

Idosos asilados em hospitais: problema familiar, social e do Estado brasileiro^a

Dalia Romero^b
Aline Marques^c
Raulino Sabino da Silva

Resumo

A intensa transição demográfica e epidemiológica no Brasil, não foi acompanhada de adequadas e suficientes mudanças nas políticas públicas e na estrutura e funcionamento da rede de suporte social relativa aos idosos. A demanda de serviços e estabelecimento de cuidados para os idosos, especialmente para aqueles com algum grau de dependência física e econômica, é uma questão que precisa ser colocada em diferentes âmbitos da sociedade brasileira. Sabe-se que entre as metas prioritárias do Plano Internacional de Envelhecimento de Madri, do qual Brasil é signatário, estipularam-se metas que rege oferecer assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, aos idosos e às pessoas que prestam assistência para os idosos. Explicitamente, no parágrafo 105, encontram-se medidas que descrevem a necessidade de implementar o acesso à assistência comunitária em longo prazo a idosos que vivem sós, a fim de prolongar sua capacidade de viver com independência, como possível alternativa de hospitalização e de internação em abrigo de idosos; tomar medidas para garantir a prestação de assistência a idosos que não disponham de apoio informal, que tenham deixado de tê-lo ou não o desejem.

^a Trabalho apresentado no V Congresso da Associação Latino americana de População, ALAP, realizado em Havana –Cuba, de 16 a 19 de novembro de 2010.

^b Pesquisadora do Laboratório de Informações em Saúde (LIS/ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasil.
dalia@cict.fiocruz.br

^c Mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) Brasil. apinto@icict.fiocruz.br

Introdução.

O envelhecimento populacional traz uma série de desafios para a sociedade, especialmente para países que fizeram aceleradamente a transição demográfica e epidemiológica. Um dos principais desafios é adaptar as políticas públicas, programas sociais e redes de serviços as novas demandas impostas pelos efeitos do envelhecimento.

Visões negativas a respeito do aumento da expectativa de vida associam-na a um aumento na demanda dos cuidados e dos gastos públicos por conta das doenças crônicas e agravos à saúde e dependência funcional. As políticas e expectativas sociais colocam a carga e responsabilidade desses cuidados principalmente na família, entretanto, sabe-se que grandes transformações de tamanho e dinâmica familiar aconteceram nas últimas décadas. Visto desde uma perspectiva de ciclo social, a tão preconizada diminuição do tamanho familiar, através do controle da natalidade na década dos sessenta, principalmente com argumentos econômicos e padrões modernos de estilo de vida, necessariamente levariam a essas mudanças demográficas hoje em dia experimentadas. seja problema coletivo. A provisão dos cuidados por parte das famílias para com seus membros.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, como no caso dos idosos, não é uma tarefa nova. O que se observou ao longo do século XX nos países desenvolvidos foi uma progressiva transferência de uma atividade tradicionalmente desenvolvida no espaço privado das famílias para o espaço público ou estatal. O primeiro processo está relacionado, principalmente, a dois aspectos da vida moderna: o aumento da participação da mulher na força de trabalho e a redução do tamanho das famílias, o que reduz a oferta de cuidadores e a disponibilidade da mulher continuar com o seu papel de “cuidadora” natural das famílias, quebrando laços de solidariedade. Por outro lado os avanços na tecnologia médica têm possibilitado o aumento do tempo vivido pelos indivíduos.

- **Políticas sobre Cuidados aos Idosos**

Sabe-se que entre as metas prioritárias do Plano Internacional de Envelhecimento de Madri, do qual Brasil é signatário, está a meta que rege oferecer assistência e serviços contínuos, de diversas fontes, aos idosos e às pessoas que prestam assistência para os idosos. Explicitamente, no parágrafo 105, encontram-se medidas que descrevem a necessidade de implementar o acesso à assistência comunitária em longo prazo à idosos que vivem sós, a fim de prolongar sua capacidade de viver com independência, como possível alternativa de hospitalização e de internação em abrigo de idosos; tomar medidas para garantir a prestação de assistência a idosos que não disponham de apoio informal, que tenham deixado de tê-lo ou não o desejem; facilitar o estudo comparativo dos sistemas de assistência de diversas culturas e contextos; estabelecer e aplicar normas e mecanismos para garantir a qualidade da assistência prestada em contextos formais e a prestação de apoio e serviços a longo prazo ao crescente número de idosos com saúde frágil; entre outras. Já o Estatuto do Idoso dispõe no artigo 3, parágrafo V que o atendimento ao idoso deve ser responsabilidade da família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

