



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**MULTIVERSOS CONTEXTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

JUSSIARA BARROS OLIVEIRA

**JEQUIÉ/BA
2013**

JUSSIARA BARROS OLIVEIRA

**MULTIVERSOS CONTEXTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADORA: Profa. DSc. Luzia Wilma Santana Silva

**JEQUIÉ/BA
2013**

Oliveira, Jussira Barros.
O47 Multiversos contextos da implementação da política nacional de saúde da pessoa idosa/Jussira Barros Oliveira.- Jequié, 2013. 159 f: il.; 30cm. (Anexos)

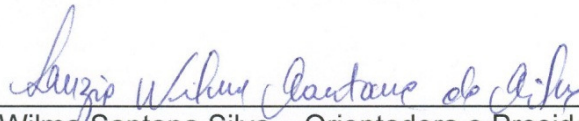
Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientadora: Profª. DSc. Luzia Wilma Santana Silva.

1. Idoso na Bahia/Brasil – Política Nacional de saúde 2. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Modelo lógico I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

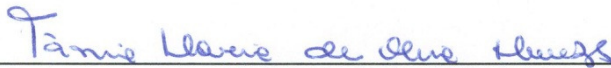
CDD – 613.7044

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Jussiara Barros. **Multiversos contextos da implementação da política nacional de saúde da pessoa idosa**. 2013. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (Área de concentração em Saúde Pública). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.



Luzia Wilma Santana Silva – Orientadora e Presidente da Banca
Doutorado em Filosofia da Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



Tania Maria de Oliva Menezes
Doutorado em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia



Angela Maria Alvarez
Doutorado em Filosofia da Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina
Universidade Federal de Santa Catarina

Jequié/BA, 28 de maio de 2013.

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da vida, por ser a minha luz, meu alento, meu consolo, minha paz, meu ar, meu tudo. Sou grata a Deus pela oportunidade de vivenciar experiências marcantes com pessoas inesquecíveis, conhecidas ou anônimas, que enriqueceram cada momento desta caminhada. A Deus, toda glória, honra e louvor.

À minha família preciosa, meu pai, minha mãe e irmãos, por sempre estar ao meu lado nas horas difíceis, por ser meu porto seguro, um lugar que sempre tenho para voltar e renovar minhas forças.

Às minhas avós queridas, que me inspiraram e motivaram a perseguir o desejo de realizar este estudo.

À minha irmã-amiga Mara, pelas palavras sábias e a simplicidade de ver as coisas complicadas.

À minha orientadora, D.Sc Luzia Wilma, pela sua valiosa orientação na realização deste trabalho, incentivo, competência e profissionalismo, que fizeram a diferença na condução de cada encontro de orientação e pelos ensinamentos, que contribuíram para a minha formação profissional e pessoal.

Aos Professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, em especial aos professores Jairnilson Paim, Ana Luiza Vilas Boas e Guadalupe, pela generosidade e disponibilidade na trajetória de construção deste trabalho.

À Professora Sonia Natal (ENSP), Lazara, Prof. Renato Veras (UERJ), pela generosidade em ajudar alguém que não conheciam.

Ao João Ricardo, Ana Flavia, Rafael e Greice, na época estudantes de Medicina, hoje médicos, que participaram das atividades da pesquisa. Obrigada pela disponibilidade e criatividade.

Ao Professor Alberto, Coordenador do Internato de Medicina da UESB, pelo apoio e incentivo.

À Professora Karine, do curso de Medicina da UESB, minha amiga-irmã, cujo incentivo foi imprescindível para a realização deste Mestrado. Certamente sem ela seria impossível concretizar esse meu desejo.

À minha amiga-irmã Patrícia Anjos, pela doce companhia nos dias em que eu mais precisei, pelo exemplo de testemunho de fé em Deus e por sempre ter uma palavra d'Ele, na hora certa para minha vida.

À Gal, minha amiga preciosa, por estar sempre no lugar certo e na hora certa, como um anjo de Deus na minha vida.

Às minhas amigas-irmãs Dayse e Viviane, pela compreensão, apoio e incentivo nestes anos de amizade e caminhada juntas.

Às minhas amigas-irmãs Irani e Norminha, que intercederam ao Pai por mim. Sem dúvida Ele deu aos seus anjos ordens ao meu respeito, para me guardar e me conduzir com sabedoria e discernimento durante toda a minha caminhada;

À Edméia, que contribuiu para a realização deste desejo persistente. Seu entusiasmo e generosidade foram fundamentais.

À Ane e Tiara, pela paciência e o jeitinho doce que sempre dava nas coisas.

Aos professores da Banca de qualificação, Ana Luiza Vilas Boas (ISC/UFBA) e Tânia Menezes (UFBA), pelas contribuições no aperfeiçoamento do estudo.

À professora Zenilda (UESB), pelo carinho e generosidade.

À Elucimar e Suzi, profissionais da Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista, pelo apoio no desenvolvimento das atividades de coleta junto aos usuários.

Ao Sr. Ivan e Sr.^a Celeste, pela dedicação e empenho na diagramação final do trabalho. Obrigada pela disponibilidade e compromisso.

Especialmente aos profissionais de saúde da família, técnicos da gestão e usuários que compartilharam seus saberes e fazeres no SUS.

A todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho: muito obrigada!

Mas a sabedoria que vem do alto é, primeiramente, pura, depois, pacífica, moderada, tratável, cheia de misericórdia e de bons frutos, sem parcialidade e sem hipocrisia.

Ora, o fruto da justiça semeia-se na paz, para os que exercitam a paz.

Tiago 3:17-18

RESUMO

O fenômeno do envelhecimento humano na Bahia e suas consequências para as políticas públicas – em especial, na organização do sistema de saúde – a que se acrescentaram as dificuldades para a efetivação desse cuidado ao grupo das pessoas idosas constituíram o objeto desta pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, de caráter avaliativo, realizada no contexto de um município do interior do estado. O estudo teve como objetivo geral conhecer os múltiplos contextos da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), especificamente visando a aferir a avaliabilidade desta implementação, identificar os objetivos da política municipal do idoso, averiguar o desenho do fluxograma de atendimento do idoso na rede de serviços, elaborar modelo lógico da política municipal do idoso e formular recomendações para subsidiar os gestores na implementação da PNSPI. A metodologia utilizada foi a de um estudo de caso único, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e pela Comissão Municipal de Ética e Pesquisa, do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps) da Secretaria Municipal de Saúde. Gestores, profissionais da atenção básica e idosos usuários da área de abrangência de uma unidade de saúde da família foram os sujeitos do estudo. Os dados foram obtidos por meio de multitécnicas transversalizadas, a saber: os dados primários, através de entrevista semiestruturada, observação naturalística e roda de discussão com usuários idosos e os dados secundários, por meio de análise documental de instrumentos da gestão municipal no período de 2006-2009, subsidiados pelo diário de campo. O tratamento dos dados foi um processo cíclico e interativo, convergindo em uma análise de conteúdo. Dele, emergiram cinco eixos de análise: primeiro, os múltiplos olhares sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável; segundo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e os olhares convergentes e divergentes do usuário idoso, dos profissionais da estratégia de Saúde da família (ESF) e dos gestores; terceiro, a atuação da ESF como (co)ordenadora da atenção à saúde da pessoa idosa; quarto, os desafios à intersectorialidade colocados pela interação da rede de proteção do direito da pessoa idosa com a ESF e quinto, a gestão da PNSPI no contexto municipal. A análise permitiu a elaboração da matriz de julgamento do estudo de avaliabilidade, cujos resultados revelaram que os sujeitos do estudo detêm um conhecimento sobre a PNSPI e o envelhecimento ativo e saudável, este último concebido como exercício de práticas de vida saudável e de direitos constitucionais exequíveis, chegando a expressar concepções sobre o exercício da cidadania como estratégia mobilizadora de forças ao viver-ser-saudável envelhecendo. Por outro lado, o modelo lógico elaborado verificou que a PNSPI encontrava-se estruturada, porém parcialmente implementada, sendo identificadas dimensões no âmbito municipal que necessitavam de avaliação. Assim, foi possível a formulação de recomendações para subsidiar os gestores na implementação da PNSPI no município-caso, como realizar ações de educação permanente voltadas para as especificidades do envelhecimento no contexto da ESF.

Palavras-chave: Envelhecimento. Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa. Modelo lógico.

ABSTRACT

Human aging phenomenon in Bahia and its consequences to public policies – especially in health care system organization – to which were added the difficulties in making effective such care to the elderly people group constituted this research object, with qualitative and exploratory nature, and evaluative character, carried out in the context of the state countryside city. The study had as general objective knowing the multiple contexts of implementation of the Elderly People Health National Policy (PNSPI), specifically aiming at measuring the availability of such implementation, identifying the municipal elderly policy, ascertaining the design of the treatment flowchart for elderly in the services network, elaborating a logical model of the municipal elderly policy and elaborating recommendations to support managers in PNSPI implementation. The methodology used was the unique case study, which project was approved by the Ethics Committee of Southwest Bahia State University and by the Ethics and Research Municipal Commission of the Permanent Health Education Nucleus (Neps) of the Municipal Health Department. Managers, primary health care professionals and elderly users from the coverage area of a family health unit were this study subjects. Data were obtained by several transversal techniques: primary data through semistructured interview, naturalistic observation and discussion circle with elderly users and secondary data from document analysis of the city management instruments from 2006 to 2009, supported by the field diary. Data treatment was a cyclic and interactive process, converging to a content analysis. From it, five analysis axis emerged: first, the multiple points of view on the active and healthy human aging process; second: the Elderly People Health National Policy and the convergent and divergent points of view of the elderly users, *Family Health Strategy* (ESF) professionals and managers; third: ESF actuation as a care (co)ordinator to the elderly people; fourth, challenges to the intersectorality showed by the interaction between the elderly people rights protection network and the ESF and fifth, PNSPI management in the municipal context. Analysis allowed the elaboration of a judgment matrix of the availability study, which results showed that the study subjects have a knowledge on the PNSPI and healthy and active aging, the first understood as the healthy life practices exercise and the practicable constitutional rights, also expressing conceptions on the citizenship exercise as a strength mobility strategy to the living-being-healthy aging one. In the other hand, the logical model elaborated pointed out that PNSPI was structured, but partially implemented, being identified dimensions on the municipal scope that were in need of evaluation. Thus, it was possible the formulation of recommendations to support managers in PNSPI implementation at the case-municipality, as to make permanent education actions turned to the aging specificities in the ESF context.

Keywords: Aging. Elderly People Health National Policy. Logical model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Análise de Programa.....	48
Figura 2 - Teoria dos Sistemas.....	54
Figura 3 - Modelo de uma implementação de um processo administrativo e político.....	60
Figura 4 – Fluxograma de atendimento do idoso na Rede Municipal de Saúde...	73
Figura 5 - Desenho da linha do tempo.....	78
Figura 6 – Modelo lógico da Política Municipal de Saúde do Idoso.....	88
Figura 7 - Cartografia metodológica o “mapa do tesouro”.....	96
Quadro 1 - Análise Documental.....	80
Quadro 2 - Matriz de seleção de critérios para avaliação da implementação da PNSPI no município caso.....	90
Quadro 3 - Definições dos elementos constituintes da matriz de análise e julgamento da PNSPI.....	92
Quadro 4 - Triangulação das cartografias das categorias e subcategorias do estudo.....	95
Quadro 5 - Facilidades e dificuldades na implementação da PNSPI no âmbito municipal.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontuação e média aritmética simples, segundo especialistas consultados sobre critérios para a avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município-caso.....	140
Tabela 2 - Grau de implementação da PNSPI.....	141
Tabela 3 - Implementação da PNSPI no município-caso.....	142

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDs	Atividades de vida diária
CAAV	Centro de Apoio à Vida
CAB	Coordenação da Atenção Básica
CAMI	Centro de Atendimento Médico Infantil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CAPSIA	Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes
CEMAE	Centro de Atendimento Especializado
CEMERF	Centro de Reabilitação Física e Auditiva
CEO	Centro de Atendimento Especializado em Odontologia
CEREST	Centro Regional de Saúde de Trabalhador
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMI	Conselho Municipal do Idoso
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CPPS	Centro Panamericano de Planificação de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRL	Central de Regulação de Leitos
DAB	Diretoria da Atenção Básica
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EA	Estudo de Avaliabilidade
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Indicadores de Desenvolvimento Humano
ILP	Instituições de Longa Permanência
IMIP	Instituto Materno Infantil

IPEA	Instituto de Pesquisas Aplicadas
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMDIL	Programa Municipal de Atendimento Domiciliar a Idoso com Limitações
PAS	Programação Anual de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAG	Relatório de Gestão
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência
SIAB	Sistema Ambulatorial da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1 CAMINHOS TRILHADOS HORIZONTES APONTADOS.....	15
2 A BUSCA POR SABERES: O ESTADO DA ARTE	20
2.1 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO HUMANO – CONSIDERAÇÕES DEMOGRÁFICAS E EPIDEMIOLÓGICAS.....	21
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL	27
2.3 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO: UMA APROXIMAÇÃO.....	38
2.4 AVALIAÇÃO NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	43
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	50
3.1 A SUSTENTAÇÃO TEÓRICA NA AMPLIAÇÃO DO FOCO DE NOSSAS LENTE PARA ENXERGAR-PERSCRUTAR CONTEXTOS E SABERES	50
3.1.1 Teoria geral dos sistemas	51
3.1.2 Ciclo da política pública (<i>policy cycle</i>)	56
4 O CAMINHO TRILHADO NA BUSCA DOS DADOS	62
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	62
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	63
4.2.1 A gestão do sistema municipal da saúde	64
4.2.2 A estratégia saúde da família (ESF)	66
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	67
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	69
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	70
4.6 APROXIMAÇÃO DOS CAMPOS E DOS SUJEITOS PARA A COLETA DE DADOS	72
4.6.1 Primeira etapa	72
4.6.2 Segunda etapa	74
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	76
4.7.1 Estratégia do estudo de avaliabilidade (EA)	76
4.7.1.1 <i>A análise documental</i>	77
4.7.2 A roda de discussão	80
4.7.2.1 <i>Primeiro momento da roda de discussão</i>	81
4.7.2.2 <i>Segundo momento da roda de discussão</i>	82
4.7.2.3 <i>Terceiro momento: a roda de discussão em movimento</i>	82
4.7.2.4 <i>Quarto momento da roda de discussão</i>	84
4.7.3 A entrevista semiestruturada	85
4.7.4 A observação naturalística	86
4.8 O TRATAMENTO E A APRESENTAÇÃO DOS DADOS	92
5 ANÁLISE DAS INTERFACES DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO MUNICIPAL	98
5.1 MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE O PROCESSO HUMANO DE ENVELHECER ATIVO E SAUDÁVEL.....	99
5.1.1 Subcategoria 1 - Percepções do ser <i>envelhecete</i> sobre o processo de envelhecimento	100

5.1.2 Subcategoria 2 – Percepções dos profissionais de saúde da família e dos gestores sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável	103
5.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - OLHARES CONVERGENTES E DIVERGENTES DO USUÁRIO IDOSO, DOS PROFISSIONAIS DA ESF E DOS GESTORES.....	106
5.2.1 Saberes sobre os princípios e diretrizes da PNSPI	107
5.3 A ESTRATÉGIA <i>SAÚDE DA FAMÍLIA</i> COMO (CO)ORDENADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	111
5.3.1 Práticas assistenciais no contexto proximal da pessoa idosa	112
5.3.2 Práticas globais de promoção e prevenção voltadas para a saúde da pessoa idosa	120
5.4 REDE DE PROTEÇÃO DO DIREITO DA PESSOA IDOSA VERSUS ESTRATÉGIA <i>SAÚDE DA FAMÍLIA</i> : DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE	122
5.4.1 A rede de proteção do direito da pessoa idosa – limites e possibilidades na articulação com a estratégia <i>Saúde da família</i>	124
5.4.2 Mobilização social e conscientização coletiva, uma estratégia para consolidação da cidadania da pessoa idosa	127
5.5 GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO-CASO	129
5.5.1 (Des)caminhos da implementação da PNSPI no contexto municipal	130
5.6 ANÁLISE DA MATRIZ DE JULGAMENTO.....	137
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	150
APÊNDICES	160
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido pesquisas com seres humanos	161
APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas	162
APÊNDICE C - Roteiro de observação naturalística	164
APÊNDICE D - Roteiro de análise documental	165
APÊNDICE E - Roteiro da roda de discussão	166
ANEXOS	167
ANEXO A - Matriz do Modelo Lógico Global	168
ANEXO B - Carta convite	169

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CAMINHOS TRILHADOS HORIZONTES APONTADOS

Este estudo emerge de inquietações referentes a algumas considerações sobre o fenômeno do envelhecimento da população no mundo, no Brasil e na Bahia, e suas implicações nas políticas públicas, em especial, na organização do sistema de saúde, numa perspectiva de desvelar os problemas que caracterizam alguns de seus percalços e suas possibilidades de materialização, no contexto de uma unidade federativa, do interior do Estado da Bahia.

