715, Conjunto 26,
Cerqueira César – 01413-100 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 3064.2786 (cons.) – 822.6021
(res.)
Fax: (0XX-11) 280.6251
e-mail: aprates@ibm.net

7 - **Angel Valencia Telleria** – Organização Mundial da Saúde

End.: Organização Pan-Americana da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
Tels.: (0XX-61) 312.6565 – 312.6500
Fax: (0XX-61) 321.1922
e-mail: valencia@opas.org.br

8 - **Aristel Gomes Bordini Fagundes** –

Departamento de Formulação de Políticas de Saúde

End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 351
70058-900 – Brasília, DF
Tel: (0XX-61) 315.2148
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: aristel@saude.gov.br

9 - **Benigno Sobral** – **Sociólogo** – Professor da UnATI / UERJ

End. Rua Francisco Vidal 218, Pilares
20750-060 – Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (0XX-21) 587.7236 / 1217 / 7199 – UnATI
Tel.: (0XX-21) 269.2775 (res.)
Fax: (0XX-21) 264.0120

10 - **Carlos Wagner de Araújo Werner** –

Universidade Metodista de Piracicaba – Diretor da Faculdade de Odontologia de Lins
End.: Rua Clement Evans Hubbard, 480
16400-000 – Lins, SP
Rua Ten. Florêncio Pupo Netto, 300
16400-000 – Lins, SP

Tels.: (0XX-14) 523.1636 (res.) – 522.5088

Fax: (0XX-14) 522.5418

e-mail: cwermer@unimep.br

11 - **Carmen Maria Bruder da Fonseca** – Federação Brasileira de Hospitais

End.: SHIS, QI 17, conj. 12, casa 14

71645-120 – Brasília, DF

Tels.: (0XX-61) 364.3636 – 364.3344

Fax: (0XX-61) 364.3344

e-mail: rlb@fbh.com.br

12 - **Célia Pereira Caldas** – Enfermeira –

Vice-diretora da UnATI / UERJ

End.: Rua Professor Gabizo, 233 / 802, Tijuca
20270-064 – Rio de Janeiro, RJ

Tels.: (0XX-21) 264.0607 – 587.7236 / 1217 /
7199 – UnATI

Fax: (0XX-21) 264.0120

e-mail: cccaldas@uerj.br

13 - **Clare Marlei Daltrozo Munhoz** – Assistente

Social – Presidente do Conselho do Idoso / DF

End.: SQN 112, Bloco F ap. 601 – Brasília, DF

Tel: (0XX-61) 340.9513

14 - **Cláudia Maria da Silva Marques** – Coordenação de Desenvolvimento de RH para o SUS

End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos

Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 326

70058-900 – Brasília, DF

Tels.: (0XX-61) 315.2890 – 315.2846

Fax: (0XX-61) 315.2862

15 - **Cláudio Emanuel Abdala de Santana** –

Professor da Universidade Católica do Salvador
– disciplina de Fisioterapia aplicada à Geriatria
End.: Cesar Zama, 237, Barra
40140-030 – Salvador, BA
Tel.: (0XX-71) 264.3311
Fax: (0XX-71) 264.3311
Celular: (071) 967.4812

16 - **Cláudio Lúcio Brasil da Cunha** – Diretoria de
Programa – Gestão Descentralizada do SUS –
SPS

End. Ministério da Saúde – Esplanada dos
Ministérios – Bloco G, sala 349
70058-900 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 315.2260 – 315.2630

17 - **Cliffor Luiz de Abreu Guimarães** – Secretaria
de Estado dos Direitos Humanos

End.: Secretaria de Estado dos Direitos
Humanos – Esplanada dos Ministérios –
Bloco T, sala 420
70064-900 – Brasília, DF
Tel.: (XX0-61) 218.3454
Fax: (XX0-61) 223.2260
e-mail: direitoshumanos@mj.gov.br

18 - **Eduardo Augusto Fernandes Nilson** –

Departamento de Formulação de Políticas de
Saúde
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos
Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 351
70058-900 – Brasília, DF