Desde finais da década de 80 o Ministério da Saúde normatiza o funcionamento das instituições que prestam atendimento à pessoa idosa. A Portaria GM 810/89 aprovou normas de

padronização do funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, em todo o território nacional

O hospital foi considerado por muito tempo como o lugar, por excelência, de prestação de cuidados. Até os anos setenta, o sistema de saúde se estruturou de modo polar: de um lado, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) se ocupou das ações assistenciais, organizando os serviços para responder a demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde naquele arranjo deveria se ocupar daquelas outras necessidades de saúde pública.

Diversos autores já mostraram que o papel do hospital como instituição, vai além das funções estritamente técnicas e médicas em quanto resposta à doenças (por ex., tratamento, cura e reabilitação da doença; formação médica e paramédica) e tem um papel relevante no campo social, econômico, ideológico, científico e político(1) lugar privilegiado para observar as próprias mudanças operadas nas sociedades modernas. (2-5)

O Sistema de Saúde Brasileiro (SUS) não entende à saúde como dicotomia entre ausência e presença de doenças e sim como uma complexidade de condições que afetam a qualidade de vida e a saúde da população e que dependem da estrutura e organização da sociedade.

Apenas em 1998, com a Portaria GM/MS n. 2.413(6), o Ministério da Saúde explicita o papel dos hospitais no que se refere aos cuidados dos idosos em uma etapa considerada indiretamente como intermédia entre a doença ou limitação e sua reinserção social. È a chamada modalidade de Cuidados Prolongados, justificada por:

“... necessidade de aprimorar o atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes que necessitem de assistência contínua e de reabilitação físico funcional, com vistas a reinserção social”

Na Portaria define-se os critérios de elegibilidade de pacientes a receber CP. Nota-se que é amplo o perfil desse paciente. Inclui tanto a aqueles considerados “convalescentes” (os quais tem até estabelecido um máximo de tempo para sua reabilitação) como aqueles que precisarão cuidados permanentes (como crônicos, portadores de múltiplos agravos e os chamados anteriormente como Fora das Possibilidades Terapêutica). Devido a que o encaminhamento do paciente para CP é feito pela Central de Regulação de Leitos, o hospital não tem autonomia para escolher o paciente que tem a receber. Sendo assim, é esperado conflitos institucionais da própria rede ao cobrar para o hospital a alta do paciente por CP muitas vezes sem considerar esse amplo espectro de necessidades de cuidados.

Por outra parte, o perfil do paciente estabelecido pela Portaria é, sem dúvida, aplicável em grande parte a faixa etária mais avançada. Esse aspecto é importante considerar para entender que hospitais autorizados para CP tenham entre sua clientela uma alta proporção de idosos, pelo que, naturalmente, imprime uma imagem de caráter asilar. De maneira que, é da própria constituição desse hospital o caráter híbrido de cuidados assistenciais e médicos.

Na Política de Saúde do Idoso, Portaria n.º 1.395/GM(7) de 10 de dezembro de 1999, se reforça a necessidade de articulação com outras modalidades de cuidados na “tentativa 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”.

Já no ano 2006, no texto da atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528)(8) o Ministério da Saúde explicita que o aumento dos gastos com a saúde dos idosos, inclusive com gastos para CP, a sociedade tem que encarar como investimento para uma sociedade mais integrada e humanizada. Também se reconhece que a ampla presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social torna imperiosa a necessidade de fortalecer a Rede de Assistência à Saúde do Idoso e dar bases práticas às avançadas políticas e leis brasileiras

Sendo assim, como na origem dos Hospitais, a responsabilidade atual do setor saúde no cuidado ao idoso necessariamente tem tênue fronteira entre assistência social e prestação de cuidados médicos.