Hoje, o envelhecimento populacional é uma realidade na maioria das sociedades, é fato: o mundo está envelhecendo. A Organização das Nações Unidas (ONU) prevê uma transição demográfica sem precedentes e que, daqui a 2050, o número de pessoas acima de 60 anos ou mais poderá chegar a 2 bilhões em todo o mundo, a maior parte delas vivendo nos países em desenvolvimento (ONU, 2002).

O envelhecimento populacional é um reflexo direto da mudança de alguns indicadores de saúde observados nas últimas décadas, especialmente aqueles referentes à queda da fecundidade e da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida, com alteração simultânea no perfil epidemiológico das doenças: agora a carga maior localiza-se entre as doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-parasitárias. Por outro lado, o processo de envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos, pois sofre influência de aspectos relacionados ao gênero, à etnia, raça, a condições sociais e econômicas, a moradia, ao estilo de vida e a fatores genéticos (ONU, 2002).

Tal estado de coisas também se mostra no contexto brasileiro, já que se estima que, em 2020, o Brasil será o sexto país no *ranking* mundial, no que se relaciona ao rápido crescimento e à modificação da estrutura da pirâmide etária (VERAS, 2009).

Seguindo a tendência nacional, a região sudoeste do Estado da Bahia também apresenta um aumento do número de pessoas idosas e mais idosas. No momento atual, possui uma população de 154.243 pessoas acima de 60 anos. Dessas, 35.220 (23%) estão do município de Vitória da Conquista, destacando-se

pela densidade demográfica de 96,19 hab./km, a maior da região (IBGE, 2010) e uma expectativa de vida de 71,4 anos (BAHIA, 2007).

Diante desse contexto, fica evidente a necessidade de conhecer e de compreender não só os diferentes elementos teóricos relativos ao tema do envelhecimento humano, como também os aspectos que envolvem a perspectiva da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e do desenho do sistema de saúde, como resposta do Estado ao processo de envelhecimento vivenciado no Brasil nas últimas décadas.

Neste sentido, e especialmente no que concerne à formulação das políticas públicas, a Constituição federal, promulgada em 1988, constitui o marco jurídico fundamental que expressa a multiplicidade de interesses de segmentos políticos e movimentos sociais, assegurando direitos e deveres a todos os brasileiros (BRASIL, 1988). A Constituição cidadã, como foi denominada, destaca o princípio da dignidade humana que serve de base para a concretude estrutural do Estado democrático de direito. Partindo deste pressuposto e influenciado pela agenda da Organização Mundial de Saúde, no final da década de 1990, que enfocava o envelhecimento ativo, o Brasil passa a publicar portarias/leis que definem as diretrizes para organização da atenção à saúde da pessoa idosa em todo o território nacional, podendo ser enumeradas da seguinte forma: a lei n. 8.842/1994, que define a Política Nacional do Idoso, a portaria nº 1.395/GM - Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999, a lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, incentivando a participação e inserção cidadã do idoso na sociedade, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, que enfatiza o envelhecimento ativo e saudável, a portaria n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que define o pacto pela saúde, instituindo um conjunto de diretrizes de acompanhamento e de atenção à saúde do idoso; a portaria n. 2.029, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011e), que estabelece a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o atendimento às pessoas idosas.

Apesar da existência das leis e portarias que têm como objetivo regulamentar a determinação constitucional no que se refere à atenção à parcela idosa da população brasileira e apesar do caráter inovador, do ponto de vista jurídico normativo da legislação, das responsabilidades do Estado na proteção do envelhecimento ativo e saudável no Brasil, ainda há muito que ser feito referente à efetivação da PNSPI: falta, por exemplo, obter o irrestrito comprometimento de todos

os atores sociais envolvidos, seja o Estado, os profissionais da saúde, o idoso e a sociedade em geral (MARTINS, 2007). Além disto, a velhice deve não só estar associada a uma vida ativa e saudável, mas também ser bem cuidada (CAMARANO; MELO, 2010).

Este estudo propõe-se a tratar a questão através de uma perspectiva de ampliação do olhar, tendo em vista conhecer para compreender a trama complexa de relações com que é tecida a execução das políticas públicas. E assim, procura encontrar o fio da meada constituída pelas escolhas e combinações tecnológicas das práticas de saúde (modelos assistenciais), frente às demandas do envelhecimento populacional em nosso país.

Nesta perspectiva, emerge a avaliação de intervenção (políticas/programas/serviços) a qual nesse estudo tratará da PNSPI, considerada como um campo promissor e vasto, na busca da compreensão das interfaces do que é formulado e da maneira como é praticada, considerando os aspectos éticos, conjunturais e políticos em que é dada a operacionalização de uma ação governamental no âmbito municipal.

Uma política nacional, para ser implementada, precisa passar por um processo intenso e capilarizado de adequações e ser reconstruída a “nível de rua”. Este é o entendimento que enuncia a importância que se confere à descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, efetivado com o SUS como fator crucial para a reestruturação da ação governamental, especialmente na esfera municipal (SOLLA, 2010).

O município enfocado neste estudo habilitou-se para gestão plena do sistema, em outubro de 1999, o que lhe tem permitido, desde então, a implantação de diversas políticas, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com reestruturação da rede de serviços no atendimento às demandas de sua população. Esta experiência municipal tem sido direcionada pela decisão política de organizar um sistema de saúde a partir da priorização da atenção primária como (co) ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, tendo a atenção especializada como retaguarda visando garantir a resolutividade e o cuidado integral, com o propósito de implementar/implantar as políticas setoriais de atenção à saúde da população, com enfoque a saúde do idoso, da criança, da mulher, do homem, dentre outras (LOUZADO, 2009).

Não obstante, a implementação de políticas públicas, em qualquer que seja o

âmbito, necessita de avaliação que permita aferir o nível de implantação da ação governamental. Neste sentido, compreende-se que a trajetória recente da abordagem do envelhecimento reflete a incipiência na produção de estudos avaliativos de programas e políticas de promoção da saúde do idoso, segundo pesquisa de revisão sistemática realizada por Assis, Hartz e Valla (2004).

Logo, existe uma complexa trama de relações que nos remete à elaboração de modelos lógicos ou teóricos, que se constituem em uma etapa da avaliação, a qual vem sendo denominada, no Brasil, *avaliabilidade*, uma adaptação do inglês *evaluability*, que se traduz como ‘possibilidades de avaliação’. Refere-se a uma primeira etapa que deveria anteceder toda avaliação de uma intervenção, de um programa, etc., identificando aspectos que devem ser avaliados, tornando-se uma ferramenta importante para gestores dos serviços de saúde, na tomada de decisão em tempo oportuno e no aprimoramento do que já vem sendo realizado, otimizando recursos e ampliando o impacto das ações na melhoria da qualidade de vida das pessoas (LIMA; SILVA, 2008).

Assim, o problema que enlaça as inquietações que fizeram emergir este estudo ancora-se numa macrovisão sobre a transição demográfica da população idosa e sua perspectiva acelerada de crescimento no contexto nacional, bem como, da observação na minha prática na assistência, como enfermeira de uma equipe de saúde da família e na gestão, como coordenadora, da área técnica de saúde do idoso. Tal observação e a participação em eventos, em especial na I Conferência Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, inquietaram-me, por muitos anos, fazendo-me desejar estudar este fenômeno, pois o aumento da procura dos idosos em condições agudas de “doenças crônicas”, tem levado a um incremento significativo de hospitalizações, mortalidade e aumento de custo ao sistema de saúde, ao meu ver, criando um risco de insustentabilidade do mesmo.

Frente ao enunciado, pergunta-se: Como a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa tem sido formulada e implementada no município-caso? Em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa implementada no município-caso, permite uma avaliação? Como tem sido desenhado o fluxograma de atendimento do idoso na rede de serviços do município-caso?

A partir dessas perguntas sobre o tema foram traçados os objetivos da pesquisa que possibilitou a descoberta dos elementos trazidos para a discussão nesta dissertação.

O objetivo geral da pesquisa foi o de conhecer os múltiplos contextos da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município-caso.

Com a finalidade de atingir o objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) aferir a avaliabilidade da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no município-caso;
- b) identificar os objetivos da política municipal do idoso no município-caso;
- c) averiguar o desenho do fluxograma de atendimento do idoso na rede de serviços do município-caso;
- d) elaborar modelo lógico da política municipal do idoso do município-caso;
- e) formular recomendações para subsidiar os gestores na implementação da PNSPI.

Esses objetivos conferem relevância social, científica e política a este estudo, entendendo que a estruturação da política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no município caso, pode ser um instrumento para reflexão de gestores trabalhadores e usuários, contribuindo para a reorganização das ações e dos serviços de saúde, favorecendo em especial os idosos, atores protagonistas da transformação das políticas voltadas ao envelhecimento em nosso país. Ainda vale ressaltar a relevância deste constructo no fomento da reorientação político pedagógico da formação e prática de enfermagem no cuidado a esse grupo populacional.

Espera-se ainda, em que pese a limitação de generalização de um estudo de caso, que o modelo lógico que emergir deste estudo possa se constituir num instrumento prático importante para a aferição da *avaliabilidade* da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em outras unidades federadas, fortalecendo a parceria da academia com os serviços no âmbito do SUS, apoiando de forma oportuna a tomada de decisões em saúde, contribuindo para com seu aprimoramento e efetivação em nosso país.

2 A BUSCA POR SABERES: O ESTADO DA ARTE

Com o intuito de delinear o objeto do estudo, foi empreendida uma revisão criteriosa da literatura na busca por desvelar o estado da arte, partindo-se, *a priori*, do portal de periódicos da CAPES, identificando publicações no período de 10 anos, compreendidos de 2001 a 2010, a partir das palavras-chave: política de saúde, envelhecimento, avaliação, modelo lógico e implementação. A estratégia de busca resultou na seleção de 62 artigos, 8 dissertações e 30 documentos que se enquadravam nos objetivos da pesquisa.

Nessa aproximação com o objeto de estudo, encontramos publicações de pesquisas referentes aos aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento humano na Bahia, no Brasil e no mundo; marcos internacionais que influenciaram a formulação da política nacional de saúde voltada ao envelhecimento; a legislação brasileira de proteção ao envelhecimento; o papel da Estratégia Saúde da Família e organização dos serviços de saúde no atendimento à população idosa com e sem fragilidade, ou seja, uma multivariabilidade de estudos sobre avaliação dos serviços de saúde, porém diminutos na área de avaliabilidade. Apontou-se um cenário amplo a ser investigado, no qual a ausência de estudos referentes à investigação que tangencie sobre o Estudo de Avaliabilidade da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) na esfera municipal indicou lacunas no conhecimento nesta área no Brasil.

Direcionadas pelas lacunas e pela inquietude sobre o envelhecimento, a revisão foi guiando o caminhar pela literatura, com a análise de trabalhos de autores renomados nacional e internacionalmente na área de envelhecimento, política e avaliação de saúde, buscando tornar o objeto de estudo o mais compreensível à concepção da prática da implementação da PNSPI.

Assim, a trajetória argumentativa da contextualização da política de envelhecimento nesse estudo buscou mergulhar nas relações intrínsecas e extrínsecas em que ocorre o processo de formulação e efetivação de uma política pública, procurando trazer, à luz de estudiosos e do contraponto discursivo com eles, elementos para análise compreensiva de sua aplicabilidade.

Neste sentido, do emergido do estado da arte, foram organizados quatro eixos temáticos, intitulados segundo seu campo de incidência: "*Panorama do*

envelhecimento humano - considerações demográficas e epidemiológicas"; *"Políticas públicas de saúde e envelhecimento no Brasil"*; *"Modelo de atenção à saúde e envelhecimento: uma aproximação"* e *"Avaliação no campo das Políticas Públicas"*.

Portanto, com sentimento, técnica e pensamento crítico foi iniciada a caminhada, pelas questões oriundas do estado da arte, cujo desejo versa a construção de reflexões sobre as políticas públicas de saúde voltadas ao processo de viver-envelhecer, sem, contudo, ter a pretensão de esgotar o tema abordado.

2.1 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO HUMANO – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O envelhecimento populacional é hoje eminentemente um fenômeno mundial, sendo reconhecido como uma das principais conquistas da humanidade no século XX, mas caracterizado como um desafio para os sistemas de saúde e seguridade social em todo o mundo (CAMARANO; PASINATO, 2004; KALACHE, 2008; PASINATO; KORNYS, 2009), despertando preocupações no contexto global, a exemplo do que foi enunciado por Kofi Annan, em discurso, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, no ano de 2002:

O mundo está passando por uma transição demográfica, sem precedentes e que daqui a 2050, o número de pessoas acima de 60 anos aumentará de 600 milhões a quase 2 bilhões, e se prevê a duplicação do percentual de pessoas de 60 anos ou mais, passando de 10% para 21% do total da população mundial (ONU, 2002, p. 49).

Conforme Souza, Kullok e Teles (2006), devido ao crescimento significativo desse seguimento etário na sociedade, existem diferentes abordagens para classificar a população idosa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento é classificado em 4 estágios: meia-idade (45 a 59 anos); idoso (60 a 74); ancião (75 a 90 anos) e velhice extrema (acima de 90 anos). No Brasil, o Estatuto do Idoso, estabelecido pela Lei 10.741/2003, considera idosa a pessoa com idade superior ou igual a 60 anos.

Entretanto, mesmo sendo uma aspiração natural de toda sociedade, e considerando os avanços substanciais nos indicadores de saúde e vida das populações, este processo de envelhecimento está longe de ser equitativo entre os

diferentes países com contextos socioeconômicos ainda muito desiguais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Assim, a estrutura populacional tem sido representada, ao longo dos anos, através da figura de uma pirâmide, ou seja, com base alargada, paredes inclinadas e ápice pontiagudo. Nas últimas décadas, porém, sua conformação tem modificado para um desenho similar a um 'barril ou colete'. Essa mudança tem sido denominada de Transição Demográfica, uma dinâmica no perfil demográfico, caracterizado por natalidade e mortalidade reduzidas (SILVA, 2005b; LEBRÃO, 2007).

Os padrões demográficos projetam uma perspectiva de envelhecimento que alude reflexões de *lanço* para o Brasil, sobretudo pelos muitos *brasis*, ou seja, os *multiversos* contextos sociorregionais de um país de amplitude continental e com histórico de desigualdades sociais de grande monta. Esse é um cenário que nos apercebe crítico e chama a atenção para um novo redesenho histórico das políticas públicas no país.

Destarte, precisamos olhar o ontem, atentar o hoje e nos inquietar para o amanhã, que, a exemplo da pirâmide etária, nos mostra a projeção do envelhecimento de um povo em apenas mais 40 anos, à luz de nossa compreensão, "ali", "no dobrar a esquina", "na próxima rua", temos de fato que correr contra o tempo para assegurar o bem viver dos brasileiros envelhecetes.

Ademais, ao olhar para outros países, os desenvolvidos, o processo do envelhecimento ocorreu de maneira gradativa, ao longo de cem anos, acompanhado de um aparato estatal, por meio da formulação e implantação de políticas econômicas e de seguridade social sólidas, que permitiram um cenário favorável para esse processo, agregando qualidade de vida e dignidade para as pessoas nesta fase do ciclo vital, como salientam Camarano e Pasinato (2004). No caso do Brasil a história é inversa, pois estamos passando de um país de pessoas jovens para adultos-idosos em tempo muito exíguo, como enunciado no parágrafo precedente.

Seguindo o direcionamento de Lebrão (2007), podemos dividir os países, quanto a sua transição demográfica, em três tipos: os de iniciação precoce (processo iniciado há séculos); iniciação tardia (processo iniciado há cerca de 50 anos) e os que não iniciaram o processo de transição, que ainda possuem uma estrutura etária de população jovem.

Logo, os países europeus, orientais e da América do Norte, que já convivem há tempo com o envelhecimento de suas populações, são considerados mais “experientes” na contemporaneidade no enfrentamento das demandas sociais advindas deste fenômeno, principalmente na área da saúde e seguridade social. Contudo, alguns desses países hoje apresentam um crescimento negativo da sua população – taxa de nascimento baixa e longevidade elevada –, significando um elevado número de pessoas idosas, em relação ao total da população. Esse resultado impactou a melhoria dos índices de desenvolvimento humano (IDH), políticas de inclusão social, valorização e participação do idoso na sociedade como cidadão (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, que constituem atualmente o BRICS, países emergentes, o envelhecimento da população aconteceu antes de eles ‘enriquecerem’ e de forma acelerada, significando imensos desafios para as políticas de proteção social e econômica (LEBRÃO, 2007).

