



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

SANDRA MARIA PONTES MAIA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NA GESTÃO MUNICIPAL DE FORTALEZA-CE**

Fortaleza-Ceará
2010

SANDRA MARIA PONTES MAIA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA
IDOSA NA GESTÃO MUNICIPAL DE FORTALEZA-CE.**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa

Fortaleza-Ceará
2010

SANDRA MARIA PONTES MAIA
AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA
GESTÃO MUNICIPAL DE FORTALEZA-CE.

Dissertação apresentada à banca examinadora
como requisito parcial para obtenção do título
de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas
pela Universidade Federal do Ceará.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de
Sousa

Aprovação em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa
Universidade Federal do Ceará
Orientador

Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo
Universidade Federal do Ceará
Membro Efetivo

Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
Membro Efetivo

Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi
Universidade Federal do Ceará
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço meu **Deus**, luz do meu caminho e lâmpada dos meus pés, pelo amparo, proteção divina e por todas as bênçãos concedidas a cada dia da minha vida;

Aos meus pais “**Zildo**” e “**Maninha**”, pelo exemplo de vida, coragem e honradez, meu amor e minha eterna gratidão;

Ao meu companheiro **José Iran**, pelos vinte e poucos anos de dedicação e cumplicidade;

Aos meus filhos **Amanda** e **João Marcos**, meus grandes amores, por compreender minha ausência durante esta jornada;

Aos meus irmãos **Júnior**, **Cris**, **Márcia** e **Rodrigo**, cada um com seus clãs, pelo apoio e amizade desde sempre;

À minha querida tia **Verônica** (*in memorian*), pela amizade e encorajamento;

Às minhas amigas: **Inês** Maia, **Jeane** Josino, **Solange** Silveira, **Cristiane** Simões, **Geni** Loiola e **Selma** Freitas;

À **Marta** Martins e **Joana** Furtado, e em nome das quais agradeço aos meus amigos e companheiros de trabalho do Hospital Gonzaga Mota de Messejana, da Prefeitura de Fortaleza-CE, e do Hospital e Maternidade Santa Isabel, da Prefeitura de Aracoiaba-CE, pela oportunidade de aprendizado diário;

Ao professor **Dr. Fernando Pires**, excelência no ensinar, pela dedicação e paciência na tarefa de orientar este trabalho;

Às professoras **Dra. Léa Carvalho** e **Dra. Nazaré Fraga**, e ao professor **Dr. Alcides Gussi**, pela contribuição inestimável na minha formação acadêmica;

Aos companheiros da 3ª turma do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, pela oportunidade de crescimento como ser humano e aprendizado na vida acadêmica;

À **Elen Pernin**, consultora técnica da área de Saúde do idoso do Ministério da Saúde, à Médica Geriatra **Helena Aires** e à Enfermeira **Hermínia Coelho**, da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, pela atenção e apreço para com o objeto deste estudo;

Aos idosos integrantes do Centro de Referência do Idoso-CRI, em Fortaleza-CE, pelo calor humano e por despertar meu interesse em investigar sobre o processo de envelhecimento;

E, especialmente, às minhas avós (*in memorian*) “**Raimundinha**” e “**Mãezinha**”, por me cativar e me tornar eternamente apaixonada pela mistura de cabelos brancos com jovialidade.

DEDICATÓRIA

UM BRINDE: À NOSSA!

Saúde, no ato de brindar,
no sentido popular, pode significar boas energias,
no sentido restrito, a ausência de doença,
no sentido amplo, bem estar físico, mental e social.

Então, qualquer que seja o sentido,
saúde é sempre saúde!
Qual o sentido do brinde neste momento?

Este brinde celebra
a luta diária de uma mulher.
Que também é esposa, mãe, trabalhadora,
filha, irmã, companheira,
assistente social, servidora pública...

Ainda assim, nesta rotina turbilhão,
A decisão:
Buscar o “sonho”...
... Um curso de Mestrado!
Mas neste cotidiano?
Nele mesmo.
E assim foi feito.

Como resposta, literalmente:
uma jornada exaustiva.
De apoio: os pilares do amor:
da família, dos amigos.
Portanto, este trabalho merece um brinde:
À nossa saúde!

(Sandra Maia)

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são tendências mundiais, a acentuada transição demográfica é um fato que exige a análise da pessoa idosa como sujeito coletivo e de direitos. A legislação brasileira avançou significativamente no campo da proteção social ao segmento idoso e estabeleceu no cenário nacional prerrogativas legais que asseguram ao idoso tratamento enquanto ser de responsabilização e beneficiário do Poder Público, portanto alvo de políticas públicas que possibilitem minorar as dificuldades e melhorar as condições de vida desta população. O objetivo deste estudo é avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008, sob os enfoques da descentralização administrativa e da intersetorialidade. Optou-se pela pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, utilizou-se como instrumentos de coleta de dados entrevistas não estruturadas e semi-estruturadas, diário de campo e coleta de dados secundários. O cenário de estudo foi delineado a partir da Secretaria Municipal de Saúde e das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE. O elenco de atores da pesquisa foi constituído pelos técnicos que operacionalizam a PNSPI nos níveis regionais e municipal de Fortaleza-CE. Agregou-se ao estudo entrevistas com técnicos das esferas federal e do Estado do Ceará, o que possibilitou uma análise contextual da implementação da PNSPI desde o nível nacional ao local. O estudo obedeceu aos critérios éticos estabelecidos pela resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde. A análise de dados fundamentou-se na análise de estrutura, processo e resultado, utilizando técnica de análise crítica do discurso, o que possibilitou o estudo da significação, por esferas de poder, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no percurso gerencial hierarquizado, desde o nível nacional, passando pela esfera estadual e municipal, chegando ao nível executivo regional. Como principais resultados o estudo apontou que a ausência de um orçamento público municipal, específico para a saúde da pessoa idosa, atrelado à inexistência de um sistema de informação uniforme e sistemático nas instâncias administrativas descentralizadas, dificulta o estabelecimento de coerência interna dos serviços e ações para a população idosa em Fortaleza-CE. A pesquisa identificou como fundamental a ação dos profissionais de saúde, regionais e locais, e de equipes intersetoriais e multidisciplinares, no processo de operacionalização da PNSPI na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008. O estudo concluiu ser imprescindível a superação das limitações atuais identificadas para se alcançar a real efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em Fortaleza-CE.

Palavras-chave: Avaliação de políticas públicas, idoso, gestão, descentralização, intersetorialidade.

ABSTRACT

Increased life expectancy and population aging are global trends, the sharp demographic transition is a fact that requires analysis of the elderly as subject and collective rights. The Brazilian legislation has advanced significantly in the field of social protection to the elderly segment on the national scene and established legal rights that ensure the elderly be treated as accountability and beneficiary of the Government, therefore the target of public policies that allow ease the difficulties and improve the this age group. The aim of this study is to evaluate the implementation of National Health Policy of the Elderly-PNSPI in municipal management of Fortaleza, from 2008, under the approaches of administrative decentralization and intersectoral approach. We opted for evaluative research of qualitative approach was used as instruments for data collection of unstructured interviews and semi-structured field diary and secondary data collection. The scenario study was designed from the Municipal Health Secretariat and the Regional Executive Secretariats of Fortaleza-CE. The cast of actors of this analysis is the technical PNSPI operationalize the regional and municipal levels of Fortaleza-CE. He added himself to the study interviews with experts of the federal and the state of Ceará, which allowed a contextual analysis of the implementation of PNSPI from the national to local level. The study followed the ethical standards established by resolution 196 of the National Health Council, Ministry of Health Data analysis was based on analysis of structure, process and outcome, using the technique of critical discourse analysis, which allowed the study of significance, for spheres of power, the National Health Policy of the Elderly in the course management hierarchy, from national level, through municipal and state level, reaching the regional executive level. As main results the study showed that the absence of a municipal budget, specific to the health of the elderly, coupled with lack of a uniform and systematic information in the administrative decentralized, difficult to establish internal consistency of services and actions the elderly population in Fortaleza. The research identified as fundamental the action of health professionals, regional and local authorities, and intersectoral and multidisciplinary teams in the process of operationalizing the PNSPI in municipal management of Fortaleza, from 2008. The study concluded that it is essential to overcoming current limitations identified to achieve the proper enforcement of the National Health Policy for the Elderly in Fortaleza.

Keywords: evaluation of public policies, elderly, management, decentralization, intersectoral.

LISTA DE SIGLAS

ACD - Análise Crítica do Discurso
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAB - Coordenação da Atenção Básica
CEMJA - Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
COPAS - Coordenadoria de Políticas de Saúde
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CRES – Coordenadoria Regional de Saúde
CRI - Centro de Referência do Idoso
DS - Distritos de Saúde
ESF - Equipes de Saúde da Família
ESP - Escola de Saúde Pública
GT - Grupo Técnico
HIAS - Hospital Infantil Albert Sabin
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
MS - Ministério da Saúde
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MAPP - Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NUAP - Núcleo de Atenção Primária
ONG - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAS - Política Nacional da Assistência Social
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SER - Secretaria Executiva Regional
SESA - Secretaria Estadual de Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

	Pag.
1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	17
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	54
3.1 - Aspectos éticos	57
3.2 - Cenário e atores da pesquisa	60
3.3 - Coleta e análise de dados	66
4. AS VERSÕES DOS ATORES DA PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNSPI EM FORTALEZA-CE	69
4.1 A versão do Ministério da Saúde	69
4.2 A versão da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará	74
4.3 A versão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE	78
4.4 As versões dos atores das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE	84
5. ANÁLISE DAS VERSÕES DOS ATORES DA PESQUISA E DISCUSSÕES	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	111
ANEXOS	115

1. Introdução

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são tendências demográficas mundiais, fenômenos que associados tem resultado em mudanças epidemiológicas importantes, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. O envelhecimento populacional enquanto processo contínuo, crescente e acelerado passou, assim, a compor a agenda mundial. Portanto, tem sido um tema amplamente discutido em todos os continentes, representando várias frentes de estudos e debates no mundo inteiro.

Envelhecer com qualidade se constitui então uma preocupação mundial. A transição demográfica é um fato e exige a análise da pessoa idosa vista como sujeito coletivo e de direitos, e não apenas como uma responsabilidade do âmbito familiar. Ao reconhecer o processo de envelhecimento como uma questão social e coletiva, torna-se necessário a formulação e aplicação de políticas públicas para a população idosa.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2000) confirmam que no Brasil tanto as taxas de mortalidade quanto às de fecundidade estão diminuindo significativamente, modificando a estrutura da pirâmide populacional. Na projeção da população do Brasil por sexo e idade de 1980-2050, revisão de 2008 do IBGE (2008), retrata-se o acentuado processo de envelhecimento da população brasileira, sobretudo a partir da década de 1980.

Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde-IDB 2002, que tratou sobre o tema da saúde do idoso, analisaram a distribuição espacial da proporção de idosos na população brasileira no ano de 2000. Mostrou que houve maior concentração de idosos na área litorânea desde o estado do Piauí até o Rio Grande do Sul, em contraste com a região norte, onde as taxas de fecundidade ainda são mais elevadas e, neste contexto, encontra-se o Estado do Ceará.

Nesse sentido, na Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social, está previsto um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com objetivos determinados, sendo estas três áreas as que integram o tripé da

seguridade. (BRASIL, 1988)

Os aspectos sociais do processo de envelhecimento e a respectiva proteção legal para o segmento idoso no Brasil levaram ao desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento desta questão. Por ser uma problemática de grandes proporções, onde se evidencia um leque de dificuldades múltiplas que tornam a solução passível de ações intersetoriais, deve ser enfrentada enquanto um problema público, não mais como uma dificuldade exclusiva da família ou do sistema previdenciário, de saúde ou de assistência social.

Importantes dispositivos legais foram instituídos no campo de proteção social ao idoso no cenário mundial. No Brasil, principalmente a partir das garantias conquistadas na Constituição Federal de 1988, deu-se origem a um processo de revisão da base legal que culminou com a publicação da Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do Sistema Único de Saúde-SUS, aprovando suas diretrizes operacionais, afirmando ser a saúde do idoso uma de suas principais prioridades. (BRASIL, 2006a).

Com este marco histórico e por considerar a necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada sobre a saúde do idoso, a portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tendo por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, por meio da aplicação de medidas coletivas e individuais de saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS. (BRASIL, 2006b)

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI configura-se como um instrumento legal que afirma a necessidade de enfrentamento de desafios, dentre outros: a escassez de estruturas de cuidados com suporte qualificado para idosos e suas famílias, de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimentos sobre envelhecimento, da necessidade de implementação das redes de assistência à saúde do idoso. A PNSPI define responsabilidades institucionais aos gestores do SUS, para prover os meios e atuar para o alcance dos propósitos desta Política, conforme competências específicas de cada nível de atuação: federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2006b)

Mediante a implantação da PNSPI, torna-se necessário o acompanhamento e avaliação desse processo. Considerando que a execução dos serviços ocorre principalmente no sistema local de saúde, faz-se aqui uma opção em realizar uma avaliação do referido processo no nível da gestão municipal.

Atualmente o município de Fortaleza-CE tem divisão territorial em seis Secretarias Executivas Regionais-SER. Nestas instâncias ocorre a prestação de serviços públicos, numa perspectiva de descentralização administrativa. Cada SER abriga suas respectivas estruturas administrativas que correspondem às unidades de saúde, escolas, creches, unidades de assistência social, entre outros equipamentos. Assim impõe-se outro nível de hierarquização da PNSPI, suscitando a possibilidade de análise e avaliação da Política com relação a esta dimensão de descentralização.

Esta lógica de estrutura administrativa da gestão municipal de Fortaleza-CE suscita os seguintes questionamentos: considerando os aspectos da descentralização administrativa em que medida se estabelece neste município o processo de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e, ainda, se ocorre na prática desenvolvida pela gestão municipal a articulação intersetorial prevista na PNSPI.

Este aspecto vincula-se às minhas preocupações com respeito às questões relacionadas ao processo de envelhecimento da população. A formação acadêmica em Serviço Social e Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde favoreceu o desempenho de atividades de planejamento, gestão e implantação de programas e projetos nas áreas de Saúde e Assistência Social, nas Secretarias Executivas Regionais I, IV, V e VI. Os meus estudos em Gerontologia, realizados para atuação como Assistente Social junto aos idosos no Centro de Referência do Idoso de Fortaleza, representou uma experiência ímpar de aprimoramento pessoal e profissional.

Adicionalmente o curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas fomentou um campo fértil de inquietação e me estimulou a investigar sobre o processo de envelhecimento, principalmente quanto aos componentes de gestão, elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas para o idoso. Além destas razões, considera-se a temática de extrema relevância, tanto pela importância quanto pelo alcance na vida cotidiana da população idosa e suas respectivas famílias.

Neste contexto, o presente estudo tem o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008. Este estudo contempla ainda objetivos específicos de analisar os aspectos de descentralização de ações e serviços de saúde voltados para a pessoa idosa nos níveis municipal e regional além de investigar sobre a intersectorialidade na elaboração de ações e serviços de atendimento à pessoa idosa no município de Fortaleza-CE.

Devido ao vasto ambiente empírico para investigação efetuou-se um recorte metodológico em função de alguns interesses e fatores. Inicialmente, pelo vínculo de servidora da Prefeitura Municipal de Fortaleza, decidi associar o objeto de estudo ao âmbito da instituição na qual me encontro vinculada profissionalmente. Todavia, procurei seguir o rigor científico no sentido de manter o devido distanciamento do objeto de estudo com vistas a evitar a influência de juízos de valor referentes à minha experiência profissional na análise crítica do tema em questão. A acessibilidade às fontes de dados e custos financeiros foi considerada também essencial para a exeqüibilidade da pesquisa. Desta forma vislumbra-se a possibilidade de contribuir com a produção de conhecimento relativo à população idosa do município de Fortaleza.

Neste processo foram estabelecidas várias relações para delinear o objeto de estudo, com a colaboração de vários atores importantes, dentre os quais: diálogo com profissionais que trabalham na área, opiniões de amigos que estudam a temática, partilha e reflexões com os professores e alunos do curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas-MAPP da Universidade Federal do Ceará-UFC.

Ao buscar a literatura no âmbito local¹ encontrou-se publicações de estudos relativos às várias dimensões acerca da temática do envelhecimento, tais como, experiências com idosos em relação à estimulação, atividades físicas, grupos de idosos, aprendizagem, internações, instituições de longa permanência, enfim, diversos enfoques. Porém, não se identificou estudos acerca da implementação de Políticas Públicas sobre a problemática do idoso no que se refere à gestão municipal da Política Nacional de Saúde do Idoso-PNSPI, o que sugere a inexistência de pesquisas e publicações sobre o assunto em Fortaleza-CE.

¹ Procuraram-se publicações na internet, na biblioteca da Escola de Saúde Pública do Ceará (incluindo monográficos e dissertações), nas páginas eletrônicas do Governo do Estado do Ceará e da Prefeitura de Fortaleza.

A etapa preparatória e o levantamento bibliográfico, conforme Gondim (1999) traduz uma caracterização geral e provisória do fenômeno a ser estudado, tais como contatos prévios do pesquisador, informações e reflexões de leituras, notícias, meios de comunicação, percorrendo procedimentos sistematizados. A autora reafirma que o levantamento bibliográfico subsidia a preparação da revisão de literatura, consistindo em conhecer os trabalhos anteriores, devendo incluir autores com abordagens diferenciadas, onde o pesquisador discute o objeto indicando convergências e divergências. Neste sentido, a revisão bibliográfica foi imprescindível para a preparação deste estudo.

As reflexões sobre o processo de envelhecimento foram realizadas com base no estudo da bibliografia, com a análise e discussão com autores selecionados tratando de aspectos históricos, sociais, demográficos, de urbanização, movimentos sociais, busca da cidadania da pessoa idosa. Buscou-se conceitos sobre os princípios da descentralização e da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde para fundamentar a análise do objetivo principal do estudo de avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso na gestão municipal de Fortaleza-CE. Finalmente, realizou-se o levantamento sobre o marco legal², sob os enfoques internacionais e nacionais, referentes às publicações mais significativas que subsidiaram a elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Brasil

Assim, ao analisar a bibliografia, verificou-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, desde sua aprovação, deve ser incorporada à rotina dos municípios sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde³. Esta premissa justifica a delimitação do estudo em tratar sobre a execução da política no município de Fortaleza e denota a necessidade da incorporação ao cenário da pesquisa das instâncias técnicas e gerenciais das práticas de serviços de saúde para a população idosa.

Na realidade municipal são agregadas diversas fases de elaboração, implantação, implementação e avaliação de políticas públicas, podendo se constituir em fonte de dados para a realização da pesquisa em evidência. Assim, ratifica-se que em termos de execução os municípios têm primazia em relação às esferas estaduais e federal, justificando a

² O marco legal aqui referido supostamente inclui as demandas sociais, econômicas e culturais do público idoso.

³ As responsabilidades institucionais do gestor municipal na PNSPI serão discutidas ao longo do trabalho.

proposta do estudo em analisar a execução de ações e serviços voltados para o idoso na esfera municipal, em Fortaleza-CE.

A este respeito cabe aqui elencar alguns questionamentos acerca da análise da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que surgiram especificamente na minha prática, conforme a atuação profissional⁴. Assim, com a aprovação da PNSPI em 2006, como o município de Fortaleza procede à implantação desta política? Como se estabelece a distribuição de serviços e ações para a pessoa idosa considerando o critério de descentralização administrativa da gestão municipal? Em que medida se estabelece coerência interna de serviços e ações, posto que o trabalho seja realizado em unidades administrativas distintas? A articulação intersetorial, prevista na PNSPI, ocorre na prática desenvolvida pela gestão municipal?

O estudo contempla aspectos considerados relevantes para a temática e, embora não tenha a intenção de esgotar o tema, pode contribuir para a construção de um pensamento crítico sobre Políticas Públicas para a Pessoa idosa em Fortaleza-CE, e, para além dos requisitos acadêmicos, cabe ainda a possibilidade da produção de conhecimento relativo à população idosa no município de Fortaleza nos aspectos de descentralização e intersetorialidade.

⁴ Buscou-se o aprofundamento teórico devido aos estudos em Gerontologia realizados para atuação como assistente social junto ao grupo de idosos do Centro de Referência do Idoso de Fortaleza.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O percurso argumentativo da contextualização do processo de envelhecimento neste estudo busca contemplar aspectos essenciais relativos ao tema que articulados com o objeto de estudo e com os objetivos da pesquisa, expressam a intenção de trazer elementos relevantes para a análise das questões e sua aplicabilidade enquanto Política Pública.

A conotação de velhice como processo de infantilização, ausência de função social, improdutividade, sinônimo de doença, ausência de desejos e sonhos, proximidade de finitude, entre outros, como refere Beauvoir (1990), reflete uma longa lista de estereótipos atribuídos à pessoa idosa. São elementos negativos que deixam o legado de marginalização na dinâmica social, marginalização esta que traduz estar à margem, ou ainda, no processo de exclusão, além da conotação de imutabilidade desta condição.

Neste contexto, também enfatizado por Coutinho (1994), podemos por meio desta representação social, articular o processo produtivo com a população que produz, sendo produção aqui entendida como inerente ao sistema produtivo e ao sistema econômico. No âmbito das representações sociais, a idéia da pessoa idosa associa-se a condição de estar economicamente sem função social, devido ao estado de não atividade produtiva, desta forma a faixa etária idosa encontra-se no campo improdutivo do sistema econômico.

Juntamente com as questões relacionadas ao sistema econômico, perpassa a lógica da sociedade de consumo, conforme enfatiza Napoleoni (1981) da valorização do produto e a desvalorização do ser humano, associadas ainda as implicações de ordem biopatológica e limitações peculiares à terceira idade.

Na sociedade capitalista é constante a preocupação com a produção da vida material e as relações imbricadas nesta produção. Há uma tônica na relação entre produzir e consumir, na dicotomia entre distribuição da riqueza socialmente construída e processo de acumulação. A preocupação pertinente sobre o mundo do trabalho e, conseqüentemente, com o trabalhador em sua fase produtiva, provavelmente não tem dado a mesma ênfase ao fato de que ao envelhecer e parar de produzir este trabalhador passa à margem do processo de construção da riqueza social, deixando de ser útil ao sistema produtivo.

Minayo (2004) analisando as mudanças globais e as tendências no campo da saúde no Brasil, com o fenômeno da globalização a partir década de 70⁵, aborda as situações e estilos de vida, e ressalta que sensíveis mudanças demográficas, sócio-econômicas e culturais influenciaram a queda das taxas de morbidade e de mortalidade das últimas décadas no Brasil.

No cotidiano da mídia nacional é comum a exibição de documentários, entrevistas, pesquisas sobre o envelhecimento onde abordam aspectos pertinentes tais como: alimentação, atividade física, sexualidade, direitos sociais, entre outros. Este fato empírico remete à importância deste crescente segmento populacional presente na sociedade brasileira.

A temática da velhice, por ser comum na vida de qualquer cidadão, propicia às pessoas a formação de opiniões e idéias próprias sobre a velhice, dentro de um parâmetro de informação midiática e jornalística, e assim as mensagens podem ser distorcidas conforme os interesses que regem a seleção de notícias e pelo desconhecimento dos verdadeiros fatos. “No estudo da velhice, como em outros temas sociais, há muita confusão entre fatos científicos e mitos da opinião pública” (Moragas, 1997, p. 23-24). Neste sentido sugere-se que deve ser realizada uma leitura da temática de modo a permitir a tradução da mesma dentro de parâmetros que não estigmatizem a pessoa idosa.

O corte cronológico que se impõe ao fato de “ficar velho” é um fator determinante nas análises sócio-econômicas, porém o limite de idade para uma pessoa ser considerada idosa é variável. No Estatuto do Idoso, publicação das mais relevantes da temática no Brasil, a idade para ser considerada pessoa idosa é de 60 anos. (BRASIL, 2003a) Na Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS a idade a ser considerada é de 65 anos para recebimento do Benefício de Prestação Continuada-BPC. (BRASIL, 1993). Nas análises sócio-demográficas é realizado um corte de faixas etárias, partindo de 0 a 1 ano de idade até a faixa de 60 anos ou mais, já havendo estudos considerando faixas de idade até 80 anos ou mais. (BRASIL, 2003b)

Quanto ao marco cronológico Moragas (1997) definiu de forma didática as diferenças entre o mito e o fato, considerando ser mito que a velhice começa aos sessenta e

⁵ Minayo (2004) analisa as tendências mundiais de saúde a partir do conceito ampliado de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde na Carta de Otawa e pela Constituição Brasileira de 1988 no capítulo de Seguridade Social.

cinco anos, e por fato que a velhice não começa em uma idade cronológica uniforme, senão variável e individualizada. Neste sentido pode-se concordar com o autor ao considerar que o mito aqui referido tem uma explicação arbitrária e pouco racional:

“Os sessenta e cinco anos constituem, em muitos países, a fronteira da aposentadoria. Contudo, o que foi política social progressiva de proteção à velhice se converteu, hoje, no que é contra a dos trabalhadores, reconhecendo-se que os tetos cronológicos ao direito de trabalhar infringem direitos essenciais da pessoa, e que os sessenta e cinco anos constituem uma idade em que a pessoa pode desempenhar, perfeitamente, um trabalho” (MORAGAS. 1997, p. 25)

Na associação entre longevidade e desigualdade social considera-se oportuno a avaliação de Minayo (2004) ao considerar que embora tenha ocorrido no Brasil a melhoria dos indicadores de educação e saúde, elevando os níveis de desenvolvimento em todo o país, como também aumento da renda média das pessoas ocupadas, incluindo a longevidade da população, a redução da taxa de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer, o país continua sendo palco de desigualdades estruturais, com disparidades regionais e intra-regionais e tendências de diferenciações de renda *per capita* dentro de um mesmo município.