Resultados e Discussão

- **Internações de idosos no Estado do Rio de Janeiro: analisando o Sistema de informação hospitalar SIH/SUS**

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH), criado em 1983 com a finalidade de viabilizar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, é o único sistema de informação em saúde sobre morbidade hospitalar. O sistema tem origem nas autorizações de internações hospitalares (AIH) que além de servirem para o pagamento das internações em hospitais do SUS e conveniados tem a vantagem de dispor de informações epidemiológicas, demográficas e geográficas de cada internação paga pelo SUS(9). As AIH podem ser de dois tipos: a AIH tipo 1 permite até 45 dias de internação e cada paciente só poderá ter uma AIH do tipo 1 e outro tipo de registro é a AIH tipo 5, que será preenchida em caso de internação de longa permanência, ou seja, internações com mais de 45 dias. A AIH tipo 5 terá o mesmo número da AIH tipo 1 que deu início a internação e duração de no máximo 31 dias, podem ser emitidas quantas AIH do tipo. A partir da SIH é possível, por exemplo, identificar as principais causas de internação no Brasil, quantas internação por estados e municípios, quantas internações evoluíram para o óbito etc.

Tendo em vista a potencialidade do sistema procurou-se a partir dos dados do SIH para o Estado do Rio de Janeiro, referentes ao período de 2001 até 2007, identificar as condições de saúde das internações de idosos no estado, principalmente identificar as internações por longos períodos.

A partir da metodologia de linkagem das AIH tipo 1 e tipo 5 proposta por Portela e colaboradores(10) foi possível identificar no banco do SIH internação completas de idosos. Esta estratégia metodológica foi necessária na medida que a AIH corresponde ao um período determinado de internação, e não uma internação completa (início até alta), ou seja, uma internação com grande duração produz várias AIH's de mesmo número.

Para melhor analisar as internações que aproximam-se ao contingente de idosos que permanecem por motivos menos clínicos, em outras palavras idosos que permanecem por problemas relacionados mais fortemente com seu contexto sócio-familiar selecionou-se a especialidade “crônicos e cuidados prolongados”.^d Foram excluídas da análise as internações nas especialidades cirurgia, clínica médica e psiquiatria.

Os pacientes portadores de doenças crônicas demandam mais serviços de saúde, inclusive internações, na medida que esses tipos de doenças são de tratamento prolongados o que representa um maior gasto para o sistema de saúde. (11;12) Ao analisarmos a saúde da populações idosa as doenças crônicas são ainda mais relevantes visto que são mais frequentes nessa faixa etária e trazem mais riscos a saúde dessa população.

Por meio desta metodologia identificou-se no Estado do Rio de Janeiro 4575 internações de idosos no período de 2001 à 2007. Ao analisar o tempo das internações observou-se que 52% dos idosos (2368) ficaram internados mais de 6 meses. Essa constatação fundamenta a afirmação de GorzoniI e Pires (13) sobre o alto contingente de idosos “institucionalizados” em estabelecimentos de saúde do SUS. A tabela 1 apresenta a distribuição da proporção de internação segundo sexo por tempo de internação. Percebeu-se que o tempo na qual os idosos ficam internado é um fator de risco para saúde dos idosos principalmente quando comparado por sexo.

^d As doenças crônicas são doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta com prevalência maior em países desenvolvidos ou em desenvolvimento como é o caso do Brasil.

Tabela 1. Internações de Idosos segundo tempo e sexo no Estado e no Município de Rio de Janeiro

	Estado do Rio de Janeiro			Município do Rio de Janeiro		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Femminino	Total
De 45 dias a 6 meses	48,3	48,2	48,2	48,0	49,4	48,7
De 7 a 11 meses	18,6	16,7	17,6	19,6	15,5	17,6
De 12 a 17 meses	8,6	8,2	8,4	9,7	8,1	9,0
De 18 a 24 meses	9,1	9,4	9,2	7,3	8,1	7,7
Mais de 2 anos	15,5	17,6	16,5	15,3	18,7	17,0
Total	2296	2279	4575	1131	1068	2199

A tabela 2 apresenta a razão de sexo e o risco masculino entre a população idosa internada. Percebe-se que em relação a população total o risco do homem é acentuado. A partir da análise dos dados percebe ainda que o tempo de internação aumenta ainda mais este risco. O município do Rio de Janeiro apresentou maior risco masculino chegando a 3,6 na faixa etária de 60 à 64 anos. Esses achados apontam para necessidade da atenção a saúde masculina de uma forma ampla e principalmente nas idades avançadas.