Ainda no caso brasileiro, segundo Camarano e Pasinato (2004, p. 253), a transição demográfica tem ocorrido de forma acelerada, em meio a “uma conjuntura recessiva e uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social” para a população, em particular para os idosos, podendo nesse contexto gerar medo de envelhecer sem nenhum ou insuficiente amparo pelas políticas públicas.

Nesse cenário, é preciso marcar em “tatuagem” bem visível as nossas lembranças sobre o que tínhamos no início do século XX – o brasileiro vivia em média 33 anos; nos anos 2000 sua expectativa de vida ao nascer aumentou para 68 anos, sendo que as projeções atuais permitem dizer que para 2025 sua expectativa de vida estará próxima dos 80 anos (VERAS, 2003).

Segundo Veras (2009), o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões, em 2008, significando um aumento exponencial de 700% em um período de apenas 50 anos. Também, segundo o autor, a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, estimando-se que em 2020 o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Esta situação desencadeia uma série de preocupações para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, exigindo que esses debrucem sobre a questão do

envelhecimento e seu impacto na agenda das políticas públicas, em especial o Sistema Único de Saúde (VERAS, 2009).

O processo de transição demográfica no Brasil não é uma ação independente, nem tampouco neutra, podendo ser causa ou efeito das mudanças sociais e econômicas no país. Para Brito (2008), a transição demográfica pode produzir resultados sociais diferentes e deverá ser analisada para além da relação custo benefício (contribuinte e não contribuinte), potencializando o 'Bônus demográfico' ou 'janela de oportunidades', em que seus benefícios devem favorecer a redução da pobreza e a justiça social. Portanto, as especificidades desse processo devem contemplar as múltiplas diversidades e particularidades histórico-regionais ao envelhecimento populacional (WONG; CARVALHO, 2006; BRITO, 2008).

Considerando as particularidades, Nogueira et al. (2008) realizaram um estudo ecológico de avaliação da distribuição espacial e do crescimento da população de idosos entre as capitais brasileiras, no período de 1980 a 2006, utilizando dados do Ministério da Saúde (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrando como resultado que, durante o período analisado, houve um aumento de 59,3% na população total brasileira, enquanto o segmento de pessoas acima de 60 anos teve um incremento em 118,2%. Verificou-se um crescimento expressivo de pessoas na faixa etária acima de 75 anos, especialmente aquelas com 80 anos e mais, ou seja, a proporção dos anciãos em velhice extrema estava aumentada dentro do próprio grupo etário, de maneira significativa (NOGUEIRA et al., 2008).

Estudiosos afirmam que o processo de transição demográfica no Brasil tem inúmeros fatores, dentre eles a melhoria observada do acesso à tecnologia médica, controle de uma variedade de doenças infecto-contagiosas, declínio da taxa de mortalidade infantil e da fecundidade, entre outros, os quais podem explicar o fenômeno envelhecimento de sua população (SILVA, 2005a; WONG; CARVALHO, 2006; MARTINS et al., 2007; PIRES; BADIA, 2008; BRITO, 2008; CAMACHO; COELHO, 2010).

Outra característica demográfica do Brasil, destacada por estudiosos, está relacionada à questão de gênero, sendo 55% da população formada por mulheres, principalmente entre o grupo mais idoso. Ainda devido à característica de gênero, as mulheres idosas tendem a ficar viúvas e vivenciar um período maior de debilitação

física antes da morte mais do que os homens idosos (GARRIDO; MENEZES, 2002; CAMARANO; PASINATO, 2004; PIRES; BADIA, 2008).

Outro aspecto da transição demográfica refere-se à concentração da população idosa nas áreas urbanas, sendo imprescindível pensar em serviços e infraestrutura das cidades para garantir acessibilidade a este grupo etário, neste particular, planejamento arquitetônico, urbanístico e de mobilidade, fundamentais para um viver digno e saudável (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Um dado importante observado no estado da arte versou sobre a melhoria do nível de escolaridade dos idosos, apesar de haver diferenças regionais, pois as regiões Norte e Nordeste configuram-se ainda com elevado índice de analfabetismo no Brasil (CAMARANO, 2004). Este fato está diretamente relacionado à melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que amplia acesso à informação, as quais contribuirão ao viver humano mais saudável.

Deste cenário brasileiro, no cômputo dos Estados da Federação, nos debruçamos sobre o Estado da Bahia para focar nosso olhar sobre o envelhecimento populacional. Não ao acaso, mas por este constituir-se no cerne da inquietação desse estudo, para visibilidade dos fazeres-saberes da PNSPI num município no interior do Estado.

Nesse direcionamento observamos que os dados demográficos da Bahia seguem a tendência nacional, sendo a expectativa de vida de 73 anos (RIPSA-BAHIA, 2011).

O Estado da Bahia insere-se na Federação brasileira com uma população de 1.463.931 idosos (IBGE, 2010). Nesse ínterim, o índice de envelhecimento populacional (razão entre o número de pessoas com 60 anos e mais, sobre o número de pessoas de 0 a 14 anos), passou de 9,6% (1980) para 28,6%, em 2010, demonstrando a sua velocidade em transição demográfica. Esse fenômeno tem ocorrido de maneira heterogênea nos *multiversos* contextos regionais da Bahia.

A região sudoeste da Bahia, local onde este estudo se situa, possui uma população de 154.243 pessoas acima de 60 anos, destas, 35.220 (23%) são do município de Vitória da Conquista – o cenário deste estudo. O desenho da pirâmide etária do município tem predominância para o gênero feminino, reforçando o padrão nacional (IBGE, 2010).

Observa-se também no Estado o acompanhamento do padrão nacional dos indicadores de morbimortalidade em relação ao aumento das DCNT, neoplasias e

agravos relacionados à causa externa, demandando dos gestores intervenções que reduzam a carga destas doenças na saúde da população (RIPSA-BAHIA, 2011).

Esse ganho em idade aponta a necessidade de adequação dos serviços de saúde para a demanda do envelhecimento populacional, na perspectiva de atender idosos em pleno vigor físico ou com algum grau de perda de autonomia, portanto, mais frágeis e vulneráveis, carecendo de cuidados especializados (CAMARANO; PASINATO, 2004), pois o envelhecimento humano, principalmente considerando o aspecto da longevidade, expõe os indivíduos por um tempo mais prolongado a Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), o que pode resultar no aumento da demanda de cuidados de longa duração, e, conseqüentemente, na utilização de serviços de maior complexidade à saúde (CAMARANO; MELLO, 2010).

Essa associação do envelhecimento com DCNT ocorre por vários motivos: sedentarismo, existência de comorbidades prévias, fatores genéticos e os relacionados ao estilo de vida. Entretanto, essa, *a priori*, não é uma regra, mas um marcador importante para sinalizar aos gestores a necessidade de intervenção nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com vistas a melhorar a qualidade de vida e o envelhecimento das pessoas (BRASIL, 2006b).

A condição epidemiológica advinda da longevidade, segundo Lebrão (2007), atinge mais duramente os países em desenvolvimento, os quais passam a conviver com uma 'dupla carga das doenças' nos serviços de saúde – doenças parasitárias e infecciosas com doenças crônicas degenerativas, o que torna ainda mais parcos os recursos destinados à atenção à saúde das pessoas.

No caso brasileiro, em um período inferior a 40 anos, o perfil de morbimortalidade típico de um país de população jovem sofreu alterações com o envelhecimento populacional, culminando no elevado índice de morbidades de natureza crônica, com expressiva incidência de doenças, como acidente vascular cerebral, infarto, câncer, *diabetes melitus*, doenças respiratórias e outras. Este quadro abalou substancialmente a utilização dos recursos no SUS relacionados a internações hospitalares, procedimentos de alta complexidade, e, no âmbito das políticas sociais, com as demandas do Sistema Previdenciário (VERAS, 2009; BRASIL, 2011a).

No desenovelar deste eixo, foi evidenciado o desafio de materialização da PNSPI, considerando o Brasil um país de perspectivas pensadas para a população jovem, devendo transpor o pensar para a evidência de uma nação de população em

rápido processo de envelhecimento, o que sinaliza uma busca iminente por estratégias para a implementação da PNSPI.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Diante do panorama dos aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento da população brasileira, expostos no eixo anterior, emergiu como necessário examinar as políticas públicas voltadas para a população idosa, em especial no que se refere à área da saúde, sob o olhar de vários estudiosos, e a transversalidade, com a nossa compreensão dos acontecimentos.

A instituição do SUS como política de saúde propôs uma ruptura da lógica de proteção social, forçando o Estado, por meio do reconhecimento do direito universal à saúde, a promover políticas públicas que amparassem as pessoas. A Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) desencadeou mudanças importantes no Estado, enunciadas nos marcos do federalismo, cujo foco está na descentralização; e a proteção social, com ampliação dos direitos de seguridade a todos os brasileiros (VIANA; MACHADO, 2009).

Nesse direcionamento, a Política de Saúde, pode ser compreendida como a resposta social do Estado diante dos condicionantes e determinantes que afetam a saúde dos indivíduos ou população (PAIM; TEXEIRA, 2006). Além disto, esses autores afirmam que:

Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de Saúde (*Policy*). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disto, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM; TEXEIRA, 2006, p.74).

Neste sentido o SUS, enquanto política de saúde estatal, formalizado posteriormente através das leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, assume como proposta política um sistema com princípios de caráter universal, integral e equitativo, construído a partir do desencadeamento de processos de descentralização das ações e democratização da gestão, sendo essas as ferramentas norteadoras da reorganização dos serviços (SOLLA; TEXEIRA, 2006).

A Lei orgânica 8080/90 estabeleceu, em termos claros, a competência dos municípios na gestão do SUS, versando no seu inciso I: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, bem como executar os serviços públicos de competência que deveria abranger a articulação com a gestão estadual, no sentido de fortalecer a organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, entretanto, toda essa autonomia decisória dos municípios (municipalização) continuava sob o “julgo” Federal, no que tange ao repasse de verbas (TREVISAN, 2007).

O resultado desse processo acelerado de municipalização constada na reflexão teórica de Trevisan (2007), baseado em dados do IBGE de 2000, demonstrou que 92% dos 32.962 estabelecimentos públicos de saúde no país já estavam sob a responsabilidade dos municípios. No entanto, os municípios, muitas vezes, mal davam conta dos gastos com o Poder Executivo e Legislativo, evidenciando uma das dificuldades na efetivação da descentralização: o financiamento.

Já a Lei orgânica 8.142/90 institui a participação da comunidade na gestão da política de saúde, estabelece espaços de controle social como critério para repasse de recursos federais, traz para a arena de decisão outros atores sociais, através de conselhos, conferências e comissões intergovernamentais (Comissão Intergestora Bipartite – CIB e Comissão Intergestora Tripartite - CIT), usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços, envolvendo-os na construção e consolidação do SUS enquanto Política de Estado (SOLLA, 2010).

Viana e Machado (2009) salientam que esse novo redesenho da estrutura do Estado, ancorado pela Constituição Federal, em uma lógica federativa, impute, como percebemos no caso da saúde, os créditos quanto à importância do papel “reitor” do Ministério da Saúde, colocando-o como “mola propulsora” na definição, formulação, avaliação e monitoramento da execução das políticas públicas.

Neste sentido, entendemos que, na perspectiva de alcançar as novas demandas de serviços, o Estado Brasileiro tem buscado, numa atitude proativa, através da formulação de políticas, empreender esforços jurídicos e administrativos às necessidades da sociedade, aqui destacadas, àquelas aos sujeitos envelhecidos.

Camarano e Pasinato (2004), ao tecerem reflexões teóricas sobre a inclusão do envelhecimento na agenda das políticas públicas no Brasil, apresentam

profundas contribuições para a compreensão da gênese das ações governamentais voltadas para este seguimento, definindo três períodos que, no nosso entendimento, descreve cronologicamente fatos relevantes que antecederam a abordagem contemporânea da temática em nosso país, a saber: período pré-Constituição (1988) e anos 80, e período pós-constituição, dos anos 90 à Política Nacional do Idoso. Para as autoras, este recorte temporal demonstra que a discussão sobre a proteção social, quer pela sociedade civil ou pelo poder público governamental, não é recente, associando à velhice a condição de dependência econômica, por serem considerados socialmente vulneráveis.

Essa visão modificou-se sob forte influência de recomendações internacionais de assembleias realizadas pela Organização das Nações Unidas, uma em Viena (em 1982) e outra em Madri (em 2002). Tais assembleias produziram documentos importantes que direcionaram gestores na formulação de políticas públicas voltadas para o fenômeno de envelhecimento, adotando cinco princípios básicos: independência (autonomia física e financeira); participação (inserção social); cuidados (familiar ou institucional); auto-realização (educacional, cultural, lazer e espiritualidade) e dignidade (defesa de exploração e maus tratos). Trata-se de princípios que contribuíram para a constituição de novos paradigmas sobre o envelhecimento, pelos países membros das Nações Unidas, com desdobramento da pauta na agenda política dos países em desenvolvimento (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Assim, o Estado brasileiro, ao longo das últimas décadas, no âmbito político organizacional, à luz das orientações internacionais, a exemplo das assembleias supracitadas, não poderia ficar indiferente ao debate internacional. A promulgação da Constituição Federal, em 1988, foi o ponto de corte na formulação e implementação de políticas públicas, principalmente quando conferiu tríplice autonomia aos municípios: política, administrativa e financeira, fato decorrente do novo modelo federativo adotado, permitindo as adequações e ajustes de acordo com as realidades e especificidades locais (TREVISAN, 2007).

E em relação ao direito da pessoa idosa, nos termos da constituição, o artigo 230 versa sobre o dever do Estado, família e sociedade de ampará-la e assegurar condições dignas de um *viver- envelhecer* que promova cidadania e inclusão social. Além disto, este artigo enfatiza a família, como *locus* preferencial para as ações de amparo dos programas sociais, relacionando o convívio familiar ao envelhecimento

bem sucedido, deixando a institucionalização para casos em que este vínculo não mais exista (BRASIL, 1988).

Ao direcionarmos nosso olhar no sentido da estruturação da atenção à saúde da população idosa, efetivamente a partir da década de 90 – um momento de ebulição política com o movimento de democratização do país –, observamos, através da revisão da literatura no contexto nacional, a implantação de dispositivos jurídicos importantes, como a publicação da Lei nº 8.842/94, que cria o Conselho Nacional do Idoso e dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada posteriormente pelo Decreto 1.948, de 3 julho de 1996, cujo objetivo foi assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, norteadas por cinco princípios:

- I. a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II. o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III. o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV. o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V. as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação dessa lei (BRASIL, 1994, p.1).

Nesta Lei, o idoso passa a ser o protagonista e o destinatário das transformações deflagradas através desta política, fortalecendo o papel dos conselhos municipais do idoso, mais efetivamente a partir do Decreto Presidencial nº 5.109/04, instituindo ao Conselho não apenas o caráter de órgão colegiado consultivo, mas deliberativo, empoderando ainda mais a sociedade civil organizada na defesa dos direitos sociais da pessoa idosa.

No âmbito estadual o Conselho do Idoso foi instituído através da promulgação da Lei 6.675/1994. O Conselho Estadual do Idoso, dentre outras atribuições, deve fiscalizar e acompanhar a execução da Política Estadual do Idoso, numa articulação intersetorial com as demais secretarias do Governo (BAHIA, 1994).

A PNI conferiu à família, sociedade e ao Estado, como princípio fundamental, o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua autonomia, dignidade, bem-estar e direito à vida. Também sinalizou a assistência à saúde nos diversos níveis de

atendimento, considerando os aspectos biopsicossociais envolvidos no processo do envelhecimento. Dentre as diretrizes, estão descritas no artigo 4º:

1) viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; 2) participação do idoso por meio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação de políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; 3) priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento em asilos e similares, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; 4) descentralização político-administrativa; e 5) capacitação de recursos humanos na área de geriatria e gerontologia (BRASIL, 1994, p.2).

Pode-se verificar que as ações governamentais estão agrupadas em 7 blocos: promoção e assistência social; saúde; educação; trabalho e previdência social; habitação e urbanismo; justiça e cultura, esporte e lazer. Nessas ações há uma tentativa de descrever, mesmo que de maneira generalizada, as diretrizes propostas no art. 4º da PNI, na qual sua implementação, conforme versa a Lei, fica a cargo dos órgãos ministeriais das áreas da saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer, sem, no entanto, detalhar fontes de financiamento, estas a cargo de cada Ministério em sua proposta orçamentária.

Ainda na análise do arcabouço jurídico, o Decreto nº 1.948/96, que dispõe sobre o estabelecimento de relações entre as instituições asilares e o sistema de saúde local do território, visa a promover a avaliação e acompanhamento de saúde de pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa permanência.