Tel.: (0XX-61) 315.2834
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: eduardo@saude.gov.br

- 19 - **Eliane Brandão Vieira** – Psicólogo
End.: Rua Araújo, 165, Conj. 30, Centro
01220-020 – São Paulo, SP
Tel.: (0XX-11) 256.5453
Fax: (0XX-11) 256.5453
- 20 - **Elizabete Michelon** – Instituto de Geriatria e Gerontologia – PUC
End.: Av. Ipiranga, 6690, Jardim Botânico
90610-000 – Porto Alegre, RS
Tel.: (0XX-51) 336.8153
Fax: (0XX-51) 336.8613
- 21 - **Élvis Adriano da Silva Oliveira** – Ministério da Saúde / DIS / SPS
End.: Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
4º andar
70058-900 – Brasília, DF
- 22 - **Elza Maria de Souza** – Programa de Atenção à Saúde do Idoso – DF
End.: SMHS – Ed. Pioneiras Sociais, Entrada A,
8º andar
Núcleo de Saúde da Comunidade
70080-000 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 325.4900 – 325.4902 –
322.1700 – 322.3078
Fax: (0XX-61) 325.4933

- 23 - **Erinaldo Luis Andrade** – Secretário Geral do Centro de Estudos de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)
End.: Caixa Postal 268
09501-000 – São Caetano do Sul, SP
Tels.: (0XX-11) 453.9643 – 4227.3802
Fax.: (0XX-11) 453.8980
e-mail: lafiscs@mandic.com.br
- 24 - **Felipe Roberto Carreiro de Barros** – Departamento de Formulação de Políticas de Saúde
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 351
70058-900 – Brasília, DF
Tel: (0XX-61) 315.2148
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: felipe.carreiro@saude.gov.br
- 25 - **Gilson Dayrell** – Ministério do Trabalho e Emprego
End.: Ministério do Trabalho e Emprego
Esplanada dos Ministérios – Bloco F, Ed. Sede, 4º andar, sala 408
70059-900 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 317.6556 – 317.6549
- 26 - **Jacobo Finkelmann** – Organização Pan-Americana da Saúde
End.: Organização Pan-Americana da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
Tel.: (0XX-61) 315.6565

- 27 - **Jair Lício Ferreira Santos** – Diretor da
Faculdade de Saúde Pública – USP
End.: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César
01246-904 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 853.2329 – 3067.7128 (res.)
Fax: (0XX-11) 3066.7709
e-mail: diretor@fsp.usp.br
- 28 - **João Carlos Barbosa Machado** – Presidente da
Associação Brasileira de Neuropsiquiatria
Geriátrica
End.: Rua Gonçalves Dias, 2565,
Santo Agostinho
30140-092 – Belo Horizonte, MG
Tel.: (0XX-31) 292.6462 (com) Central 138 BIP
– Aurus / 241.1383
Fax: (0XX-31) 292.7436
Celular: (031) 9982.5030
e-mail: aurus@bhnet.com.br
- 29 - **João Sérgio Fontes Nascimento** – Médico –
Membro do Grupo de Trabalho da Política
Nacional de Saúde do Idoso
End.: Av. Governador José Malcher, 1417
66060-230 – Belém, PA
Tels.: (0XX-91) 223.9940 – 224.1729 (cons.) –
225.0547 (res.)
Fax: (0XX-91) 242.7079 – 226.3706 ou 246.5539
Celular: (091) 981.3890
e-mail: drfontes@amazon.com.br
- 30 - **João Toniolo Neto** – Presidente da Sociedade
Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SP –

Escola Paulista de Medicina – UNIFESP
End.: Rua Gaivota, 615, ap. 615, Moema
04522-031 – São Paulo, SP
Tel.: (0XX-11) 241.3868
Fax: (0XX-11) 822.5144
Pager: 5085.8000 – cód. JJ33
e-mail: tonioloj@dialdata.com.br &
icgeriatria@uol.com.br

31 - **João Yunes** – Secretário de Políticas de Saúde –
Ministério da Saúde

End.: Esplanada dos Ministérios – Bloco G,
6º andar
70058-900 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 315.2224 – 315.2248
Fax: (0XX-61) 226.0063