Os achados vão reafirmar daqueles encontrados por Aires e colaboradores em 2006 (14), no estado do Rio Grande do Sul, onde na população da instituição asilar estudada houve prevalência do sexo feminino nos extratos etários mais altos, evidenciando a sobrevivência feminina. Ressalta-se que acima dos 75 anos encontra-se a população que demanda maiores gastos nos serviços de saúde, sendo a faixa etária que mais cresce entre a população idosa. (15)

Tabela. 2 - Razão de sexo entre os idosos internados por idade e Risco masculino

Estado do Rio de Janeiro	Razão de	Razão de	Risco	Razão de	Risco
	Sexo	Sexo	Masculino	Sexo	Masculino
	População	População		População	
	idosa	internada		Internada	
				Há mais de	
				6 meses	
Faixa Etária					
60-64	80,4	199,6	2,5	217,5	2,7
65-69	85,7	163,1	1,9	155,9	1,8
70-74	69,6	125,4	1,8	133,5	1,9
75-79	63	82,7	1,3	92,5	1,5
80 e mais	53,4	45,6	0,9	46,5	0,9
Total	70,4	100,7	1,4	107,9	1,5
Município do Rio de Janeiro					
Faixa Etária					
60-64	74	214,6	2,9	265,5	3,6
65-69	68,9	152,3	2,2	167,6	2,4
70-74	63,2	137,2	2,2	159,1	2,5
75-79	56,7	92,3	1,6	77,5	1,4
80 e mais	46,8	45,6	1,0	42,1	0,9
Total	63,3	105,9	1,7	108,9	1,7

* Fonte datasus - calculado a partir das projeções estatísticas do censo 2000

- **O que levam os idosos a serem hospitalizados?**

Antes de analisarmos os motivos para a permanência de idosos internados por longos períodos é fundamental identificarmos as principais causas de internação. Toda internação hospitalar tem em um primeiro momento uma causa médica, o idoso entra no hospital por uma determinada enfermidade e pode ser ou não o motivo de sua permanência prolongada.

A tabela 3 apresenta os principais grupos de causas das internações. Mais da metade dos casos de internação de idosos foram por doenças do aparelho circulatório (52%) e doenças do sistema nervoso (26%). Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Costa e Filho(16) que

identificaram as doenças do aparelho circulatório como as principais responsáveis por mortalidade e internação de idosos no Brasil.

Tabela 3: Internações de Idosos no Estado e no Município de Rio de Janeiro segundo principal diagnóstico e tempo da internação

Principais capítulos e categorias		Estado Rio de Janeiro		Município do Rio de Janeiro	
		total	mais de 6 meses	total	mais de 6 meses
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	N	2358	1314	1244	648
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	%	58,4	50,8	58,8	51,9
I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	%	26,8	29,9	27,3	28,1
outras	%	14,8	19,3	13,8	20,1
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	N	1187	549	470	254
G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	%	86,5	82,9	86,8	83,1
outras	%	13,5	17,1	13,2	16,9
Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	N	450	215	247	114
F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	%	100	100	100	100

Nas principais causas de internação aparecem doenças com elevado risco de seqüelas que modificam o estado de saúde do idoso, modificando assim muitas vezes sua capacidade de realização de tarefas do seu cotidiano, muitas vezes as seqüelas deixadas por essas enfermidades demandam prolongados e ampliam a permanência dos idosos no estabelecimento de saúde.

Um elemento fundamental para compreensão dos motivos para a permanência prolongada em estabelecimentos diz respeito a uma variável do SIH chamada “permanência a maior”, quando há necessidade do paciente permanecer internação além do período de 45 dias, correspondente a período autorização pela AIH do tipo 1 como vimos anteriormente, é preciso identificar o motivo dessa permanência. Na tabela 4 estão distribuídos os números de internações por motivo de permanência maior que 45 dias.

Tabela 4. Motivo de permanência maior segundo sexo no Estado do Rio de Janeiro

Permanência Maior	Todas as internações			Internações com mais de 6 meses		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Motivos da doença	1796 78,2%	1873 82,2%	3669 80,2%	924 77,8%	924 78,2%	1848 78,2%
Motivos socio-familiar	499 21,70%	406 17,80%	905 19,80%	263 22,2%	257 21,8%	520 22,0%

É importante observar que do total de idosos com internações de longa duração nos 7 anos analisados, 905 idosos tiveram como motivo de permanência a maior no estabelecimento de saúde algum motivo sócio-familiar. Em outras palavras, 19% dos idosos continuaram internados apesar de não ter motivos de saúde que justificassem a continuidade da internação.