No encadeamento das políticas de atenção à pessoa idosa, em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.395/GM, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Essa Política aponta como principal problema que pode afetar o idoso a perda da capacidade funcional para a realização de suas atividades básicas de vida diária. Suas principais diretrizes visavam à promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional comprometida; assistência às necessidades de saúde dos idosos; formação profissional e a difusão científica – estudos e pesquisas na área da gerontogeriatrics, dentre outras (BRASIL, 1999).

Ainda no ano de 1999, o Ministério da Saúde, em alusão ao Ano Internacional do Idoso e considerando o *ranking* das doenças respiratórias como causa de óbito entre as pessoas com 60 anos ou mais idade, designou recursos à imunização desta

população. Este fato foi marcado pela realização da primeira campanha de imunização para idosos com o *slogan: Fique ativo vacine-se contra a gripe!* Os resultados de tal intervenção são apontados em diversos estudos, como uma ação exitosa, buscando, desta forma, a promoção do envelhecimento saudável e com qualidade de vida da população brasileira idosa (BRASIL, 2007).

Ampliando as políticas protetivas, em 2003, foi publicado o Estatuto do Idoso, que estendeu para além do setor saúde um somatório de esforços coletivos da União, dos Estados, do Distrito Federal, Municípios e sociedade em geral, por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais (BRASIL, 2003a; MOIMAZ et al., 2009).

O Estatuto prevê o pleno exercício dos direitos humanos fundamentais assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com previsão de sanções às infrações cometidas na inobservância da Lei. Trata-se de uma conquista oriunda de amplo debate da sociedade, alicerçado nas condições de desrespeito ao grupo populacional idoso no país, principalmente relacionado à aposentadoria, recursos básicos de sobrevivência, como saúde, moradia, dentre outros. Para a efetivação deste estatuto, foram, pois, seis anos de tramitação no contexto do Congresso Nacional até a lei ser sancionada pelo Presidente em Exercício, Luiz Inácio Lula da Silva, em 01 de outubro de 2003 (MENDONÇA, 2008).

Os direitos fundamentais descritos no Estatuto do Idoso estão organizados em 10 capítulos que transversalizam ministérios, órgãos e setores governamentais e não governamentais. Um salto inovador nas políticas públicas de atenção-cuidado à pessoa idosa, que, a nosso ver, ainda carece de aderência do pensar integrador à sociedade político-social do Brasil. Esta percepção encontra aderência em Camargo, Mendonça e Viana (2006), ao salientarem que no Brasil ainda se faz necessária a publicação de leis complementares para as populações socialmente mais vulneráveis como crianças e idosos.

Infelizmente trata-se de uma realidade ainda a ser ultrapassada, de modo a termos uma nova história para ser contada. Por ora, o que temos é a luta constante para garantir a dignidade da vida das pessoas idosas, sendo o Estatuto do Idoso um “divisor de águas” na busca pelo direito à saúde e atenção integral ao idoso, por intermédio do SUS; no acesso universal e igualitário à promoção, proteção e reabilitação, com atenção especial aos desvios de saúde que acometem esta faixa

etária; e, de maneira mais proximal, ao seu contexto loco-regional. Indubitavelmente, não podemos deixar de considerar a complexidade que enovela tais questões.

Sobre o estatuto, destacamos no capítulo I aspectos relevantes quanto às ações para efetivação da prevenção e manutenção da saúde e vida do idoso, como atendimento geriátrico em nível ambulatorial; organização de unidades de referência, não focando apenas numa categoria profissional, mas devendo ser composta por profissionais especializados na área de geriatria e gerontologia social e atendimento domiciliar, com suporte para internação domiciliar, quando se fizer necessário, em caso de dificuldades de locomoção ou em estado de fragilidade (múltiplas comorbidades), inclusive para os idosos abrigados em instituições públicas, filantrópicas ou sem fim lucrativo, em área urbana e rural (BRASIL, 2003a).

Ainda frisamos a priorização do idoso na formulação de políticas sociais públicas específicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a sua proteção e saúde familiar – espaço cuidativo prioritário em detrimento ao atendimento asilar (BRASIL, 2003a) –, e também a disponibilização de uma rede de proteção social contra a violência e maus tratos cometidos às pessoas idosas (SAYEG; MESQUITA; COSTA, 2006).

No caso do Estado da Bahia, a Lei Nº 9.013, de 25 de fevereiro de 2004, define a Política Estadual do Idoso, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais desse grupo populacional, criando condições para a garantia dos seus direitos de autonomia, integração e participação efetiva na família e na sociedade. Esta Política traz no seu escopo competências dos diversos órgãos e entidades da administração pública estadual: saúde, ação social, educação, cultura e turismo, transporte e agricultura, envolvidos na garantia dos direitos dos idosos, demonstrando afinidade com as leis federais. Destacamos aqui, a saúde, dentre outras ações governamentais, que apresenta como competências:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do sistema único de saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento para instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do sistema único de saúde;
- d) adotar medidas visando à garantia de unidade geriátrica em hospitais públicos ou privados, com pessoal especializado na área geriátrica/gerontológica;
- e) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- f) desenvolver formas de cooperação com as secretarias de saúde dos municípios e entre associações, sociedades, núcleos e centros de

- referência na formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- g) incentivar a inclusão da geriatria e da gerontologia como especialidades, para efeito de concursos públicos estaduais e municipais;
 - h) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinados agravos à saúde do idoso, com vistas à prevenção, ao tratamento e à reabilitação;
 - i) criar serviços alternativos de saúde e unidades móveis de atendimento domiciliar, nos meios urbanos e rurais;
 - j) capacitar os agentes comunitários com conteúdos sobre o envelhecimento;
 - k) estabelecer ação integrada com organizações governamentais e não governamentais para operacionalização da política estadual de saúde do idoso;
 - l) assegurar gratuitamente tratamento médico e odontológico, medicamentos, órteses, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação àqueles que necessitam;
 - m) assegurar prioridade de atendimento à saúde do idoso e disponibilização de locais exclusivos com acomodações apropriadas;
 - n) recomendar a não-discriminação do idoso nos planos de saúde, pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade;
 - o) desenvolver programas educativos a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
 - p) assegurar a presença do acompanhante para o idoso quando internado em unidade hospitalar;
 - q) outras atividades que se fizerem necessárias no âmbito da secretaria estadual que cuida da área de saúde (BAHIA, 2004, p. 2).

Essa política apresenta-se com caráter centralizador, visto que não define com clareza o papel dos municípios na sua efetivação. Entretanto, este caráter foi revisto na publicação do Decreto nº 9.234/2004, o qual delineou medidas e possibilidades de organização do papel dos municípios para sua efetivação, muito embora não propusesse fontes de financiamento para a execução de ações, o que, a nosso ver, se constituiu um grande nó à implementação da política no âmbito municipal.

Em 2005, foi instituída outra ação protetiva para o amparo dos idosos sem vínculo familiar: as Instituições de Longa Permanência (ILP), Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/2005. A ILP visa o amparo das pessoas idosas mais frágeis e que demandam maior proteção do Estado, no que tange à observância dos direitos humanos e de promoção de sua cidadania (SAYEG; MESQUITA; COSTA, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou outro dispositivo normativo da saúde, o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Esse Pacto estabelece compromissos e metas para os gestores das três esferas de Governo, imputando responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela saúde possui três componentes integrados: pacto de gestão; pacto pela vida e defesa do SUS. Em destaque no pacto pela vida, entre as seis prioridades compactuadas está a saúde do idoso, inserindo a questão do fenômeno do envelhecimento na agenda da política de saúde no país. Além do idoso, destacam-se ainda neste componente as ações de promoção da saúde e de fortalecimento da atenção básica pelo interfaceamento com a PNSI na promoção do envelhecimento ativo e saudável da população (BRASIL, 2006b).

Um fato marcante, em maio de 2006, reiterou a luta pelos direitos de proteção ao envelhecimento no Brasil: a I Conferência Nacional de Direito da Pessoa Idosa e sua importância de caráter deliberativo e decisório na formulação da PNSI, sendo discutida a questão do envelhecimento na efetivação da intersetorialidade. Na Conferência, os trabalhos em grupo foram organizados por eixos temáticos, permitindo aprofundamento dos debates entre os idosos, profissionais de saúde, gestores, e pesquisadores da área de gerontologia, sendo definidos: eixo I – ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa, com 46 propostas aprovadas; eixo II – violência contra idosos, com 18 propostas aprovadas; eixo III – saúde da pessoa idosa, tendo 86 propostas aprovadas; eixo IV – previdência social, com 30 propostas aprovadas; eixo V – assistência social à pessoa idosa, 25 propostas aprovadas; eixo VI – financiamento, orçamento público, com 26 propostas aprovadas; eixo VII – educação, cultura, esporte e lazer, 38 propostas aprovadas; e eixo VIII – controle democrático: o papel dos conselhos, com 21 propostas aprovadas (BRASIL, 2006e).

Essas propostas compuseram o relatório final da I Conferência, em que as prioridades conferidas pelos delegados foram relacionadas aos temas: ensino e pesquisa; assistência ambulatorial, especializada e hospitalar; promoção e prevenção da saúde, com destaque para as Doenças e agravos não transmissíveis (DANT); atendimento domiciliar; fiscalização e apoio às ILP; cuidado integral; capacitação de cuidadores e familiares na assistência ao idoso no domicílio; bem como questões relacionadas à gestão nos diversos municípios representados na citada Conferência (BRASIL, 2006e).

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como componente prioritário na agenda de saúde do país, promulgando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da Portaria nº 2.528/2006. Essa Portaria objetiva, no âmbito do SUS, garantir a atenção integral em todos os níveis de atendimento à pessoa idosa, enfatizando o *envelhecimento ativo e*

saudável. Seu ideário foi pensado na abordagem interdisciplinar e multidimensional, considerando os múltiplos aspectos da vida de todo cidadão ou cidadã brasileira, com 60 e mais anos (BRASIL, 2006f).

A atual proposta normativa, a PNSPI, reconhece os diversos desafios relacionados ao intenso e contínuo processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas, além do compromisso assumido na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, em Madri, expressando em suas diretrizes:

- 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; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b, p.4).

Observa-se nesta Portaria que a capacidade funcional transversaliza as ações de toda PNSPI, bem como a qualificação no atendimento prestado à população idosa pelos profissionais de saúde, cuidadores formais e não formais, especialmente para as pessoas que chegam à velhice em estado de fragilidade (BRASIL, 2006f).

Em 2007, o Ministério da Saúde, na perspectiva de criar mais um mecanismo que possibilitasse a operacionalização da PNSPI no cotidiano da rede de serviços do SUS, instituiu a Caderneta do Idoso – um instrumento de caráter pessoal, que identifica o idoso e sua condição de saúde, bem como potenciais riscos ao desvio de sua capacidade funcional. Esta Caderneta foi proposta para todo atendimento em saúde, independente do nível de atenção do serviço prestado pelo SUS, e sua implantação ocorreu, inicialmente, a partir das equipes da ESF, sendo acompanhada por um manual de orientação, voltado para os profissionais de saúde, para seu correto preenchimento e manejo (BRASIL, 2011d).

Em 2008, em observância à necessidade de inclusão de outros cuidados de saúde na caderneta, a exemplo de saúde bucal, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), foi discutido, em uma oficina de gestão em saúde, com

os municípios da 20ª Dires do Estado, a inclusão do registro de acompanhamento da saúde bucal do idoso pela ESF, entendendo a necessidade de uma abordagem integral à saúde da pessoa idosa.

No ano seguinte, em 2009, aconteceu a II Conferência Nacional de Direito da Pessoa Idosa, favorecendo o debate, entre representantes da sociedade civil e órgãos públicos, sobre a avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, sendo reiterado o compromisso do Estado brasileiro, assumido no plano nacional e internacional de efetivação dos direitos humanos na promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2009).

Após dois anos, em 2011, ocorreu a III Conferência Nacional de Direito da Pessoa Idosa, tendo como tema central das discussões o compromisso de toda sociedade civil e organizada por um Envelhecimento digno no Brasil. Nesta Conferência, mais uma vez, reiterou-se o debate sobre os avanços e desafios da PNSPI e temas relacionados ao fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil, com enfoque aos desafios à intersectorialidade das ações (BRASIL, 2011c). Também neste mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que instituiu a atenção domiciliar no âmbito do SUS, considerando o art. 15, inciso IV, do Estatuto do Idoso. Esta Portaria prevê atendimento domiciliar a pessoas que demandam cuidados paliativos por condição de patologias crônicas, por uma equipe multidisciplinar, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NASF). Nestes Programas a atenção à saúde deve envolver ações de promoção, recuperação e reabilitação articulada com a rede de serviço existente (BRASIL, 2011b).

Diante do exposto, cabe aos Municípios, Estados e Distrito Federal, pactuar ações necessárias para o alcance das metas e objetivos propostos pela PNSPI, normatizando planejamento e gestão como: Plano Municipal de Saúde; Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório de Gestão (RAG), instrumentos que compõem o elenco básico de ferramentas para o planejamento em saúde, definidos pela Portaria nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006g).

Nesta perspectiva, continuamos a percorrer o caminho, no sentido de desvelar a implementação da PNSPI, em um município, apontando no próximo eixo como esta tem se estruturado em termos do modelo de atenção à saúde vigente em nosso país, tendo como premissa os aspectos demográficos, epidemiológicos e legislativos discutidos até o momento.

2.3 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENVELHECIMENTO: UMA APROXIMAÇÃO

Como acabamos de ler, as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento populacional apontam diretrizes importantes e norteadoras da (re) organização do SUS sustentadas pela Constituição Federal de 1988, cujo objetivo, a descentralização, convergiu para os municípios passarem a tornar-se cenário enquanto gestores e atores protagonistas da implementação das políticas de saúde, numa perspectiva de autonomia e poder em nível local.

A PNSPI encontra no âmbito local multivariadas formas de implementação de suas ações em termos de organização de modelo assistencial, tendo a família como unidade cuidativa privilegiada (BRASIL, 2006f).

Na concepção de Paim (2008), modelos assistenciais ou modo tecnológico de intervenção na saúde são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde de uma população, não se restringindo a um caráter normativo prescritivo, mas em como ocorrem as relações entre os sujeitos, mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde.

Nesse particular, o sistema de saúde brasileiro tem sido cenário de disputa de diversos modelos assistenciais ou modos de intervenção, que podem ser compreendidos a partir de suas vertentes conceituais: o hegemônico (médico assistencial-privatista), o sanitarista (caráter hospitalocêntrico, com ênfase nos procedimentos e baseado em programas, campanhas, ações de vigilância epidemiológica e sanitária) e os alternativos (oferta organizada, acolhimento, promoção da saúde, atenção primária da saúde, distritalização e vigilância da saúde) com suas práticas organizadas a partir das necessidades de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; PAIM, 1999a; TEIXEIRA, 2006).

Segundo Veras (2009), o panorama complexo do envelhecimento da população brasileira coloca na agenda das políticas de saúde o desafio de reorientação do modelo assistencial vigente para garantir um envelhecimento saudável e bem sucedido, pois o modelo assistencial tradicionalmente concebido para atender as demandas materno-infantis, justificado pelos elevados índices de mortalidade na década de 70, não encontra mais aderência no contexto atual

brasileiro, como anteriormente, devido ao elevado número de pessoas idosas na pirâmide etária (BRASIL, 1999).

O modelo assistencial à saúde ainda é imediatista e organizado para o cuidado agudo e não para o cuidado de pessoas com patologias crônicas, responsáveis por onerar a carga financeira do sistema de saúde e o envelhecimento concorre para as maiores demandas dos serviços de atenção à saúde (VERAS, 2003; KALACHE, 2008; VIANA, 2009).

Pelo exposto, a estratégia indutora mais ampla de reorganização do modo de intervenção no Brasil, em contraposição ao modelo hegemônico, talvez possa ser creditada ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente por meio da ESF, vinculado às propostas de vigilância da Saúde, oferta organizada e acolhimento (SOLLA, 2010).

Tendo em vista o caráter indutor na mudança do modelo assistencial e a abordagem interdisciplinar do indivíduo em todas as fases do ciclo vital, nos deteremos a uma reflexão teórico-prática mais aprofundada da ESF no nível primário da atenção, em detrimento aos demais níveis na abordagem do idoso.

No contexto da ESF o atendimento deve ser integral, tendo em vista a preservação da autonomia e capacidade funcional do idoso junto aos seus familiares e à comunidade, sendo um dos pontos convergentes entre ESF e a PNSPI. No entanto, como desafio, há a necessidade de educação permanente dos profissionais da ESF, tendo em vista o *déficit* na formação, relativo às competências para o atendimento integral da pessoa idosa na multidimensionalidade e especificidade do processo viver-envelhecer (SILVESTRE; NETO, 2003).