32 - **Jorge Alexandre Silvestre** – Membro do Grupo
de Trabalho da Política Nacional de Saúde do
Idoso

End.: SHIS – QI 15, conj. 07, casa 05,
Lago Sul
71635-270 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 225.4997 – 315.2291 –
314.1515 (com.) – 248.7916 – 248.1505 (res.)
Fax: (0XX-61) 226.3192
Celular: (061) 986.3933
e-mail: silvestre@yawl.com.br

33 – **José Francisco Silva Dias** – Dr. em Educação
Física – Prof. da UFSM – Núcleo Integrado de
Estudos e Apoio à Terceira Idade – NIEATI/
CEFD – UFSM

End.: Rua Tuiuti, 1401, ap. 201, Centro
97015-663 – Santa Maria, RS
Tel.: (0XX-55) 221.5862 (res.) – UFSM r. 2493
Fax: (0XX-55) 226.2238 – 220.8016
Celular: (055) 977.8001

34 - **Josier Marques Vilar** – Diretor de *Marketing*
PRONEP (Procedimentos de Nutrição Enteral e
Parenteral e Internação Domiciliar)
End.: Rua Visconde Silva, 125, Botafogo
22271-090 – Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (0XX-21) 537.8454
Fax: (0XX-21) 537.8454
Celular: (021) 9985.7196
e-mail: pronep@pronep.com.br

35 - **Jurilza Maria Barros de Mendonça** – Ministério
da Previdência e Assistência Social
End. Coordenação da Política de Atenção ao
Idoso
Esplanada dos Ministérios – Bloco A, 1º andar,
sala 133
70054-900 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 315.1631 – 315.1121 –
225.6852
Fax: (0XX-61) 224.1510
e-mail: sas.acs@mpas.gov.br

36 - **Kátia Magdala Lima Barreto** – UnATI /
Universidade Federal de Pernambuco – Diretora
da Universidade Aberta da Terceira Idade
End.: Rua Itaporanga, 236, Bairro São Martin
50761-020 – Recife, PE

Tels.: (0XX-81) 445.3113 – 445.8735 (res.)

Fax: (0XX-81) 271.8132

Celular: (081) 961.6695

e-mail: katmag@nlink.com.br

- 37 - **Laura Maria Mello Machado** – Psicóloga –
Representante para a América Latina da Rede
Internacional de Prevenção a Violência aos
Idosos –
Vice-Diretora do Instituto de
Gerontologia – UCAM / RJ –
Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de
Geriatrics e Gerontologia
End.: Instituto de Gerontologia – Universidade
Cândido Mendes
Av. Joana Angélica, 63, Ipanema
22420-030 – Rio de Janeiro, RJ
Tel.: (0XX-21) 523.4141 – r. 232 / 202
Fax: (0XX-21) 247.6120
e-mail: machado@candidomendes.br &
lmachado@ibm.net

- 38 - **Leani Souza Máximo** – Fisioterapeuta da
Universidade Federal de Minas Gerais
End.: Rua Gonçalves Dias, 2565,
Santo Agostinho
30140-092 – Belo Horizonte, MG
Tels.: (0XX-31) 292.6462 – 241.1383
Fax: (0XX-31) 292.7436
Celular: (031) 9952.2878
e-mail: leanismp@bhnet.com.br

39 - **Lúcia H. Takase Gonçalves** – Enfermeira –
Sub-Coordenadora do NETI / UFSC –
Coordenadora do GESPI / PEN / UFSC
End.: Universidade Federal de Santa Catarina
Rua Agostinho Sielski, 84, Santa Mônica
88035-320 – Florianópolis, SC
Tels.: (0XX-48) 331.9480 (Dep. Enfermagem) –
233.2420 (res.)
Fax: (0XX-48) 231.9787
e-mail: luciap@repensul.ufsc.br &
takase@matrix.com.br