Enquanto ao tempo de internação desses “pacientes sociais” observou-se que mais da metade (53%) ficam internados mais de 6 meses, dentre eles 21% chegam a ficar mais de 24 meses internados. Desses 905 idosos, 42% vieram a falecer durante a internação e apenas 123 tiveram alta.

Tabela 5. Tempo médio da internação social

Tempo de internação por motivo sócio- familiar	N	%
< = 6 meses	385	47
7 a 11 meses	169	14
12 a 17 meses	76	8
18 a 24 meses	87	10
> 24 meses	188	21
Total	905	100,0

Os resultados apontam para uma hibridez no modelo de instituição médica representados pelos estabelecimentos de saúde de cuidados prolongados são ao mesmo tempo locais de tratamento de pacientes com crônicos, aos quais essas instituições são destinadas por princípio, e abrigos de “pacientes sociais”. Os achados vão ao encontro da discussão feita por Groisman a partir da análise do caso Santa Genoveva e da história instituição da velhice na qual ele destaca a institucionalização de idosos em estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS como problema da constituição da saúde pública brasileira e das ações governamentais no cumprimento das políticas de saúde e na fiscalização dos estabelecimentos de saúde conveniados.

Analisando os últimos AIH's emitidas pode traçar um perfil do desfecho das internações, a última situação observada no banco. A partir dessa análise identificou-se que permaneceram internados, para além do ano 2007, 4015 do universo inicial de 4575 internações. Dos pacientes que tiveram alta, ou seja não continuaram na rede hospitalar, tiveram alta por óbito e apenas 124 por melhora do quadro geral de saúde. Foram transferidos para outro estabelecimento de saúde 59 idosos.

Tabela 6. Desfecho das internações por tempo de internação segundo sexo.

Estado do Rio de Janeiro

	Todas as internações		Internações com mais de 6 meses	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Permanencia maior por motivos da doença	1797 78,3%	1874 82,2%	925 78%	925 78%
Permanencia maior por motivos socio-familiar	181 7,9%	161 7,1%	88 7,4%	104 8,8%
Tranferencia	30 1,30%	29 1,3%	15 1,2%	22 1,8%
Alta	70 3%	54 2,4%	35 2,9%	24 2%
óbito	218 9,5%	161 3,5%	124 10,40%	106 8,90%
total	2296	2279	1187	1181

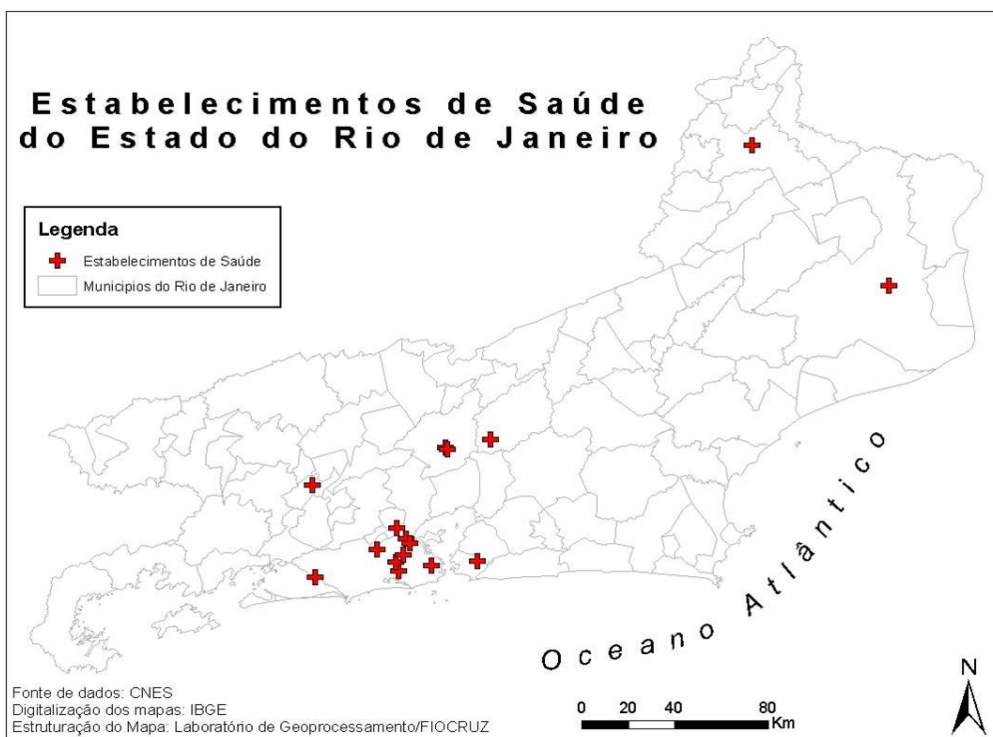
- **Os estabelecimentos de Saúde.**

Por meio da análise do banco de dados do SIH foram identificados 16 estabelecimentos de cuidados prolongados emissores ininterruptos de AIH no período de 2001 à 2007. O mapa 1