Esta constatação encontra respaldo também no estudo de Costa e Ciosak (2010), o qual demonstrou a dificuldade dos profissionais de saúde da ESF em lidarem com as demandas sociais e psicológicas da pessoa idosa. Neste estudo, não havia suporte de outros profissionais, além da equipe mínima da ESF, reiterando a importância da atenção interdisciplinar na assistência à pessoa idosa apontada na PNSPI. Para além dos achados pelos autores citados, as dificuldades encontradas pelos profissionais, ao nosso ver, perpassam pela representação social que estes têm da velhice e também pela herança do modelo biomédico focado na doença, que ainda insiste em manter nas práticas de saúde um cuidado fragmentado e focado na doença.

Esse aspecto reforça a necessidade de enfatizar os conteúdos de gerontologia e geriatria na formação dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento de competências e habilidades imprescindíveis à abordagem da pessoa idosa na Atenção Primária à saúde (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Entretanto, estes autores sinalizam que o desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde da família não substitui o suporte de atendimento especializado do nível secundário de atenção, apontando a necessidade de articulação de uma rede de atenção à saúde ao idoso, proposta pela PNSPI, como um desafio para os gestores.

Por outro lado, a ênfase na prevenção deve ser a mola propulsora da organização no processo de trabalho na ESF, considerando que as doenças crônicas degenerativas e incapacidades no idoso são passíveis de prevenção em sendo adotadas estratégias de educação em saúde (FREITAS et al., 2010). Contudo, os dados encontrados por esses autores revelaram que as práticas educativas (oficinas, palestras) não se encontravam, de um modo geral, entre as prioridades dos profissionais.

Por outro lado, já se tem instituído desde 2006 o “Caderno de Atenção Básica, nº19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, publicado pelo Ministério da Saúde, visando a oferecer subsídios técnicos específicos para os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária (BRASIL, 2006a). O Caderno foi construído tendo como referência as prioridades do Pacto em Defesa da Vida e Políticas Nacionais, fundamentais para o planejamento de saúde para a pessoa idosa, como:

- Atenção Básica - regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, que sintetiza as questões discutidas em parágrafos precedentes, referente à APS, ou seja, um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (BRASIL, 2006d).
- Promoção da Saúde - estabelecida pela Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, que tem como prioridades: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006c).
- Humanização - estabelecida desde 2003, como política transversal no direcionamento das ações em todos os níveis do SUS, que tem como um dos princípios norteadores a valorização das dimensões subjetivas e sociais no processo saúde adoecimento individual e coletivo, com

enfoque na corresponsabilidade dos sujeitos envolvidos na gestão e atenção à saúde, trabalho em equipe e acolhimento, no sentido de organizar o cuidado de maneira longitudinal e resolutive.

- Ainda resta a observância do conteúdo abordado no Caderno da Atenção Básica, sobre as especificidades biopsicossociais do envelhecimento da população brasileira, pontuando aspectos demográficos e epidemiológicos com a abordagem assistencial às doenças crônico-degenerativas, síndromes geriátricas e com um capítulo específico voltado para o envelhecimento e AIDS, o qual apresenta instrumentos para utilização no atendimento da pessoa idosa, pelos membros da equipe da ESF; define a atribuição de cada profissional, focalizando a identificação precoce de riscos e agravos potencialmente comprometedores da capacidade funcional, e principalmente da qualidade dos anos de vida da pessoa idosa. Os instrumentos elencados no Caderno são escalas que avaliam acuidade auditiva e visual, estado mental, depressão, atividades de vida diária, risco de queda, funcionalidade familiar, recursos comunitários e familiares, sobrecarga dos cuidadores e presença de violência e maus tratos, destacando, deste modo, a relação direta da avaliação multidimensional na qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa. Portanto, a utilização dos instrumentos pelos profissionais permite uma avaliação rápida de múltiplos sistemas e detecção precoce de necessidades e alterações, sendo imprescindíveis para o estabelecimento de condutas terapêuticas específicas para as pessoas idosas (BRASIL, 2006a, p. 11-14).

Segundo Veras (2003), a estratificação de riscos e de identificação do idoso fragilizado configura-se em uma excelente oportunidade que pode ser potencializada na ESF, melhorando o acesso à assistência aos problemas de saúde, organizando desta forma um modelo de atenção capaz de desenvolver ações preventivas no nível primário, secundário e terciário, investindo no envelhecimento saudável, na assistência qualificada para os que já estão acometidos por doenças crônicas e/ou com incapacidades instaladas.

Nessa perspectiva, o advento da longevidade e a coexistência das doenças crônicas e incapacidades na população idosa têm exigido cada vez mais cuidados de longa duração, que em geral significa o apoio para realização das atividades de vida diária (AVDs). Esse apoio pode ser proporcionado por cuidadores informais: família, amigos, vizinhos, e formais: instituições e serviços especializados (CAMARANO; MELLO, 2010), sempre nas proximidades da ESF.

Esse aspecto também foi abordado no Caderno de Atenção Básica, que discute a importância do suporte aos familiares e cuidadores de idosos (formais e informais) pela ESF, no sentido de oferecer orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, considerando as diversidades do envelhecer, a adequação do ambiente, com respeito ao contexto de vida e cultura de cada família, privilegiando o cuidado integral e humanizado à pessoa idosa e sua família (BRASIL, 2006a).

Ainda no escopo da atenção domiciliar prevista no Caderno da Atenção Básica, referente à ESF, a equipe deverá estabelecer parceria com as ILP do seu território adstrito, avaliando quando necessário os idosos institucionalizados, realizando ações educativas, potencializando, desta forma, a rede de proteção social existente e fortalecendo seu papel na intersetorialidade (BRASIL, 2006a).

Além da utilização das recomendações e condutas do Caderno da Atenção Básica, a caderneta do idoso se constitui em outro instrumento para o trabalho dos profissionais da ESF, no acompanhamento do estado de saúde da pessoa idosa, podendo ser utilizada como referência para seu atendimento nos demais níveis de atenção do sistema, permitindo procedimentos mais precisos no diagnóstico e tratamento das doenças (BRASIL, 2006a).

Assim, visando a apoiar a ESF, no que tange ao atendimento integral da pessoa e família, o Ministério da Saúde, em 2008, criou, através da Portaria nº 154/2008, mais um dispositivo de fortalecimento da APS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), numa perspectiva de ampliar a resolutividade, o escopo das ações individuais, bem como as ações de promoção e prevenção em saúde, desenvolvidas no âmbito da ESF (BRASIL, 2008a).

A citada Portaria define que um NASF deve ser formado por uma equipe de profissionais de diferentes áreas (educador físico, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutico), cujo objetivo é alcançar o cuidado na sua longitudinalidade, ou seja, em todas as fases do ciclo vital, na abordagem da linha do cuidado. Suas principais diretrizes relativas à APS são: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2008c).

Assim, concordamos com Veras (2009), ao afirmar que para que um modelo assistencial de atenção à saúde, previsto na PNSPI, seja efetivo, é preciso articular os níveis de prevenção, com novos métodos de planejamento e avaliação, na prestação de cuidados aos idosos, de modo que o sistema ganhe eficiência, os profissionais nele envolvido construam sua práxis crítico-reflexiva no contexto de sua área de atuação, sem perder do ponto de visão a globalidade do sistema, e os idosos possam ter mais qualidade de vida e dignidade ao processo viver envelhecer.

Deste modo, a avaliação emerge como uma temática importante na implementação de uma política pública, no caso particular deste estudo a PNSPI,

levando-nos a adentrar no próximo e último eixo temático, nesse campo do saber, buscando na literatura incidir mais luz na compreensão da sua práxis.

2.4 AVALIAÇÃO NO CAMPO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação emerge como um eixo temático importante na implementação de uma política pública, no caso particular desse estudo a PNSPI.

Os estudos cuja temática enlaçam a avaliação buscam situar seu campo de ação sobre as políticas públicas, direcionando o olhar à historicidade, aspectos conceituais, classificação, utilização e abordagem metodológica. Segundo Figueiró et al. (2006), no campo das ações políticas, e no caso específico das políticas no âmbito da saúde, a prática da avaliação vem ganhando centralidade nas organizações governamentais, mas ainda é um conceito que está com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas.

O conceito de avaliação dos programas públicos tem origem no período pós 2ª Guerra Mundial, na reforma do papel do Estado, sendo os economistas os pioneiros no desenvolvimento de métodos da abordagem de avaliação, visando a analisar a relação custo-benefício, cujo objetivo assentava-se em demonstrar a limitação dos programas de cunho social, e o interesse na adoção de uma visão interdisciplinar sobre os contextos políticos inseridos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Ao longo dos anos, a avaliação das políticas públicas sofreu mudanças do ponto de vista conceitual. Na década 60, era utilizada como forma de *feedbacks* (*retro-alimentação*) para os gerentes de programas, no intuito de propor mudanças na condução (TREVISAN; BELLEN, 2008).

No decorrer dos anos 70, com a transição da lógica racionalizadora dos seguros médicos, a avaliação na área sanitária começa a ter *status*. Desde então, vários organismos governamentais e de entidades financiadoras foram criados, visando a avaliar as novas tecnologias em Saúde, principalmente nos Estados Unidos e Canadá, desencadeando uma série de eventos científicos, como seminários, programas de formação e publicações na área de avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na década de 80, a avaliação passa a desempenhar um papel preponderante na (re)alocação de recursos no planejamento orçamentário (TREVISAN; BELLEN, 2008).

Trevisan e Bellen (2008) afirmam que a década de 90 marca a última fase “teórico-conceitual” na prática da avaliação, que foi caracterizada pela indagação quanto ao papel do Estado no acompanhamento das políticas públicas, aliado à influência da nova visão da administração pública. A avaliação, então, na concepção destes autores, passa a ser aceita por gestores governamentais de diferentes países. No caso do Brasil, se deu em meados dos anos 90 (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; TREVISAN; BELLEN, 2008).

Segundo Silva (2010), a avaliação transita por uma multiplicidade de campos e saberes no âmbito social, levando a uma “polissemia” conceitual em relação às políticas públicas, especialmente pelo seu caráter democrático, no envolvimento de vários atores na definição das prioridades das agendas.

A título deste estudo, e considerando a amplitude de conceitos sobre a avaliação, tomamos o direcionamento de Contandriopoulos, por acreditarmos na concepção desse autor, ao olharmos para os demais conceitos:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou pode ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31).

A avaliação normativa refere-se a uma atividade comum, normas de enfoque sistêmico em uma organização, que consiste em fazer um julgamento sobre a tríade da intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas estabelecidas. Critérios e normas são indicadores, derivados do juízo emitido por especialistas da área sob investigação.

Já a pesquisa avaliativa analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, geralmente tendo como finalidade primordial auxiliar o processo de tomada de decisão. Abre-se um leque de possibilidades de análise de uma intervenção: análise estratégica, análise de intervenção; análise de produtividade; análise de efeitos; análise de rendimentos e análise de intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na revisão de literatura de publicações brasileiras, no período de 1994 e 2009, sobre a avaliação de políticas públicas concernentes à saúde, Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) observaram que há um esforço de incorporá-la como prática institucional, mas que esta ainda não se encontra consolidada no Brasil. Esses autores ainda apontaram que a avaliação tipo pesquisa avaliativa tem sido muito valorizada pelos gestores públicos. Outro dado interessante levantado no estudo referiu-se às tipologias identificadas e suas ocorrências: investigação avaliatória, em 23 artigos; avaliação para decisão, em 17 ocorrências; e avaliação para gestão, com 04 artigos, reiterando a utilidade da avaliação de políticas no âmbito da saúde (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

No caso brasileiro, os fatores relacionados à crescente utilização da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde podem estar relacionados às questões: exigências legalísticas de processos referentes à gestão do SUS, instituídas pela descentralização das responsabilidades, ações e recursos para os municípios; a complexidade do perfil epidemiológico do país; a exigência cada vez maior do controle de gastos em saúde e a cobrança das agências financiadoras internacionais (FIGUEIRÓ et al., 2006).

Segundo Costa, Silva e Biasoto (2008), a análise e avaliação de políticas/ programas/intervenções públicas no campo da saúde devem considerar suas especificidades. A primeira delas está relacionada ao contexto sociopolítico analisado, e a segunda decorre do fato que qualquer uma delas implica em saberes e fazeres técnicos nos quais se assentam as ações governamentais.

Isso demonstra que a efetividade de uma política pública ou sua concretude (programas, intervenções) deve compreender quais fatores contribuem para o seu sucesso e possibilitam seu alcance bem como os limites relacionados aos contextos sociopolíticos (MINAYO, 2005).

A avaliação então é considerada um dos estágios do ciclo das políticas públicas, devendo ser uma atividade permanente durante o próprio processo de execução, ao atendimento dos objetivos que justificam as prioridades estabelecidas, permitindo a adoção de ações que potencializam ao máximo a eficácia e a eficiência conjunta da ação governamental proposta (COSTA, 2008).

Neste sentido, a avaliação é uma importante ferramenta de gestão nas diversas dimensões do SUS, devendo subsidiar a identificação de problemas e a

reorientação de ações e serviços, mensurando o impacto das políticas/programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2003b).

Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação de políticas, programas e projetos pode ser compreendida como um eixo que transversaliza todos os níveis de sistema de saúde. Entretanto, incorporar a institucionalização da avaliação enquanto prática da gestão do SUS constitui-se um dos seus grandes desafios. Para Hartz (2002, p. 419), “[...] institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento”.

Assim, pode-se considerar que o método mais aplicável para avaliação de programas/políticas seja o Estudo de Avaliabilidade (EA), que consiste na construção de um modelo lógico, que estima quão avaliáveis são os programas/políticas/intervenção de um governo num dado momento. Trata-se de uma forma racionalizadora de tempo, tendo em vista definir as finalidades e o foco avaliativo, permitindo um entendimento aprofundado do objeto (THURSTON; RAMALIU, 2005).

O EA foi inicialmente desenvolvido na década de 1970 como uma atividade de “pré-avaliação”, sendo construída por Joseph Wholey¹. O EA, tendo sido inicialmente usado nos níveis nacional e estadual, e, segundo Leviton (1998), pode ser perfeitamente adaptado e utilizado a nível local. Ainda segundo o autor, a Teoria do EA surgiu primordialmente como proposta para atender as reclamações dos políticos sobre a falta de informações úteis para avaliar o impacto dos programas governamentais, pois as avaliações até então concebidas eram de alto custo, focadas em resultados e disponibilizavam resultados insuficientes para subsidiar a análise.

A teoria foi documentada por Wholey, em 1979, sendo sua recomendação que fosse utilizada antes de submeter o programa a uma avaliação normativa, ou seja, seria ela a primeira fase de uma abordagem de avaliação, para mensurar até que ponto os objetivos têm relação de coerência com o que está proposto, se esses são partilhados pelos principais interessados, se existe uma estrutura do programa razoável e recursos suficientes para o alcance dos objetivos, e se os gestores dos programas vão utilizar os resultados das avaliações (TREVISAN, 2007).

¹ Joseph S. Wholey, doutor em Matemática em Harvard (1962), professor emérito da Universidade Sul da Califórnia. Desenvolve trabalho na área de planejamento estratégico, gestão de desempenho e avaliação de programas para melhorar o desempenho das organizações públicas e sem fins lucrativos. Trabalhou em diversos órgãos do governo dos EUA.

Neste sentido, Wholey propõe como metodologia realizar entrevistas com os gestores e políticos; visitas para observar o programa em operação e o exame de documentos do programa, apresentando como inovação o envolvimento das partes interessadas na política/programa /intervenção e a necessidade de mediar conflitos, por meio de uma articulação dialógica.

Numa revisão de literatura empreendida por Trevisan (2007), no período de 1996 a 2006, o autor encontrou dados interessantes, dentre eles o fato de a maioria dos autores seguirem o modelo sequencial de Joseph Wholey e utilizarem sua metodologia para a coleta de informações. Além disto, identificou haver um incremento na década de 80 no foco do EA, o qual foi utilizado como ferramenta de gestão importante para os “stakeholders”. Neste particular, vale ressaltar que, no caso do estudo empreendido em nossa pesquisa, utilizamos como incremento a realização de roda discussão (uma técnica de coleta de dados derivada do grupo focal), juntamente com as entrevistas semiestruturadas. Assim, mais uma abordagem empreendida a somar-se ao estudo que Trevisan (2007) realizou.

Logo, podemos sintetizar o conceito de EA como sendo um processo sistemático que ajuda a identificar se a avaliação da política/programa/intervenção se justifica, é viável, e suas reais contribuições para a melhoria dos objetivos propostos, ou seja, medição do desempenho da política/programa/intervenção (WHOLEY, 1987), de modo que, para fins do estudo empreendido por nós, intercambiamos os termos política/programa/intervenção, entendendo o imbricamento entre eles, na área de gestão do SUS.