40 - **Luiz Eugênio Garcez Leme** – Médico, geriatra
End. Rua Voluntários da Pátria, 2811, ap. 41,
Santana
02401-100 – São Paulo – SP
Tel.: (0XX-11) 267.8061 (res.)
Fax: (0XX-11) 251.0738
Celular: (011) 9624.1928
e-mail: lueglem@ibm.net

41 - **Luiz Roberto Ramos** – Geriatra – Membro do
Grupo de Trabalho da Política
Nacional de Saúde do Idoso – MS
End.: Centro de Estudos do Envelhecimento
Universidade Federal de São Paulo
Rua dos Otonis, 731 – Vila Clementino
04025-002 – São Paulo, SP
Tel.: (0XX-11) 539-7804
Fax: (0XX-11) 5084-7102
e-mail: luizramos.dmed@uol.com.br

- 42 - **Magdália Pereira de Sousa** – Enfermeira –
Conselheira do Conselho Regional de
Enfermagem de São Paulo
End.: Rua Dona Veridiana, 298 – Vila Buarque
01238-010 – São Paulo, SP
End.: Praça General Craveiro Lopes, nº 19 –
ap. 1913 – Bela Vista
01319-070 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 221.2155 – r. 6302 –
250.6372
Fax: (0XX-11) 250.6372
e-mail: www.corensp.org.br
- 43 - **Margarida Maria Carreiro de Barros** –
Universidade Federal de Pernambuco
End.: Rua Benvinda de Farias, nº 446,
ap. 1001, Boa Viagem
51020-140 – Recife, PE
Tel.: (0XX-81) 466.7375 (res.)
Fax: (0XX-81) 428.5781
Celular: (081) 964.9778
- 44 – **Margarida Maria Paes Alves Freire** – Ministério
da Saúde – Membro do grupo de trabalho da
Política Nacional de Saúde do Idoso
End.: SQSW 304 – Bloco A, ap. 212,
Setor Sudoeste
70673-401 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 315.2834 – 315.2148 –
315.2877 – 344.3484 (res.)
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: margarida@saude.gov.br

- 45 - **Maria Antonia Gigliotti** – Presidente do Conselho Municipal do Idoso
End.: Rua Fernando de Albuquerque, 86,
ap. 104, Consolação
01309-030 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 225.9077 r. 2876 – 258.0390
(res.)
Fax: (0XX-11) 225.9077 r. 2247 ou 230.8966
r. 2247
- 46 - **Maria Betânia Jatobá de Almeida** – Diretora da Fundação Dr. Thomas – Prefeitura de Manaus
End.: Rua Recife, 1514, Adrianópolis
69060-066 – Manaus, AM
Tels.: (0XX-92) 236.9533 – 236.4507
Fax: (0XX-92) 236.9533
Celular: (092) 981.1906
- 47 - **Maria de Fátima Nunes Marucci** – Especialista Nutrição do Idoso
End.: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César
01246-904 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 3066.7705 – 3066.7701 –
3066.7762
Fax: (0XX-11) 852.6748
e-mail: mmarucci@usp.br
- 48 - **Maria José D'Elboux Diogo** – UNICAMP
End.: UNICAMP – Departamento de Enfermagem / FCM

Cidade Universitária Zeferino Vaz
13083-970 – Campinas, SP
Tels.: (0XX-19) 788.8822 – 788.8820
Fax: (0XX-19) 788.8822
e-mail: adiogo@theway.com.br &
mariadio@uol.com.br

49 - **Maria Josenilda Gonçalves da Silva Bezerra** –

Ministério da Saúde
End.: Departamento de Avaliação de Políticas
de Saúde – Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, 4º andar
70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.2185

50 - **Maria Leda de Resende Dantas** –

Representante da COBAP no CNS
End.: Av. Beira-Mar, 500, ap. 1102, Piedade
54410-000 – Jaboatão dos Guararapes, PE
Tel.: (0XX-81) 341.3785
Fax: (0XX-81) 341.3785
Celular: (081) 968.6042
e-mail: fldantas@zaz.com.br