apresenta a distribuição espacial desses estabelecimentos de saúde. Metade dos estabelecimentos de saúde selecionados localizam-se no município do Rio de Janeiro.

O CENES também foi utilizado como fonte de informação para caracterização dos estabelecimentos. A partir dessas informações foi possível identificar que todos os estabelecimentos eram provados conveniados ao SUS sendo que cinco deles eram filantrópicos ou empresas sem fins lucrativos e onze eram empresas lucrativas. No que diz respeito o tipo de atenção oferecida observa-se que seis estabelecimentos são hospitais gerais e dez são hospitais especializados, a cercada complexidade três são de média e alta complexidade e 12 apenas média complexidade, dois estabelecimentos ofereciam ainda serviços de atenção básica.

Mapa 1. Distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro.



Um importante indicador do grau de relação dos estabelecimentos com o SUS é a proporção de leitos disponíveis ao SUS. A tabela 7 apresenta este indicador. A proporção varia de 50% até 100% o que representa uma forte dependência dessas dependências econômica desses estabelecimentos com relação ao SUS.

Tabela 7. Proporção de leitos conveniados ao SUS em cada estabelecimento de saúde.

NOME / RAZÃO SOCIAL	Leitos de especialidade crônicos	Proporção de leitos de crônicos destinados ao SUS
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	120	100
HOSPITAL EVANGELICO DE PARACAMBI/Y A PENHA E CIA LTDA	1	100
CLINICA GERIATRICA DO VILAR	80	100
ASSOCIACAO SANTO ANTONIO DOS POBRES DE ITAPERUNA	80	50
SANATORIO DE CORREAS	120	100
SANATORIO OSWALDO CRUZ LTDA	80	100
HOSPITAL SAO MIGUEL SA	120	100
BENEFICENCIA PORTUGUESA DE TERESOPOLIS/HOSPITAL NOSSA SENHORA DA SAUDE	40	92,5
CLINICA JARDIM AMERICA	100	80
AMERICLIN	120	100
CASA DE SAUDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	170	70,6
SCMRJ SANTA CASA HOSPITAL N S DAS DORES	120	66,67
CASA DE SAUDE REPUBLICA CROACIA	40	100
CASA DE SAUDE GABINAL/CASA DE SAUDE GABINAL LTDA*	80	80
CASA DE SAUDE JACAREPAGUA/ASSISTÊNCIA MEDICO HOSPITALAR SAO JORGE LTDA	80	100
SEMEL SERVICOS MEDICOS LEOPOLDINENSE	80	50

*Estabelecimento fechou

A partir da análise dos dados secundários podemos identificar algumas características das internações de idosos no Estado do Rio de Janeiro, mas não consegue-se compreender mais profundamente a situação dessas internações, ou seja, compreender todo o processo e as dinâmicas sociais envolvidas em uma internação prolongada como por exemplo a participação da família, do serviço social, da direção dos estabelecimentos etc.

No que diz respeito às internações de idosos em todos os estabelecimentos mais de 60% dos internos pertenciam a essa faixa etária. Das 4575 internações no estado do Rio de Janeiro 2324 (51%) ocorreram no município do Rio de Janeiro.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI ressalta que idosos internados para cuidados prolongados devem receber continuamente atenção dos profissionais da reabilitação,

para que se mantenha sua independência. Isto evitaria aumentos nos custos de saúde com internações prolongadas, bem como os efeitos deletérios destas para a pessoa idosa.

O impacto da dependência funcional pode ser percebido tanto no sistema de saúde como no seio das famílias. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa prevê que, em virtude da transição demográfica brasileira e do aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes e com baixo nível socioeconômico, haverá a necessidade de consumo de uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de cuidados prolongados. A dependência deixa o idoso mais vulnerável a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico.