A estratificação populacional idosa encontra-se em um quadro de vulnerabilidade social, atrelado às dificuldades enfrentadas pela família brasileira geralmente destituída de seus mínimos sociais. Como ressalta Carvalho (2002) se nem mesmo a família recebe o apoio ou as condições básicas, não é possível que esta possa dispensar o necessário à pessoa idosa integrante de sua família, e reforça que o potencial protetor e relacional de aporte da família, principalmente daquela em situação de pobreza e exclusão, só pode ser otimizado se ela própria receber atenções básicas.

Conforme Camarano (2002) a maioria dos estudos no Brasil sobre o crescimento da população idosa expressam a preocupação com gastos previdenciários, além da utilização dos serviços de saúde e os respectivos custos. O processo de envelhecimento na atualidade também sugere uma análise sob o enfoque do caráter provedor do idoso em sua família, bem como do seu relacionamento quanto à previdência social, e pode-se considerar e concordar com a afirmação de que:

“... as aposentadorias desempenham um papel muito importante na renda dos idosos e essa importância cresce com a idade. Pode-se

concluir que o grau de dependência dos indivíduos idosos é em boa parte, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Como uma parcela importante da renda familiar depende da renda do idoso, sugere-se que quando se reduzem ou se aumentam benefícios previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração razoável dos rendimentos de famílias inteiras” (CAMARANO, 2002, P. 23)

Vários desafios são impostos quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa. É importante relacionar dois aspectos fundamentais do processo de envelhecimento: nem todos os problemas de saúde da pessoa idosa estão relacionados diretamente ao fator da velhice como também o envelhecimento natural não deve ser tratado como doença. Neste sentido é muito importante compreender que a saúde da pessoa idosa é para ser compreendida para além da doença, mas em um contexto que reafirme que velhice não é doença e que doenças existentes podem não estar diretamente relacionadas ao envelhecimento.

“O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.” (BRASIL, 2007, P. 9)

Além da política de saúde outra política que assiste largamente ao segmento idoso é a assistência social. A assistência social constitui-se como área privilegiada no que se refere à temática do idoso. Além do estabelecimento do Benefício de Prestação Continuada-BPC,⁶ a assistência social realiza o processo de revisão periódica deste benefício, fator condicionante de sua manutenção. Em contrapartida, a assistência social tem uma relação de intimidade com a população mais carente, onde muitos são idosos ou seus familiares. Portanto, a política de assistência social é merecedora de análise na contextualização da população idosa.

O caráter da assistência social enquanto política da seguridade social, não contributiva, de forma gratuita e desmercadorizada, conforme Pereira (2002) volta-se para contribuir com a melhoria da qualidade de vida e de cidadania da população. Isto principalmente nos aspectos de provimento público de benefícios e serviços, inclusão e manutenção destes, constituindo uma rede de proteção, reconceituando-se enquanto universal

⁶ O BPC foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS, que será analisada adiante.

e regulada pelos princípios da descentralização e pelo controle democrático e participativo em sua operacionalização.

Pereira (2002) relata que a assistência social é comumente identificada como um ato subjetivo ou praticada pelos governos como providência administrativa emergencial, para o reparo de carências, para o estado de pobreza extrema. Concorde-se com a autora quando afirma que esta percepção dominante constitui uma resistência à transformação da assistência social em uma área valorizada de política pública. Entende-se que a mudança de percepção promove uma revolução no campo da proteção social, colaborando para romper uma cultura conservadora de ciclos viciosos de pobreza, de paternalismo e clientelismo.

Com relação ao caráter de mudanças históricas ocorridas nos tempos de globalização em relação à velhice pode-se compreender que “o aumento da longevidade conjugado com o momento pelo qual passa a economia brasileira, com efeitos expressivos sobre o jovem, tem levado a que o idoso assuma papéis não esperados nem pela literatura nem pelas políticas” (CAMARANO, 2002, P.23).

Enquanto processo histórico considera-se relevante contextualizar os aspectos demográficos e de urbanização no Brasil, no Nordeste e no Ceará. Segundo o IBGE (2000) a distribuição da população nas regiões do Brasil deve considerar o aumento da expectativa de vida e das migrações da população em idade produtiva em busca de condições de trabalho.

Confirmando que o crescimento populacional é um fenômeno global, o IBGE (2007) ao analisar as informações da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe-CEPAL, constatou o crescimento a população de 60 anos ou mais em cada país do continente, com processos de envelhecimento diferenciados em três níveis: acentuado, intermediário e menos acentuado. “O Brasil encontra-se no grupo intermediário, entretanto, sua importância em termos absolutos é indiscutível: representa mais de um terço da população deste grupo etário na região” (IBGE, 2007, p.149)

Conforme o IBGE (2008) as estimativas populacionais têm importância fundamental nos cálculos de indicadores sociodemográficos e econômicos nos períodos

intercensitários, subsidiam inclusive a formulação, implementação e avaliação de políticas sociais. A análise dos resultados da projeção da população do Brasil por sexo e idade de 1980-2050, na revisão de 2008 ressalta que:

“... as transformações mais relevantes observadas nos indicadores demográficos implícitos nessa projeção, sobretudo com relação ao acelerado processo de envelhecimento da população, resultante do efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade e do aumento da expectativa de vida, a partir de meados da década de 1980” (IBGE, 2008)

Mendes (2002) enfatiza que as mudanças no aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional são tendências demográficas mundiais, acarretando em uma mudança epidemiológica importante, tanto em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Ao envelhecimento populacional está associado ainda mudanças nos estilos de vida, além das cargas de condições crônicas.

O envelhecimento populacional mundial representa um desafio. Relato de Kalache, Veras e Ramos (1987) informa que no Brasil a realidade era ainda mais complexa, visto que ainda não havia conseguido dar respostas aos problemas relacionados às faixas de 0 a 15 anos, já tendo que enfrentar as implicações sociais decorrentes de um processo de envelhecimento acelerado. No estudo desses autores o comparativo entre a Inglaterra e o Brasil entre 1900-1960 o crescimento da população idosa foi respectivamente de 230% e 497%, no período de 1960-2025 a previsão nos mesmos países chega a ordem de 80% e 917%.

Kalache, Veras e Ramos (1987) ainda enfatizam que o envelhecimento populacional vem se dando de uma forma que não tem havido um acompanhamento nas melhorias das condições de vida para a maioria desta parcela da população. A tendência é que ocorra uma mudança drástica na estrutura etária dos países do terceiro mundo mais acentuada que em países desenvolvidos. Ainda neste sentido os autores afirmam que no Brasil o envelhecimento populacional guarda ainda a peculiaridade das diferenças regionais, sendo mais acentuado nas regiões sul e sudeste do que no norte e nordeste. Quanto aos problemas de saúde os idosos brasileiros apresentam os mesmos que em países desenvolvidos, tais como doenças crônicas que exigem maiores cuidados e mais custos, agravados no Brasil pelos problemas relacionados à pobreza, como a desnutrição e doenças infecciosas.

O processo de urbanização da história do mundo está associado à saúde das populações. Neste contexto pode-se iniciar uma reflexão sobre o nordeste brasileiro e o estado do Ceará:

“foi no decurso de crescimento das cidades, fruto de brutal processo de urbanização provocado pela revolução industrial, que os intelectuais e lideranças políticas européias passaram a fazer as primeiras relações sistemáticas entre a situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, de habitação e sanitárias, bem como a perceber qual deveria ser o papel do Estado sobre estes determinantes.” (ANDRADE, 2006, p. 37)

O movimento migratório no Brasil, acompanhando o processo de expansão econômica, favoreceu a formação do desenho geográfico da distribuição populacional com concentração urbana da população brasileira, com intensidade após os anos 50. O mapeamento realizado pelo IBGE (2002) confirma as concentrações da população idosa nas áreas litorâneas.

Atualmente o Brasil apresenta uma sociedade predominantemente urbana. A concentração de população em áreas centrais das grandes metrópoles define em si as cidades, e, fora dessas áreas, em se tratando de áreas com menor densidade demográfica, a escassez de infra-estrutura e os meios de transporte podem dificultar a vida de quem mora além desses limites.

Empiricamente constata-se que com o crescimento populacional e o processo de urbanização a população mais jovem ou de melhor poder aquisitivo tem a oportunidade de transferência para áreas que se caracterizam por oferecer melhores condições de moradia, qualificação e trabalho. Neste sentido cabe a reflexão de que a população brasileira envelhece em meio a um processo de profundas modificações econômicas e sociais, acompanhadas de um contexto de importantes desigualdades regionais.

No que se refere ao desenvolvimento econômico e desconcentração industrial ocorrida no país, Sousa (2006) analisa a realidade nordestina ressaltando a dinâmica de crescimento nos anos 90, quando a movimentação espacial do capital localizou-se mais nas regiões metropolitanas e áreas irrigadas, apontando que as áreas do semi-árido e zona da mata apresentaram pouco crescimento ou estagnação econômica. Esta reflexão remete à visão do processo de urbanização também no nordeste brasileiro em face de distribuição geográfica e

social de recursos e interferência nas condições de sobrevivência da população rural.

Fernandes (2000) enfocou aspectos relacionados ao urbanismo e ao envelhecimento a partir da cidade de Uberlândia⁷. A autora refere a importância de compreender o idoso contextualmente, sendo fundamental a acessibilidade ambiental e o desenho espacial, transporte e segurança no trânsito, além da inserção social do idoso no espaço urbano. Comparativamente identificamos que no Estado do Ceará, embora as diversidades regionais e setoriais, as mesmas considerações se aplicam ao segmento idoso.

No Ceará o desenvolvimento de ações governamentais, por meio de políticas econômicas e sociais, garantiram incentivos e manutenção de recursos mínimos às regiões metropolitanas. Enquanto isso, não se assegurou condições dignas ou necessárias de permanência da população no interior do Estado. Entre outros fatores, o tratamento desigual entre rural e urbano pode ter desencadeado ou reforçado o êxodo rural e denota que a demografia estadual não foi alvo prioritário das ações governamentais. Embora ocorridas ações de melhorias de interiorização, tais como a eletrificação rural, os planos e realizações dos governos no Estado do Ceará⁸ empreenderam esforços de modo a incentivar o crescimento das áreas urbanas ou metropolitanas.

Neste período, conforme Sousa (2007) os principais investimentos foram no abastecimento de água da região Metropolitana de Fortaleza com a construção do sistema Pacoti-Riachão, a eletrificação rural, a construção do Centro Administrativo do Estado em Fortaleza, o estádio de futebol Castelão, a construção de estradas ligando várias cidades, a transformação do aeroporto Pinto Martins em aeroporto internacional, as obras do porto do Mucuripe e a criação da Companhia Docas do Ceará.

A realidade cearense caracteriza-se de forma adversa para os segmentos populares, incluindo-se aqui a população idosa, dentro de um receituário neoliberal instaurado a partir dos anos 80, onde:

⁷ Embora as condições de vida sejam diferentes das vivenciadas no nordeste brasileiro, o estudo se aproxima a nossa realidade e buscou aspectos de urbanização e envelhecimento que são interessantes ao nosso trabalho.

⁸ Desde os “governos dos coronéis” bem como nos anos 1980/90 com o “Governo das Mudanças”, ou “Era Jereissati”

“... promove-se o desmonte do Estado por via da privatização na oferta de bens e serviços e a redução dos gastos governamentais, com reflexos perversos no que diz respeito à proteção social.” (SOUSA. 2007 p. 603)

Estudos apontam que no Ceará a tendência do crescimento populacional da faixa etária idosa também se confirma, sendo a transição demográfica uma realidade passível de ações em diversos setores públicos e privados. Neste contexto observa-se que o Estado do Ceará tem se constituído em um cenário de intenso processo migratório do campo para as cidades fortalecendo o processo de urbanização.

Conforme Maia (2007) a população jovem, produtiva e migratória de décadas passadas envelheceu nas cidades, junto com o crescimento econômico e com o processo de urbanização. Hoje, já idosos, vivem nos grandes centros urbanos submetidos às dificuldades de qualquer outra faixa etária, tais como as condições de vida, transporte, violência, acesso a bens e serviços públicos.

Quanto aos transportes urbanos, a gratuidade de passagem é garantia para cidadãos com 65 anos ou mais, mediante identificação específica, ou “carteira do idoso”, como também tem garantida a redução nas tarifas para viagens interurbanas e interestaduais, por qualquer meio (terrestre, marítimo, ferroviário, aéreo), mediante agendamento e ou cotas por número de passageiros, conforme legislação específica.⁹

Considerando alguns fatores sociais da população idosa (origem ou naturalidade, escolaridade, moradia, entre outros) em pesquisa com relação a aspectos de urbanização, Maia (2007) ao caracterizar o perfil da população idosa integrante da Unidade de Referência do município de Fortaleza, constatou que 77,2% dos idosos eram originados dos municípios do interior do Estado do Ceará, enquanto 22,8% eram naturais da cidade de Fortaleza-CE, denotando a ocorrência de êxodo rural nas décadas próximas passadas.

Ainda nesse estudo Maia (2007) identificou que 13,1% dos idosos participantes não tinham nenhuma escolaridade, enquanto 25,7% eram apenas alfabetizados, sendo que parte destes recebeu esta escolarização já na Unidade de Referência, com o

⁹ Em contrapartida, quanto à acessibilidade, o cidadão de 60 anos ou mais tem direito garantido à “meia”, ou seja, o pagamento de 50% do valor de ingresso, seja em atividades de lazer (cinema, teatro, shows, ou outros), em competições esportivas (estádios, ginásios, quadras, ou outros).

desenvolvimento das atividades para o público idoso.

Maia (2007) ressalta que um dos problemas mais graves da população brasileira, o da falta de moradia, não é preponderante neste grupo de idosos pesquisado. Embora não sendo maioria, 15% dos idosos referidos no estudo ainda não residiam em casa própria, fato que comprovava a necessidade de suprir este mínimo social ao idoso em Fortaleza.

Empiricamente a urbanização apresenta outra característica importante relacionada ao envelhecimento que consiste em favorecer o estabelecimento de vínculos do idoso com seus familiares, com a comunidade, com a sociedade, com os serviços públicos ou privados, com recursos tecnológicos, com a informação, com o meio ambiente. O fortalecimento e manutenção de relações cada vez mais próximas entre idosos e a sociedade advindos do processo de urbanização difere das relações estabelecidas em meio rural, além da influência cultural e social proporcionada pela ocorrência da densidade demográfica dos centros urbanos.

Em qualquer ambiente na cidade de Fortaleza, quer público ou privado, é comum identificar o atendimento preferencial a idosos. Bancos, farmácias, supermercados, hospitais, repartições públicas, enfim, nas instituições de freqüentação pública, já tem como rotina o acolhimento à pessoa idosa, sugerindo ser uma conquistas da vida cotidiana.

A gerontologia, de abordagem multidisciplinar, inegavelmente contribuiu para a constituição do idoso em um problema social e se empenhou na sensibilização da sociedade brasileira para os dramas do envelhecimento. Afirma Debert (1996) ser impreciso medir se o discurso de especialistas foi capaz de influenciar um conjunto de ações sociais e questiona sobre em que medida o discurso gerontológico influenciou as políticas voltadas para essa população. Porém concorda-se com a autora quando reconhece que desde os anos 1980, as discussões relacionadas com a velhice ocupam cada vez mais espaço entre os temas que preocupam a sociedade brasileira.

Debert (1996) considera que o discurso gerontológico foi surpreendido pelas novas representações sobre o envelhecimento. Explosão demográfica, crítica ao capitalismo, crítica à cultura brasileira de valorização do novo e a crítica ao Estado, são

elementos fundamentais na construção da imagem do “velho” brasileiro como vítima do sofrimento, um ser discriminado, empobrecido, isolado, dependente da família ou do Estado. A autora faz uma análise sobre as novas representações da população idosa, e pode-se concordar com a afirmação que a universalização das aposentadorias e da pensão na velhice garante aos mais velhos direitos sociais dos quais é excluída a população em outras faixas etárias, sobretudo os jovens.

Moragas (1997) indicou que a gerontologia social trata de fenômenos humanos associados ao fato de envelhecer que é inerente a todo ser humano. Ressaltou ainda que “a velhice, resultado do envelhecimento, é vulgarmente considerada como uma realidade que afeta somente uma parte da população.” (MORAGAS, 1997, p. 17). Neste sentido o autor prossegue informando que os velhos são como uma parte isolada do resto da sociedade, mais do que outros grupos sociais, tais como crianças, jovens, funcionários públicos, entre outros. Embora cruel a afirmação, há de se considerar como realidade que “a velhice separa mais os idosos do resto dos concidadãos do que outros atributos cronológicos ou sociais.” (MORAGAS, 1997, p. 17).

Pela legislação vigente, a citar, por exemplo, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI, a pessoa considerada idosa é aquela com 60 anos ou mais de idade. Se considerarmos que a efervescência dos movimentos sociais ocorreu há cerca de três décadas, cronologicamente o idoso da atualidade naquela época (há cerca dessas três décadas) tinha em torno de 30 a 40 anos de idade.

Portanto pode-se concluir que o idoso da atualidade foi protagonista, como adulto ou como adulto jovem, na década de 1980. Daí a importância de contextualizar o processo de envelhecimento no que se refere aos movimentos sociais em busca da inclusão social e da cidadania para pessoas idosas no Brasil.

Um aspecto expressivo em torno da questão do envelhecimento refere-se à relevância dos movimentos sociais, por reconhecer o quanto foi favorável a conquista de direitos ou das garantias legais, principalmente com a Constituição de 1988. Também significativas foram as reflexões sobre a busca da superação do processo de exclusão em busca da cidadania do segmento idoso.

Dentre os destinatários de políticas públicas o segmento idoso é um público contemplado com o que se denomina o tripé da Seguridade Social¹⁰, prevista na Constituição de 1988. A universalização do direito à aposentadoria ou ao Benefício de Prestação Continuada-BPC garantiu que esta etapa da vida já não seja considerada totalmente destituída de recursos econômicos.

A luta pela redemocratização do Brasil teve seu auge na década de 1980, com intensa mobilização popular acerca da reivindicação das eleições diretas. As forças de oposição abrigavam desde políticos, sindicalistas, intelectuais, artistas e os anônimos da cena política, e, certamente, muitos dos atores desse processo engrossam as fileiras da população idosa da atualidade. A aprovação da Constituição de 1988 consolidou avanços significativos na garantia de direitos sociais, representando a carta magna mais democrática da história do Brasil, recebendo inclusive o título de

Embora a década de 1980 tenha sido marcada pela abertura política no país, este processo não conteve as formas mais graves de exclusão e de problemas sociais, sendo as desigualdades características que persistem no país desde o período colonial, e considerando o caráter contraditório da relação entre os direitos sociais, civis e políticos pode-se concordar com a afirmativa:

“... A avaliação dos governos militares sob o ponto de vista da cidadania tem, assim, que levar em conta a manutenção do direito do voto combinada com o esvaziamento de seu sentido e a expansão dos direitos em momento de restrição de direitos civis e políticos.”
(CARVALHO, 2007 p. 172).

Para analisar a conjuntura de inclusão da pessoa idosa é necessário refletir sobre cidadania, seu significado, sua evolução histórica e suas perspectivas. Concorde-se com Carvalho (2007) que cidadania deve ser considerada como algo complexo e histórico, além de incluir dimensões ou desdobramentos, sendo eles traduzidos em direitos civis, políticos e sociais. Os titulares dos três direitos podem ser considerados cidadãos plenos, porém alguma dimensão pode ocorrer sem, contudo, as outras estarem necessariamente presentes.

¹⁰ O tripé refere-se às políticas de previdência social, saúde e assistência social.

Considera-se que ao envelhecer o ser humano certamente já atravessou os ciclos de vida anteriores, já passou pela infância, juventude, fase adulta. Já necessitou de alimentação, moradia, educação, saúde, lazer, segurança, bem como necessidades em outras dimensões. Portanto é necessário um cuidado especial para com este segmento, pois todos os ciclos de vida, senão interrompida por causas externas, necessariamente caminham para o ciclo da velhice.

Na análise de Carvalho (2007) as dimensões dos direitos correspondem aos: direitos civis enquanto aspectos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade e igualdade perante a lei¹¹; os direitos políticos enquanto participação do cidadão no comando do governo, sendo ainda generalizado como direito do voto¹²; os direitos sociais como garantia na participação da riqueza coletiva, concretizados em educação, trabalho, salário, saúde, aposentadoria e outros.¹³

Com relação às questões que envolvem o tema cidadania é importante ressaltar o enfoque de Dagnino (2004) afirmando que a nova cidadania teve sua formulação originada nos movimentos sociais com as demandas de acesso aos equipamentos urbanos. A autora considera como elementos centrais as noções de sociedade civil, de participação e de cidadania, os quais estabelecem relações estreitas entre si. Estes elementos têm relações com a origem do projeto democratizante e são canais de mediação destes com o projeto neoliberal, e explica que “a redefinição da noção de sociedade civil e do que ela designa talvez tenha constituído o deslocamento mais visível produzido no âmbito da hegemonia do projeto neoliberal.” (DAGNINO, 2004, P. 202).

¹¹ Carvalho considera que os direitos civis garantem relações entre as pessoas e a sociedade em si de modo civilizado, sem, contudo violar a liberdade individual. A falta de segurança individual, ameaça à integralidade física e dificuldades de acesso à justiça são formas graves de se verificar a violação dos direitos civis

¹² Carvalho demarca distinções fundantes entre direitos civis e direitos políticos, afirmando que sem os primeiros, sobretudo em relação à liberdade de opinião e organização, os direitos políticos ficam esvaziados, existindo apenas formalmente, servindo mais para justificar o governo do que mesmo para representar os quais o elege. A desorganização da sociedade de forma autônoma deixa prevalecer os interesses corporativos

¹³ Ainda conforme Carvalho, direitos sociais têm sua existência atrelada à máquina administrativa do poder executivo. Podem proporcionar a redução dos excessos das desigualdades produzidos pelo capitalismo se a sociedade for organizada politicamente, visto que tem como base a idéia central da justiça social

Culturalmente determinado, o prestígio da prática do consumo demarca a distância social entre as classes e o fascínio por símbolos de prestígio e poder imperativos na sociedade. Neste sentido é relevante considerar que esta determinação cultural distancia do perfil da pessoa idosa estes símbolos de poder. Maia (2007) considera que embora a pessoa idosa seja consumidora em potencial, principalmente pelo papel de provedor de si próprio e também de sua família, advindo prioritariamente dos benefícios previdenciários, culturalmente a pessoa idosa carrega uma série de estereótipos negativos, traduzidos principalmente pela inatividade, pelo sentimento de estar à margem do mercado produtivo.

Em outra dimensão os investimentos sociais voltados para a população em situação de miséria e pobreza Brasil, os quais são incluídos os idosos, referem-se prioritariamente aos programas de transferência de renda. Chauí (2006) enfatiza que as novas formas de desenvolvimento do capitalismo e as determinações econômicas reforçam os privilégios principalmente por meio da aplicação dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital, da privatização e proteção de oligopólios e dos direitos sociais transformados em serviços privados submetidos à lógica de mercado, tais como saúde, educação e moradia. Assim pode-se identificar que:

“... A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma de carência popular e do privilégio dos dominantes”. (CHAUÍ, 2006, p. 94)

Dagnino (2004) refere que em contradição ao movimento social datado das décadas de 1980 e 1990, onde a questão social e a pobreza relacionam-se com a busca da cidadania e da igualdade de direitos, a forma de gestão do social proposta pelo projeto neoliberal apregoa a solidariedade, trabalho voluntário e filantrópico. Ressalta-se que este tipo de atuação é largamente utilizado junto ao segmento idoso, a exemplo o que ocorria no próprio município de Fortaleza, onde as ações de assistência ao idoso na área de assistência social eram prioritariamente realizadas por Organizações Não Governamentais, através da manutenção de convênios com a gestão municipal.