51 - **Maria Lúcia Lebrão** – Departamento de

Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública
– USP
End.: Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César
01246-904 – São Paulo, SP
Tel.: (0XX-11) 282.3886
Fax: (0XX-11) 282.2920

52 - **Maria Luciana Carneiro de Barros Leite** –

Assistente Social – Assessor do Serviço de
Atenção à Saúde do Idoso / MS – Assistente
Social da Fundação Hospitalar do Distrito
Federal

End.: AOS 4, Bloco A, ap. 524

70660-041 – Brasília, DF

Tel.: (0XX-61) 381.6390

Fax: (0XX-61) 567.4211

Celular: (061) 972.9820

53 - **Mario Antonio Sayeg** – Médico – Professor da

ENSP – Coordenador do Núcleo de Saúde do
Idoso – FIOCRUZ / MS – Assessor do Serviço
de Atenção à Saúde do Idoso / MS

End.: Av. Borges de Medeiros, 2475, ap. 901,
Lagoa

22470-000 – Rio de Janeiro, RJ

Tels.: (0XX-21) 560.6608 (ENSP) –
512.4868 (res.)

Fax: (0XX-21) 512.4798 (res.)

Celular: (021) 9948.9316

e.mail: sayeg@manguinhos.ensp.fiocruz.br

54 - **Marlene Teda Pelzer** – Enfermeira – Prof. do

Departamento de Enfermagem – Universidade
do Rio Grande do Sul – Hospital Universitário
– Área Acadêmica Dr. Nilton Azevedo (FURG)

End.: Rua General Osório s/nº, Centro

96201-900 – Rio Grande, RS

Tels.: (0XX-532) 32.8941 – 31.1222 r. 175 –
32.2444 (res.)

Fax: (0XX-532) 32.2444

Celular: (053) 971.3504

- 55 - **Martha Pelaez** - Assessora Regional em Envelhecimento e Saúde – OPAS/OMS
End.: 525 23rd Street, N.W.
Washington D.C., 20037
Tel.: (0XX-61) 312.6565 (contato na OPAS – Angélica e Maria Amélia)
Tel.: (0XX-001202) 974.3250
Fax: (0XX-001202) 9743694
e-mail: pelaezma@paho.org
- 56 - **Maurício Gama** – Ministério da Educação e do Desporto
End.: Rua Alberto de Campos, 166 – ap. 501
22471-020 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (0XX-21) 9616.5264
Fax: (0XX-21) 267.6931
- 57 - **Maurílio José Pinto** – Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG
End.: Rua Recife, 34, Bairro Cabral
80035-110 – Curitiba, PR
Tel.: (0XX-41) 252.9902
Fax: (0XX-41) 252.6248
e-mail: iggpr@ipnet.com.br
- 58 - **Mônica Rodrigues Perracini** – Escola Paulista de Medicina
End. Serviço Idoso da Escola Paulista de Medicina
Av. Indianópolis, 2654, Planalto Paulista
04062-003 – São Paulo, SP

Tel.: (0XX-11) 5583.2833 (tarde)

Fax: (0XX-11) 5583.2833

Celular: (011) 9157.8206

e.mail: gerocare@uninet.com.br

- 59 - **Nadir Aparecida de Matos Nogueira** – Diretora da Área de Artes, Ofícios e Computação (EAOC) da UNIFESP – Gabinete do Reitor – UNIFESP / EPM
End.: Rua Botucatu, 740, 5 A, Gabinete, Vila Clementino
04023-062 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 576.4177 – 576.4359
Fax: (0XX-11) 576.4313
e-mail: helnadir@uol.com.br

- 60 – **Nara Costa Rodrigues** – Assistente Social – Presidente da Associação Nacional de Gerontologia – Fundadora do Conselho Estadual do Idoso do RS
End.: Av. Borges de Medeiros, 907, ap. 112, Centro
90020-025 – Porto Alegre, RS
Associação Nacional de Gerontologia
Rua Carlos Chagas, 55, sala 911
90030-020 – Porto Alegre, RS
Tels.: (0XX-51) 224.9954 (res.) – 224.9957 – 228.8062
Fax: (0XX-51) 224.9954 (res.) – 225.0351
Celular: (051) 957.7746