A análise de avaliabilidade é um processo dinâmico e cíclico que consiste em quatro etapas:

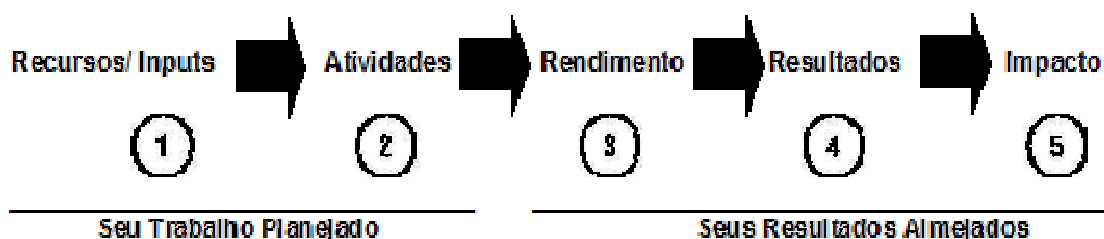
- a) Clarificação dos objetivos do programa, realizado pela revisão dos seus documentos e por entrevistas com o gerente do programa e demais interessados;
- b) Desenvolvimento de um modelo de programa, incluindo objetivos imediatos, intermediários e finais, e indicadores de performance, seguidos da apresentação para o coordenador do programa como feedback.
- c) Exploração da realidade do programa por métodos tais como o exame das operações do programa e entrevistas com clientes e serviços de entrega (delivery) pessoal. Esse passo inclui a comparação da realidade do programa com o programa modelo e a revisão do mesmo, seguido novamente pela apresentação para o coordenador do programa como feedback.
- d) Elaboração das Recomendações para: a) Identificar áreas para o melhoramento do programa; b) Identificar componentes do programa que podem ser avaliados; c) Identificar quais questões avaliativas são úteis e praticáveis (LEVITON et al., 1998, p. 390).

A realização do EA, ao longo dos anos, demonstra que após as etapas de análise dos documentos do programa e da realização das entrevistas com os informantes-chave, o avaliador pode se deparar com três situações: 1) os interessados podem ter diferentes pontos de vistas sobre a realidade do programa; 2) os objetivos e metas do programa podem não estar bem definidos, e 3) os interessados pelo programa têm diferentes visões sobre os objetivos do mesmo (LEVITON et al., 1998).

Esse processo é sistematizado por meio da elaboração da Teoria do Programa ou Modelo Lógico, termos usados de maneira intercambiada no campo da avaliação. O Modelo Lógico utiliza palavras e/ou figuras para descrever a sequência de atividades que se acredita que produzirão mudança, e como essas atividades estão ligadas aos resultados que se espera que o programa atinja, numa perspectiva sistemática, ampliando a compreensão da política/programa/intervenção (FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG, 2004).

Basicamente, um modelo lógico é uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos que se tem que operar no programa, as atividades planejadas e as mudanças ou resultados que se espera alcançar, conforme se observa a Figura 1 na condução das setas (FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG, 2004).

Figura 1 – Análise de Programa



Fonte: F. W. K. KELLOGG (2004).

O EA está circunscrito num vasto campo de abordagens conceituais e metodológicas, que é o campo da avaliação, e, como afirma Vieira-da-Silva (2005), cada avaliação detém características peculiares, exigindo por parte do avaliador criatividade e habilidade na formulação do desenho do modelo lógico da política/programa/intervenção.

O desenho do Modelo Lógico ou Teoria do Programa é o primeiro passo para o planejamento da avaliação, permitindo a visualização gráfica e sistematizada, clarificando as relações subjacentes entre os componentes necessários para operacionalizar a política/programa/intervenção e os resultados esperados ao longo de sua implantação, condicionados pelo contexto (MEDINA et al., 2010).

Além disto, o modelo lógico contribui para o monitoramento do progresso da intervenção, ao fornecer um plano claro de acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados esperados (MEDINA et al., 2010).

Contudo, apesar das vantagens apresentadas na realização do EA, no Brasil, este tipo de abordagem metodológica ainda apresenta pouca aderência na prática dos pesquisadores, concentrando-se nos órgãos governamentais de análise de políticas, como o Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), e em núcleos de pesquisa das universidades (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Osvaldo Cruz (ENSP); Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e Instituto Materno Infantil (IMIP), como metodologia de estudos de programas e política em dissertações de mestrado.

Foram ainda identificados na revisão de literatura nesse estudo 13 artigos e cinco dissertações, tratando-se de estudos dos últimos cinco anos, caracterizados pela interação entre os profissionais vinculados à implementação da política ou intervenção, no momento de pactuação para a construção do modelo lógico ou teórico (TORRES-MAGARINOS; OSÓRIO-DE-CASTRO; PEPE, 2007; FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009; GALVÃO et al., 2008; OSORIO-DE-CASTRO et al., 2009; MACEDO et al., 2009; BEZERRA et al., 2009; COX et al., 2009; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2010; LIMA; SILVA, 2008; NATAL et al., 2010; MEDEIROS et al., 2010; QUININO; SAMICO; BARBOSA, 2010; ALVES et al., 2012).

A avaliação das políticas públicas, em especial da saúde, levando em conta questões relacionadas ao envelhecimento populacional e implementação da PNSPI, evidencia a necessidade e relevância da investigação a lacuna referente à avaliabilidade desta política no contexto brasileiro, justificando o estudo que empreendemos e a busca de algumas respostas às nossas inquietações.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A SUSTENTAÇÃO TEÓRICA NA AMPLIAÇÃO DO FOCO DE NOSSAS LENTES PARA ENXERGAR-PERSCRUTAR CONTEXTOS E SABERES

A Percepção da complexidade relacionada à abrangência da implementação de uma política pública, em particular da PNSPI, considerada de grande envergadura pelas suas multivariadas interfaces (assistência, gestão, pesquisa, educação permanente, dentre outras), nos conduz a necessidade de estabelecer marcos teóricos que nos guie em nossa investigação.

Neste direcionamento elegeu-se como fundamentação teórica a Teoria Geral dos Sistemas (TGS), idealizada por Bertalanffy (1977), dentre outras teorias derivadas do pensar sistêmico que convergiram para a área da ciência da administração, por esta nos parecer melhor se aproximar do nosso objeto de estudo. A TGS nos remete ao pensamento dialético da interação entre as partes e o todo, entre o macro e microcontexto, proporcionando um olhar ampliado da política em sua inteireza e globalidade. Essa abordagem teórica, inspirada nas escolas francesa e alemã, tem influenciado *multiversas* áreas do conhecimento humano, sendo agregada sob a forma de matriz paradigmática por Morin no texto *o Método*, constituindo o marco do sistemismo (MORIN, 1997).

A partir dessa óptica, abordamos o ciclo da política pública (*policy cycle*), vislumbrando a interação entre as suas múltiplas fases, numa compreensão da dinamicidade em que é processada pelos diversos atores sociais envolvidos. No enlace desta temática, utilizamos como âncora o documento oficial das organizações das Nações Unidas, do Centro Panamericano de Planificação de Saúde (CPPS) e a abordagem teórico-metodológica em políticas públicas (VIANA, 1988).

Assim, acreditamos que os marcos teóricos definidos alicerçaram a discussão dos dados encontrados, traduzindo as formas de produção de saberes e fazeres nesse campo desafiador, que é o estudo da implementação da PNSPI, no âmbito municipal.

3.1.1 Teoria geral dos sistemas

Desde os primórdios da humanidade, o homem associou-se a outros para conseguir, por meio de um esforço conjunto, alcançar determinados objetivos. Desse esforço conjunto surgiram as empresas rudimentares, que remontam à época dos assírios, babilônios, fenícios, e outros povos. Porém, a história da “moderna” administração surgiu no início do século XX, quando dois engenheiros, Frederick Wislow Taylor e Henry Fayol, publicaram suas experiências. A esses dois pioneiros, sucederam as teorias da administração, dentre elas a teoria Sistêmica (CHIAVENATO, 1994).

Atualmente a palavra sistema, originária da biologia, foi incorporada no vocabulário de quase todas as ciências. Entretanto, para além da nomenclatura, há uma nova concepção de compreender os fenômenos, como as partes de um conjunto complexo que se relacionam entre si e interagem com o meio para atingir determinado objetivo (BERTALLANFFY, 2010).

Essa descrição originária dos estudos da célula, desenvolvida nos trabalhos do biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy, na primeira metade do século XX, culminou na Teoria Geral dos Sistemas (TGS). O autor baseou sua argumentação na observação de fenômenos da natureza, em sua relação de interdependência de suas partes e o todo. Destacava que a abordagem fragmentada de estudar as relações dos fenômenos vivos não conseguia percebê-los em relação, organização e recursiva, fundamentos que foram criticados duramente em sua época, em particular pela concepção Decartiana de que era preciso fragmentar o todo para compreender as partes (CAPRA, 1996; MORIN, 1997; VASCONCELLOS, 2002).

A compreensão sistêmica enlaça os princípios de entrada e saída de informação no organismo vivo – abertura; de subsistema, suprassistema, organização hierárquica, partes e todo; de circularidade, recursividade – interdependência; de equifinalidade, homeostase e morfogênese – complexidade. Esses vieram nomear os princípios sistêmicos que foram assimilados e aprendidos nas mais diversas áreas dos saberes, o que fez com que o paradigma cartesiano fosse exposto à crítica e por muitos refutados, embora ainda persista em tempos atuais; porém, no cotidiano, mostrando-se inconsistente frente à complexidade em que se enovelam as ciências.

Em síntese: *os sistemas existem dentro de sistemas*; cada sistema é formado por subsistemas, e, ao mesmo tempo, insere-se um sistema maior, *o supra-sistema*, e assim sucessivamente, levando-nos a compreensão de não somatividade e globalidade.

Os sistemas são abertos: sua compreensão deriva da premissa anterior, entendendo que há um estabelecimento de troca de energia e informação, ou seja, numa relação dual com o ambiente externo onde os sistemas existem.

As funções de um sistema dependem de sua estrutura: como já vimos, todo sistema tem um objetivo ou propósito (equifinalidade), que constitui seu papel no estabelecimento das trocas internas e externas, por meio de redes de comunicação (BERTALANFFY, 1977).

Os princípios sistêmicos foram se constituindo e ganhando significância e significado, ao longo do século XX, por diversos estudiosos, os quais lançaram luz às descobertas de Bertalanffy, do início do século XX. Destaca-se que ele vivia na Áustria, em um sistema político de repressão, e, por isso, pouca troca com estudos aconteciam com outras partes do mundo. Considere-se aqui o período que compreendeu a Primeira e a Segunda Guerra Mundial. Porém, ciência é transcendência, e assim foram se difundindo os saberes e na sua transversalidade (re)criações-construções que se mostram para nós nos dias atuais (SILVA, 2007), como a “Cibernética, funcional mecânica de Wiener (1948); a Cibernética de segunda ordem, a noção de circularidade de informações de Foerster (1996); a Teoria da Comunicação, com a obra *A Pragmática da Comunicação Humana* de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967); a “Autopoiese” de Maturana e Varela (1979) (SILVA et al., 2012). As autoras ainda salientam que

[...] no final do século XX, outros cientistas tecem contribuições significativas para a mudança paradigmática em torno da ciência através de inovações de conceitos e formulação de teorias, dentre eles Ilya Prigogine, químico russo; Heins Von Foerster, físico e ciberneticista austríaco; Henri Atlan, biofísico francês; Francisco Varela e Humberto Maturana, biólogos chilenos, além de Edgar Morin, sociólogo francês. Cientistas que se destacam neste cenário por suas pesquisas alcançarem resultados que mostraram a limitação do paradigma tradicional dominante (SILVA et al., 2012, p. 17).

À luz do pensamento sistêmico, fizemos uma relação com os fenômenos que envolvem a complexidade do ciclo de uma política pública, entendendo-a como um sistema aberto-conceitual, devido ao seu conteúdo, clarificando ainda mais nosso caminho em direção aos objetivos delineados neste estudo.

Neste direcionamento, seguimos as ideias de Chiavenato (2000) sobre a TGS no aparelhamento de uma política pública de saúde enquanto sistema organizacional, estrutural e aberto.

Segundo o autor referido, o conceito de *sistema aberto* fundamenta-se em três premissas, sendo aplicáveis a uma organização empresarial, pois a organização é um sistema que interage com o meio ambiente, sejam clientes, fornecedores, órgãos governamentais e outros agentes externos. A abordagem da organização como *sistema aberto* também se encontra difundida por *Hebert Spencer*, que comparava um organismo social a um ser humano, referindo-se às fases de desenvolvimento embrionário até se tornar um indivíduo complexo. As organizações constituem uma classe de *sistemas sociais*, as quais constituem os *sistemas abertos*, daí porque se nos apercebe totalmente aplicável ao objeto desse estudo.

Tratou-se de uma visão que proporcionou uma compreensão mais abrangente da política, dando-lhe uma configuração e identidade global necessárias para avaliar o grau de implementação da política nacional de saúde e identificando a necessidade de avaliação de determinados “pontos” na trama estabelecida entre a sua teoria (modelo lógico) e sua prática, num sistema municipal de saúde. A perspectiva sistêmica não apenas ampliou nosso olhar na compreensão da implementação da política, mas também direcionou nosso enfoque para o todo e não apenas seus componentes – as partes –, ancorando a discussão da realidade encontrada na investigação.

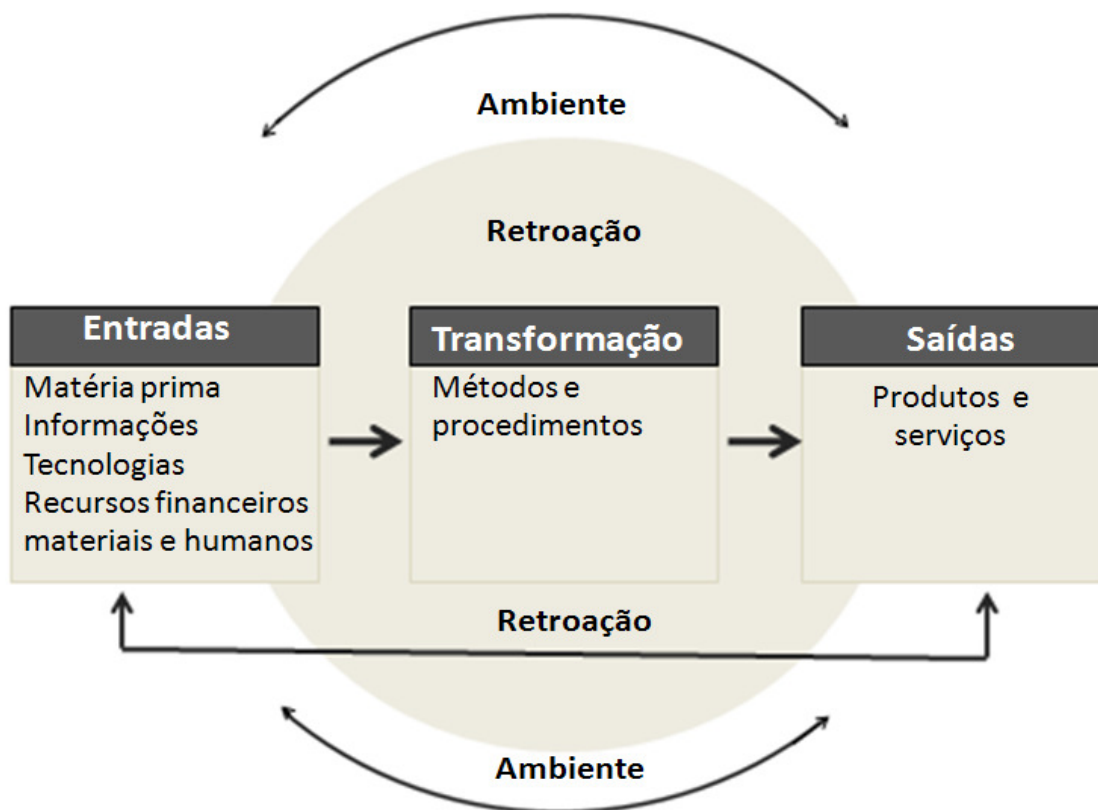
Partindo da relação entre a política governamental, a PNSPI, como uma organização de sistema aberto, torna mais perceptível entender aspectos fundamentais, a exemplo do enunciado por Chiavenato (2000) no enfoque de seus estudos sobre a ciência Administração. Essa palavra vem do latim *ad* (direção, convergência para) e *minister* (condicionamento). Numa concepção interpretativa sistêmica, temos que todo sistema vivo é organizacional e vive em mecanismo de organização hierárquica – assim, a direção por vezes vai depender da convergência do meio intra e extra-organizacional, e também de seu condicionamento – relação de (inter) dependência do sistema em sua globalidade. Assim, temos na concepção de alguns autores, a exemplo Chiavenato, que a administração se reveste (ao olhar a TGS) em um ato conjunto interdependente entre subsistemas (pessoas) para alcançar os objetivos tanto da organização quanto de seus membros.