A mudança do discurso para uma dimensão de responsabilidade moral da sociedade impõe outra conotação, com a negação do cunho político e de não responsabilização pública, conforme a reflexão de que:

“... uma das conseqüências é o deslocamento dessas questões: tratadas estritamente sob o ângulo da gestão técnica ou filantrópica, a pobreza e a desigualdade estão sendo retirado da arena pública (política) e do seu domínio próprio, o da justiça, igualdade e cidadania. (...) Com o avanço do modelo neoliberal e a redução do papel do Estado, as políticas sociais são cada vez mais formuladas estritamente como esforços emergenciais dirigidos a determinados setores sociais, cuja sobrevivência está ameaçada. O alvo dessas políticas não são vistos como cidadãos, com direito a ter direitos, mas como seres humanos “carentes” a serem atendidos pela caridade, pública ou privada.” (DAGNINO, 2004, p. 211).

Outro aspecto da colaboração entre sociedade civil e Estado se refere à instituição de novas práticas de envolvimento da população na formulação, fiscalização e execução de políticas públicas, sobretudo no tocante a orçamento e obras públicas, com o advento das Organizações Não Governamentais-ONG. Neste sentido pode-se afirmar juntamente com Carvalho (2007) que embora as Organizações Não Governamentais-ONG não façam parte do governo suas atividades são de cunho público, que o trabalho dessas com as esferas de governo registram experiências novas de encaminhamento e solução de problemas sociais.

Concorda-se com a assertiva de Dagnino (2004) como um exemplo de confluência perversa e deslocamento de significados, sobre as relações entre Estado e ONGs, onde a autora menciona que as últimas podem ser vistas como:

“... dotadas de competência técnica e inserção social, interlocutores “confiáveis” entre os vários possíveis interlocutores na sociedade civil, elas são freqüentemente vistas como os parceiros ideais pelos setores do Estado empenhados na transferência de suas responsabilidades para o âmbito da sociedade civil”. (DAGNINO, 2004 p. 203).

A propósito dos movimentos sociais na busca da cidadania e contra a exclusão social e ainda no campo da transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, chama a atenção o que Camarano (2002) argumenta com relação aos papéis que atualmente o idoso desempenha na sociedade:

“... o aumento da longevidade conjugado com o momento pelo qual passa a economia brasileira com efeitos expressivos sobre o jovem tem levado a que o idoso assuma papéis não esperados nem pela literatura e nem pelas políticas” (CAMARANO. 2002 p. 23)

Desta forma, contextualizar o processo de envelhecimento neste estudo, além de reforçar a importância da temática, deixa claro que a conjuntura brasileira articulada ao seu processo de transição demográfica torna necessário o debate sobre políticas públicas para a pessoa idosa na realidade nacional, regional e local.

Na perspectiva de focalizar a análise na esfera da gestão municipal e com o propósito de responder aos objetivos deste estudo ao propor avaliar a PNSPI no município de Fortaleza, considera-se fundamental a reflexão da temática sob a luz de aspectos conceituais da descentralização e da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde.

A lei 8.000, de 29 de janeiro de 1997, que trata sobre a reforma administrativa de Fortaleza de 1997, evidencia os propósitos da nova organização administrativa da cidade de Fortaleza, fundamentados em dois pressupostos: primeiro da descentralização, como meio de levar as decisões para junto do cidadão, tornando a organização pública mais permeável às suas demandas; segundo a intersetorialidade, porque as necessidades dos cidadãos não são estanques e, se o consumo dos serviços públicos for planejado de forma integrada e articulada, poderá superar a fragmentação até então característica das políticas sociais.

Ao fazer uma análise em torno da agenda da reforma das políticas sociais ocorridas em meio ao processo de democratização no Brasil, desde a década de 1970, com impulso na década seguinte, Farah (2000) informa que as propostas mais enfatizadas pelos sujeitos que atuaram em prol da reforma foram a descentralização e a participação popular na formulação e implementação de políticas. Quanto à descentralização, entre outros enfoques destacou que:

“a descentralização não significa apenas transferir atribuições, de forma a garantir eficiência, mas é vista, sobretudo como redistribuição de poder, favorecendo a democratização das relações entre Estado e Sociedade e a democratização do acesso aos serviços.” (FARAH, 2000, p. 12)

O processo de descentralização reorienta práticas políticas e administrativas. A prática recente no Brasil de deslocamento das iniciativas de políticas sociais (do nível central para os níveis estaduais e municipais) com ênfase na importância crescente dos governos locais foi analisada por Farah (2000) e pode-se confirmar que:

“neste processo embrionário de reforma da ação estatal no país, os governos locais tem contribuído para a formação de novos arranjos institucionais e de novos processos de gestão em que se rompem alguns dos elementos críticos que caracterizavam as políticas sociais até os anos 80” (FARAH, 2000, p. 17)

Considera-se relevante referir aspectos da descentralização quanto às relações entre Estado e sociedade, neste sentido uma reflexão fundamental sobre a temática foi referida por Pereira (2002) onde alerta que:

“A descentralização que se afigura mais apropriada aos avanços sociais contidos na constituição é aquela que não desobrigue o Estado de suas responsabilidades sociais e não onere a sociedade com tarefas e encargos que não lhe competem.” (PEREIRA, 2002, p. 232)

Reflexões importantes sobre o caráter contraditório da descentralização foram realizadas por Stein (1997) alertando que tanto a descentralização pode constituir um instrumento de ação política ao atender diferentes interesses, como pode estruturar a hegemonia do poder central. Porquanto contraditório, pode também estabelecer canais para a participação social e favorecer a democratização para formular, acompanhar e controlar políticas públicas.

“A redemocratização brasileira traz à tona o discurso da descentralização, refletindo uma tendência mundial, que ganha corpo a partir do final da década de 70, como necessidade de se ajustar ao contínuo processo de mudanças no sistema produtivo, na organização do trabalho, na estrutura da família e nas relações sociais em geral. (STEIN, 1997, p.5)

A descentralização sendo compreendida como transferência de poder remete a implicações no que se refere às questões de cidadania. Quanto a este enfoque podemos considerar que:

“A cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência tem importância e são respeitados. Por isso, transferência de poder para espaço municipal e seu deslocamento, nesse espaço, para mais perto do cidadão, é fator de ampliação da

permeabilidade do Estado ao cidadão e, portanto, de democratização e de garantia de direitos”. (JUNQUEIRA, INOJOSA E KOMATSU, 1997, p. 16)

Ao considerar a descentralização como um instrumento gerencial para o estado brasileiro nas três esferas do governo, nos aspectos político e administrativo, há de se reconhecer que a descentralização fundamenta também a proximidade das políticas públicas aos destinatários, não apenas das ações e serviços, mas também impõe a aproximação dos próprios gestores e executores ao público alvo dessas políticas públicas.

Esse caráter de descentralização é fundamental na análise que se propõe, ao reconhecer que enquanto pode favorecer a participação popular e alterar práticas pode também reforçar o poder estabelecido. A descentralização pode também fomentar a qualificação de práticas das políticas públicas, provocadas principalmente pela proximidade das ações de serviços às necessidades da população alvo, provocando a interlocução combinada com políticas públicas distintas.

Desde a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, tendo como fruto a Carta de Ottawa, ficou explicitado o conceito de promoção de saúde enquanto condições de proporcionar os meios para melhoria da saúde e exercer controle sobre ela, apontando como seus principais requisitos a paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade, afirmando assim o caráter intersetorial para a consecução da saúde. (CARTA DE OTTAWA, 1986). As discussões de Ottawa utilizaram os pressupostos da Declaração de Alma-Ata que enfocava os cuidados primários de saúde em 1978, que serão mais detalhados adiante.

O documento Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006a) preconiza a atenção à Saúde do Idoso como uma das ações prioritárias, vale ressaltar que este documento se constitui como a passagem final para a aprovação da Política nacional de Saúde da pessoa Idosa. Neste Pacto são referidas as diretrizes sob as quais o trabalho deve ser desenvolvido, entre elas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável, com atenção integral e integrada, estímulo às ações intersetoriais, acolhimento da pessoa idosa, provimento de recursos capazes de assegurar as diversas ações, além de toda a logística que requer o desenvolvimento adequado do trabalho.

A Portaria 2.528 de 19 de Outubro de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, onde nas diretrizes prevê o estímulo às ações intersetoriais, visa à integralidade da atenção conforme a seguir:

“A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersectoriais visando a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais” (BRASIL, 2006)

Para Andrade (2006) a promoção da saúde demanda ação coordenada de setores sociais do Estado, da Sociedade Civil, do sistema de saúde e de outros parceiros. Assim corrobora-se com a postura que a saúde não pode ser assegurada apenas pelo setor saúde e reafirma-se o caráter determinante da intersectorialidade no desenvolvimento das políticas públicas do setor saúde.¹⁴

Wimmer e Figueiredo (2006) defendem que a complexa situação social de exclusão em que vive a maior parte da população não pode ser resolvida apenas com ações setoriais, mas com micro e macroestratégias intersectoriais construídas pela articulação do Estado e Sociedade Civil.

Dentre os eixos da atenção à saúde um dos recursos utilizados é o da intersectorialidade:

“cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar uma assistência mais integral, de forma resolutiva, integral, incrementando novas visões paradigmáticas a esses profissionais.” (GROSSI e GUILAMELON, 2006, p.1)

A intersectorialidade pode ser definida segundo Mendes (2002) como elemento central para operacionalização dos serviços de saúde, articulando setores tanto a nível operacional local quanto de planejamento com potencialidade de articulação de setores fundamentais, obtendo mudanças efetivas e duradouras. Afirma que as contribuições vão desde a própria organização do setor e sua interlocução com os outros setores até o modo de assistir as pessoas, pela prática individual ou coletiva.

¹⁴ Para aprofundamento ver a obra deste autor: A saúde e o dilema da intersectorialidade.

Grossi e Guilamelon (2006) enfatizam que os princípios organizativos da intersectorialidade incidem em provocar mudanças em organizações, quer sejam nos sistemas e serviços de saúde, quer sejam em outros setores da sociedade. Segundo as autoras, e pode-se concordar que é real a necessidade de revisão no processo de formação dos profissionais que atuam em áreas onde a intersectorialidade está inserida enquanto processo, onde as equipes não devem ser mais vistas enquanto apenas um conjunto de saberes específicos. As equipes e os saberes devem, porém ser interpretados enquanto um carácter amplo que extrapole setores e atuem em redes de atenção aos usuários, deve-se reconhecer que:

“A intersectorialidade como processo permite a articulação de diferentes setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação podendo transformar-se numa construção coletiva de um novo modo de estar no mundo. Essa capacidade de reconhecer o lugar do outro, compartilhar, de ser tolerante, de articular fragmentações é, em si mesma, um ganho fundamental e é capaz de alimentar a vontade de seguir participando de muitas das pessoas e coletivos.” (GROSSI E GUILAMELON, 2006, p. 6)

Inojosa (2001) refere que quanto aos aspectos da intersectorialidade na literatura, é possível encontrar os termos intersectorialidade e transectorialidade com o mesmo sentido. A autora prefere utilizar a expressão transectorialidade e, ao tecer uma crítica quanto ao termo intersectorialidade, explica que:

“A crítica ao prefixo “inter” é que ele poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem daí gerar novas articulações. Isso ocorreu com a idéia de equipe multiprofissional, que pretendia a articulação de vários saberes profissionais para a solução de um mesmo problema, mas que, na prática, se limitou, na maioria das vezes, a reunir diferentes profissionais num mesmo lugar ou com um mesmo objeto, sem que o diálogo prosperasse. Isso porque se tratava de uma aproximação de corporações fechadas, e seus representantes acabavam preservando suas respectivas clausuras setoriais.” (INOJOSA, 2001, p. 103)

A articulação dos aspectos descentralização e intersectorialidade nas políticas públicas sugerem um novo paradigma de gestão pública. Pode-se concordar com a reflexão de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) que consideram:

“Os conceitos de intersectorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à

influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente dos micro-espacos que interagem com a organização social dos grupos populacionais.” (JUNQUEIRA, INOJOSA E KOMATSU, 1997, p. 24)

Neste sentido considera-se relevante a abordagem feita por Ckagnazaroff e Mota (2006) sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade enquanto estratégias de modernização e democratização de gestão de prefeituras municipais. Os autores exemplificam que prefeituras com a de Fortaleza-CE e Belo Horizonte-MG, tem procurado conciliar as duas estratégias visando tanto a eficiência e a eficácia, quanto um maior envolvimento do cidadão na gestão pública.

Conclui-se que existem vantagens, mas também riscos nas estratégias da descentralização e da intersectorialidade, como instrumentos de gestão, identifica-se dimensões políticas, decisórias e de prestação de serviços e ações na descentralização. Porém identifica-se que na dimensão dos serviços reside a maior tendência de relacionar descentralização com intersectorialidade, embora nos aspectos políticos e decisórios também possam ocorrer tais possibilidades.

Desta forma, baseado nos argumentos apresentados, faz-se conveniente examinar políticas públicas sociais voltadas para a população idosa de forma intersectorial, não apenas entre categorias profissionais, superando a interdisciplinaridade, mas entre políticas públicas. Prioritariamente neste estudo, partindo da área de saúde, tanto pelo fato da constante frequência do segmento populacional de idosos, como também pelo carácter de pioneirismo do setor saúde na elaboração e instauração de políticas públicas, notadamente pelos avanços apresentados principalmente nas bases legais.

Dentre as publicações internacionais mais significativas para a temática da saúde do idoso estão a Carta de Alma-Ata, a Carta de Otawa e o Plano de Madri, instrumentos que podem colaborar na análise, à luz das orientações internacionais, da construção do marco legal nacional, inclusive a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso.

Com a realização de fóruns e assembléias mundiais, foram elaborados instrumentos representativos dos movimentos sociais com prerrogativas em relação ao

processo de envelhecimento, garantia de direitos, busca da cidadania e pela valorização dos idosos. Nas publicações internacionais constam conceitos importantes sobre o processo de envelhecimento, que favorecem inclusive a fundamentação na base legal nacional, tais como:

“Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Ao fazer um recorte no roteiro histórico do marco legal internacional ressalta-se que em 1978 foi realizada na cidade de Alma-Ata a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que teve como fruto a Declaração de Alma-Ata. A Conferência Internacional centralizou a necessidade da promoção da saúde de todos os povos do mundo, entendendo saúde não como ausência de doenças, mas como um direito humano fundamental de completo bem-estar físico, mental e social. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978).

A declaração de Alma-Ata traz contribuições significativas na conceituação dos cuidados primários de saúde, deixa clara a necessidade da intervenção nos problemas de saúde da comunidade mundial, como inclusive condição para desenvolvimento social e econômico dos povos, conforme definição a seguir:

“Por cuidados Primários de Saúde entende-se a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver. Como tal, são parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, o qual constituem o núcleo, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1978)

Em 2002 foi realizada em Madri a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. As principais deliberações desta Assembléia foram substanciais para o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito de direitos, destacando o caráter decisório de adotar um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, tendo este Plano de Ação o marco de “três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Ainda no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, ou Plano de Madri, resgata-se além de uma declaração política, recomendações para adoção de medidas para pessoas idosas e desenvolvimento, envolvendo vários temas, tais como: participação ativa na sociedade, emprego e envelhecimento da força de trabalho, desenvolvimento rural, migração, urbanização, acesso ao conhecimento, solidariedade intergeracional, erradicação da pobreza, proteção social, entre outros. Vale ressaltar que os temas ora propostos em 2002 são bem atuais e fazem realmente parte do contexto do processo de envelhecimento.

No Plano de Madri de 2002 reafirma-se a contribuição histórica de eventos anteriores, conforme a seguir:

“O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado na I Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, celebrada em Viena, orientou o pensamento e a ação sobre o envelhecimento durante os últimos vinte anos, na formulação de iniciativas e políticas de importância crucial. As questões relacionadas com os direitos humanos dos idosos foram absorvidas na formulação, em 1991, dos Princípios das nações Unidas em favor dos idosos, nos quais se proporcionava orientação nas esferas da independência, da participação, dos cuidados, da realização pessoal e da dignidade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003)

Pode-se considerar que as I e II Assembléias Mundiais sobre o envelhecimento foram marcos legais importantíssimos para a população idosa do mundo inteiro, ao servir, principalmente, de base para elaboração de documentos posteriores, incluindo-se aqui a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, objeto de estudo ora proposto.

Em 1986 na cidade de Ottawa, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde a qual originou uma Carta de Intenções, denominada de Carta de Ottawa. A definição de promoção da saúde na Carta de Ottawa colabora para a compreensão do estudo proposto, pois enfoca conceituação da saúde em sentido amplo, como recurso para a vida. Neste sentido considera-se fundamental o conceito conforme a seguir:

“Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as

capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (CARTA DE OTTAWA, 1986)

A Carta de Ottawa reforça a necessidade de atuação do setor saúde com outras áreas, instalando a necessidade de construção de políticas públicas saudáveis. Assim configura-se que a promoção de saúde vai além dos cuidados primários de saúde, afirmados em Alma-Ata. Desta feita compreende-se que saúde está para além do setor saúde, e, reafirma-se que as políticas públicas de saúde alcançam efetivamente êxito quando observadas e executadas juntamente às outras políticas públicas.

No campo de proteção legal ao idoso no Brasil diversos dispositivos foram instituídos antes da publicação da PNSPI. Assim há que se considerar a existência de um roteiro histórico que originou a Política em evidência. Neste sentido através da consulta às publicações anteriores buscou-se identificar um percurso lógico e seu encadeamento, além de identificar dos principais avanços e dificuldades para a implantação da política.

Considera-se fundamental identificar no estudo a finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A portaria nº 2.528 foi aprovada em 19 de outubro de 2006, e define como primordial:

“recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade” (BRASIL, 2006b)

Muito embora a legislação brasileira seja reconhecidamente avançada, existem dúvidas quanto à efetividade da sua aplicação na prática. Com base no que se identifica como primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI, e partir do entendimento de que ter garantias legais não provoca necessariamente a efetivação da política pública, faz-se a partir deste ponto uma revisão das principais iniciativas de base legal que propiciaram e originaram a PNSPI.

Esta etapa do trabalho está organizada pela cronologia de publicação da legislação vigente para uma reconstituição histórica da trajetória que originou a PNSPI. A ordem, porém, não caracteriza se uma publicação tem mais ou menos importância que a outra,

apenas opta-se pela cronologia para facilitar a compreensão sobre o caminho percorrido, numa dimensão temporal, até a elaboração e aprovação da PNSPI.

No marco legal nacional faz-se uma opção em efetuar um recorte cronológico a partir da Constituição Federal de 1988, ou ainda, Constituição Cidadã,¹⁵ como é popularmente conhecida. Em seu Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade Social, o artigo 194 determina que

“a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 1988, P.131).

As três áreas, saúde, previdência e assistência social são integrantes do que se denomina o tripé da seguridade, que devem ser organizados com objetivos definidos nos termos da lei e, em linhas gerais, de modo a garantir a universalidade, equivalência da população urbana e rural, seletividade e distributividade, equidade de custeio, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, a participação da comunidade, especialmente de trabalhadores, empresários e aposentados. O tripé da seguridade social a partir deste ponto será tratado didaticamente, separado por área.

“De fato, a ampliação do acesso aos direitos sociais ocorreu com a Constituição de 1988: a proteção social, até então praticamente restrita aos contribuintes do sistema previdenciário, foi estendida à população em geral, embora com alguma variação quanto ao conjunto de benefícios a serem cobertos, bem como viu-se afirmada a universalização dos serviços de saúde e de assistência social. (...) a Constituição de 1988 obedece a duas lógicas: a do direito individual e a do direito coletivo de acesso ao sistema.” (COHN E ELIAS, 1996, p. 53).

Neste sentido considera-se a conceituação sobre a responsabilidade do poder público para com a saúde do cidadão, reafirma assim a primazia do Estado. Esta preconização é de suma importância para a compreensão da temática da saúde como um bem, um bem que é de responsabilidade não apenas do indivíduo e não somente da sociedade, muito menos um

¹⁵ Em relação ao termo Constituição Cidadã, Carvalho(2007) denomina como o “auge do entusiasmo cívico”. O autor faz uma análise de como a cidadania tem sido popularizada em todas as camadas, tais como políticos, jornalistas, intelectuais, simples cidadãos, entre outros, no ímpeto pós ditadura militar, chegando, na retórica política, até mesmo a confundir e substituir o povo, quando deixa de utilizar a expressão “o povo quer” para “a cidadania quer”.

bem enquanto dádiva ou benesse, mas como um direito, direito revestido de obrigatoriedade pública do Estado. Conforme a Seção II, da Constituição de 1988, no artigo 196 a saúde é determinada enquanto:

“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, P.133).

No artigo 197 da Constituição de 1988 é determinado que as ações e serviços públicos de saúde são de relevância pública, e que a regulamentação, fiscalização e controle cabem ao Poder Público. Neste sentido a implantação e manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS e de acordo com os preceitos deste instrumento, traz para o Poder Público a primazia da responsabilidade do Estado pela saúde da população. (BRASIL, 1988)

O Sistema Único de Saúde-SUS, foi regulamentado pela Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990. A Lei dispõe sobre as condições para o sistema de saúde em todo o território nacional. Conforme o artigo 5º, da Lei nº 8.080 são objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular políticas de saúde para promover condições que assegurem o acesso universal e igualitário à saúde, e assistir a população com a realização integrada das ações assistenciais e preventivas. (BRASIL, 1990)

São diretrizes do SUS: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, estabelecidas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Neste sentido as ações e serviços e saúde, desde a definição constitucional, devem estar orientados para a integração da saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 1990)

As bases da publicação de amparo legal na área da Saúde foram estabelecidas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, baseadas no movimento sanitário vivenciado no Brasil desde a década de 1970. Vale ainda ressaltar que a regulamentação do Sistema Único de Saúde-SUS só foi efetivada, na lei, dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, prazo que se considera bem elástico, considerando a efervescência dos movimentos sociais evidenciados naquela época.

A Assistência Social, conforme a Constituição de 1988 considera que esta será prestada a quem dela necessitar, sendo política não contributiva, considerando seus objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice. (BRASIL, 1988) Em 1993, foi aprovada a Lei nº 8.742, a Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, que traz em seu artigo 1º que:

“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.” (BRASIL, 1993).

Na LOAS está garantido o pagamento mensal de um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que não tenham meios comprovadamente de prover sua manutenção própria ou por seus familiares. Este benefício é denominado de Benefício de Prestação Continuada-BPC, é concedido mensalmente, compõe a proteção social básica, é um benefício de atendimento direto ao público beneficiário. O BPC passa por um processo de revisão a cada dois anos, que tem o objetivo de verificar as condições do beneficiário, se ainda estão mantidas ou se foram superadas, para a respectiva manutenção ou suspensão do mesmo.

A Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, embora só tenha sido aprovada em 1993, ou ainda, cinco anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi um instrumento fundamental na efetivação de direitos para os idosos no Brasil. Vale ressaltar também que embora a garantia legal, os primeiros pagamentos do Benefício de Prestação Continuada-BPC, só iniciaram em 1996. É indiscutível a importância do BPC para a vida das pessoas idosas no Brasil, e também, para suas famílias. É um direito que garante ao idoso uma melhoria na condição de vida dessas pessoas e da redução da vulnerabilidade e risco social desse segmento.

“A assistência social também é componente da *seguridade social* porque integra e define um veio da seguridade, que é a sua dimensão distributiva, por oposição à dimensão contributiva definida pela previdência social. Além disso, ela deve agir não só no sentido de livrar os seus destinatários dos infortúnios do presente, mas também das incertezas do amanhã, protegendo-os preventivamente das adversidades causadas por enfermidades, velhice, abandono, desemprego, desagregação familiar etc. É nesse sentido que ela deve funcionar como uma rede de proteção impeditiva da pobreza extrema. Trata-se, assim, a política de assistência social, de medida ativa e positiva

que, além de procurar corrigir injustiças, visa prevenir situações de vulnerabilidade e riscos sociais que representam ameaças, perdas e danos a vários segmentos sociais.” (PEREIRA, 2002, p. 225).

A Política Nacional da Assistência Social foi aprovada, por unanimidade, pelo Conselho Nacional de Assistência Social, em plenária datada dos dias 15 e 16 de dezembro de 1998. No campo da proteção legal, a respectiva Política se constitui em arcabouço de proteção e inclusão social da população idosa, garantindo em seus termos o acesso a bens e serviços emanados das políticas públicas. Em seu escopo a Política Nacional da Assistência Social-PNAS propõe:

“princípios, diretrizes e estratégias que norteiam as ações de enfrentamento à pobreza, que visam à redução das desigualdades sociais e das disparidades regionais fortemente presentes na história de nosso país.” (CNAS, 1998, p. 8).