- 61 - **Neidil Espinola da Costa** – Membro do Grupo de Trabalho da Política Nacional de Saúde do Idoso
End.: SQS 205, Bloco I, ap. 201
70235-090 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 225.4997 – 315.2291
Fax: (0XX-61) 226. 3192 – 443.3718 (res.)
Celular: (061) 972.6424
e-mail: neidil@yawl.com.br
- 62 - **Nelson Teixeira da Silva** – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano – Secretaria de Política Urbana
End.: Esplanada dos Ministérios – Bloco A, 2º andar, sala 237
70054-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.1232
Fax: (0XX-61) 321.1709
e-mail: nelsonts@mpo.gov.br
- 63 - **Nereide Herrera Alves de Moraes** – Diretora do Departamento de Formulação de Políticas de Saúde
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios – Bloco G, 6º andar, sala 607
70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.2581
Fax: (0XX-61) 226.2941
- 64 - **Núbia Brelaz Nunes** – Departamento de Formulação de Políticas de Saúde
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos Ministérios – Bloco G, 3º andar, sala 351

70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.2148
Fax: (0XX-61) 315.2834
e-mail: nubia@saude.gov.br

65 - **Raquel Cima** – Enfermeira – Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
End.: Rua Dona Veridiana, 298, Vila Buarque
01238-010 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 221.2155 r. 6372 –
250.6372
Fax: (0XX-11) 250.6372
e-mail: www.corensp.org.br

66 - **Regina Angela Viana Mesquita** – Secretária Estadual de Saúde do Espírito Santo
End.: Av. Saturnino de Brito, 735, ap. 501,
Praia do Canto
29055-180 – Vitória, ES
Tels.: (0XX-27) 381.2369 – 381.2396 –
225.5712 (res.)
Fax: (0XX-27) 381.2311

67 - **Renato Maia Guimarães** – Membro do Grupo de Trabalho da Política Nacional de Saúde do Idoso
End.: Ed. Life Center – Bloco O, sala 33/35
70770-100 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 274.0366 (com.) – 274.8276
Fax: (0XX-61) 274.0366
e-mail: remaig@opengate.com.br

68 - **Renato Peixoto Veras** – Médico – Membro do Grupo de Trabalho da Política Nacional de Saúde do Idoso

End.: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UnATI

Rua São Francisco Xavier, 542 , Maracanã
20559-900 – Rio de Janeiro, RJ

Tels.: (0XX-21) 587.7236 – 587.7199 –
537.6780 (res.)

Fax: (0XX-21) 264.1142

Celular: (021) 9973.8676

e-mail: veras@uerj.br

69 - **Rita de Cássia Barradas Barata** – (ABRASCO) –
Presidente da ABRASCO

End.: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 61,
5º andar, Vila Buarque

01221-020 – São Paulo, SP

Tel.: (0XX-11) 224.0122 r. 580

Fax: (0XX-11) 222.0432

Celular: (011) 9172.1212

e-mail: cemedsoc@santaccasasp.org.br

70 - **Rita de Cássia Santos Facundo** – Secretária Executiva do Trabalho e Promoção Social do Estado do Pará

End.: Av. Governador José Malcher, 652,
Edifício CAPEMI

66035-100 – Belém, PA

Tel.: (0XX-91) 224.1412

Fax: (0XX-91) 222.3848

- 71 - **Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues** –
Enfermeira – Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto / USP
End.: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
/ USP
Av. Bandeirantes – 3900, Campus da USP
14040-902 – Ribeirão Preto, SP
Tel.: (0XX-16) 632.1032
Fax: (0XX-16) 633.3271
e-mail: raprodr@glete.eerp.usp.br
- 72 - **Selma Favila Ribeiro** – Terapeuta Ocupacional
do Programa do Idoso (CREASI)
End.: Rua Cesar Zama, 237, sala 3, Barra
40140-0030 – Salvador, BA
Tel.: (0XX-71) 264.3311
Fax: (0XX-71) 264.3311
- 73 - **Sérgio Piola** – Comissão Nacional de
População e Desenvolvimento
End.: SBS 01 – Ed. BNDES, sala 1524
70076-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 315.5282
Fax: (0XX-61) 226.4289
e-mail: cnpd@ipea.gov.br
- 74 - **Sheila Miranda da Silva** – Coordenação
Pessoas Portadoras de Deficiências
End.: Ministério da Saúde – Esplanada dos
Ministérios – Bloco G, 6º andar, sala 635
70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (0XX-61) 225.4997
Fax: (0XX-61) 226.3192