Uma síntese, segundo a proposta do autor, ao considerar a TGS na define a organização como um sistema aberto de *inputs* - *outputs* com o meio, recebendo matéria-prima, pessoas, energia e informações, transformando-as em produtos ou serviços, que são exportados para o meio ambiente, imputando-lhe a dinamicidade de um “organismo vivo”, formado por um conjunto de subsistemas em um ambiente dinâmico, com múltiplos elos com meio ambiente, dificultando a definição dos limites organizacionais, ou seja, de fronteiras abertas (CHIAVENATO, 2000).

Nessa compreensão, a implementação de uma política nacional a nível local também pode lidar com ajustes, decorrentes de variáveis, como perfil do gestor, contexto sociopolítico, e outros (VIANA, 1988).

O esquema da Figura 2 exemplifica o enunciado nos parágrafos precedentes.

Figura 2 - Teoria dos Sistemas.



Fonte: Adaptado de Chiavenato (2000, p. 548).

Neste sentido, entendendo a política como uma organização conforme o Modelo de Katz e Kahn, segundo Chiavenato (2000), destacamos as características:

Entropia Negativa - considera o fato de que para um sistema aberto sobreviver, precisa haver um movimento para deter a entropia (processo pelo qual as formas organizadas tendem à exaustão, desorganização, chegando à extinção), ou seja, é uma reação para obtenção de reservas de energia. Nisto consideramos os ajustes que ocorrem em uma política, que pode lançar mão de protocolos ou outras tecnologias leves (conhecimentos e práticas) para ser incorporada no cotidiano dos serviços.

Informação como insumo, retroinformação ou retroação negativa - visa a equilibrar o funcionamento do sistema, corrigir seus desvios. Esse dispositivo permite que o sistema mantenha-se no curso objetivado e estabeleça uma relação de interdependência com a entrada de informações. As entradas proporcionam sinais à estrutura sobre o ambiente e seu próprio funcionamento. Na gestão em saúde este mecanismo é operacionalizado pela supervisão e avaliação da produtividade e indicadores advindos das atividades propostas por determinada política.

Diferenciação - nos sistemas abertos, a organização tende à multiplicação e elaboração de funções. Os padrões difusos são substituídos por funções especializadas, hierarquizadas e diferenciadas. Na prática de organização (da política), esta característica pode ser entendida nos fluxogramas de atendimento estabelecidos para o usuário, nos diversos níveis de atenção necessários para o atendimento integral de sua necessidade, seja qual for a política pensada.

Equifinalidade - essa característica pode ser entendida como as possibilidades ou caminhos utilizados para o alcance de um objetivo, mesmo partindo de condições iniciais diferentes. Essa flexibilidade é uma característica importante para a implementação de uma política, que, devido a sua dinamicidade própria do *Policy Cycle*, as diversidades regionais e autonomia dos municípios, na conformação dos desenhos assistenciais à sua população, utilizam um *mix* de modos de intervenção a nível local.

Assim, sob a ótica da compreensão sistêmica da política, é que incidimos luz sobre o objeto perseguido, vislumbrando “janelas” de possibilidades nessa jornada.

3.1.2 Ciclo da política pública (*policy cycle*)

A compreensão da dinamicidade do ciclo de uma política, numa visão sistêmica, levou-nos a enveredar para outros caminhos teóricos. Assim, nossa jornada prossegue guiada pelo documento de formulação de políticas de saúde da OPAS, publicado em 1975.

Este documento teve como objetivo, dentre outros, nortear o desenvolvimento dos serviços de saúde, suas ações e atividades, partindo do pensamento estratégico de planificação. Nos anos posteriores a sua publicação, a planificação ganhou prestígio pela possibilidade de obtenção de recursos das agências financiadoras (OPS/CPPS, 1975).

Segundo Testa (1995), pensamento estratégico é um termo cuja genealogia deve-se às práticas militares durante o período das guerras, sendo esse incorporado conceitualmente por várias disciplinas. Na prática, significa poder agir em situações de enfrentamento de circunstâncias complexas e competitivas, comparando a política como um “jogo” em que os jogadores dispõem de alguma forma de poder.

É com esse sentido que Giovanela (1991) afirma que o enfoque do pensar estratégico considera no planejamento o problema do poder e admite o conflito entre as forças sociais, com múltiplos interesses e olhares acerca da situação problema na qual se deseja planejar, fazendo parte do processo a análise e a construção da viabilidade.

Nesta óptica é que no documento da OPAS, o CPPS contribui para a construção de conceitos e orientações para a formulação de políticas de saúde (OPS/CPPS, 1975).

Todavia, entendendo política de saúde como uma política pública setorial, faz-se necessária a apreensão do conceito de política e processo político, para clarificar a dinamicidade do *Policy Cycle*.

Testa (1995, p. 22) define política como “uma proposta de distribuição do poder, e a estratégia como a forma de implementação da política”. O autor definiu três tipos de poder referente aos âmbitos onde se expressa o processo decisório no campo da saúde: I - poder administrativo (habilidade no manejo de recursos); II - poder técnico (conhecimentos utilizados para operacionalização das ações) e III - poder político (defesa dos interesses de diversos grupos que atuam no setor).

Em um sistema político seu funcionamento e estrutura devem atender as necessidades de uma sociedade, mediando os conflitos gerados pela disputa do poder (OPS/CPPS, 1975). No caso dos países de regime democrático como o Brasil, esta função é delegada às autoridades políticas, por meio de eleições diretas.

A autoridade política então, baseada em ideias e valores, usa o poder que tem para decidir e fazer com que suas decisões sejam acatadas pela sociedade. Neste sentido, o processo político no campo conceitual pode ser entendido como as interações e relações sociais que permeiam e conduzem a tomada e execução das decisões na formulação de políticas, partindo de uma demanda social (OPS/CPPS, 1975).

Segundo Viana (1988), o processo decisório em uma política pública considera o diálogo que existe entre a intenção e o as decisões tomadas, constituindo o *policy cycle* e expresso em um arcabouço jurídico (normas, portarias e diretrizes, dentre outras) que permeia as relações complexas entre os que “formulam e os implementadores”.

Tendo em vista o caráter dinâmico das políticas públicas, e considerando o processo decisório que a envolve, Viana (1988) sugere a análise do *Policy cycle* em fases distintas e interdependentes: (1) construção da agenda; (2) formulação da política; (3) escolha de uma alternativa (adoção); (4) implementação; (5) avaliação e (6) reajuste.

Ainda, segundo a autora supracitada, o processo decisório pode ser entendido como relação dialógica entre as “intenções” e “ações”, ou seja, o que é formulado e a sua execução na prática.

Em sua revisão, Viana (1988) apresenta uma variedade de modelos para análise do processo decisório, sendo apresentados os seguintes modelos: processo burocrático; recursos humanos, político e anárquico ou simbólico. Porém, não se pretende um detalhamento de cada modelo, mas, para fins deste estudo, uma descrição sumária dos pontos destacados pela autora, para melhor compreensão do processo decisório que envolve a formulação e implementação de uma política pública.

O modelo burocrático parte da identificação do desenho organizacional (aspectos estruturais, objetivos e tecnologia) para o alcance das metas definidas pelo ator ou coalizão de atores para enfrentamento de uma situação considerada problema. Este modelo apresenta como características predominantes a

normatização, demonstrando que a autora denomina de “conservadorismo dinâmico”. Neste modelo, o sucesso da implementação de uma política depende da forma de rotina em cada nível de organização existente, que pode ser a favor ou contra determinada política, em especial do papel desempenhado pelos trabalhadores responsáveis pela sua execução (VIANA, 1988).

O modelo de recursos humanos aponta a relação de interdependência entre as pessoas e a organização, buscando o consenso, destacando a subjetividade dos atores envolvidos para se atingir os propósitos almejados coletivamente. Para Viana (1988) o sucesso da implementação estaria no comprometimento e consenso entre os implementadores.

Já no modelo político o processo decisório assenta-se na negociação entre atores e demandas diferentes, estabelecido por uma relação de poder. Esse modelo considera que o sucesso da implementação reflete o posicionamento e recursos mobilizados pelos atores envolvidos.

Por fim, num processo decisório de formulação da política, pode-se adotar predominantemente o modelo anárquico ou simbólico. Este modelo ressalta os aspectos subjetivos da interpretação da realidade sob a ótica dos atores envolvidos, revelando ambiguidades e alto nível de conflito no processo decisório de uma organização (VIANA, 1988).

Seguindo a revisão realizada por Viana (1988), abordaremos cada fase do ciclo da política, agora com o entendimento dos aspectos envolvidos nas arenas decisórias das políticas públicas, nos aprofundando nos aspectos relativos à etapa de implementação.

Na fase de construção da agenda, Viana (1988), à luz dos autores analisados (KINGDON, HOFFERBERT, COLBER e HELDER), define que a agenda governamental de uma política é constituída por problemas e ou situações que de alguma forma despertam o interesse das autoridades políticas. Entretanto, os assuntos em pauta podem ser oriundos de uma agenda não governamental política sistêmica, quando são ocasionados por eventos sociais de grande repercussão, acumulação de informações e experiência de especialistas ou indicadores que sinalizem o problema.

Os atores envolvidos na fase construção de agenda podem ser os governamentais e não governamentais. Os governamentais seriam as autoridades do “*staff*” do executivo, os funcionários públicos (executores da política) e os

parlamentares do Congresso (legisladores). Os não governamentais: as entidades da sociedade civil que expressem a opinião pública. Em síntese, a formação da agenda de uma política é fruto da articulação entre o “meio social/processo governamental”, estabelecida pela disputa de interesses e conjuntura do sistema político de um país (VIANA, 1988).

Segundo Solla (2010), a formulação de uma política é uma etapa interligada à fase de sua implementação e não se pode definir com exatidão onde termina uma e inicia a outra. Para o autor, a concretude de uma política está para além dos limites do legislativo, considerando a dinâmica permanente entre a “política” e a “ação”.

Considerando a variedade de abordagens teóricas e a necessidade de aplicabilidade para esse estudo, para conceituar formulação de políticas de saúde adotaremos a concepção da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1975). Logo, denomina-se formulação de políticas de saúde o processo pelo qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar e os meios pelos quais deverão atuar (estratégias) (OPAS, 1975).

Neste entendimento, a formulação de uma política de saúde, a partir do conhecimento de uma realidade, estabelece uma situação futura desejada, que é sua imagem-objetivo. Esta fase inclui a análise de factibilidade e viabilidade para estabelecer prazos e recursos, culminando com o desenho de estratégias (OPS/CPPS, 1975).

A configuração de uma imagem-objetivo expressa situações desejáveis, de acordo a ideologia que a sustenta, e tem como objetivo propor mudanças em situações atuais que se caracterizam como problemas relevantes para os atores envolvidos no processo decisório (OPS/CPPS, 1975).

Logo, a formulação de políticas de saúde deverá, segundo recomendações da OPS/CPPS (1975), adotar documentos técnicos de orientação e condução, contendo: a imagem-objetivo, conjunto de proposições políticas e formalização jurídica dos aspectos da política.

A etapa de escolha de uma alternativa ou adoção está ligada a fatores já discutidos em parágrafos precedentes, essa é seguida no *Policy cycle* pela etapa da implementação, fio condutor da nossa investigação, que envolve diversas abordagens teóricas, segundo Viana (1988).

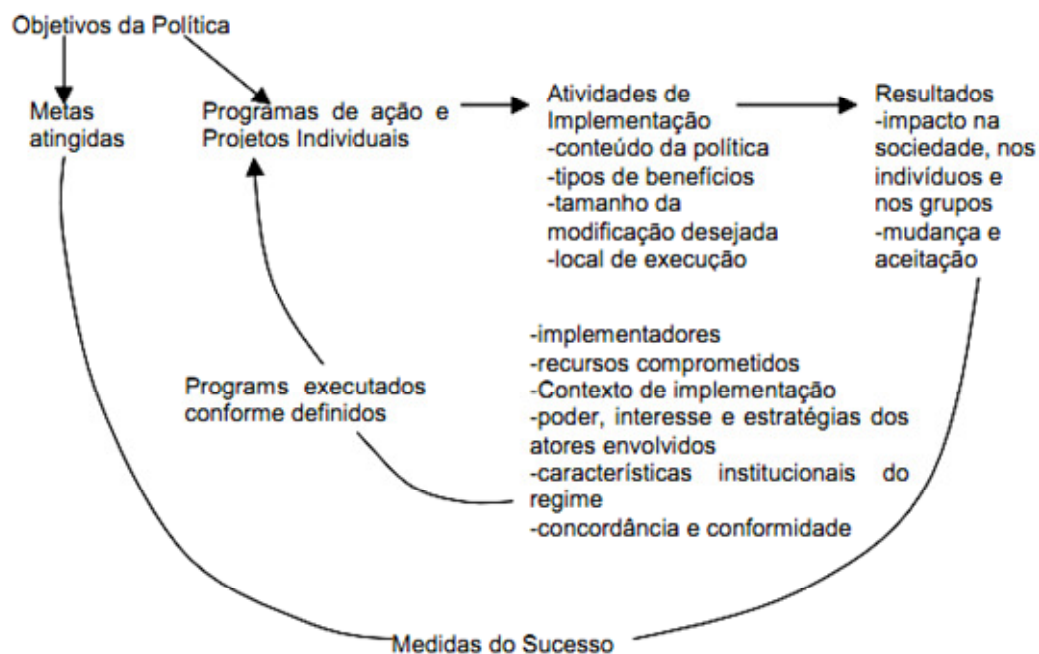
A implementação é entendida como uma etapa decisiva de dada política, podendo apresentar alterações de acordo com a estrutura organizacional disponível

para sua execução, característica da mudança proposta na intervenção, nível de conflito entre os atores (governamentais e não governamentais) envolvidos, além de aspectos políticos, econômicos e sociais locais (VIANA, 1988).

Corroborando com essa assertiva, Solla (2010, p. 107) afirma que o sucesso da implementação de uma política depende de “links entre diferentes organizações e departamentos de nível local”. Sendo que esta etapa está sujeita a alterações, próprias do intenso processo de negociação ou perfil dos “tomadores de decisão”, podendo surgir novas formulações e decisões, reiniciando o ciclo (VIANA; BATISTA, 2008).

Segundo Viana (1988), o modelo de implementação de uma política como um processo administrativo e político (Figura 3) apresenta a relação dos fatores condicionantes e o contexto político-administrativo, sendo útil para demonstrar a discussão desta etapa.

Figura 3 - Modelo de uma implementação de um processo administrativo e político



Fonte: Viana (1988)

A avaliação de políticas públicas é, portanto, uma etapa fundamental para orientar os ajustes necessários para a sua efetividade. A autora cita alguns tipos de avaliação: avaliação de impacto (efetividade), e avaliação da estratégia do programa

e o monitoramento ou eficiência gerencial. A autora conclui que nos “sistemas pluralísticos” operacionalizar uma política é um processo muito complexo e examiná-la possibilita melhorias para sua efetivação (VIANA, 1988).

Assim, à luz da sustentação teórica adotada nesse estudo, e em seu imbricamento, na perspectiva de pesquisadoras *bricoleur*, com olhar multirreferencial, rigor científico e sensibilidade humana de pesquisadoras qualitativas, assentamos nosso olhar-perscrutar sobre a análise da implementação da PNSPI, sobretudo por compreendermos ser esta etapa crucial no ciclo de toda política, emergindo a sua avalibilidade como instrumento basilador de contribuição na vida das pessoas idosas de município no Estado da Bahia.

4 O CAMINHO TRILHADO NA BUSCA DOS DADOS

A utilização da palavra *caminho* no título desta seção evidencia o fato de entendermos que o papel do método numa pesquisa é orientar o pesquisador para que obtenha dados que lhe permitam retratar de forma apropriada o objeto da investigação, propondo procedimentos programados para que a pesquisa se desenvolva de forma coerente com os objetivos propostos (LAVILLE; DIONE, 1999).

Ao longo do estudo, ficou claro que a definição do método qualitativo foi um fator crucial para a abordagem do tema conferindo rigor científico ao estudo. Posicionamo-nos, assim, humildemente, diante da constatação da ciência que afirma a relatividade do conhecimento. Além disto, vale ressaltar que o tipo de estudo desenvolvido permitiu a triangulação de dados oriundos de várias técnicas de coleta, favorecendo o retrato singular de uma realidade, detalhando o **como** e o **porquê** de uma situação ou episódio, considerando sua multidimensionalidade e historicidade, tal como nos ensina Minayo (2005).

O caminho percorrido na busca dos dados que nos permitiriam alcançar os objetivos propostos se desenvolveu por trechos desconhecidos e sinuosos, os quais, ao longo da caminhada, se mostraram fascinantes, pois nos revelaram uma realidade multifacetada da concretude de uma política pública, neste caso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em um município, no Estado da Bahia. O percurso do nosso caminhar está descrito nas seções subsequentes.