Um fator determinante da importância da Política Nacional de Assistência Social-PNAS é a definição dos seus destinatários. Dentre eles estão incluídas as pessoas idosas, reconhecidas como prioridade por estarem em conformidade com:

- a) condições de vulnerabilidade próprias do ciclo de vida, que ocorrem, predominantemente, em crianças de zero a cinco anos e em idosos acima de sessenta anos;
- b) condições de desvantagens pessoal resultantes de deficiências ou incapacidades, que limitam ou impedem o indivíduo no desempenho de uma atividade considerada normal para sua idade e sexo, face ao contexto sócio-cultural no qual se insere.” (CNAS, 1998, p. 56).

A PNAS constitui um elemento importante na análise da conjuntura do marco legal de proteção ao idoso porque, primeiramente, reafirma os preceitos constitucionais, reforça a Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, apresenta a perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas com vistas ao desenvolvimento integrado dos seus beneficiários, aqui incluídos as pessoas idosas.

Com a PNAS destaca-se a afirmação de um novo paradigma da assistência social centrado na cidadania, observando a complexidade dos fatores que envolvem os seus destinatários, as ações da assistência social devem ser integradas com as demais políticas públicas, obedecendo às funções de inserção, prevenção, promoção e proteção voltadas para os destinatários. Neste enfoque é superado o caráter culturalmente determinado do

assistencialismo e clientelismo da assistência social, reafirmando-a como política pública, no enfoque de direitos, como instrumento na busca da cidadania.

Dos objetivos da PNAS pode-se destacar: a promoção da inclusão dos destinatários da assistência social com garantia de acesso aos bens e serviços sociais básicos; a matricialidade da família como principal referencial para o desenvolvimento integral dos destinatários; a contribuição para a melhoria das condições de vida e de cidadania das populações excluídas; e o estabelecimento de diretrizes que orientem planos, benefícios, serviços programas e projetos de assistência social com a afirmação dos valores democráticos implícitos na Política.

O Estatuto do idoso foi instituído em 2003 destinado a regular os direitos assegurados às pessoas idosas, com idade de sessenta anos ou mais. Em seu artigo 3º, o Estatuto do Idoso define que:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, a dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 2003a).

O Estatuto do Idoso o reconhece como sujeito de direitos de cidadania, sendo este da responsabilidade da família, da sociedade e do estado. Além de rejeitar toda forma de discriminação e marginalização, o considera como sujeito de relações e único, levando a cabo que programas e serviços devem obedecer a critérios próprios às dimensões do processo de envelhecimento.

A publicação do Estatuto do Idoso causou uma repercussão positiva na sociedade brasileira, tanto que o dia do idoso passou a ser comemorado no dia 1º de outubro, em homenagem à data da aprovação do referido Estatuto. Ressalta-se que além de ocorrer o reconhecimento por parte da sociedade brasileira, o próprio idoso também estabeleceu uma relação de intimidade e de valorização do instrumento legal, o que se interpreta como indicativo de legitimidade do Estatuto do Idoso junto à população idosa.

Além dos avanços significativos do Estatuto do Idoso no que diz respeito ao reconhecimento social e cultural do idoso como sujeito de direitos, também foi relevante o corte cronológico para a concessão do Benefício de Prestação Continuada-BPC. Na Lei nº 8.742, a LOAS, foi considerado o critério de 70 anos de idade, porém a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o marco cronológico para pagamento do BPC foi reduzido para 65 anos de idade.

Articular a política pública de saúde com demais políticas públicas é um fator determinante para a consecução de resultados favoráveis no que se refere às ações e serviços para idosos, principalmente ao considerar a complexidade da realidade social em que está inserido o público idoso, em sua grande maioria. O capítulo IV, do direito à saúde do Estatuto do Idoso, em seu artigo 15 dita:

“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde-SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.” (BRASIL, 2003a).

Vale ressaltar que a exemplo do Sistema Único de Saúde, hoje o país conta também com o Sistema Único de Assistência Social-SUAS, que inegavelmente representa avanços na consolidação de direitos dos beneficiários da assistência social, e aponta o idoso como público prioritário, em busca da inclusão social e da cidadania deste público.

Conforme a Política Nacional de Assistência Social (2004) o conceito e base de organização do SUAS pode ser assim sintetizado:

“O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação.” (BRASIL, 2005b).

Documento mais recente intitulado “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” preconiza a atenção à Saúde do Idoso como uma das ações prioritárias. Este documento foi fruto de discussões e reflexões envolvendo as diversas áreas do Ministério da Saúde e Conselhos de gestores, sendo aprovado no Conselho Nacional de Saúde em 2006. (BRASIL, 2006a)

No Pacto pela Vida são referidas as diretrizes sob as quais as ações e serviços de saúde para a pessoa idosa devem ser desenvolvidos, entre elas: a promoção do envelhecimento ativo e saudável, com atenção integral e integrada, estímulo às ações intersetoriais, acolhimento da pessoa idosa, provimento de recursos capazes de assegurar as diversas ações, além de toda a logística que requer o desenvolvimento adequado do trabalho, incluindo capacitação, divulgação e informação, formação profissional e promoção de estudos e pesquisas. (BRASIL, 2006a)

A partir da aprovação do Pacto, em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI, através da portaria nº 2.528, em 19 de outubro de 2006, três anos após a instituição do Estatuto do Idoso. Neste estudo o foco de avaliação é a PNSPI no seu processo de implementação no município de Fortaleza. Para tanto, realiza-se uma exposição de elementos significativos contidos na portaria, para deixar explicitados pontos fundamentais que se relacionam com os objetivos do estudo.

Considera-se importante iniciar a análise da PNSPI pelo contexto de sua justificativa, citado na portaria, para aprovação da Política que, em suma, expõe três fatores: primeiro a necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada com relação à saúde do idoso, segundo por considerar a aprovação do Pacto pela Saúde 2006, e por fim devido a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite e respectiva aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2006b)

No artigo 2º, da portaria nº 2.528 está determinado que:

“os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem

com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.” (BRASIL, 2003a).

Como justificativas principais a PNSPI assinalam dois pontos primordiais, o primeiro refere-se ao grande desafio do envelhecimento populacional em condições de desigualdades sociais e de gênero¹⁶, já o segundo ponto diz respeito à contextualização da necessidade de oferecer resposta às demandas das pessoas idosas mais frágeis dentro da população de maior risco de vulnerabilidade¹⁷, sendo imprescindível considerar a condição funcional na formulação de políticas de saúde para idosos, com prioridade para as pessoas idosas que já apresentam alta dependência.

As Diretrizes da PNSPI correspondem às orientações constantes no Pacto pela saúde 2006 quanto à prioridade à saúde do idoso, nas linhas gerais. Na PNSPI cada alínea abaixo citada é delineada e orientada em pormenores, facilitando o entendimento, traçando linhas norteadoras da implantação e reorientação das ações e serviços para a pessoa idosa em todo o território nacional:

- “a) a promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.” (BRASIL, 2006b).

Dentre os objetivos específicos do presente estudo, estabeleceu-se a análise da intersetorialidade na elaboração e aplicação de ações e serviços da rede assistencial de atendimento à pessoa idosa no município de Fortaleza-CE. Na PNSPI consta item específico

¹⁶ Informa que a proporção dos mais idosos, pessoas com mais de 80 anos, está aumentando, o que altera a composição etária dentro do próprio grupo populacional. Outra característica do grande desafio é reconhecer que a população idosa é composta em sua maioria (55%) de mulheres, e esta proporção é tanto maior quanto mais avançada é a idade, principalmente nos centros urbanos.

¹⁷ O maior risco de vulnerabilidade referido na PNSPI diz respeito às pessoas idosas com incapacidade funcional, limitações físicas, cognitivas e sensoriais, sendo estas dinâmicas que interagem no processo saúde/doença.

de estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. Neste sentido estabelece que:

“A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.” (BRASIL, 2006b).

As responsabilidades institucionais são estabelecidas para as três esferas de governo, deixando a prerrogativa da responsabilidade dos “gestores dos SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa” (BRASIL, 2006b)

A articulação intersetorial deve ser estabelecida de forma permanente pelos gestores do SUS, em cada área de abrangência, em cada esfera de governo, para estabelecer e a manter parcerias, bem como buscar a participação da sociedade e dos envolvidos com a respectiva Política.

Como foi visto a legislação brasileira avançou significativamente no campo da proteção social ao segmento idoso. Garantias afirmadas pela Constituição Federal de 1988 foram consolidadas com a Lei Orgânica de Assistência Social, com o Estatuto do Idoso, com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estas, entre outras publicações, estabelecem no cenário nacional prerrogativas legais que asseguram ao idoso tratamento enquanto ser de responsabilização e beneficiário do Poder Público, portanto alvo de políticas públicas que possibilitem minorar as dificuldades e melhorar as condições de vida desta população.

Inegavelmente a legislação brasileira é avançada no que se refere à população idosa, porém não se tem a mesma certeza quando se refere à execução, à prática. Levanta-se um questionamento sobre a confluência ou a dicotomia da base legal com a concretização dos direitos da pessoa idosa nas práticas da política pública de saúde. A partir

da identificação desta imprecisão, desta incerteza, reafirma-se a necessidade de investigação do processo de implementação da PNSPI, no nível da gestão, na esfera municipal, para buscar cumprir o objetivo principal do presente estudo de avaliar o processo de implementação da PNSPI em Fortaleza-CE.

Neste sentido, considera-se necessário tecer algumas considerações sobre a avaliação de políticas públicas. Para análise da temática inicialmente realiza-se um recorte do termo. Uma explicação bem didática é feita por Pereira (2002) a partir do que não é. Ou seja: não é sinônimo de política estatal. A autora divide o termo composto *política pública* e analisa em momentos distintos. Interpreta a palavra pública não enquanto identificação exclusiva do Estado, mas como de coisa de todos, do latim *res publica*. Compromete assim o Estado e a sociedade. A palavra política, ao compor o conceito, tem conotação específica, referindo-se a “planos, estratégias ou medidas de ação coletiva, formulados e executados com vista ao atendimento de legítimas demandas e necessidades sociais.” (PEREIRA, 2002, p. 223). Assim, não há sentido desarticular direito e política:

“*Política Pública*, significa, portanto, ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos nas leis. Ou em outros termos os direitos declarados e garantidos nas leis só tem aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais por sua vez, operacionalizam-se mediante programas, projetos e serviços.” (PEREIRA, 2002, p.223)

Quanto ao termo avaliação, aqui referente à política pública, Carvalho, Rosenberg e Burali (2000) ressaltam que a avaliação de programas e projetos sociais busca apreendê-los desde a formulação, a implementação, execução, resultados e impactos produzidos. Quanto ao processo de avaliação em saúde, os autores ressaltam que:

“todo e qualquer tipo de avaliação não pode encerrar-se em si mesmo. Ao apontar deficiências, ao analisar a situação, ao medir o grau de eficiência, ao sentido o grau de satisfação do usuário, apenas inicia-se sua principal função e objetivo. A avaliação completa-se quando é instrumento desencadeador de ações para reafirmar a exatidão daquilo que foi objeto da avaliação ou, de outro lado, modificar e transformar estruturas ou ações que não estejam cumprindo sua finalidade última. Ela estará sempre ponderando o acerto ou erro do sistema, para confirmar ou reformular o processo de prestação de ações ou serviços de saúde.” (CARVALHO, ROSEMBERG E BURALI, 2000, p. 74).

Ao avaliar um programa tem-se algum propósito, alguma motivação, algum

interesse. Estes fatores podem estar relacionados com o processo de melhoria da tomada de decisão ou ainda a alocação de recursos. Neste sentido pode-se afirmar que:

“Por análise de políticas públicas, entende-se o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas. Qualquer política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos.” (ARRETICHE, 1998, p. 30).

Avaliar políticas públicas constitui uma atividade de aferição de valor. Por ser eminentemente valorativa, pode vir a ser condicionada pelas opções pessoais e ou políticas, de caráter subjetivo. Sob este aspecto, perde a sua essência crítica por estar em desacordo com critérios de cientificidade. A análise tendenciosa, carregada de valores, é uma atitude que descredencia a confiabilidade da avaliação. Já a neutralidade não significa apenas uma atitude neutra, mas ao contrário, é em si uma postura. Considera-se, portanto que tanto a análise tendenciosa quanto a neutralidade são posturas que não devem ser assumidas diante da atividade científica de avaliação de políticas públicas. Neste enfoque cabe exaltar uma reflexão de Arretche (1998):

“não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra. Nesta perspectiva, qualquer linha de abordagem das políticas públicas supõe, de parte do analista, um conjunto de princípios cuja demonstração é, no limite, impossível, dado que corresponde a opções valorativas pessoais. Neste sentido o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação são fundamentais para que não se confunda opções pessoais com resultados de pesquisa.” (ARRETICHE, 1998, p. 30).

Ainda neste sentido, para ser considerada como uma atividade técnica, de natureza teórica e prática, que se refere aos aspectos inerentes de políticas públicas, faz-se necessária adoção de critérios que confira à avaliação valor científico. Para fundamentar esta reflexão utiliza-se a afirmação de que:

“a particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou, ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y.” (FIGUEIREDO E FIGUEIREDO, 1986 APUD ARRETICHE, 1998, p. 30).

Conforme Ala-Harja e Helgason (2000) o objetivo da avaliação não consiste em alcançar a verdade absoluta, porém busca fornecer entendimento e visão justificada dos programas de implementação de políticas. Ressalta-se a assertiva que considera que “a avaliação de programas pode ser definida como uma análise sistemática de aspectos importantes de um programa e seu valor, visando fornecer resultados confiáveis e utilizáveis.” (ALA-HARJA E HELGASON, 2000, p. 5).

É fundamental traçar o caminho a ser percorrido, ou ainda, o perfil da intervenção. Considera-se que programar é uma etapa importante do processo de avaliação, neste sentido, concorda-se que se deve proceder a avaliação de políticas públicas:

“examinando seus objetivos, coletando informações sobre seu mecanismo de implementação, conhecendo a equipe responsável e indagando sobre os grupos e indivíduos cujos interesses são afetados pelo seu conteúdo” (COTTA, 1998, p. 109-110).

Quanto ao *timing* da avaliação de políticas públicas, ou ainda, a fase, o período, ou o recorte temporal para realização a avaliação, considera-se fundamental algumas definições teóricas acerca do tema, conforme abaixo:

“A avaliação é teoricamente uma das etapas de uma política. De acordo como os manuais de análise e avaliação de políticas públicas, a avaliação deveria ser uma etapa posterior à implementação das políticas e programas, destinada a influenciar sua reformulação, seja durante sua implementação, seja posteriormente.” (ARRETCHE, 1998, P. 36).

Afirmam Ala-Harja e Helgason (2000) que as avaliações podem ser reconhecidas sob diferentes formas de *feedback* e consulta, além de salientar que os diferentes tipos de avaliação são combinados na prática e reforçam a importância de realizar tarefas preliminares à avaliação, conforme abaixo:

“O planejamento cuidadoso torna mais fácil o gerenciamento das avaliações e contribui para a qualidade de seus resultados. Contudo, o planejamento não pode se tornar demasiadamente rígido. Um certo grau de flexibilidade permite que as avaliações sejam ajustadas a mudanças de necessidades e circunstâncias.” (ALA- HARJA E HELGASON, 2000, p. 38).

Quanto à realização de avaliação de políticas públicas pode-se afirmar que sua utilização está bastante relacionada à aferição de resultados e impactos. Ressalta-se que

um caráter relevante da avaliação de política pública consiste na indagação sobre a quem interessa avaliar. Neste sentido pode-se observar que os interessados em avaliar são, principalmente, os envolvidos na execução das ações, os destinatários, gestores (técnicos e políticos) e financiadores. Sobre a utilização das avaliações de políticas públicas de saúde e aos interessados em avaliar, Novaes (2002) enfatiza que:

“As avaliações de implantação e estratégicas mostram-se mais aderidas às avaliações para decisão, pois as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, quase sempre, o conhecimento e a compreensão da complexidade e das dinâmicas gerais. Busca responder a questões colocadas para aquele programa específico, e cujas respostas serão consideradas adequadas pela sua capacidade de resolver os problemas identificados, quanto ao mérito e melhorias possíveis, pelos grupos de interesse envolvidos (“stakeholders”), freqüentemente numerosos, e com perspectivas em geral não concordantes.” (NOVAES, 2000, p. 554).

A avaliação de políticas de saúde requisita a consideração de especificidades, determinadas não apenas pelo setor em si ou pela natureza das ações e serviços. Há que se considerar que existem diversos públicos envolvidos com a política pública de saúde: gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços privados, população assistida, fornecedores, além de setores como educação, assistência social, meio ambiente, infra-estrutura, entre outros. Neste sentido considera-se oportuno o descrito abaixo:

“A análise de um sistema de saúde deve iniciar-se por desvelar a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, bem como as articulações institucionais que apresenta, tendo-se em mente as qualificações em relação à população abrangida, modelo assistencial implementado, e principalmente as formas de financiamento adotadas.” (COHN E ELIAS, 1996, p. 63).

Ou seja, para além da particularidade da construção histórica do Sistema de Saúde implantado no Brasil, existem diversos setores que estabelecem relações diretas com o setor saúde, capazes de influenciar para a análise da política pública ora em questão.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atingir os objetivos propostos optou-se por realizar uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, por compreender que esta abordagem pode favorecer a identificação da dinâmica das relações estabelecidas e revelar a complexidade dos fenômenos existentes na implementação da Política, para, desta forma, compreender a realidade investigada e consolidar o objetivo do estudo.

Boulmetis e Dutwin (2000) referem que pesquisas de avaliação podem ser usadas para testar novos grupos de clientes, novos mercados, novos procedimentos, novos produtos, podendo trazer benefícios através de seus resultados tais como a retroalimentação das noções iniciais sobre o valor relativo das atividades, a efetividade dos processos, o impacto nas pessoas envolvidas e na organização.

Mark, Henry e Julnes (2000) destacam que entre os propósitos da avaliação está o desenvolvimento do conhecimento o qual se constitui no esforço de descobrir e testar teorias e propostas, sobre processos sociais e mecanismos do contexto de políticas e programas sociais. Os autores ressaltam que o mundo das políticas e programas sociais se constitui para alguns estudiosos como um valioso laboratório para desenvolver e testar hipóteses e teorias, permitindo ao avaliador a investigação de alguma questão de pesquisa. Ressaltam que o desenvolvimento de conhecimento pode ser adjunto a outros propósitos de avaliação e pode oferecer contribuições para melhoria social.

Em relação às pesquisas avaliativas Aguilar e Ander-Egg (1994) ressaltam que estas geralmente comportam as fases de tarefas preliminares, plano de pesquisa, trabalho de campo, elaboração e apresentação dos resultados e que “as fases gerais do processo de pesquisa se aplicam à avaliação que, em última instância, não é outra coisa que uma forma de pesquisa aplicada”. (AGUILAR E ANDER-EGG 1994, p. 88). Os autores ao reforçar sobre a utilização das pesquisas avaliativas informam:

“Em geral nas pesquisas avaliativas de programas sociais, os objetos de avaliação ou as perguntas que a avaliação quer responder costumam ser fatos, processos, situações ou conceitos complexos que não podem ser diretamente captados ou medidos”. (AGUILAR E ANDER-EGG, 1994, P. 122).

Quanto aos propósitos da pesquisa avaliativa concordamos com Cotta (1998) quando informa que:

“A pesquisa avaliativa serve a múltiplos propósitos, como por exemplo, orientar ajustes em programas em andamento, determinar até que ponto foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos, apontar as razões dos êxitos e fracassos de um programa e investigar os efeitos imprevistos (positivos ou negativos) da intervenção” (COTTA, 1998, p. 108).

Quanto à pesquisa avaliativa concordamos com o significado de Uchimura e Bosi (2002) quando informam:

“revestir com cientificidade a avaliação concebida no sentido lato para dar origem à pesquisa avaliativa, que se utiliza de métodos e técnicas da pesquisa social com a finalidade de possibilitar a emissão de um juízo com diligência, ou ainda, a realização de uma avaliação conseqüente.” (UCHIMURA E BOSI, 2004, P. 77)

Contrandriopoulos *et al* (1997) referem diferenças entre avaliação normativa e pesquisas avaliativas. “Avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas.” (CONTRANDRIOPOULOS *ET AL*, 1997, p. 34). Os autores referem-se às pesquisas avaliativas “como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos” (CONTRANDRIOPOULOS *ET AL*, 1997, p. 37).

Quanto à pesquisa avaliativa Contrandriopoulos *et al* afirmam que esta pode ser decomposta em seis tipos de análises conforme a seguir: análise estratégica, análise da intervenção, análise da produtividade, análise dos efeitos (eficácia), análise do rendimento (eficiência) e análise da implantação, podendo ser realizadas separadamente ou associadas conforme o quadro de referência proposto.

Uchimura e Bosi (2004) questionam a concepção teórica de Contrandriopoulos *et al* (1997) e afirmam que pesquisas avaliativas podem analisar outros aspectos distintos dos apontados, contanto que haja consonância entre os instrumentos e o objeto.

Sobre avaliação em serviços de saúde, enquanto instrumento de gestão ou tomada de decisão, concorda-se que “a pesquisa avaliativa exige conhecimentos mais específicos e requer a participação de um avaliador com experiência no campo da pesquisa.” (TANAKA E MELO, 2004, P. 131). Estes autores, baseados na experiência, referem que a avaliação com foco no processo permite “ao longo da avaliação, conhecer as relações com a Estrutura e/ou Resultado” (TANAKA E MELO, 2004, P. 133).

Conforme Aguilar e Ander-Egg (1994) a pesquisa avaliativa deve ser feita para que seus resultados, conclusões e recomendações sejam aplicadas. Porém, tem-se a clareza que esta prerrogativa pode ou não se concretizar. Rossi e Freeman (1993) referem que os resultados de uma pesquisa avaliativa podem ajudar a melhorar a entrega do serviço através da experimentação de novas técnicas, ou comparando diferentes técnicas para identificar a mais efetiva.

Donabedian (1980) classifica a avaliação em três aspectos operacionais: estrutura, processo e resultado. O autor inclui nos itens os recursos utilizados e necessários, as atividades baseadas e analisadas sob padrões aceitos e o produto final considerando satisfação e expectativas. Ao corroborar com este padrão de avaliação admite-se que ocorrem mudanças desde o processo inicial a partir do desenvolvimento do trabalho, podendo ser objeto de avaliação dentro de um determinado período.

Decidiu-se neste estudo em realizar a análise de dados tomando como base o tipo de classificação definida por Donabedian (1980), tomando-se como foco principal o processo e implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE, e por meio deste observarem-se os componentes de estrutura e resultados obtidos.

Considerando-se ainda neste sentido, em realizar uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, concordamos com a aceção de que:

“uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade.” (UCHIMURA E BOSI, 2002, p. 8)

A adoção da abordagem qualitativa deve-se à necessidade de instituir uma construção crítica, que possibilite a percepção da dinâmica das relações estabelecidas e identificadas entre os sujeitos pesquisados, do discurso dos diversos atores envolvidos e a respectiva implementação da política a ser avaliada. Matos e Vieira (2002) fundamentam a opção por esta abordagem, como uma possibilidade de expressão do conhecimento enquanto atividade principal da ciência que permite aproximação e entendimento da realidade investigada e fornece elementos para intervenção no real.

A avaliação qualitativa, conforme Holanda (2006) é uma pesquisa predominantemente indutiva e exploratória, utilizada para analisar fenômenos complexos, dinâmicos, para ser examinados sob múltiplas perspectivas e dimensões. Na avaliação qualitativa utilizam-se freqüentemente observações e entrevistas, os relatórios são mais discursivos ou narrativos. Com base nestas prerrogativas reafirma-se a escolha da abordagem da avaliação qualitativa, para alcançar os objetivos de avaliação da política pública voltada para a pessoa idosa no Brasil, e em específico na cidade de Fortaleza-CE.

A abordagem qualitativa reflete a importância da subjetividade no processo de avaliação considerando-se que “as avaliações não podem se restringir a pesquisas que têm como objetivo a simples obtenção de respostas numéricas. É necessário considerar a importância da subjetividade implícita ao processo de avaliar” (UCHIMURA E BOSI, 2002, P.8)

3.1 - Aspectos éticos

Com relação à observância dos aspectos éticos a presente pesquisa obedeceu aos requisitos e normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

O estudo foi submetido à Comissão de Educação Permanente do Sistema de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.¹⁸ Nesta etapa foi protocolado o

¹⁸ Esta etapa da pesquisa era desconhecida pela pesquisadora, bem como pelo próprio curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará. Trata-se de um protocolo específico da Secretaria Municipal de Saúde, com a criação do Sistema Municipal de Saúde-Escola, que acompanha todas as iniciativas relativas à estudos e pesquisas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, seja em qualquer nível de atenção, primária, secundária ou terciária, a realizar-se no nível de descentralização,

pedido da análise do projeto de pesquisa no setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde-SMS, com a entrega dos documentos exigidos: uma carta de apresentação da pesquisadora, emitida pela coordenação do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará¹⁹ e uma cópia do projeto de pesquisa.