75 - **Silvia Maria de Azevedo** – UNICAMP

UNICAMP

End.: Curso de Pós-Graduação em

Gerontologia

Faculdade de Educação / UNICAMP

Cidade Universitária Zeferino Vaz

13083-970 – Campinas, SP

Tel.: (0XX-19) 231.3610 (res.)

Fax: (0XX-19) 788.5573

76 - **Solange Beltrão Aquino** – Coordenadora Geral

do Setor de Instituições Gerontológicas da

Sociedade Brasileira de Geriatria e

Gerontologia – Seção PE

Rua Dom José Lopes, 95, Boa Viagem

51021-370 – Recife, PE

Tels.: (0XX-81) 465.6316 – 466.8081

Fax: (0XX-81) 268.3248 – a/c Sra. Marli Alves

Celular: (081) 9961.8268

e-mail: frassis@ellogica.com.br

Home-page: www.conviver.com.br

77 - **Terezinha Pacheco Ribeiro** – Obras Sociais

Irmã Dulce – Centro Geriátrico

End. Av. Bonfim, s/nº, Salvador, BA

Tels.: (0XX-71) 310.1168 – 310.1169

Celular: (071) 977.0463

78 - **Úrsula Margarida Simon Karsch** – Assistente

Social – Membro do Grupo de Trabalho da

Política Nacional de Saúde do Idoso

End.: Rua Maestro João Nunes, 111, Jardim

Guedala

05609-060 – São Paulo, SP
Tels.: (0XX-11) 3865.4935 – 3676.0271 –
3873.0717 (com)
Fax: (0XX-11) 3871.1416 – 814.8016
e-mail: karsch@dialdata.com.br &
ulakar@exatas.pucsp.br

79 - **Vilma Duarte Camara** – Professora da
Universidade Federal Fluminense –
Coordenadora do Fórum Nacional das
Instituições de Ensino Superior –
Presidente da SBGG / RJ –
Coordenadora do Programa do Idoso no
Município de Niterói / RJ – Fundação Nacional
de Saúde de Niterói
End.: Rua Gastão Ruch, 26 / 901
24220-100 – Niterói, RJ
Tels.: (0XX-21) 711.3874 – 710.8257
Fax: (0XX-21) 710.8257 – 711.3874
Cel.: (021) 9613.3608
e-mail: mdcamara@ax.apc.org

80 - **Viviane Faleiro Rosa** - Divisão de Serviço
Social
End.: SAS, Quadra 02 , Bloco O, 2º andar,
sala 219
70070-907 – Brasília, DF
Tels.: (0XX-61) 313.4706 – 313.470 – 313.4708
Fax: (0XX-61) 313.4777

Anexo 2

28 SEÇÃO 2 DIÁRIO OFICIAL Nº 189 SEXTA-FEIRA, 2 OUT 1998

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE

PORTARIA Nº 19, de 30 de setembro de 1998.

*O SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE,
no uso de suas atribuições, resolve*

Art. 1º Instituir Grupo de Trabalho encarregado de formular a Política Nacional de Saúde do Idoso, o qual, sob a coordenação do primeiro, será integrado por:

I – *Margarida Maria Paes Alves Freire* – Departamento de Formulação de Políticas de Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde

II – Adriano Cezar Balthazar da Silveira Gordilho – Universidade Católica de Salvador

III – João Sérgio Fontes Nascimento – Universidade Federal do Pará

IV – Jorge Alexandre Silvestre – Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas / Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde

V – Luiz Roberto Ramos – Escola Paulista de Medicina

VI – Neidil Espindola Costa – Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas / Secretaria de Políticas de Saúde / Ministério da Saúde

VII – Renato Maia Guimarães – Universidade de Brasília

VIII – Renato Peixoto Veras – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

IX – Úrsula Margarida Karsch – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Art. 2º O Grupo de Trabalho, na fase de proposição do documento preliminar da Política, deverá criar oportunidades de consultas a especialistas no assunto.