Conclusão

No Brasil, existe uma avançada legislação relativa ao idoso. Quanto à assistência a saúde, diversas portarias tratam o assunto das Redes Estaduais de Assistência à Saúde (Portaria GM/MS n. 702/2002 e Portaria SAS/MS n. 249/2002) (17;18). A composição das redes seria organizada por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais: Internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo-se em referência para a rede de assistência à Saúde do Idoso.

Para atender integralmente as necessidade de cuidados dessa população é fundamental articular as rede de cuidado e proteção ao idoso. Avanços na legislação é reconhecida mas não quanto as normas e procedimentos para efetivar a reinserção social dos idosos (em família ou em instituições de cuidados como ILPI). Louvinson e Barros (2009)(19) analisando as políticas públicas e desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, apontavam que duas importantes ações intersetoriais poderiam incidir diretamente na qualidade de vida do idoso de maior vulnerabilidade: o estabelecimento de redes de cuidadores de idoso e a melhoria da qualidade das instituições asilares. No Rio de Janeiro estas últimas são praticamente inacessíveis para a população pobre ou com limitados recursos econômicos, público principal do SUS.

Além dessas duas ações intersetoriais, os Centro-Dia de cuidados também poderiam incidir na redução das internações, permanência e utilização de leitos hospitalares do SUS pela população idosa.

A capacitação, formação e oferta de cuidadores de idosos é também um desafio para ser enfrentado não somente no SUS mas também em toda os âmbitos da sociedade. Essa modalidade deve ser entendida como uma necessidade da sociedade que pretende criar um Pacto pela Vida e com políticas saudáveis para a integração intergeracional. Pretender que filhos, esposas e vizinhos cuidem de forma integral a idosos fragilizados, que precisam de atenção (desde troca de fraldas até ações mais complexas de atendimento) é incoerente com as demandas socioeconômicas que a sociedade “impõe” a cada um dos membros da família (como estudar e trabalhar).

Os desafios colocados pelo envelhecimento populacional precisam ser enfrentados tanto de uma perspectiva da saúde individual por meio de ações estratégia de promoção a saúde e da manutenção da funcionalidade quanto no nível coletivo que garanta o cuidados aos idosos em situação de fragilidade, seja ela de saúde ou socioeconômica. Para tanto é necessária a elaboração de políticas e estratégias específicas voltadas a essa população que visem oferecer diferentes formas de cuidado, asilares ou não asilares.

Referência Bibliográfica

1. GRAÇA L. Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica (I Parte). Introdução: O Hospital como um Construído Social.[electronic mail system]. 2000.
2. GOFFMAN E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1961.
3. STEUDLER F. *Sociologie médicale*. Paris: Armand Colin; 1972.
4. STEUDLER F. *L'hôpital en observation*. Paris: Armand Colin; 1974.
5. CAMPOS AC. *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 2.413, 23 de Março de. 1998. 2010.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 1.395/GM, 10 de dezembro de 1999. 2010.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 2.528, 19 de outubro de 2006. 2010.
9. BITTENCOURT SA, CAMACHO LAB, LEAL MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad.Saúde Pública* 2006;22(1):19-30.
10. PORTELA MC, SCHRAMM JMA, PEPE VEeal. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH/SUS) Composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 13(4):771-4.
11. ALMEIDA MFd, BARATA RB, MONTERO CVaSZPda. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde. *PNAD/1998, Brasil.Ciênc.saúde coletiva* [online] 2002:743-56.
12. Lima-Costa M, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*.19(3):700-1, 2003. *Caderno de Saúde Pública* 2003;19(3):700-1.
13. GORZONI ML, PIRES SL. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev Saúde Pública* 2006;40(6):1124-30.

14. AIRES M, PAZ AA, PEROS CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano 2006;jul./dez:79-91.
15. KILSZTAJN Sea. Serviços de Saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. Revista Brasileira de Estudos de População 2003;20(1):93-108.
16. COSTA MFFL, GUERRA HL, BARRETO SM, GUIMARÃES RM. Diagnóstico da situação da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Inf Epidemiol SUS 2000 Mar;9(1):23-41.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 702 , de 12 de abril de 2002. 2010.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS n. 249 , de 16 de Abril de 2002. 2010.
19. LOUVISON CP, BARROS S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS/SP. BIS - Boletim do Instituto de Saúde 2009;(47):9-15.