Após análise e aprovação pela Comissão de Educação Permanente do Sistema Municipal de Saúde Escola da SMS, foi fornecida para a pesquisadora seis cartas de solicitação de parecer da realização da pesquisa, endereçadas aos Coordenadores dos Distritos de Saúde das seis Secretarias Executivas Regionais.

Nas referidas cartas constavam: a solicitação do parecer da Coordenação do Distrito Saúde sobre a viabilidade e relevância referente à realização da pesquisa; a apresentação da pesquisadora, como estudante do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará-UFC; a comunicação do parecer favorável, conforme a competência da Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola; e a previsão da entrega da cópia do projeto de pesquisa ao Distrito de Saúde, providenciada pela pesquisadora.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Hospital Infantil Albert Sabin-HIAS, Hospital integrante da Rede de Atenção Terciária da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, localizado em Fortaleza-CE.²⁰ A partir da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa –CEP, do HIAS, com Registro no CEP 104/09, foi iniciada a etapa de realização das entrevistas e da coleta de dados secundários junto aos sujeitos da pesquisa.

A cada participante envolvido, a partir daqui nominado de atores da pesquisa, aplicou-se o termo de consentimento livre e esclarecido, tendo a responsabilidade com os aspectos éticos em todas as instâncias de gestão. A cada entrevistado foi realizado inicialmente um breve relato sobre os objetivos da pesquisa e sua finalidade. Foi informado sobre a utilização do gravador como recurso auxiliar para resguardar a memória da entrevista

SMS, SER ou unidades de saúde.

¹⁹ Na carta de apresentação do aluno/pesquisador deve estar elencado o objetivo do projeto de pesquisa a ser desenvolvido no âmbito do setor saúde do município de Fortaleza-CE.

²⁰ A análise da comissão de educação Permanente-SMS, foi concluída em meados de novembro, período que a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará foi inviabilizada, por força do período de recesso do referido Comitê. Devido ao período previsto de realização das entrevistas e coleta de dados secundários e ao prazo de finalizar a pesquisa, foi necessário buscar outras alternativas, sendo então o projeto de pesquisa submetido ao renomado Comitê de Ética do Hospital Infantil Albert Sabin.

e como um facilitador, no sentido em que não seria necessário interromper a entrevista para registros e anotações.

Embora esclarecido que a pesquisa não oferecia riscos ao participante e que a qualquer momento poderia solicitar seu afastamento da pesquisa, ainda assim, percebeu-se que algumas das pessoas entrevistadas sentiam-se pouco à vontade com a utilização do gravador, fato que motivou a decisão de sua não utilização, sendo realizado registro das informações no diário de campo.

O local da entrevista foi definido pelo participante, vale observar que as entrevistas ocorreram em sua maioria no próprio local de trabalho do entrevistado. Ressalta-se que houve casos onde a gravação da entrevista mostrou-se inviável devido à grande movimentação e ruídos no ambiente, optou-se nestas entrevistas a não utilização do recurso do gravador e foram feitas anotações no diário de campo.

Considerou-se fundamental enquanto aspecto ético a postura de distanciamento crítico, ressaltando que não se trata de neutralidade, pois como pesquisadora tem-se o compromisso de permitir aos atores a expressão de suas idéias e posturas. Para tanto se realizou a interpretação das entrevistas buscando principalmente revelar os achados da pesquisa.

Para contextualizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no que se refere aos aspectos de gestão da política, o seu processo de implantação e implementação, optou-se em traçar um caminho de gerenciamento das ações e serviços da PNSPI. Visto que a política de saúde obedece a critérios de descentralização, com responsabilidades instituídas nas esferas de governo federal, estadual e municipal, definiu-se por inserir a pesquisa no contexto nacional e estadual, para a partir desta contextualização articular a PNSPI em sua base territorial, no município de Fortaleza-CE.

Neste sentido foi considerado como cenário inicial a realidade nacional. Com o intuito de compreender o desenvolvimento da política nacionalmente e verificar as experiências mais significativas às realidades e diversidades regionais no Brasil, foi realizada entrevista no Ministério da Saúde, em Brasília-DF. Por meio da análise junto ao Ministério da Saúde, foi verificado aspectos gerenciais da implementação da PNSPI no Estado do Ceará no

que se refere à realidade nacional.

Como cenário estadual foi realizado a análise do papel da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA quanto ao desenvolvimento da PNSPI junto aos municípios do Estado do Ceará, e, especificamente, junto ao município de Fortaleza. Esta etapa visou favorecer a compreensão da implementação da PNSPI junto às instâncias de nível estadual e, neste ambiente, identificar a conjuntura de implementação da PNSPI de Fortaleza no Estado do Ceará. Para este cenário realizou-se entrevista com o Grupo Técnico-GT de Saúde do idoso, na Secretaria Estadual de Saúde-SESA, em Fortaleza-CE.

3.2 – Cenário e atores da pesquisa

Tomou-se como cenário principal a base territorial do município de Fortaleza. Neste recorte considerou-se a operacionalização da PNSPI a partir da Secretaria Municipal de Saúde-SMS de Fortaleza, enquanto gestora municipal da política. Para retratar este cenário, com o objetivo de avaliar a implementação da PNSPI em seus aspectos gerenciais realizou-se entrevistas com a Coordenação Municipal da Saúde do Idoso na SMS, em Fortaleza-CE.

Para identificar e avaliar a execução da PNSPI nos parâmetros da descentralização e intersetorialidade, enquanto prerrogativas fundamentais na execução da política de saúde analisaram-se o município através das seis Secretarias Executivas Regionais-SER, como execução descentralizada, ou descentralização administrativa.

As Secretarias Executivas Regionais-SER são instituições que se firmam enquanto cenários de intermediação entre a SMS, espaço institucional normatizador, e as Unidades de Saúde, locus da prestação de serviços e ações da política de saúde. Estes enfoques são importantes para a análise, conforme especificado nos objetivos específicos deste estudo.

As Secretarias Executivas Regionais-SER contam em suas estruturas com Distritos de Saúde-DS, instâncias destinadas às práticas de gerenciamento regional das ações e serviços para a população e nos Distritos de Saúde. A prestação direta dos serviços é realizada através das unidades básicas de saúde e hospitais de atenção secundária, onde são

desenvolvidas as políticas municipais de saúde de forma regionalizada com base local, inclusive as ações de atenção ao idoso.

Portanto, o cenário de estudo para avaliar a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em Fortaleza-CE deu-se junto ao Ministério da Saúde-MS, à Secretaria Estadual de Saúde-SESA, à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-SMS, e aos seis Distritos de Saúde-DS, das Secretarias Executivas Regionais-SER.

Com a seleção das instâncias acima elencadas buscou-se imprimir uma cobertura representativa da implementação da PNSPI nas esferas nacional, estadual e municipal, com vistas a favorecer a compreensão e análise em profundidade da implementação da PNSPI em Fortaleza-CE.

A política de saúde realiza-se baseada em três vertentes norteadoras: a gestão, o financiamento e o controle social, nas três esferas de governo. Ao reconhecer a amplitude das três vertentes, e não menosprezando a importância do financiamento e do controle social, neste estudo optou-se em investigar a PNSPI pelo aspecto da gestão. A recente publicação desta Política, em 2006, indicando que se encontra em uma fase ainda inicial, e a identificação da carência de estudos quanto ao processo de gestão desta política, principalmente no município de Fortaleza-CE, justificam o propósito deste estudo.

A definição dos atores da pesquisa foi feita a partir da necessidade colocada pelos objetivos do estudo. Avaliar a implementação da PNSPI em Fortaleza-CE, a partir de 2008, requisita examinar a referida Política nos termos da execução, portanto no nível gerencial ou de gestão.

Quanto à delimitação do quadro de atores da pesquisa, ficou evidente que o gerenciamento das ações e serviços para a população idosa, definidos pela PNSPI, pressupõe a atividade laborativa de trabalhadores de saúde, aqui denominados de técnicos, profissionais estes que planejam, executam e monitoram as ações e serviços.

Assim, o critério de escolha dos atores foi definido conforme a função exercida. Ou seja, a elegibilidade dos atores da pesquisa deu-se pelo desempenho do papel de técnico responsável pelas ações de saúde do idoso, em cada esfera de poder (nacional,

estadual e municipal, incluindo as instâncias da descentralização administrativa de Fortaleza-CE). Este critério de elegibilidade fundamenta-se no fato deste quadro de profissionais agregarem possibilidades de prestar informações relevantes e necessárias para responder aos objetivos do estudo. Neste sentido “as percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão.” (UCHIMURA e BOSI, 2002, P. 8).

Há que se reconhecer as limitações da pesquisa quanto aos atores envolvidos, na medida em que quanto maior a elasticidade no número de participantes, tanto maior a necessidade de prazo e recursos para a realização das etapas da pesquisa, o que resultaria na inviabilidade do estudo.

A seletividade, atrelada à profundidade das entrevistas, além da capilaridade dos atores em suas esferas de atuação, garantiu uma representatividade legítima e consistente para com a qualidade das informações contidas nas entrevistas e na coleta de dados secundários em cada esfera de governo.

A definição dos atores foi uma decisão delineada durante a etapa exploratória da pesquisa, quando foi realizado um levantamento prévio sobre a aplicação da PNSPI em Fortaleza, objetivando efetuar o recorte empírico do estudo. Na ocasião constatou-se que havia uma coordenação municipal na SMS. Também se identificou que há um técnico responsável pelas ações de saúde do idoso, no Distrito de Saúde de cada SER.

No levantamento preliminar confirmou-se que embora todas as unidades básicas de saúde desenvolvam ações e serviços para a população idosa, nem todas elas contam com um técnico responsável para estas ações. Este fato levou à decisão de não incluir neste estudo a investigação sobre a prestação direta de serviços à população idosa – a atuação das Unidades de Saúde – delimitando o estudo ao aspecto gestor do processo de implantação da PNSPI em Fortaleza-CE.

No presente estudo o universo de pessoas e os encontros realizados compreenderam, nas três esferas de governo:

- Um técnico responsável pela área de saúde do idoso no Ministério da Saúde;

- Um técnico responsável pela área de saúde do idoso na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará;
- Um coordenador municipal da área de saúde do idoso na Secretaria Municipal de Saúde-SMS de Fortaleza-CE;
- Seis técnicos responsáveis pela área de saúde do idoso em cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais-SER;

No âmbito nacional e do Estado do Ceará, a pesquisa envolveu os técnicos responsáveis pelas ações voltadas para a elaboração, implantação e implementação da PNSPI, visando avaliar o contexto de inserção e de implementação da política em cada um dos níveis de governo e no contexto do município de Fortaleza-CE.

Os atores da pesquisa na base municipal, elencados para a realização das entrevistas de suporte para avaliar a implementação da PNSPI em Fortaleza-CE, a partir de 2008, foram: a coordenação municipal da área técnica de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde-SMS de Fortaleza; e os técnicos responsáveis pela área de Saúde do idoso nos Distritos de Saúde-DS, das seis respectivas Secretarias Executivas Regionais-SER.

Após o recebimento da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-SMS, através do Sistema Municipal de Saúde Escola para aplicação da pesquisa, obteve-se a formalização para a realização do trabalho junto aos órgãos no nível municipal, a SMS e as SER's.

Mediante a autorização expressa, iniciou-se o processo de visitação às instituições e aos atores envolvidos, utilizando como instrumentos de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas e levantamento de dados secundários constantes nos bancos de dados para o processo de avaliação proposto. Realizou-se o agendamento prévio das entrevistas, por meio telefônico, com cada um dos participantes da pesquisa, evitando assim desperdício de tempo e de recursos financeiros para deslocamento.

Pessoalmente, no início dos encontros foram esclarecidos a cada um dos entrevistados os objetivos, a metodologia, os aspectos éticos, atores envolvidos, o cronograma de realização, entre outras informações necessárias ao esclarecimento sobre aspectos gerais da pesquisa.

A abordagem da coordenação municipal das ações de saúde para a pessoa idosa na SMS foi o primeiro momento da pesquisa a nível municipal em que foram levantadas informações que possibilitaram elaborar um diagnóstico preliminar da situação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Fortaleza. Juntamente com a coordenação municipal foi discutido o calendário de visitação aos técnicos regionais, sendo recolhidos nesta ocasião os contatos de cada um dos técnicos para posterior comunicação.

A realização das entrevistas com os técnicos da área de saúde do idoso em cada uma das seis SER foi uma etapa de fundamental importância para a pesquisa, pois estas representaram um espaço estratégico, onde se podem investigar aspectos de descentralização e de intersectorialidade dos serviços e ações de saúde e de outras políticas públicas.

Como medida de otimização de tempo e de recursos financeiros a pesquisa de campo teve duração de quatro meses, sendo que o primeiro mês foi realizado a pesquisa no nível nacional e estadual, e nos três seguintes, a cada mês, a pesquisa teve como endereço duas SER, definidas conforme a disponibilidade do participante.

É importante ressaltar que embora o universo contemplasse apenas os técnicos e gestores, a pesquisa exigiu uma organização de tempo e recursos para que alcançasse os objetivos propostos. A pretensão inicial consistiu em realizar as entrevistas conforme um trajeto com o mínimo de deslocamento para cada destino, ou seja, realizar as entrevistas conforme a proximidade e a localização geográfica, porém não foi possível concretizar desta maneira, visto não coincidir com a disponibilidade dos entrevistados.

Para a realização da pesquisa nos cenários estabelecidos, conforme os propósitos expostos considerou-se que a elaboração do cronograma de atividades foi decisiva para o desempenho satisfatório do trabalho, visto que a limitação de tempo exigia um esforço organizacional maior. É desejável buscar reunir condições de desenvolver as atividades a contento, com a otimização dos recursos disponíveis, com o intento de alcançar os objetivos em tempo hábil.

No cronograma previamente elaborado para realização da pesquisa de campo não foi previsto um prazo para a solicitação e recebimento de autorização expressa para realização da pesquisa por parte da Comissão de Educação Permanente, do Sistema

Municipal de Saúde Escola da SMS Fortaleza. Isto ocorreu pelo desconhecimento da pesquisadora quanto a esta necessidade, ressalta-se ainda que o curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, também não tinha conhecimento sobre esta imposição da Secretaria Municipal de Saúde.

Esta falha na elaboração do cronograma da pesquisa, de não incluir um prazo para submissão do projeto de pesquisa ao Sistema Municipal de Saúde Escola da SMS de Fortaleza, para além do Comitê de Ética, alterou a previsão de cumprimento das etapas subsequentes, necessárias à realização da pesquisa de campo, tais como as visitas às instituições e as entrevistas aos técnicos e gestores da área de saúde do idoso em Fortaleza-CE.

O acesso às instituições municipais foi concretizado com a visita e entrevista gravada com a coordenação municipal, com a utilização do roteiro de entrevista elaborado no sentido de situar a PNSPI no município e incorporar ao trabalho a visão da gestão municipal em relação ao trabalho desenvolvido nas Secretarias Executivas Regionais-SER.²¹ A agenda das visitas aos técnicos da área de saúde do idoso em cada uma das Secretarias Executivas Regionais-SER, foi informada à coordenação municipal.

Em cada Secretaria Executiva Regional foi realizada a visita ao ambiente físico do técnico da área de saúde do idoso, nos Distritos de Saúde das SER. Na ocasião a entrevista foi realizada com cada técnico regional, aplicando o instrumental, com a finalidade de balizar as informações e adicionalmente incorporar visões de divergência e ou convergências, no trabalho dos técnicos.

Na maioria das entrevistas não foi possível o uso do gravador por condições físicas do ambiente e também para respeitar aspectos relacionados à segurança e confiabilidade dos atores, e nestes casos foi realizado o registros de informações no diário de campo, informações consideradas relevantes durante a entrevista. Nestes casos foram originados relatórios de entrevista para compor os resultados da pesquisa.

²¹ Nesta oportunidade foi realizado o teste do instrumental elaborado no projeto de pesquisa, com o objetivo de readaptá-lo, caso necessário, mas de fato não foi preciso, portanto foi mantido, e não foi necessário outro encontro com a coordenação municipal.

Na oportunidade das visitas nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais, foi efetuada a coleta de material referente a dados secundários da PNSPI referente ao período a partir de 2008: listagem de unidades de saúde; listagem de unidades que desenvolvem a PNSPI; Informações sobre os principais parceiros; sistema de referência e contra-referência intersetoriais, seja interno e ou externos na SER; informações para construção do mapeamento de serviços da rede de atendimento municipal.

O acesso aos técnicos e gestores nos níveis nacional e estadual foram realizados mediante contatos telefônicos e agendamentos prévios, com os próprios técnicos responsáveis pelas áreas técnicas de saúde do idoso nos respectivos órgãos: Ministério da Saúde-MS, em Brasília-DF, e Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA, em Fortaleza-CE.

Do plano de pesquisa, ou a explicitação do modelo de avaliação, ou enfoque metodológico, deriva a seleção dos métodos, instrumentos e procedimentos para a execução da pesquisa. Conforme Holanda (2006) a definição dos objetivos da avaliação e do conjunto de questões centrais ou básicas que se pretende explorar são fundamentais para a realização do plano da pesquisa.

3.3 – Coleta e análise dados

Quanto às técnicas de coleta de dados nesta pesquisa fez-se a escolha por: entrevistas não estruturadas, entrevistas semi-estruturadas, diário de campo e coleta de dados secundários. Para registro das informações foram utilizados: gravador, registro no diário de campo e recolhimento de dados secundários relativos ao período após 2008.

Aguilar e Ander-Egg (1994) fundamentam a escolha realizada neste estudo ao informar que as técnicas e procedimentos de coleta de dados no método qualitativo costumam utilizar entrevistas em profundidade, observação direta ou participante, análise de conteúdo, recurso a documentação, informantes-chave, estudos de caso, histórias de vida, reuniões de grupo, foro comunitário.

As entrevistas não estruturadas foram aplicadas nas instâncias federais e estaduais, respectivamente no Ministério da Saúde e na Secretaria de Saúde do Estado do

Ceará. As entrevistas não estruturadas atenderam principalmente à função de contextualizar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nas esferas de atuação federal e estadual. Também favoreceu para situar e relacionar a implementação da PNSPI conforme o âmbito de atuação: na esfera nacional, com as realidades regionais e estaduais; e na esfera estadual, com os municípios do Estado do Ceará, no qual está incluído Fortaleza, recorte territorial empírico da pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas foram precedidas da elaboração de tópicos guias, específicos para as instâncias administrativas municipais, conforme a descentralização do município de Fortaleza, constantes nos apêndices deste estudo. Foram aplicadas as entrevistas semi-estruturadas na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e nas Secretarias Executivas Regionais.

O diário de campo foi utilizado para o registro de informações, percebidas como relevantes pela pesquisadora, relativos aos objetivos da pesquisa. O diário de campo foi utilizado em todas as etapas da coleta de dados, nas esferas federal, estadual e municipal (incluindo SMS e SER's).

Os dados secundários, datados a partir de 2008, constantes do sistema de informação e das planilhas de registro de informações adotadas por cada instância municipal (SMS e SER's), foram solicitados e recolhidos por ocasião de cada entrevista, para a formatação do mapeamento das ações e serviços no município de Fortaleza.

Todas as visitas e entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, inclusive a coleta de dados secundários já mencionados. As entrevistas gravadas foram transcritas pela própria pesquisadora e nas entrevistas que não se utilizou o gravador, as anotações no diário de campo deram origem a relatórios de entrevistas elaborados pela pesquisadora.

A transcrição das entrevistas e os relatórios de pesquisa foram elaborados com o objetivo de subsidiar a análise das informações prestadas, análises que se encontram dispostas na apresentação dos resultados deste trabalho.

A cada entrevista realizada houve a necessidade de elaboração de relatório imediatamente após a realização, visto prevenir alguma incompreensão do assunto abordado.

Com o relatório recente à entrevista tornou-se mais fácil a identificação da necessidade de informações adicionais e a respectiva análise do material coletado.²²

Conforme Víctora, Knauth e Hassen (2000) a fase conclusiva da pesquisa é a mais elaborada intelectualmente e informam ainda que não haja receita possível para seu sucesso. Conforme os autores a maturidade de análise e interpretação resulta de vários fatores, sendo os principais a capacidade de abstração e da experiência adquirida pelos processos de pesquisa. Ainda no mesmo sentido os autores ressaltam a ocorrência dos extremos em relatórios de pesquisa, onde existem os que apenas apresentam dados sem propor explicações e, por outro lado, aqueles em que a conclusão extrapola o que os dados permitem explicar.

Esta etapa de análise de dados, de suma importância, concentra um grande esforço e busca exprimir o conteúdo coletado desde a concepção da idéia de pesquisar, de escolher a temática, delimitar o objeto, buscar as viabilidades para a pesquisa, aplicar a pesquisa em si, enfim, todas as dificuldades e todos os “achados”. Senão, qual o sentido de pesquisar, caso não apresente os resultados de forma a contar, transmitir para o leitor tudo aquilo que o pesquisador percorreu, e o que encontrou, e em que medida o resultado poderá contribuir melhoria da situação que se desejou investigar.

A fase de análise de dados deste estudo além de considerar a estrutura, processo e resultados, procedimentos propostos por Donabedian (1980) auxilia-se ainda com a Análise Crítica do Discurso-ACD, a qual discorre sobre a análise do conteúdo conforme registrado nas entrevistas, bem como o exame do conteúdo constante nos documentos oficiais coletados. “A entrada no simbólico é irremediável e permanente: estamos comprometidos com os sentidos e o político. Não temos como não interpretar.” (ORLANDI, 2001, P. 9).

²² Com a transcrição ou o relatório feito tempos após a entrevista, poderia incorrer em alguma dificuldade operacional, portanto, procurou-se evitar riscos que pudessem prejudicar o andamento do trabalho. A etapa de elaboração de relatórios demandou tempo da pesquisadora, porém foi previsto no cronograma de trabalho esta etapa para a pesquisa de campo.

4. AS VERSÕES DOS ATORES DA PESQUISA SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNSPI EM FORTALEZA-CE

A realização das visitas e entrevistas aos atores da pesquisa na busca de alcançar os objetivos propostos pelo estudo passa a ser referidas aqui por meio do relato das entrevistas, com os relatórios de visita e as observações registradas no diário de campo da pesquisa.

A exposição a seguir objetiva expor as declarações dos atores envolvidos como fundamentos para a análise posterior. Esta fase do trabalho expõe as versões, contidas nas entrevistas, por esfera de governo, conforme a hierarquização do serviço, do nível federal para o estadual, do estadual para o municipal e do municipal para os regionais do município de Fortaleza. Este critério de exposição tem a função didática de favorecer a compreensão do caminho percorrido e da diversidade de versões dos que fazem a gestão da PNSPI para avaliar a sua implementação em Fortaleza-CE.

4.1 - A versão do Ministério da Saúde

No Ministério da Saúde-MS, em Brasília-DF, encontra-se a gestão nacional da política de saúde no Brasil. Desta instância são estabelecidas as bases nacionais da PNSPI, portanto constitui-se em um cenário importante de análise para este estudo.

As informações sobre a implementação da PNSPI na esfera federal foram prestadas pela consultora técnica do Ministério da Saúde, na área técnica de Saúde do idoso, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas-DAPES, da Secretaria de Atenção à Saúde-SAS, do Ministério da Saúde. Ela tem formação básica em Fisioterapia, trabalha há quinze anos como consultora técnica na área de Saúde do Idoso, no Ministério da Saúde, com titulação de Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília-DF.

Ressalte-se que a entrevista concedida pela referida consultora, cuja análise exposta a seguir, ocorreu nas dependências do próprio setor. Na oportunidade observamos que a estrutura destinada ao desenvolvimento das ações para a pessoa idosa no Ministério da Saúde estava dotada de: espaço físico exclusivo ou independente, presença de técnicos especialistas em Saúde do Idoso, equipamentos e materiais para o desenvolvimento das ações.

A entrevista com a técnica do Ministério da Saúde foi iniciada com a pergunta sobre como se estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no território nacional, e a partir desta indagação a técnica passou a relatar sobre a implantação da PNSPI. A partir deste momento as transcrições de trechos da entrevista da técnica do Ministério da Saúde são nominadas de E 01.

A entrevistada considerou como importante para a implantação da PNSPI a referência documental ocorrida em 2006, com o lançamento do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Este documento definiu que dentre as prioridades para o setor estaria a Saúde do Idoso, estabelecendo inclusive as bases pelas quais o setor saúde deveria trabalhar o enfoque da saúde do idoso. Após este momento da aprovação do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, houve a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI.