Art. 3º O Grupo, com caráter transitório, deverá num prazo de 60 dias a partir da publicação desta Portaria, apresentar documento contendo a proposição da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Art. 4º O Grupo de Trabalho, sob a Supervisão do Departamento de Formulação de Políticas de Saúde desta Secretaria, deverá, ainda, apresentar propostas e participar de Oficina de Trabalho e de outros eventos, envolvendo diferentes segmentos ligados à área, destinados a discutir e colher sugestões, com vistas ao aperfeiçoamento do documento de Política Nacional de Saúde do Idoso.

Art.5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO YUNES

Anexo 3 **Política Nacional de Saúde do Idoso**

▶ Grupo de Trabalho de formulação da Política Nacional de Saúde do Idoso foi instituído pela PORTARIA Nº 19, de 30 de setembro de 1998 da SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, publicada na SEÇÃO 2 do DIÁRIO OFICIAL Nº 189 de 2 OUTUBRO 1998 (arquivo anexo)

▶ A Oficina de Trabalho para aperfeiçoamento do documento foi realizada Organização Pan-Americana da Saúde nos dias 22 e 23 de abril de 1999 e contou com os seguintes convidados (veja lista no anexo 1), num total de 80 participantes:

▶ Dirigentes e técnicos da Secretaria de Políticas de Saúde

▶ Dirigentes e técnicos de órgãos e entidades do Ministério da Saúde

▶ Representantes do CONASS e do CONASEMS

▶ Representantes de Ministérios, Secretarias de Estado e outros órgãos governamentais

Membros do GT – Formulação da Política Nacional de Saúde do Idoso

▶ Representantes de entidades de classe

▶ Especialistas da área

▶ Representantes de organismos internacionais

▶ Convidados

Sobre os autores

Adriano Gordilho

Médico, especialista em Geriatria pela PUC-RS e pela AMB.

Professor da Universidade Católica de Salvador.

Diretor Médico do Instituto Longevitat.

João Sérgio

Médico, especialista em Geriatria (SBGG-AMB).

Professor Titular da Universidade Estadual do Pará (UEPa).

Professor Adjunto da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Jorge Silvestre

Professor Titular de Geriatria da Universidade Federal do Rio Grande.

Assessor da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

Luiz R. Ramos

Médico, PhD em Gerontologia pela Universidade de Londres.

Professor-Visitante na Universidade de Harvard.

Professor Livre-Docente, Chefe da Disciplina de Geriatria da UNIFESP-EPM.

Margarida Paes Alves Freire

Enfermeira; Assessora do Departamento de Formulação de Políticas de Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde/MS.

Neidil Espindola

Gerente do Programa Valorização e Saúde do Idoso, Responsável pela área técnica de saúde do idoso do MS.

Mestre pela Faculdade de Ciências da Saúde, UNB.

Renato Maia Guimarães

Médico do Serviço de Geriatria do Hospital Universitário de Brasília.

Mestre em Ciências da Saúde, UnB.

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Renato Veras

Médico, PhD em Saúde Pública pela Universidade de Londres.

Professor Adjunto da UERJ.

Diretor da UnATI/UERJ.

Úrsula Karsch

Mestre e Doutora em Serviço Social pela PUC-SP.

Professora Titular de Serviço Social na PUC-SP.

Presidente da Comissão Geral de Pós-Graduação da PUC-SP.

Este livro foi diagramado no Page Maker 6.5, em formato 110 X 200 mm ♦ Tipologia: Gatineau (corpo do texto) e John Handy Let (Títulos) ♦ Fitolito de capa: Dressa Color ♦ Impressão e acabamento: Gráfica Lidador