Ainda em 2006 houve um encontro da área técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde para definição sobre a prática da PNSPI. Neste encontro foram definidos dois eixos principais de atuação para a implantação da PNSPI que consistiram: primeiro, no envelhecimento ativo para a pessoa idosa e, segundo, nas vulnerabilidades ocorridas no processo do envelhecimento.

Dentre as ações priorizadas para o trabalho junto ao público idoso destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde. Houve um recorte para implantação do processo de capacitação de profissionais em ações voltadas para o idoso, este recorte foi efetuado em função da população elegendo os municípios com mais de 500 mil habitantes.

A entrevistada ressaltou que após levantamento regional foi identificada maior carência de pessoal capacitado nas regiões norte e nordeste, e, em decorrência, maiores deficiências para o processo de formação profissional voltada para o público idoso. A carência de pessoal treinado fomentou a realização de capacitação sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

A definição da realização do treinamento de pessoal foi determinada para um total de 500 profissionais, no período entre 2008 e 2009, obedecendo à distribuição

prioritária para as regiões norte e nordeste, de forma a garantir a equidade no processo de formação. O curso foi pactuado em 2006, a elaboração do Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” ocorreu em 2007, e a realização iniciou em 2008.

O curso de aperfeiçoamento, com carga horária de 180 horas, foi realizado em parceria com Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, com a aplicação da metodologia de Educação à Distância-EaD. Duas turmas já foram formadas, sendo que a primeira turma ocorreu no ano de 2008, com a participação de 235 profissionais, e a segunda turma foi formada em 2009 contando com 265 participantes. Há a perspectiva de ampliação de turmas para esse curso após a finalização da etapa inicial e com novo levantamento de necessidades.

O principal instrumento de formação deste curso consistiu no Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa”, publicação realizada pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em Brasília-DF, com a primeira edição em 2007.

A capacitação contemplou aspectos de ações e serviços de saúde, em torno de 60% do conteúdo, e aspectos de gestão e participação, com cerca de 40% do conteúdo. Esta divisão buscou priorizar a formação dos profissionais que atuam no nível da atenção básica, observando os enfoques importantes no atendimento ao idoso, havendo uma priorização da assistência, com a prestação das ações e serviços aos idosos.

“O Caderno de Atenção Básica, do curso de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, tem a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos para facilitar a atuação dos profissionais que atuam na atenção básica, principalmente nas regiões norte e nordeste.” (E 1)

As definições de prioridades de atuação para a saúde do idoso foram efetuadas principalmente em dois momentos, em 2006, com a prioridade para a capacitação dos recursos humanos, e em 2008 com a pactuação voltada para as situações de risco do idoso frágil²³. Esta definição ocorreu principalmente durante os encontros ocorridos no território nacional sobre a implantação da PNSPI, esta Política passa a transmitir a “visão de que o idoso está sendo reconhecido como importante” (E1).

²³ O combate às situações de risco do idoso frágil consiste principalmente na redução das taxas de internações hospitalares de idosos e na redução das fraturas de fêmur provocadas por queda da própria altura????.

Concomitante ao processo de capacitação dos recursos humanos em torno da PNSPI ocorria também o esforço em implantar a Caderneta de Saúde do Idoso. Este processo incluiu a distribuição para os Estados e municípios e a posterior utilização junto ao público alvo, além da própria publicação da Caderneta. “A caderneta de saúde do idoso foi um grande esforço na busca de implementar ações da PNSPI”. (E1)

Em 2007, a Portaria Interministerial de nº 1.872/2007, instituiu o Grupo Técnico-GT Interministerial, “uma equipe pequena, com a responsabilidade de elaborar o Plano Nacional Integrado de Proteção à Saúde da Pessoa Idosa, tendo como público prioritário o idoso em situação de vulnerabilidade ou risco social.” (E1)

Quanto às ações intersetoriais, elas ocorrem principalmente através de “uma interface com o Ministério do Desenvolvimento Social.” (E1). Com a implantação do GT Interministerial houve uma interlocução maior do Ministério da Saúde, da área técnica da Saúde do Idoso com a Assistência Social e com as instituições de longa permanência para idosos, o que favorece ao conhecimento e reconhecimento de necessidades entre as áreas de atuação.

Quanto à gestão há o entendimento de que haja uma interlocução entre os Estados e suas capitais, principalmente, pelo porte da população de idosos. Na gestão da PNSPI há a necessidade de que “o Estado conduza sua própria política estadual, onde o Estado implementa os municípios que acompanha. Por exemplo o Estado de Minas Gerais já possui uma Política Estadual ancorada na Nacional” (E 1)

Quanto ao desenvolvimento da PNSPI, constata-se de que há disparidades entre as regiões e que estas se encontram em diferentes estágios de implementação, porém os índices mais preocupantes estão nas regiões norte e nordeste.

Indagada quanto à visão da gestão da PNSPI no Estado do Ceará, a entrevistada identificou dois fatores considerados positivos para o desenvolvimento da PNSPI. O primeiro aspecto ressaltado foi o processo de continuidade das ações, proporcionado principalmente pela manutenção da equipe no nível estadual e capacitação permanente. O segundo aspecto refere-se à preocupação da equipe estadual em difundir o

entendimento sobre o processo de envelhecimento junto aos recursos humanos que operacionalizam a Política nos municípios do Estado.

A entrevistada considerou que estes aspectos são importantes para fomentar a intervenção dos profissionais numa perspectiva de mudança de comportamento, ou mudança cultural. Assim, a visão da gestão da área técnica de Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, considera o desempenho da equipe de Saúde do Idoso no Estado do Ceará como sendo uma “gestão estadual sensibilizada, capacitada, com grande esforço em cumprir o estabelecimento da Política” (E1).

No que se refere à gestão da PNSPI no município de Fortaleza, a referida consultora salienta que “tem havido muitas mudanças nas equipes em Fortaleza, o que desfavorece um processo de continuidade das ações, mas que acompanha um processo de esforço de sistematização da política no município” (E1). Também foi informado que ainda é pequeno o vínculo estabelecido do município de Fortaleza-CE com a área técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, não tendo muito a informar sobre o desenvolvimento da PNSPI em Fortaleza-CE.

4.2 A versão da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará

Na visita ao Grupo Técnico-GT de Saúde do Idoso, do Núcleo de Atenção Primária-NUAP, da Coordenadoria de Políticas de Saúde-COPAS, da Secretaria Estadual de Saúde-SESA, foi realizada entrevista com uma das técnicas, após contatos prévios com a coordenadora do referido GT. A entrevistada é servidora pública do Governo do Estado do Ceará, tem formação acadêmica em Enfermagem, com especialização em Gestão de Sistemas Locais de Saúde, faz parte do quadro do GT de Saúde do Idoso desde 2008. Vale registrar que a coordenação e os demais integrantes do GT de Saúde do Idoso/SESA são servidores públicos de nível superior, do Estado do Ceará.

A coordenadora estadual de saúde do idoso do Ceará sinalizou que a entrevista poderia ser realizada com uma técnica do GT. Durante a entrevista foi informado que a coordenadora, com formação em geriatria, está à frente dos trabalhos voltados para o idoso no Estado do Ceará desde os anos de 1990, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, ou seja, desde a instituição do Sistema Único de Saúde-SUS. Portanto, pode-se concluir que esta profissional está inserida em um processo histórico de mudanças ocorridas no Sistema de Saúde nos âmbitos nacional e estadual, o que corrobora com a entrevista anterior junto à consultora do Ministério da Saúde quanto à manutenção e continuidade de recursos humanos no Estado do Ceará.

A entrevista foi realizada nas dependências do GT de Saúde do Idoso do NUAP/COPAS/SESA. Na visita identificou-se que o GT de Saúde do Idoso não tem espaço físico independente para desenvolver as atividades, a sala é compartilhada com os Grupos Técnicos-GT de Saúde da Mulher e o da Criança e Adolescente. O espaço físico é comum para os GT e para as várias atividades distintas que se desenvolvem simultaneamente. Os equipamentos, tais como telefone, fax, computadores são compartilhados pelos mesmos GT's, não havendo um local exclusivo com equipamentos próprios para o GT de Saúde do Idoso.

Durante a entrevista, devido às várias pessoas trabalhando e compartilhando o mesmo espaço físico, não foi utilizado o gravador como meio de registro dos depoimentos. Neste sentido, foi necessário registrar as informações fornecidas no diário de campo, além de ter acesso a documentos e apresentações do GT referentes à implementação da PNSPI no Estado do Ceará.

A profissional entrevistada, nominada a partir deste momento de E 2, afirmou que o trabalho desenvolvido pela equipe teve um marco importante com a publicação do Pacto de 2006, que deu origem à PNSPI. Ressaltou que o curso de aperfeiçoamento de 180 horas desenvolvido pela FIOCRUZ forneceu elementos fundamentais para a compreensão de aspectos importantes da problemática referente ao idoso, tais como “as principais patologias, o trabalho das unidades básicas, abordagem, acolhimento, hábitos saudáveis, alimentação, atividades físicas, entre outros” (E 2).

“A Caderneta do idoso foi um marco fantástico” (E2), este relato traduz um sentimento de consolidação da implantação da PNSPI no Estado do Ceará. O processo de implantação da PNSPI foi marcado por angústias traduzidas pelas dificuldades para a equipe instalar no Estado do Ceará as ações necessárias para a efetivação da política, principalmente pelo reconhecimento da necessidade de capacitação para os municípios.

Ao mesmo tempo a entrevistada considerou como “um grande desafio instituir a Caderneta do Idoso. O nível federal a disponibilizou para o Estado e cabia a este a escolha da metodologia de trabalho a ser adotada” (E 2). Desta forma a equipe do GT de Saúde do Idoso passou a estudar formas de efetivar a PNSPI nos municípios, inicialmente com a implantação desta Caderneta. A entrevistada relatou que se identificou inclusive a necessidade da realização de capacitação dos profissionais para utilizá-la. Nesse sentido, optou-se em realizar Seminários de Implantação da Caderneta do Idoso. O trabalho foi planejado de modo a atingir a cobertura dos 184 municípios do Estado do Ceará, com a reunião dos seus representantes nas 21 Coordenadorias Regionais de Saúde-CRES.

A metodologia adotada pela SESA, conforme a entrevistada, seguiu os preceitos da descentralização e da regionalização de serviços de saúde. Definida a metodologia da realização dos “Seminários de Implantação da Caderneta do Idoso”, iniciou-se no ano de 2008 o trabalho programado em 2007. Os seminários, com formato e intuito de capacitar profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, ocorreram nas CRES, de modo a permitir que os profissionais permanecessem em suas próprias regiões de atuação, fortalecendo o processo de descentralização e regionalização. (E 2).

Devido ao grande número de profissionais para o processo de capacitação definiu-se que os Seminários seriam realizados, inicialmente, para uma parte dos profissionais. Estes, após a capacitação, deveriam transmitir as informações aos demais profissionais do respectivo município, de forma que os Seminários teriam um efeito multiplicador, onde cada município teria uma matriz composta por, minimamente, um profissional médico e um enfermeiro.

Nesta oportunidade, afirmou a entrevistada, também foram incluídos para a capacitação os técnicos coordenadores da atenção básica de cada município²⁴. Para não definir aleatoriamente o número de profissionais de cada município participante, foram utilizados como critérios o porte e a população municipal.

Em um segundo momento, após a realização dos “Seminários de Implantação da Caderneta do Idoso” para capacitação de médicos e enfermeiros, identificou-se a demanda de capacitação para os odontólogos das Equipes de Saúde da Família nos municípios do Estado do Ceará, bem como para os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF²⁵, e para os coordenadores dos Centros de Referência da Assistência Social-CRAS²⁶. Esta capacitação foi realizada em 2009, dando seguimento aos Seminários anteriormente mencionados.

Quanto à etapa de realização dos Seminários, a técnica entrevistada do GT do idoso/SESA enfatiza que “o Estado do Ceará foi pioneiro no Brasil quanto à implantação da Caderneta do idoso” (E 2).

Já com respeito às ações junto à gestão da PNSPI em Fortaleza-CE, a entrevistada informou que no ano de 2009 foram realizadas capacitações para profissionais da Atenção Básica do município de Fortaleza-CE, através de uma parceria do GT do Idoso/SESA com a Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE, com treinamentos que enfatizaram aspectos da saúde do idoso com temas referentes à demência, osteoporose, maus

²⁴ A função de coordenador da atenção básica nos municípios cearenses é considerada empiricamente como uma função estratégica visto que este técnico está regularmente em contato com os profissionais da atenção básica em seus municípios de origem.

²⁵ O Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF é composto geralmente pelos profissionais: Assistente Social, Psicólogo, Educador Físico, Fisioterapeuta, entre outros.

²⁶ O Centro de Referência da Assistência Social-CRAS é composto pelos profissionais: Assistente Social, Psicólogo, Advogado.

tratos e prevenção de quedas.

Para o ano de 2010, já aprovado pelo Ministério da Saúde, o GT do idoso/SESA planejou um projeto de capacitação para profissionais das equipes da Atenção Básica de Fortaleza-CE, projeto que também inclui a capacitação para Agentes de Saúde da região de Sobral-CE.

Indagada quanto à efetiva distribuição e implantação da Caderneta do Idoso, foi informado que até o ano de 2007, o Estado do Ceará recebeu do Ministério da Saúde aproximadamente 40% das cadernetas necessárias para toda a população de idosos do Estado. E ainda que “há a promessa de chegar as cadernetas para 100% da população idosa no ano de 2010, vindas do Ministério” (E 2).

A técnica registrou ainda que no planejamento para o ano de 2010 a equipe do GT Saúde do Idoso/SESA programou um curso de geriatria para capacitação de médicos com o intuito de ampliar o quadro de médicos especialistas em saúde do idoso no Estado do Ceará. Ainda na programação a continuidade dos Seminários nas CRES e o monitoramento do uso da Caderneta do Idoso.

Segundo a entrevistada da SESA, um avanço identificado pela equipe do GT de Saúde do Idoso/SESA foi a participação na IV Exposição da Escola de Saúde Pública do Ceará, IV EXPOESP-CE, ocorrido em Fortaleza-CE, com a publicação e divulgação do trabalho de implantação da Caderneta de Saúde do Idoso no Estado do Ceará. Este fato foi considerado importante pela equipe principalmente por apresentar aos profissionais participantes do evento a importância da efetivação da PNSPI, com o trabalho iniciado com a Caderneta de Saúde do Idoso.

4.3 – A versão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE

A seguir tem-se a versão da entrevista com a coordenação municipal de Saúde do Idoso, na ocasião da visita à área técnica de Saúde do Idoso, da Coordenação da Atenção Básica-CAB, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. A entrevista ocorreu após contatos anteriores, telefônicos e presenciais, com a coordenadora da área de Saúde do Idoso. Estes encontros objetivaram conseguir informações preliminares, na etapa exploratória do estudo, com vistas a efetuar a delimitação do objeto de estudo.

Inicialmente buscou-se identificar a trajetória da referida coordenação, sua chegada à função atual e o papel desempenhado no desenvolvimento da PNSPI. Este é um tópico considerado fundamental para conhecimento do perfil do técnico coordenador da Política Municipal do Idoso, como também para a elaboração da análise do objeto de estudo.

A técnica responsável pela coordenação municipal da Saúde do Idoso da SMS/Fortaleza-CE, a partir deste momento denominada de E 3, tem formação acadêmica em Terapia Ocupacional, com especialização em Gestão em Saúde. Tem vínculo com empresa de terceirização de recursos humanos, com dedicação de 40 horas semanais, para prestação de serviços na SMS/Fortaleza-CE.

Conforme informado pela própria coordenadora, a mesma não tem vínculo como servidora pública com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Sua trajetória na SMS até assumir a função atual teve início com a saída da coordenadora anterior, da qual era sua auxiliar. Desde então assumiu e permanece na função de coordenadora municipal da Saúde do Idoso há três anos.

Conforme relatado pela entrevistada anteriormente a coordenação municipal era composta por uma coordenadora e duas técnicas (inclusive a entrevistada). Atualmente este setor conta apenas com a própria coordenadora, sem outros técnicos. Todavia, a coordenação é partilhada com os técnicos lotados em cada Secretaria Executiva Regional-SER, e cada um deles opera como coordenador da Saúde do Idoso no seu respectivo território, de forma descentralizada.

A área de Saúde do Idoso faz parte da Coordenação da Atenção Básica-CAB e a técnica responsável pela coordenação municipal da referida área desenvolve suas atividades no mesmo ambiente físico que os demais técnicos integrantes da CAB. Ou seja, a coordenação municipal de Saúde do Idoso de Fortaleza-CE conta com espaço físico compartilhado com outras ações de saúde, bem como há a partilha de equipamentos tais como computadores, linhas telefônicas, aparelhos de fax, entre outros, não havendo estrutura individual para o desenvolvimento das atividades inerentes à coordenação municipal de Saúde do Idoso.

Durante a entrevista junto à coordenação municipal procurou-se investigar sobre a percepção acerca da implantação/implementação da PNSPI no município de Fortaleza-CE, com o propósito de captar este processo no município desde sua concepção. Ressalta-se que as falas aqui elencadas balizam a análise posterior, com vistas a avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008.

Segundo a coordenação municipal de saúde do idoso da SMS de Fortaleza-CE, a implantação da PNSPI no município de Fortaleza-CE ocorreu desde 2006 (E 3). A condução do trabalho junto ao idoso utiliza as mesmas bases da política municipal de saúde, que operacionaliza as ações e serviços de saúde através da descentralização para os Distritos de Saúde/SER. A partir daí as ações são direcionadas para as unidades de saúde de cada área de abrangência.

Conforme a entrevistada o gerenciamento dos serviços e respectiva organização da atenção às ações para as pessoas idosas baseiam-se em “rodas”. Rodas são encontros ou reuniões com a coordenação municipal e os técnicos dos Distritos de Saúde/SER, onde são discutidas as problemáticas, alternativas, decisões operacionais e encaminhamentos.

A entrevistada informou que as rodas ocorrem periodicamente, e embora haja uma intenção de que ocorram quinzenalmente, não há uma rotina totalmente instituída. Não se identificou um cronograma, ou um calendário fixo de realização das reuniões, pois segundo a entrevistada, podem ocorrer conforme a necessidade do trabalho.

A entrevistada relata que as rodas contam sempre com a participação dos técnicos que coordenam as ações de Saúde do Idoso nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais, e que eventualmente também recebem a colaboração da Equipe da Educação Permanente do Sistema Municipal de Saúde Escola, além da coordenação da equipe de Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde-SESA.

Com respeito à distribuição das ações na rede assistencial para o idoso no município quanto ao processo de implantação da Política de Saúde do Idoso, a entrevistada ressaltou que

“a principal característica da implantação da Política de Saúde do Idoso em Fortaleza-CE foi a reorganização do cotidiano, foi mudar a rotina de trabalho, principalmente com a implantação de uma filosofia holística para o trabalho com o idoso” (E 3).

Indagada quanto à percepção sobre os aspectos de intersetorialidade da PNSPI as principais características ressaltadas pela coordenação municipal foram as parcerias estabelecidas com as áreas técnicas da SMS, com a garantia do desenvolvimento de ações, conforme o seguinte registro:

“Nós estabelecemos diversas parcerias para melhor atender ao nosso idoso. Até porque não temos orçamento as parcerias são essenciais para que se possa fazer as ações que o idoso necessita. As ações são a massoterapia, hanseníase, tuberculose, imunização, saúde da mulher, cirandas da vida, esporte e lazer, academia na comunidade” (E 3).

As parcerias, segundo a percepção da coordenação municipal, foram identificadas como fundamentais para ganhos reais para o desenvolvimento de ações e serviços prestados ao idoso na unidade de saúde e em sua comunidade, principalmente devido ao fato dessas parcerias serem estabelecidas sem a necessidade de desembolso financeiro, mas apenas com concentração de esforços, através de trabalho em equipe multidisciplinar, focados em beneficiar o idoso nas práticas desenvolvidas.

Outras parcerias citadas como fundamentais para o desenvolvimento das ações da coordenação municipal de Saúde do Idoso/SMS foram: os Centros de Referência da Assistência Social-CRAS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, a Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP-CE, e a Secretaria Estadual de Saúde-SESA. Estas parcerias

estabelecidas de caráter intersetorial favoreceram o desenvolvimento das ações e serviços, com vistas a facilitar a fluidez e agilidade em nos processos de trabalho nos Distritos de Saúde/SER, nas unidades de saúde e na comunidade em que o idoso está inserido.

Ressalte-se que identificar as principais potencialidades, dificuldades e resultados no município com a implementação da PNSPI foi um dos pontos explorados na entrevista, para com base nestas prerrogativas fundamentar a análise para a avaliação da implantação da PNSPI em Fortaleza, objetivo maior deste estudo.

Entre os principais avanços relatados na entrevista identificados com a implantação da PNSPI está a instituição da Caderneta do Idoso. “As cadernetas foram disponibilizadas através da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará-SESA, foi entregue uma parte e estamos aguardando o restante para a cobertura de todos os idosos do município” (E 3).

As cadernetas recebidas pela coordenação municipal foram repassadas para as coordenações técnicas de saúde do idoso nos Distritos de Saúde/SER, para distribuição nas unidades de saúde, conforme a demanda. Ressalta-se que um dos aspectos de mudança no serviço com a implantação da Caderneta do Idoso ocorre devido às informações pertinentes à Saúde do Idoso registrados na Caderneta do Idoso “cujo conteúdo reúne dados importantes para a vigilância e promoção da saúde.” (E3)

Conforme a entrevistada outro avanço se refere à reorganização da tela do sistema de informação de atendimento ao idoso está em processo de execução, mas conforme informa a coordenação, poderá no futuro ser um instrumento gerencial importante para favorecer a melhoria da atenção ao idoso na unidade de saúde.

Ainda como informação da entrevistada outra inovação na SMS é o estabelecimento de equipes matriciais de geriatria, em parceria com o Sistema Municipal de Saúde Escola/SMS. A intenção é destinar dois profissionais por SER, com carga horária individual de 40 horas semanais. A equipe matricial teria por finalidade dar suporte especializado para as equipes de Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde, em cada SER, tanto no aspecto assistencial ao próprio idoso, quanto no aspecto de suporte e formação

de profissionais.

A entrevistada ressaltou que a coordenação municipal conta com o suporte de técnicos da rede municipal de saúde para a construção e atuação junto à área de Saúde do Idoso em Fortaleza-CE. Estes profissionais estão assim distribuídos: um técnico na coordenação geral/SMS, seis nas SER (um por SER), 91 nos Centros de Saúde da Família e 13 nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, totalizando assim 111 profissionais.

A entrevistada abordou ainda que com base nas informações recebidas na coordenação municipal sobre as ações de Saúde do Idoso (E3), destaca-se que a estratégia de Saúde da Família em Fortaleza-CE a partir de 2005 instaurou novas práticas no cuidado aos idosos do município, principalmente na atenção básica, mas também nos atendimentos secundário e terciário.

Segundo a entrevistada, o atendimento anterior a 2005 era restrito à consulta médica e à dispensa de medicamentos, sendo este modelo superado depois da estratégia Saúde da Família-PSF. Segundo a entrevistada, a nova visão de oferecer à pessoa idosa maior atenção nos serviços de saúde após 2005 “ocorreu principalmente com a ampliação da cobertura do PSF no município de Fortaleza-CE” (E 3).

Aos idosos que estão sob a cobertura do PSF as oportunidades de promoção da saúde e prevenção de doenças são ampliadas. Este é um fato ressaltado como importante pela coordenadora por considerar que esta etapa da vida requer cuidados de saúde redobrados. “A reorganização dessa atenção começou com essa cobertura pelas equipes de Saúde da família que preconizou a longitunidade e a vigilância à saúde” (E 3).

As principais formas de inovação do trabalho com idosos na unidade de saúde, conforme a entrevista com a coordenação municipal consiste na abordagem ao idoso e no envolvimento destes em atividades grupais. Para além do atendimento interno na própria unidade de saúde, também se instalou o atendimento domiciliar para os idosos que apresentam dificuldades para comparecer ao atendimento ambulatorial.

Segundo a entrevistada a formação de grupos de idosos na unidade de saúde visa estimular a criação de espaços para ações de educação em saúde e atividades de socialização conforme relato a seguir:

“É a reorganização do cotidiano deles para melhoria da qualidade de vida e um envelhecimento ativo. O atendimento resulta na melhoria dos indicadores, como diminuição de queixas de doenças, além de minimizar o uso de medicamentos e melhorar a auto-estima dos usuários, à medida que fornecemos ocupação e conhecimento” (E 3).

Em seguimento da entrevista obteve-se a informação que em cada unidade de saúde foi criada uma comissão de prevenção de maus-tratos, com o objetivo maior de disseminar uma cultura de não violência. Esta iniciativa visa contribuir para a efetivação de uma rede de apoio aos segmentos em condição de maior vulnerabilidade social, incluindo os segmentos de idosos, crianças e mulheres vítimas de agressão.

As modificações no atendimento à população idosa nas unidades de saúde, conforme entrevista da coordenação municipal procuram acompanhar a Política Nacional de Humanização. Nesta Política há a orientação da realização do Acolhimento do Usuário com Classificação de Risco, neste sistema o idoso deve ter atendimento prioritário, independente de filas ou outras circunstâncias.

Neste enfoque na entrevista a coordenação municipal ressaltou que para além da atenção básica o idoso também recebe com prioridade atendimento na atenção secundária e terciária. O município de Fortaleza-CE oferece, além da especialidade de Geriatria, diversas outras especialidades médicas às quais o idoso pode ser encaminhado ao Centro de Especialidades Médicas José de Alencar-CEMJA, unidade integrante da rede municipal de atendimento de saúde. Nesta unidade municipal a pessoa idosa conta com atendimento geriátrico, inclusive

“para cuidar dos casos demenciais que podem surgir nesta faixa etária, a exemplo da doença de Alzheimer, e que demandam um abordagem diferenciada, interdisciplinar e com medicamentos e insumos de alto custo”(E 3).

4.4 - As versões dos atores das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza-CE

Com vistas a apreender o processo de descentralização e regionalização das ações e dos serviços de saúde para a pessoa idosa a partir do desenvolvimento da PNSPI em Fortaleza-CE pelas Secretarias Executivas Regionais-SER, passa-se agora às entrevistas com os atores que operacionalizam esta Política nos Distritos de Saúde/SER. As entrevistas a partir deste momento são identificadas por códigos para manter o sigilo garantido a cada um dos técnicos entrevistados, não obedecendo a nenhuma ordem, seja pela entrevista, seja pela SER, sendo nominados pela letra E seguida de um numeral acima de 4.

Ao visitar as sedes dos Distritos de Saúde nas Secretarias Executivas Regionais identificou-se que a exemplo do que ocorre com a coordenação municipal de Saúde do Idoso, nos Distritos de Saúde/SER os ambientes de trabalho são compartilhados, não havendo estruturas destinadas ao exercício das atividades de saúde do idoso isoladas. Há a utilização comum pelos técnicos dos Distritos de Saúde/SER, além do ambiente físico, o uso de equipamentos como computadores, linhas telefônicas, fax, veículos e outros.

Para identificar a trajetória, a função atual e o papel no desenvolvimento da PNSPI na SER, os técnicos coordenadores regionais de Saúde do Idoso foram indagados sobre formação acadêmica, vinculação com a instituição, forma de contratação, carga horária semanal, faixa salarial e tempo de atuação na função.

Identificou-se que nenhum técnico neste nível de descentralização é servidor público municipal. São profissionais contratados por empresa de terceirização de recursos humanos, com carga horária de 40 horas semanais. A remuneração mensal corresponde à faixa salarial de até quatro salários mínimos. O tempo de vinculação dos técnicos com as ações do idoso no município variou entre 2 a 13 anos de trabalho na Prefeitura Municipal de Fortaleza, com o exercício de funções diversificadas durante este período.

Durante as visitas constatou-se que os técnicos que coordenam a Saúde do Idoso nos Distritos de Saúde/SER, ou ainda, os coordenadores regionais de Saúde do Idoso, são ao mesmo tempo profissionais responsáveis por outras áreas de saúde, tais como: programas de Hipertensão, programa de Diabetes Mellitus, entre outros. Concluiu-se que não existe nenhum profissional no nível de atuação regional que trate exclusivamente das ações e

serviços da área de Saúde do Idoso.

Indagados quanto à formação acadêmica, identificou-se que são profissionais de nível superior em áreas da saúde. O grupo é composto por seis profissionais com graduação entre as profissões de Serviço Social, Enfermagem e Odontologia.

Para avaliar o processo de implantação e implementação da PNSPI na SER buscou-se a percepção do técnico coordenador regional de Saúde do Idoso em cada Distrito de Saúde. Para tanto se fez necessário identificar as ações ora desenvolvidas enquanto fruto da implantação da PNSPI em cada SER.

No decorrer das entrevistas aos coordenadores regionais, registradas em diário de campo, registrou-se que a coordenação regional de Saúde do Idoso desenvolve atividades junto às unidades de saúde de sua jurisdição administrativa. Nas entrevistas foi indagado sobre quais as ações que mais se destacaram dentre as atividades realizadas para a saúde do idoso nas Secretarias Executivas Regionais-SER, e como ocorre a distribuição do trabalho na rede assistencial para o idoso na SER.

A seguir faz-se um breve detalhamento da rotina dos técnicos coordenadores da saúde do idoso nos Distritos de Saúde nas Secretarias Executivas Regionais-SER, retratada pelos mesmos durante as entrevistas realizadas. Esta rotina foi semelhante em todas as Secretarias Executivas Regionais-SER.

Indagou-se junto aos técnicos coordenadores da saúde do idoso dos Distritos de Saúde sobre a percepção quanto aos aspectos de descentralização e intersetorialidade da PNSPI, que foi identificado principalmente pela forma de distribuição do trabalho e pelas parcerias que são estabelecidas, elencados conforme a seguir.

Indagados quanto à descentralização, todos os técnicos relataram que são realizadas reuniões mensais envolvendo os técnicos coordenadores da saúde do idoso dos Distritos de Saúde e os técnicos responsáveis nas unidades de saúde. Estas reuniões ocorrem de forma sistemática, com frequência mensal. Geralmente elas ocorrem nas sedes dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER, mas também nas unidades de saúde.

As reuniões foram mencionadas pelos coordenadores regionais de saúde do idoso como sendo uma ação que todas as Secretarias Executivas Regionais-SER desenvolvem habitualmente, destaca-se em uma das falas o que se segue:

“essas reuniões mensais são na realidade uma ferramenta de trabalho. Essa ferramenta é muito importante para gerenciar as ações desenvolvidas pelo técnico na unidade de saúde. Nessa reunião nós discutimos as dificuldades e as alternativas, é uma forma de dividir as angústias do trabalho e buscar uma superação.” (E 4).

Com as reuniões mensais dos coordenadores regionais com os técnicos das unidades de saúde são discutidos os principais entraves do trabalho, e nesta oportunidade também se trata sobre as alternativas de superação.

Nestas reuniões o trabalho do grupo que opera a política de saúde do idoso discute também outras ações de saúde, principalmente de hipertensão e diabetes mellitus, visto que os técnicos das unidades respondem por essas ações consideradas correlatas.

Os frutos das discussões nas Secretarias Executivas Regionais-SER são levados aos encontros na Secretaria Municipal de Saúde-SMS, onde se desenvolvem as “rodas” do idoso, conforme nomenclatura utilizada na rotina dos técnicos. As reuniões entre os técnicos coordenadores das Secretarias Executivas Regionais-SER com a coordenação municipal da área de Saúde do Idoso ocorrem na sede da Secretaria Municipal de Saúde-SMS, geralmente uma vez por mês, porém não há um cronograma estabelecido para a ocorrência das reuniões.

Os técnicos coordenadores da saúde do idoso dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER enfatizaram que durante o ano de 2008 as reuniões eram mais freqüentes, mas durante 2009 os encontros foram mais espaçados, em menor número.

Todos os coordenadores da saúde do idoso afirmaram que as decisões eram tomadas de forma coletiva, durante as rodas do idoso na Secretaria Municipal de Saúde-SMS, juntamente com os demais coordenadores regionais e a coordenação municipal, e que a falta de regularidade nas reuniões era um fator que deixava pendências na resolução dos problemas relativos à saúde do idoso.

Indagados quanto à intersectorialidade, os maiores destaques em todas as entrevistas nas SER foram os trabalhos com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF, que tiveram sua implantação efetiva no ano de 2009. Nas seis SER os técnicos coordenadores da saúde do idoso dos Distritos de Saúde afirmaram na entrevista que a iniciativa foi de grande valia para o trabalho com os idosos, principalmente pela implantação de grupos de idosos em algumas unidades de saúde, bem como pelo fortalecimento dos grupos já existentes, anteriores à implantação dos NASF.

Os Centros de Referência da Assistência Social-CRAS também foram citados como sendo uma parceria estabelecida que favorece ao trabalho com os idosos, tanto em ações contínuas quanto em ações pontuais.

Identificar as principais potencialidades, dificuldades e resultados na SER com a implementação da PNSPI, foram pontos explorados nas entrevistas com os técnicos coordenadores. A ação citada como mais importante por todos os técnicos coordenadores da saúde do idoso dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER entrevistados foi a implantação da caderneta do idoso. Informaram os entrevistados que as cadernetas foram distribuídas para as unidades de saúde, através dos técnicos responsáveis em sua unidade de respectiva.

Na unidade de saúde o técnico responsável pelas ações de saúde do idoso, fez a distribuição nas equipes de Saúde da Família, repassando para cada equipe o número de cadernetas correspondentes ao número de idosos de cada equipe.

Os entrevistados identificaram como fundamental a participação dos Agentes Comunitários de Saúde-ACS em cada equipe de Saúde da Família. Foi informado na entrevista 5 que a atuação dos ACS ocorre nas micro-áreas de saúde pertencentes às equipes de Saúde da Família lotadas nas unidades de saúde. Ainda na entrevista 5 identificou-se que cada ACS fornece para a equipe de Saúde da Família um levantamento onde identifica cada idoso, com informações de saúde dos idosos da sua micro-área. Segundo o entrevistado 5 este levantamento favorece a distribuição e efetiva implantação da caderneta de saúde do idoso.

Identificou-se nas entrevistas com seis técnicos cinco deles consideraram que a implantação da PNSPI é um passo importante na consolidação de ações voltadas para a

pessoa idosa. Quanto ao aspecto da intersectorialidade o principal argumento identificado foi sobre as ações desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares com o trabalho desenvolvido pelos NASF em parcerias com as Equipes de Saúde da Família.

Nas entrevistas com os técnicos das SER foi indagado sobre como a PNSPI é operacionalizada nas unidades de saúde. Nas entrevistas 4, 5, 7 e 8, identificou-se com mais clareza como as unidades de saúde organizam tecnicamente suas atividades com o desenvolvimento das várias ações e serviços de saúde, inclusive . A seguir são expostos alguns aspectos relatados sobre a rotina dos técnicos das unidades de saúde.

Identificou-se nas entrevistas que ao contrário do que ocorre na Secretaria Municipal de Saúde-SMS e nas seis Secretarias Executivas Regionais-SER, nos Distritos de Saúde, instâncias onde os técnicos são terceirizados, nas Unidades de Saúde os profissionais são geralmente servidores municipais admitidos por concurso público.

Os entrevistados ressaltaram que em Fortaleza procedeu-se a ampliação do número de equipes de Saúde da Família mediante a realização de concurso público para profissionais de nível superior médicos, enfermeiros e odontólogos para compor as equipes de Saúde da Família em Fortaleza-CE. Os demais profissionais que compõem as Unidades Básicas de Saúde dividem-se em: outros profissionais de nível médio, entre servidores municipais e terceirizados, e cargos comissionados de nível superior nas funções de direção de unidade.

Registrou-se nas entrevistas que esta realidade é recente no município de Fortaleza, estando ainda em processo de consolidação pela ampliação das equipes de Saúde da Família, conforme mencionado anteriormente.

Junto aos entrevistados apurou-se que em cada unidade de saúde as responsabilidades técnicas são distribuídas entre os profissionais da própria unidade. Exemplificando, em cada unidade de saúde são definidos, entre os próprios técnicos da unidade, os responsáveis para responder por determinadas ações de saúde, tais como: hipertensão, diabetes mellitus, hanseníase, tuberculose, saúde da mulher, da criança, do idoso, imunização, entre outras ações.

Identificou-se que o técnico responsável pela área de Saúde do Idoso na unidade de saúde geralmente responsabiliza-se também pelos programas de Hipertensão e Diabetes. Devido à prevalência das patologias de hipertensão e diabetes mellitus na população idosa, considera-se compatível o desenvolvimento das atividades juntamente com as atividades dos idosos. Conforme as entrevistas um avanço ocorreu em parte das unidades de saúde com a implantação de grupos de idosos. Estes grupos estão em fase inicial de implantação, sendo ainda uma atividade que não está totalmente efetivada.

5. ANÁLISE DAS VERSÕES DOS ATORES DA PESQUISA E DISCUSSÕES

A partir deste momento efetua-se a análise das entrevistas realizadas no nível municipal, na Secretaria Municipal de Saúde e nas Secretarias Executivas Regionais. Fundamentada na análise proposta por Donabedian (1980) de estrutura, processo e resultados, tomando-se como foco principal o processo, e neste observar-se os componentes de estrutura e resultados, e auxiliando-se da Análise Crítica do Discurso-ACD, decorre a presente análise do conteúdo fornecido pelos atores da pesquisa, conforme registrado nas entrevistas, bem como do constante nos documentos oficiais examinados.

Devido às dificuldades enfrentadas para gravar as entrevistas, quer por espaço físico inadequado, ou pela existência de ruídos excessivos, inviabilizando a utilização do recurso material de gravador, o diário de campo foi um recurso bastante explorado. A maior dificuldade enfrentada foi registrar as falas de forma rápida através da escrita no diário, sendo possível apenas a transcrição de pequenos trechos que se mostravam imprescindíveis para a apresentação no trabalho de forma a subsidiar e facilitar a análise.

Concorda-se com Matos e Vieira (2002) que se pode considerar uma tarefa difícil a de transmitir resultados de forma acessível e simples sem perder o rigor científico, principalmente por compreender que a repercussão destes resultados pode depender da qualidade de apresentação do produto de reflexão. Neste sentido a análise a seguir tem como foco o processo, que por sua vez identifica a estrutura existente e subsidia, em sequência, os resultados.

Para iniciar, ao se analisar a entrevista realizada na Secretaria Municipal de Saúde-SMS, foi identificado que a Coordenação Municipal de Saúde do Idoso é exercida apenas pela própria coordenadora. Não há uma equipe de trabalho onde as responsabilidades possam ser distribuídas, mas ao contrário, todas as atividades inerentes à coordenação são concentradas em uma única pessoa.

Considera-se que em ocasiões como férias, licenças, problemas de saúde ou de impedimento de ordem pessoal da coordenadora, situações que são previsíveis e até inevitáveis, comprometem sobremaneira o andamento e continuidade das atividades inerentes à coordenação de toda uma política municipal.

A falta ou ausência temporária da coordenadora, inclusive pelo exercício da função, exemplificando: reuniões internas ou externas, visitas técnicas, visitas institucionais, seminários, congressos, entre outros, são situações que ocorrem na prática da instituição e que sendo a coordenação exercida unicamente por um profissional, compromete o desenvolvimento do trabalho.

Assim ressalta-se que sendo a coordenação da Política de Saúde do Idoso de Fortaleza-CE exercida por uma única pessoa denota uma debilidade importante, no sentido em que pode vislumbrar uma descontinuidade da política na falta do coordenador. Como exemplo pode-se ilustrar o que ocorreu à época da licença maternidade da coordenação no ano de 2008, onde o trabalho sofreu uma quebra, fato referido coordenadores regionais.

Julga-se, em contrapartida, analisando o processo implementado que a forma pela qual a coordenação municipal articula as ações juntamente com os técnicos coordenadores dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER pode ser considerada uma ação participativa, que favorece uma tendência de contribuir para a democratização do processo decisório das ações voltadas para a população idosa em Fortaleza-CE.

Os recursos humanos responsáveis pela implementação da PNSPI, tanto a coordenação municipal da Secretaria Municipal de Saúde, quanto os técnicos coordenadores dos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais, são profissionais de saúde contratados por meio de empresa de terceirização de recursos humanos, não tendo neste quadro de coordenadores (municipal de regionais) servidores públicos municipais.

A forma da vinculação dos profissionais pode favorecer a rotatividade dos técnicos, o que pode contribuir para a descontinuidade das ações implementadas da política em razão da saída de profissionais, tal como ocorreu com a própria coordenação municipal anterior.

Todas as ações da Coordenação da Atenção Básica-CAB, e não apenas a área técnica de Saúde do Idoso, são dispostas no mesmo espaço físico, com a mesma estrutura de equipamentos, tais como fax, telefones, computadores. Enquanto se reconhece que é importante partilhar as idéias, as ações e recursos, por outro lado identificou-se como uma

dificuldade o limitado espaço físico destinado para os técnicos desenvolverem a contento suas ações na SMS.

Também nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER há deficiências nas estruturas físicas, onde os técnicos enfrentam dificuldades para desempenho de suas funções, incluindo-se as ações de saúde do idoso. O espaço físico foi um aspecto dificultador na ocasião das visitas aos técnicos para a realização das entrevistas, houve inclusive prejuízo nas gravações realizadas, em quatro das seis SER.

Uma das limitações mais importantes identificadas ao longo da pesquisa foi a constatação de que a coordenação municipal não dispõe de orçamento para desenvolver as ações previstas na PNSPI no município de Fortaleza-CE. Este limite é impeditivo para efetuar a implementação a contento da PNSPI, pois em toda política pública se faz necessário a devida dotação orçamentária para sua execução. A mesma ausência de orçamento para a saúde do idoso se verifica no nível das Secretarias Executivas Regionais-SER e dos Distritos de Saúde, inviabilizando o desenvolvimento de ações para a população idosa também nestes níveis de hierarquia.

Devido ao compartilhamento de ações há uma sobrecarga de trabalho nos técnicos coordenadores de Saúde do Idoso nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais-SER. Os técnicos “precisam dar conta de três ou quatro ações ao mesmo tempo” (E 4). Comprova-se com este depoimento que não há uma destinação específica de técnicos exclusivamente para o trabalho junto à população idosa de Fortaleza-CE, e principalmente, há uma carga de trabalho estafante para os técnicos.

Por outro lado essa medida é também gerencial e vem forçar para não haja a ampliação do quadro de funcionários, de forma que cada um dos profissionais responda, de forma técnica e pretensamente organizada, por um programa específico de saúde ou por um conjunto de ações de saúde correlatas.

O fato dos técnicos coordenadores da Saúde do Idoso nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais estarem vinculados a outras ações de saúde também apresentam aspectos positivos, principalmente ao fato de articular ações que são muito pertinentes à população idosa, tais como hipertensão e diabetes mellitus.

Identificou-se que o técnico da saúde do idoso em contato com outras ações demonstrou estar intrinsecamente ligado às necessidades da população idosa, de modo a favorecer a articulação das ações para este público. Este fato torna-se ainda mais importante quando se reafirma a ausência de orçamento para ações para a população idosa também nas Secretarias Executivas Regionais.

Quanto à formação acadêmica dos técnicos que partilham o gerenciamento da PNSPI, identificou-se que a formação se concentra nas profissões de saúde, tais como: enfermagem, odontologia, serviço social e terapia ocupacional. Esta junção de saberes e práticas favorecem ao desenvolvimento de ações interdisciplinares para a população idosa, visto que os profissionais em cada categoria estabelecem envolvimento com a matéria em evidência de formas específicas, enquanto partilham e efetivam a multidisciplinaridade na PNSPI.

Quanto aos dados secundários a serem pesquisados nas coordenações municipais e regionais, constatou-se que não há regularidade no registro de informações referentes à população idosa assistida pela rede municipal, principalmente na Atenção Básica. Há uma intencionalidade de implantar no ano de 2010 alterações no sistema informatizado das unidades básicas de saúde, porém ainda não está efetivado na prática.

Cohn, Westphal e Elias (2005) ao tratarem da importância da informação para a decisão política em saúde, enfatizam que além da informação técnico-científica ser um recurso básico para atividade humana. Os autores ressaltam ainda que diversos outros autores “vinculam o acesso e a percepção dos diferentes sujeitos sobre ela e o processo de tomada de decisão enquanto um conjunto de práticas institucionais que tendem a reproduzir e legitimar relações de poder entre atores” (COHN, WESTPHAL E ELIAS, 2005, p. 115).

Neste sentido considera-se que a ausência de uma sistematização de informações se constitui em uma falha operacional de graves conseqüências para o desenvolvimento de ações efetivas na PNSPI. Inegavelmente, a falta de informações referentes à população idosa assistida leva a outras fragilidades, como: a falta de indicadores sociais, deficiências nas investigações epidemiológicas com repercussões na vigilância à saúde, mas, principalmente, com repercussões na gestão da PNSPI pela falta de informações que podem inviabilizar a tomada de decisão.

Além da dificuldade em coletar os dados secundários pela falta de sistematização dos mesmos, houve também outros dois aspectos fundamentais. De um lado, de forma clara e incontestável, não foi identificadas informações correspondentes nas coordenações das Secretarias Executivas Regionais, denotando a falta de articulação entre a coordenação municipal e as coordenações regionais para a sistematização das informações. De outro lado, identificou-se certa resistência no fornecimento de informações por parte de alguns técnicos, mesmo garantindo-se a confidencialidade das informações. Inclusive na Secretaria Municipal de Saúde não foi fornecido pelo setor de informática os dados referentes à população do município de Fortaleza, sendo estes dados obtidos com facilidade na SESA.

O mapeamento dos serviços para os idosos não foi elaborado conforme a intenção inicial, de servir de base para a análise de sua integração em rede, sendo possível apenas a listagem das unidades de saúde que desenvolvem o trabalho de grupos de idosos em cada Secretaria Executiva Regional. Esta listagem das Unidades de Saúde não foi adicionada neste estudo por compreender que não acrescentaria nenhuma relevância no tocante ao estudo da temática do idoso, seria apenas uma listagem de unidades de saúde, uma relação estática e estéril que não agregaria nenhum valor ao objeto de estudo, portanto não foi incluído no corpo do trabalho.

Quanto à manutenção dos serviços, durante o estudo constatou-se que o Centro de Referência do Idoso de Fortaleza-CE, unidade social integrante da rede de Assistência Social do município, teve suas ações redirecionadas, transformando-se em Centro de Referência da Assistência Social-CRAS. Esta medida gerencial descaracterizou o atendimento prioritário e emblemático para a pessoa idosa. Restou nesta unidade social o atendimento genérico para o idoso, como em todos os demais Centros de Referência da Assistência Social de Fortaleza. Nesta unidade social além do atendimento de um geriatra há ainda a realização de atividades físicas para a pessoa idosa, atividade realizada em parceria com o Corpo de Bombeiros do Estado do Ceará.

O modelo de matriciamento de geriatria e gerontologia, concebido pelo Sistema Municipal de Saúde Escola, embora ainda em fase de planejamento, deixa uma expectativa positiva para os profissionais que fazem o gerenciamento da PNSPI. Sendo a medida adotada, os profissionais que atuam junto à população idosa em Fortaleza-CE

receberiam uma colaboração técnica e operacional, onde o principal beneficiário seria a própria população idosa.

Neste sentido o estudo aponta como possibilidade de melhoria dos serviços e corrobora com a afirmação de que “a reorganização das práticas de saúde representa uma possibilidade teórica e um dos possíveis históricos da reorientação de sistemas de saúde.” (TEIXEIRA, PAIM E VILASBOAS, 1998, p. 24).

Os princípios de descentralização adotados na PNSPI são aplicados no sentido em que a própria administração da Prefeitura Municipal de Fortaleza estabelece previamente. Portanto, identificou-se que a gestão descentralizada da PNSPI ocorre em decorrência da estruturação da Secretaria Municipal de Saúde e das Secretarias Executivas Regionais.

Quanto à percepção da pesquisadora sobre os aspectos de descentralização da PNSPI concluiu que a metodologia utilizada para a operacionalização da descentralização PNSPI na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE reproduz o que ocorre na política municipal como um todo. Assim não há uma particularidade a despeito do princípio da descentralização que mereça destaque na presente análise da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Ao considerar o processo de descentralização ou distritalização da saúde “as ações programáticas de saúde, no âmbito local podem alimentar ao nível dos serviços de saúde, os movimentos e redefinição de práticas, inclusive na perspectiva da vigilância da saúde”. (TEIXEIRA, PAIM E VILASBOAS, 1998, p. 24).

Nas Secretarias Executivas Regionais, além do Distrito de Saúde têm-se outros Distritos nas áreas sociais: o de Educação e de Assistência Social, além dos Distritos na área ambiental, havendo a proximidade física de setores, de técnicos e de ações. Todavia, ainda assim não se identifica a efetivação da intersetorialidade para a programação de ações e serviços voltados para a pessoa idosa como institucionalização, mas como ações isoladas de repercussões pontuais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008. Contemplou ainda objetivos específicos de analisar os aspectos de descentralização de ações e serviços de saúde voltados para a pessoa idosa nos níveis municipal e regional, investigar sobre a intersetorialidade na elaboração de ações e serviços da rede assistencial de atendimento à pessoa idosa no município de Fortaleza-CE.

Buscou-se investigar sobre o caminho percorrido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Fortaleza-CE, e sua significação em cada instância de poder, principalmente quanto aos componentes de gestão, elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas referentes ao processo de envelhecimento.

Ao identificar e caracterizar o perfil dos técnicos que operacionalizam a respectiva Política constatou-se que as funções técnicas e gerenciais são ocupadas por funcionários terceirizados, sem vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Fortaleza. Já as ações de assistência à saúde para a pessoa idosa, a prestação dos serviços e ações de saúde propriamente ditas, são executadas pelos profissionais de saúde que integram as Unidades Básicas de Saúde, admitidos através de concurso público.

Verificou-se a necessidade de realização de concurso público para provimento de funções técnicas e gerenciais da área de saúde do idoso, com a conseqüente contratação de pessoal qualificado em matéria de envelhecimento e saúde do idoso, com motivação necessária para o desempenho específico das ações previstas na PNSPI.

A ausência de um sistema de informações sobre a população idosa é incompatível com a possibilidade de fornecer indicadores sociais confiáveis, registro de dados epidemiológicos para melhoria da sistematização da vigilância à saúde para a pessoa idosa. Desta forma o município poderia ter um conhecimento específico sobre a situação de saúde da população idosa, tendo como base a realidade local para uma intervenção legítima e efetiva caso houvesse a implantação de um sistema de informações sobre esta população.

Com os avanços, tanto tecnológicos quanto do processo de municipalização dos serviços de saúde, é importante ressaltar que “a descentralização dos sistemas de informação torna-se viável e necessária, de modo a ampliar o uso das informações na definição de prioridades e atividades de acompanhamento e avaliação no nível local.” (ALMEIDA, 1998, p. 27).

O estudo apontou para a necessidade urgente da construção de um sistema de informações municipal que represente a realidade da população assistida pela rede de atendimento municipal. Esta medida gerencial poderá possibilitar o conhecimento das peculiaridades da população idosa em seus territórios, seu respectivo monitoramento e avaliação, como também poderá fomentar tomada de decisões voltadas para os reais interesses da população idosa.

A adoção do modelo de matriciamento de geriatria e gerontologia, do Sistema Municipal de Saúde Escola, é uma medida que teoricamente atrela aspectos técnicos e operacionais, de forma a maximizar a ação e otimizar recursos humanos e financeiros. Esta ação poderá representar uma experiência inovadora onde os profissionais e a população idosa de Fortaleza-CE sejam beneficiados. Constitui-se ainda em uma ferramenta de gestão para a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, restando ainda ser implantada junto aos profissionais que atuam na Política de Saúde do Idoso e à população idosa de Fortaleza-CE.

Na análise da divisão das responsabilidades institucionais previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa identificou-se que estas são respeitadas e ampliadas no sentido em que as Secretarias Executivas Regionais constituem novas instâncias de descentralização. Mais ainda, nas unidades de saúde, com as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde nas micro-áreas, atuam no sentido de implementar efetivamente ações e serviços previstos na Política.

Este fator é reforçado pela ação de profissionais, tais como: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, admitidos através de concurso público, o que

reduz a precarização das condições de trabalho destes profissionais. Com isto pode-se considerar que há uma tendência para a redução na rotatividade destes, o que abre novas possibilidades de continuidade do trabalho ora implantado junto à população idosa assistida nas Unidades Básicas de Saúde, tais como o uso da Caderneta do Idoso e a formação de grupos de idosos.

Ao considerar os aspectos da descentralização, investigou-se sobre em que medida se estabelece o processo de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Fortaleza-CE. Embora o estudo comprove que a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa seja descentralizada administrativamente da Secretaria Municipal de Saúde para as Secretarias Executivas Regionais e destas para suas respectivas Unidades de Saúde, o estudo constatou que a descentralização da Política se estabelece no mesmo sentido em que ocorre a descentralização da estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Portanto concluiu-se que a gestão descentralizada da Política ocorre prioritariamente em razão da própria descentralização da Secretaria Municipal de Saúde e dos Distritos de Saúde nas Secretarias Executivas Regionais-SER.

Todavia, o cenário de descentralização da gestão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa mostrou-se inovador, o estudo identificou a ocorrência de uma nova significação em cada esfera de poder conforme o nível de execução: municipal, regional e local. Esta inovação favorece a adoção de medidas localizadas e particularizadas, conforme a necessidade específica de cada realidade, variável conforme a sensibilização e compromisso das equipes envolvidas no processo, passível, portanto, de melhorias significativas para a concretização da política e para a efetivação de conquistas para a pessoa idosa.

Não se identificou a programação pactuada entre as esferas do governo municipal com o governo estadual para desenvolver ações específicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, exceto sobre a matéria da implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, confeccionada pelo Ministério da Saúde, disponibilizadas através da Secretaria Estadual de Saúde. Constatou-se ainda a programação da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará para a capacitação de profissionais de saúde do município de Fortaleza-CE, sendo caracterizada como ação pontual e não permanente.

O estudo aponta que há necessidade de uma maior articulação intergovernamental e intersetorial para que serviços e ações sejam realmente planejados e executados para a população idosa do município de Fortaleza-CE, não se restringindo a uma junção de setores e atores, com a utilização do improviso tendo como destinatário a pessoa idosa.

Os aspectos de intersetorialidade identificados na pesquisa sinalizam para o fato de que o município esteja em desacordo com o preconizado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visto que as iniciativas referidas devem-se principalmente às adaptações entre atores e congruência de ações, do que mesmo pela programação integrada e intersetorial apontando para uma fragilidade estrutural.

As ações intersetoriais na gestão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em Fortaleza-CE são desenvolvidas mais pela necessidade prática e pela limitação imposta pela inexistência de dotação orçamentária, do que mesmo pelo planejamento de ações voltadas para a pessoa idosa. Identificou-se que as parcerias são estabelecidas principalmente pela proximidade dos atores, pela correspondência das ações, pela afinidade dos técnicos

A rede de atendimento à pessoa idosa confunde-se com a rede de atenção básica, pois não existem unidades específicas nos Distritos de Saúde das Secretarias Executivas Regionais. O município carece de unidades específicas para referenciamento da população idosa, inclusive a unidade identificada ao longo do estudo com ações de referência, o Centro de Especialidades Médicas José de Alencar, está disponível de forma generalizada para a população nas ações especializadas de saúde para os diversos ciclos de vida, não sendo um serviço específico para atendimento de idosos.

O mapeamento das unidades de atendimento a pessoa idosa em Fortaleza-CE coincide com o mapeamento das unidades básicas de saúde, comprovando que não há rede de atendimento específico para esta população, portanto não havendo a possibilidade de análise sobre a integração dos serviços em rede.

A formação de grupos de idosos encontra-se em fase de implantação nas unidades básicas de saúde e ocorreu principalmente com a recente implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Também contribuiu para a formação dos referidos grupos a atuação de profissionais mais identificados com o tema do envelhecimento e saúde da pessoa idosa, configurando-se como iniciativa particularizada de determinados profissionais e não pela instituição efetiva da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O estudo apontou a ausência de dotação orçamentária para atenção a saúde da pessoa idosa como a principal fragilidade do processo de implantação da PNSPI em Fortaleza-CE. Não é possível desenvolver adequadamente uma política pública sem a respectiva previsão orçamentária. Os recursos utilizados para o desenvolvimento da PNSPI em Fortaleza-CE são mais de articulação entre profissionais e de aproveitamento de estruturas existentes, tais como instalações físicas, materiais, equipamentos, recursos humanos, do que propriamente com destinação e finalidade específicas para a implementação da Política de Saúde do Idoso no município.

Em síntese, ao buscar atingir o objetivo de avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI, na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008, sob os enfoques da descentralização administrativa, da intersetorialidade e da formação e distribuição da rede assistencial para a pessoa idosa, chegou-se às conclusões mais relevantes conforme a seguir.

Após a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, o município de Fortaleza procedeu a implantação desta política através da Secretaria Municipal de Saúde, que estabeleceu a distribuição de serviços e ações para a pessoa idosa em conformidade com o critério de descentralização administrativa da gestão municipal, através dos Distritos de Saúde em cada Secretaria Executiva Regional.

O estudo identificou que por não haver um sistema de informações uniforme e sistemático há uma dificuldade estrutural em se estabelecer coerência interna de serviços e ações, principalmente, porque o trabalho é realizado em unidades administrativas

distintas, conforme necessidades específicas, sem a devida articulação intersetorial, prevista na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estes aspectos favorecem a improvisação de ações e também ao estabelecimento de processos desarticulados entre si, reforçados principalmente pela ausência de dotação orçamentária para ações voltadas para a pessoa idosa em Fortaleza-CE, prevista na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O estudo identificou como fundamental a ação de profissionais de saúde que fazem as coordenações técnicas regionais e de profissionais que compõe as equipes de Saúde da Família, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde, além das equipes multidisciplinares dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Estes atores têm em certa medida levado a cabo a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na gestão municipal de Fortaleza-CE, a partir de 2008.

Neste sentido, considera-se que a trajetória da política de saúde no Brasil teve como ponto de partida “uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais a cada momento influenciaram a conformação do sistema” (CAMPOS, 2005, p. 570). Assim pode-se afirmar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa representa em nossa sociedade brasileira a formatação de um fenômeno histórico e social, construído a partir de embates e consensos entre grupos que operacionalizam a política de saúde para a pessoa idosa, o que também se reproduz na realidade municipal de Fortaleza-CE.

Neste contexto conclui-se que a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Fortaleza a partir de 2008, sob os enfoques da descentralização e intersetorialidade, encontra-se em processo de construção. Apresenta lacunas estruturais, tais como: a ausência de orçamento público municipal específico para a população idosa e a inexistência de um sistema de informação voltado para o segmento populacional, além da escassez de recursos humanos e materiais para a política em evidência. Avaliamos que estes aspectos associados constituem impeditivos para o desenvolvimento satisfatório da Política capaz de atender às necessidades da população idosa do município, sendo imprescindível superar as limitações atuais para alcançar a real efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em Fortaleza-CE.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1994.

ALA HARJA Marjukka; HELGASON, Sigurdur. Em direção às melhores práticas em avaliação. **Revista do Serviço Público**. Fundação Escola Nacional de Administração Pública. Brasília: ENAP, Ano 51, n. 4, Out-Dez. 2000.

ALMEIDA, Márcia Furquim. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. IESUS, VII(3), Jul/Set, 1998. p. 27-32.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. *In*: RICO, Elizabete Melo. (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez/ Instituto de Estudos Especiais, 1998, p. 29-39.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. 3. ed. São Paulo, Nova Fronteira, 1990.

BOULMETIS, John; DUTWIN, Phyllis. The ABCs of evaluation: timeless techniques for program and project managers. Jossey-Bass, 1. ed. San Francisco, California, 2000.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 393p.

BRASIL. Lei 8.080 de 19.09.1990. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8.742 de 7.12.1993. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1993.

BRASIL. Lei 8.842 de 04.01.1994. **Política Nacional do Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Rede Interagencial de Informações para a Saúde-RIPSA. Brasília: Ministério da Saúde. 2003b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema único de assistência social: manual informativo**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de assistência social-PNAS/2004**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA. jan. 2002. (texto para discussão nº 858)

_____. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **O desafio da integralidade segundo as perspectiva da vigilância da saúde e da saúde da família.** Revista de Saúde Coletiva, 2003. vol. 8,n. 2, p. 569-584.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Avaliação de projetos sociais. **Gestão de projetos sociais.** Capacitação Solidária, 2 ed. São Paulo: 2002a.

____ **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC/Cortez, 2002b.

CARVALHO, Gilson; ROSEMBERG, Cornélio P.; BURALI, Keiko Ogura. **Avaliação das ações e serviços de saúde.** In O mundo da saúde. São Paulo, ano 24, v.24, n.1, jan./fev., 2000.

CHAUÍ, Marilena Souza. **Brasil: Mito fundador e sociedade autoritária.** Editora Perseu Abramo, 6ª. Reimpressão, 2006.

CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; MOTA, Nomaston Rodrigues. **Relação entre descentralização e intersetorialidade.** [artigo científico]. Disponível em: <http://pedagogia.incubadora.fapesp.br/portal/posmudancaeducacional/POSdisciplinaSetoresCkagnazaroffEmota.pdf> > acesso em 19/01/2010.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia Faria; ELIAS, Paulo Eduardo. **Informação e decisão política em saúde**. Revista de Saúde Pública, v. 39 (1), São Paulo, p. 114-121, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE-CNS, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política nacional de assistência social**. Resolução n. 207, CNAS, Brasília, DF, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

COTTA, Tereza Cristina. **Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto**. In Revista do Serviço Público, 49: 105-126, 1998.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e Política: a dualidade de poderes, Outros Ensaios**. São Paulo: Cortez, 1994.

DAGNINO, Evelina. **Confluência perversa, deslocamentos de sentido, crise discursiva**. In La cultura em las crisis latinoamericanas. 1. ed. Buenos Aires: Clacso, 2004.

DEBERT, Guita Guin. **As representações do papel do idoso na sociedade atual**. Brasília, MPAS/SAS, 1996.

_____. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. Editora da USP. FAPESP. São Paulo, 1999.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de

saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DONABEDIAN, Avedis. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, vol.18, abril/2000.

FERNANDES, Julieta Cristina. Urbanismo e envelhecimento: algumas reflexões a partir da cidade de Uberlândia. **Caminhos de Geografia**. 1(2) 31-49, dez. 2000. Revista on line acessível em <http://www.ig.ufu.br/revista/volume02/artigo03/vol02.pdf>

FORTALEZA, Lei nº 8.000 de 29.01.1997. **Diário Oficial do Município de Fortaleza**. Fortaleza: DOM, 1997.

GONDIM, Linda Maria de Pontes (org). **Pesquisa em ciências sociais: o projeto da dissertação de mestrado**. Fortaleza: EUFC, 1999.

GROSSI, Patrícia Krieger; GUILAMELON, Lucimari Frankenberg. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 6, dez. 2006

HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. **Avaliação de programas (conceitos básicos sobre avaliação “ex-post”)**. Rio-São Paulo-Fortaleza: ABC Editora, 2006.

IBGE. **Censo 2000**. Brasil 2000

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social**

com intersectorialidade. Cadernos FUNCAP, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Possibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luis Roberto. Envelhecimento da população mundial, um desafio novo. **Revista de Saúde Pública.** n. 21, p. 200-210, 1987.

MAIA, Sandra Maria Pontes. **O programa de proteção social básica ao idoso em unidade de referência do município de Fortaleza-CE.** Monografia para obtenção de título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. 2007

MARK, Melvin M.; HENRY, Gary T.; JULNES, George. Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding, and improving policies and programs. Jossey-Bass, 1. ed. San Francisco, California, 2000

MATOS, Kelma Socorro Lopes de; VIEIRA, Sofia Lerche. **Pesquisa Educacional: o prazer de conhecer.** Coleção Magister: Fortaleza, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002a.

____ **Os sistemas e serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

____ **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **Mudanças globais e tendências do campo da saúde no Brasil**. Revista de Educação Física/UEM. Maringá, v.15, n. 1, p. 69-80, 1. sem. 2004.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

NAPOLEONI, Cláudio. **Lições sobre o capítulo VI (inédito) de Marx**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Livraria Editora Ciências Humanas Ltda. 1981.

NOVAES, Hildegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002**/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. - 49p.: 21 cm. - (Série Institucional em Direitos Humanos; v.1)

ORLANDI, Eni Pucinelli. **Análise de Discurso: princípios e fundamentos**. 3.ed., Campinas, SP: Pontes, 2001.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Sobre a política de assistência social no Brasil. **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

SOUSA, Fernando José Pires de. Transformações políticas e institucionais no Ceará: repercussões nas finanças públicas do Estado in **Revista Econômica do Nordeste**. Fortaleza, v.38, nº 4, out-dez. 2007.

SOUSA, Fernando José Pires de; OLIVEIRA, Alfredo José Pessoa de. A desconcentração industrial e o nordeste: do estado desenvolvimentista à globalização. in **A economia do Nordeste na Fase Contemporânea**. Maria Cleide Bernal (organizadora) Fortaleza: Banco do Nordeste do Brasil; Universidade Federal do Ceará, Coleção Livro Acadêmico, 2006.

STEIN, Rosa Helena. **Descentralização e Assistência Social**. Cadernos ABONG. v. 20, outubro de 1997.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. Editora Vozes, Petrópolis, 2004.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS. IESUS, VII (2) 1998. p. 7-25.

UCHIMURA, Kátia Yumi e BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 6, Rio de Janeiro. nov./dez. 2002.

_____ A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Maria Lúcia Magalhães Bosi & Francisco Javier Mercado. Editora Vozes, Petrópolis, 2004.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luis Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. n.21, p. 225-33. São Paulo. 1987.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazaré Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Tomo Editorial. Porto Alegre,

136 p., 2000.

WIMMER. Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. vol.11 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE I

PERFIL DO ENTREVISTADO

ENTREVISTADO: _____ CÓDIGO: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA ___/___/___

FUNÇÃO: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

PÓS-GRADUAÇÃO: _____

VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO: _____

TEMPO DE VINCULAÇÃO: _____ CARGA HORÁRIA: _____

REMUNERAÇÃO: _____

APÊNDICE II

TÓPICO GUIA PARA ENTREVISTA NA SMS

COORDENAÇÃO MUNICIPAL

1. Identificar a trajetória, a chegada à função atual e o papel no desenvolvimento da PNSPI;
2. Qual a percepção sobre a implantação/implementação da PNSPI no município;
3. Qual a percepção sobre os aspectos de descentralização e intersetorialidade da PNSPI;
4. Como ocorre a distribuição das ações na rede assistencial para o idoso no município;
5. Identificar as principais potencialidades, dificuldades e resultados no município com a implementação da PNSPI.

APÊNDICE III

TÓPICO GUIA PARA ENTREVISTA NA SER

COORDENAÇÃO REGIONAL

1. Identificar a trajetória, a função atual e o papel no desenvolvimento da PNSPI na SER;
2. Qual a percepção sobre a implantação/implementação da PNSPI na SER;
3. Qual a percepção sobre os aspectos de descentralização e intersetorialidade da PNSPI;
4. Como ocorre a distribuição do trabalho na rede assistencial para o idoso na SER;
5. Identificar as principais potencialidades, dificuldades e resultados na SER com a implementação da PNSPI.

A N E X O S

ANEXO I

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Portaria GM/ POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando:

1. A necessidade de o setor saúde dispor de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;
2. A conclusão do processo de revisão e atualização da Portaria n.º 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999;
3. A publicação da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;
4. A aprovação da proposta da política mencionada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Agenor Alvares

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PESSOA IDOSA

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da lei orgânica da saúde nº 8.080/90. Por esse direito entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei n.º 8.142 - de 28/12/1990 que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do

Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, universalidade, integralidade da atenção, equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994). Denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei Nº 8.842/94 e Decreto Nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial 1.395/99 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002 é proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS 702/2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2002). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria SAS/MS 249/2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia de Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, através da Portaria/GM nº 399, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde onde contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentadas uma série de ações que visam, em última instância, a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que efetivamente o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestora Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria GM/MS 702, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria 249, de 16 de Abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestora Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e as idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de

razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

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

Considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.
- g) escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa, no Censo de 2000 contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, no objetivo de assegurarem atenção a toda população, têm dado visibilidade a um seguimento populacional até então pouco notado pela saúde pública – os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional –. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitam melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na

sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras, em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o país, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem

maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funcione na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994) a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde – doenças, lesões, traumas, etc – e

fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formular políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3. DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Art. 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante

acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

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

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes:

- (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c)

engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; *Healthy People 2000*). O Relatório *Healthy People 2000* da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (WHO, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial de Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;

- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede – nortear e captar experiências –;
- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades;
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de

condições essenciais – infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado – para a boa qualidade técnica.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica, e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo a utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para

detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseada na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe de Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos compõem a base da pirâmide.

Indivíduos idosos mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta

doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a: facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas fundamental é viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: (1) o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e (2) a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, Visando a Integralidade da Atenção

A prática da intersectorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersectorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersectoriais visando a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento, que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

- a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar; inclusive medicamentos;
- b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;
- c) provimento de recursos para ações de qualificação e capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;
- d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso;
- f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS. De modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

- a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;
- c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do país e direcionadas aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral;
- d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;
- e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa;
- f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deve-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, formação técnica, educação em saúde e pesquisas.

3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

- a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;

- c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;
- d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;
- f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

- a) Elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;
- d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

- a) Elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na CIB as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e ações decorrentes no seu âmbito;
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal

- a) Elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na CIB as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando o estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscado, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

- a) Inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;
- b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando o atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;
- c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa;
- d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoantes às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

- a) Realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde;
- b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social

- a) Reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;
- b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;
- c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;
- d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;
- e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;
- f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;
- g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;
- i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no decreto 1948/96;
- j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considere as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atue como aliada no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;
- k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão

e sua autonomia favorecendo o acesso à informação, benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;

- l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego

- a) Elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;
- b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades;
- c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano

- a) Implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e apoio à independência funcional da pessoa idosa;
- b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes

Implantação de ações que permitam e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei 5296, de 02 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos

Promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96) bem como a Lei 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso.

5.8. Esporte e Lazer

Estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas.

5.9. Ciência e Tecnologia

Fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos –, bem como proceder a 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 outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Art. 7º, da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

- a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente a população idosa;
- b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e
- c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELTRÃO K. I., CAMARANO A A, KANSO S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. –1. ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24,, seção 1, 13 dez 1999.
- BRASIL, 1994 . Política Nacional do Idoso
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.
- CALDAS C.P. Envelhecimento com dependência. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun, 2003.
- CAMARANO A A & PASINATO M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A A (org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**, Rio de Janeiro, IPEA, 2004
- CAMARANO ET al, 1999 . Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A A (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**, Rio de Janeiro, IPEA, 1999
- CAMARANO, A A (org). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**, Rio de Janeiro, IPEA, 2004, 604p.
- CARVALHO J.A.M. & GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733.
- CIF, WHO, 2003. Towards a common language for functioning, disability and health. <http://www.who.int/classification/icf> Consultado em 24 de novembro de 2004
- DATASUS (Departamento do Informática do SUS), 1997. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**; 1994-96. CD-ROM, Brasília: Ministério da Saúde.
- DUARTE Y. A O, 2003. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: (Lebrão M. L. & DUARTE Y. A O - orgs.) **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**, Editora OPAS, Brasília – DF, p. 185-200.
- FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.

- FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. 2002, Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States – a systematic review. **JAMA**; 288: 3137-3146.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. **Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2002. **Censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.
- GIACOMIN K. C. et al. 2004. **Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- GIACOMIN K. C., SARTINI C. M., MATOS S. G. 2005, Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH. **Pensar BH / Política Social**, nº13, suplemento p. 3-9.
- GIACOMIN, K. C., UCHÔA, E., FIRMO, J. O. A. et al. 2005, Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, no.1, p.80-91.
- HÉBERT R. La perte d'autonomie. **Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie**, v. 3, p. 33-40, Jan/Fév., 2003.
- IEZZONI L. I., 2002. Using administrative data to study persons with disabilities. **The Milbank Quarterly**, 80 (2): 347 – 379.
- KALACHE A & KICKBUSCH I. 1997. Mechanisms of Ageing. In: **Epidemiology in Old Age**. EBRAHIM S. & KALACHE A (orgs.) Londres: BMJ Publishing Group.
- LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun. 2003.
- LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a.
- LIMA-COSTA M. F. F. 2004, **A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional**. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 132p.

LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.

LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003 Redefining the role of public health in disability. **Annu. Rev. Public Health**. 24:195–208.

MS. Redes estaduais de atenção à saúde do idosos. Guia operacional e potarias relacionadas. Série A, Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos)

NAÇÕES UNIDAS. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución 57/167).

NÉRI A. L.; SOMMERHALDER C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: (Néri AL, Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. São Paulo: Editora Alínea, 2002, Cap. 1, p. 9-63.

PEOPLE HEALTHY. 2000. Disponível em www.health.gov/healthypeople

RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.

ROSA T. E. C. et al., 2003. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, 37(1): 40-48.

ROWE JW, KAHN RL. Successful aging [comments]. **Gerontologist** 1997; 37:433-40.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A A (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**, Rio de Janeiro, IPEA, 1999

UCHÔA E.; FIRMO J. O. A. ; LIMA-COSTA M. F. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: M.C.S. Minayo e C.E.A. Coimbra Jr. (Org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, Cap. 1, p.25-50.

VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**. 1994; 38: 1-14.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Internacional classification of functioning disability and health (ICIDH-2) Geneva, 2001.

WHO – Active ageing: a policy framework. WHO 7 NMH 7 NPH 7 02.8, 60p.

WORLDBANK, 2005. Disability and the Fight Against Poverty. Development OUTREACH is a flagship magazine in the field of global knowledge for development SPECIAL REPORT - July 2005: <http://www1.worldbank.org/devoutreach/index.asp> Consultado em 10 de agosto de 2005.