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa cujos resultados constituem a matéria versada nesta dissertação caracteriza-se como uma investigação de natureza qualitativa, exploratória e de caráter avaliativo. Constituiu-se, ainda, como um estudo de caso único, transversalizado pela análise documental e observação naturalística. Esta abordagem através de múltiplas técnicas de obtenção de dados permitiu um olhar mais atento e minucioso sobre o fenômeno – implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, no município de Vitória da Conquista no Estado da Bahia.

Um estudo da natureza do que se apresenta, segundo Yin (2010), promove a compreensão do fenômeno através dos sujeitos nele implicados, clareando a relação entre os acontecimentos e o contexto. Nesta perspectiva, pode-se obter uma nova imagem do objeto, por meio do seu encontro com a experiência vivenciada, documentando e interpretando o que está sendo refletida em um contexto particular, cuja premissa seja a “imagem” em contornos mais nítidos a partir do entendimento dos fatos enunciados.

Assim, em se tratando de um estudo de caso, a compreensão da realidade por diversos olhares e multitécnicas levou a um aprofundamento na recolha dos dados, enfocando o contexto sociopolítico em que se desenvolve a Política Nacional de Saúde voltada para o envelhecimento, em um município baiano, na perspectiva de quem o vivencia.

Este tipo de investigação possibilita a produção de um grande volume de dados narrativos que independem do número de sujeitos, pois um único sujeito é capaz de expressar um amplo leque de informações, o que torna intensa a retratação e o aprofundamento dos saberes sobre o objeto estudado, em suas relações e complexidades.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A escolha pelo campo dessa investigação levou em consideração alguns aspectos primordiais para se garantir a viabilidade da pesquisa. Assim, foram consideradas a experiência na implementação exitosa de políticas públicas de saúde reconhecidas no cenário nacional, a gestão democrática e participativa e a receptividade no desenvolvimento de pesquisas no âmbito do município de Vitória da Conquista - Bahia.

O município de Vitória da Conquista, localizado no Sudoeste da Bahia, possui área territorial de 3.743 km, sendo mais de 1.000 km de área correspondente à zona rural, esta com 284 povoados. A economia do município, durante muitos anos baseada na cafeicultura, atualmente se tem diversificado com a expansão industrial e o desenvolvimento do terceiro setor. Sua população, de 306.866 hab. (BGE, 2010), coloca-a no terceiro lugar no *ranking* do Estado da Bahia. Sua localização

geográfica favorece o fluxo da população de 72 dos municípios pactuados da região macrosudoeste e parte da região norte do Estado de Minas Gerais, configurando-a como município - polo na área da saúde (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

O município de Vitória da Conquista agrega condições sociopolíticas e de organização que permitem conhecer *in loco* as relações que permeiam o ciclo de uma política pública, lançando luz sobre a gestão do Sistema Municipal de Saúde, em especial sobre a Diretoria da Atenção Básica e sobre as equipes de saúde da família. E este foi um dos aspectos que nos conduziram a selecioná-lo como unidade de investigação.

4.2.1 A gestão do sistema municipal da saúde

O município de Vitória da Conquista, desde 1997, tem buscado reorganizar o Sistema Municipal de Saúde, considerando os princípios e diretrizes do SUS, em especial o da integralidade e o da participação popular, e tem intensificado esforços na reorientação do modelo assistencial para o aprimoramento da qualidade das ações, serviços e práticas de saúde em todos os níveis de atenção (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde, na gestão plena do sistema, tem um histórico de gestão democrática e participativa no SUS. O Conselho Municipal de Saúde, que possui sede própria, é atuante. Seu presidente é eleito pelos membros, segundo recomendação da resolução n. 453/2011, do Conselho Nacional de Saúde. Os conselheiros municipais participam de processo de educação permanente e a participação popular foi ampliada com a criação e implantação de conselhos locais de saúde em todas as unidades básicas, nas zonas urbana e rural, desde 1999. Esses conselhos são compostos por representantes da unidade de saúde e da comunidade que têm assento no Conselho Municipal de Saúde, o que garante uma participação ativa de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS no município.

O Conselho Municipal de Saúde, como órgão deliberativo na formulação da política de saúde do município, tem se constituído, em sua execução, como um espaço legítimo para discussão da política de saúde para os munícipes, deliberando sobre a construção dos instrumentos da gestão como plano municipal de saúde e

programação anual, realizando o acompanhamento da execução das ações da gestão municipal, através do relatório de gestão e prestação de contas trimestral dos recursos financeiros utilizados na saúde (próprios, conveniados e do Fundo Municipal de Saúde) (LOUZADO, 2009).

O incremento financeiro, ao longo da última década, no município, favoreceu a construção de uma rede de serviços capaz de oferecer atendimento em todos os níveis de complexidade, com prioridade para a atenção básica. A concepção de *atenção básica* pelos municípios é um diferencial no fortalecimento do SUS, devendo ser a principal porta de entrada no sistema de saúde. A esta conquista credita-se a implantação do processo de municipalização, como o que ocorreu em Vitória da Conquista, em 1999. Este foi um fator determinante para o município tornar-se referência de prática bem sucedida na implantação e consolidação do SUS na mesorregião Sudoeste da Bahia (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

Nesta direção, o governo municipal tem, desde 1997, priorizado em sua agenda as políticas públicas voltadas para a criança e para o idoso. Para valorizar a pessoa idosa, implantou, em 1997, o programa *Vivendo a Terceira Idade*, com o objetivo de incentivar a autonomia e de promover sua inserção social nas diversas atividades que desenvolve. Este programa, iniciado com 150 idosos, hoje atende cerca de 520 deles. As atividades são desenvolvidas basicamente em grupos de convivência situados nos bairros periféricos e central da cidade, com espaços oferecendo oficinas: abrigadas de trabalho, de artesanato, de dança, de aulas de alfabetização, a realização de eventos comemorativos, a organização de viagens turísticas e de eventos de atividades físicas.

O município também implantou, em 1999, o Conselho Municipal do Idoso (CMI), um colegiado com a atribuição de promover a participação cidadã dos idosos na sociedade e de difundir a rede de proteção social do direito da pessoa idosa, de maneira articulada com diversos serviços: saúde, educação, assistência social, ministério público, delegacia da mulher, cultura, esporte, lazer e moradia. A instalação do CMI veio a atender a uma determinação do Estatuto do Idoso, lei n. 8.8842/1994 e da lei municipal n. 1.249/2004.

Nesse contexto da municipalização, os ambientes privilegiados para o acompanhamento das práticas da gestão municipal de saúde, neste estudo, foram a Diretoria da Atenção Básica (DAB) e áreas técnicas, estas localizadas na sede da Secretaria Municipal de Saúde.

4.2.2 A estratégia saúde da família (ESF)

Desde 1998, a ESF vem se consolidando como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde no referido município. Ao longo desses 16 anos, tem-se observado uma contínua melhoria das condições de vida e de saúde da população que, até então, contava com uma rede limitada, com apenas seis unidades básicas, com uma restrita oferta de serviços realizados por um quadro de funcionários formado por 195 profissionais. Na atualidade, esse número é de 2.300 profissionais, segundo relatório da gestão municipal (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A DAB, no intuito de sistematizar o processo de trabalho, bem como organizar as ações de acordo às linhas do cuidado previstas no Pacto pela Saúde, em 2007, organizou seu trabalho em Áreas Técnicas, as quais, por sua vez, definem o processo de trabalho de acordo com temas: Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Avaliação e Monitoramento. Neste particular, foi definida uma equipe de apoio institucional das unidades básicas, visando propiciar um espaço permanente de discussão do processo de trabalho entre gestores e trabalhadores; constituindo-se desta forma em uma ferramenta fundamental para orientação da gestão da APS no município (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A rede de serviços da atenção primária municipal é composta de 524 agentes comunitários de saúde (ACS), 38 Equipes da ESF alocadas em 36 unidades de saúde, sendo 15 na zona rural (100% de cobertura) e 23 na zona urbana (42% de cobertura), 30 equipes de saúde bucal. Integra ainda a rede o Programa Municipal de Atendimento Domiciliar a Idoso com Limitações (PAMDIL), que atende à área do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo este referência para as unidades básicas de modelo tradicional (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Como retaguarda à APS o município organiza os serviços e ações definidas como atenção especializada. Trata-se de um dos projetos essenciais à gestão municipal. Este nível de atenção encontra-se estruturado na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Atualmente, compõem este nível o Centro de Reabilitação Física e Auditiva (Cemerf), o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Caps-ad), o Centro de Atenção Psicossocial (Caps II), o

Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (Capsia), o Centro de Referência em Tisiologia e Hanseníase, o Centro de Referência em Hepatite C, o Centro Regional de Saúde de Trabalhador (Cerest), o Centro de Apoio à Vida (Caav), o Centro de Atendimento Especializado (Cemae), uma Farmácia da Família e o Centro de Atendimento Especializado em Odontologia (CEO) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

No tocante à atenção hospitalar, a Secretaria Municipal de Saúde tem desenvolvido uma política específica, visando a sua integração com os demais serviços de saúde, fortalecendo os pontos de acionamento de rede para atender às necessidades de saúde da população. A rede hospitalar credenciada pelo SUS é composta por 11 hospitais, sendo dois públicos (Municipal e Estadual), oito privados e um filantrópico, totalizando 549 leitos do SUS disponíveis para a população, nas especialidades cirúrgicas, clínicas, obstétricas e pediátricas. Em caráter complementar, 64 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Ainda se soma a este nível de atenção a Fundação de Saúde Pública de Vitoria da Conquista, formada pelo Hospital Materno Infantil Esaú Matos, com UTI neonatal, banco de leite humano, o Programa Mãe Canguru – considerado Hospital Amigo da Criança –, e um Laboratório Central de Referência Regional. A atenção à urgência e emergência são prestadas por um Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência (SAMU 192), com uma unidade de suporte avançado e quatro unidades de suporte básico; cinco prontos socorros conveniados ao SUS: Unimec; Santa Casa de Misericórdia; Hospital Esaú Matos; Centro de Atendimento Médico Infantil (CAMI) e Hospital Geral. Na retaguarda deste nível de complexidade está a Central de Regulação de Leitos (CRL) e dois postos de atendimento avançado de apoio à CRL, uma agência transfusional, além de clínicas e hospitais privados conveniados e contratados, integrando a rede SUS municipal (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa, adotando o critério de saturação de dados, teve o conjunto de sujeitos estruturado com 17 informantes-chave, pessoas identificadas como

relevantes na formulação e implementação da PNSPI e com os usuários dos serviços, divididos em três grupos de participantes: gestores (3), executores-profissionais da atenção básica (6) e idosos usuários da área de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) (8). Todos foram convidados a participar da pesquisa.

Dessa maneira, seguindo a compreensão de Miles e Huberman (1994) e Fontanella et al. (2011), quando tratam do direcionamento metodológico de estudo de natureza qualitativa, a saturação da amostra considerou a redundância dos dados observados nas pré-análises, categorizações e recategorizações, para captar a abrangência do fenômeno examinado.

Para a amostra foram estabelecidos os critérios de inclusão:

- a) os gestores deveriam estar diretamente ligados à formulação e à implementação do programa do idoso no município e em exercício de suas funções;
- b) os executores eram profissionais de saúde das equipes de saúde da família (ESF) e Nasf, representantes de cada categoria profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, odontólogo (com 5 anos ou mais de experiência na equipe da ESF, compreendendo que neste período vivenciaram implementação de ações voltadas para a atenção ao idoso no município) e fisioterapeuta (com dois anos ou mais de experiência de atuação no Nasf considerando o período de implantação dessa estratégia no município, quando a profissão foi instituída como abordagem cuidadora ao alcance da comunidade, em especial da pessoa idosa em estado de fragilidade, segundo a portaria ministerial nº 154/2008, bem como por ser o profissional mais solicitado pela equipe para atendimento ao idoso, conforme o registro de produtividade do serviço realizado pela coordenação municipal do Nasf, no ano 2010-2011);
- c) os usuários eram idosos, membros efetivos do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho do Idoso, do programa *Vivendo a Terceira Idade* e residentes nas áreas de abrangência de unidades de saúde da família selecionadas, aquelas com maior número de pessoas idosas cadastradas no sistema ambulatorial da atenção básica (Siab).

Nesta ordem, foram definidos como critérios de exclusão:

- a) entre os gestores, foram excluídos os coordenadores de outras áreas

- técnicas da DAB e/ou das demais diretorias não vinculadas à atenção primária da saúde;
- b) entre os executores, excluíram-se os profissionais de saúde das unidades de modelo tradicional e outros não vinculados à atenção primária da saúde;

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os procedimentos adotados na pesquisa respaldaram-se na resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e aprovado sob protocolo n. 197/2011. Ele também foi liberado pela Comissão Municipal de Ética e Pesquisa do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (Neps) da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista-Bahia, conforme o ofício n. 040/2012. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sua metodologia, os instrumentos de coleta de dados e concordando com eles, assinaram Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Foram garantidos sigilo e anonimato quanto aos dados coletados e quanto à identidade pessoal dos sujeitos, bem como foi assegurada a não-maleficência do estudo. No que tange à não-maleficência, foi observada no estudo a adequação do ambiente em que se processou a coleta de dados, zelando-se para que esta se realizasse com tranquilidade e segurança, de modo que os sujeitos envolvidos expressassem livre e espontaneamente suas opiniões acerca dos saberes e fazeres da PNSPI no município estudado.

Em relação ao anonimato dos sujeitos entrevistados, eles receberam um codinome constituído pela letra inicial da palavra designativa do grupo a que pertenciam executores, gestores ou usuários, respectivamente, E. G. U seguida da inicial da palavra que designa a técnica de coleta de dados utilizada (E para entrevista ou RD para roda de discussão) e de uma numeração sequencial, de maneira que são identificados, neste trabalho, conforme se segue:

- a) **EE1 a EE6**, para os executores da política, entendidos neste estudo como profissionais de saúde da família ligados e Núcleo de Apoio de Saúde da Família;

- b) **GE1** a **GE3**, para os gestores da política, entendidos como técnicos da gestão municipal;
- c) **URD1** a **URD8** para usuários idosos participantes da roda de discussão.

A linguagem utilizada na elaboração do TCLE foi outro aspecto cuidadosamente observado, visando a assegurar a plena compreensão, pelos sujeitos da pesquisa, de todo seu teor.

O TCLE era então assinado pelos sujeitos participantes, sendo-lhe fornecida cópia do documento. Nesta, constavam *e-mail* e telefone das pesquisadoras para garantir um contato em caso de revogação da autorização, zelando pela autonomia dos sujeitos durante o andamento da investigação. Os termos e outros documentos da investigação foram arquivados sob a guarda da pesquisadora, resguardando a seguridade dos dados pessoais dos sujeitos do estudo.

4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A abordagem qualitativa, adotada como fio condutor dos passos metodológicos, permitiu a utilização de fontes variadas no desafio de desvelar como se caracteriza a práxis da implementação da PNSPI no município estudado. Essa etapa do trabalho de campo caracterizou a fase exploratória da investigação, permitindo-nos a *performance* própria de um pesquisador *bricoleur*, que tece por meio das multitécnicas utilizadas uma nova “imagem” do objeto, obtendo informações de diferentes ângulos.

Deste modo, foram selecionadas como técnicas de coleta de dados primários: a **entrevista semiestruturada**, a **observação naturalística**, a **roda de discussão** com usuários idosos e, para a obtenção de dados secundários, foi utilizada a **análise documental**.

Estes instrumentos foram articulados numa perspectiva dialógica, buscando desvelar o fenômeno estudado. Para tanto, foram construídos roteiros, que se caracterizaram como ferramentas importantes para direcionar nosso olhar, mantendo-nos concentradas nos objetivos propostos pelo estudo, para não nos afastar do propósito estabelecido, mesmo diante de um vasto e fascinante campo de estudo.

Neste sentido foram elaborados roteiros para todos os instrumentos de coleta de dados selecionados para este estudo:

Os **roteiros de entrevista semiestruturada** foram especificamente utilizados com os grupos de informantes-chave, os gestores e executores (APÊNDICE B). Este instrumento buscou permitir aos entrevistados expressarem seus conhecimentos e fazeres sobre a PNSPI, bem como sua opinião sobre a execução das ações do programa municipal do idoso, abrangendo as dimensões e critérios selecionados – gestão, práticas assistenciais, controle social e participação popular, e educação permanente.

Através dos roteiros de observação naturalística (APÊNDICE C) foi possível observar os fatos no contexto e no tempo em que eles ocorriam. Constituiu-se de um momento de concentração, ausculta sensível e agudez da visão pela pesquisadora para captar situações que enriqueceriam o processo de análise compreensiva dos dados.

O roteiro da análise documental (APÊNDICE D) destinou-se à obtenção de subsídios para a construção do modelo lógico da PNSPI e para o entendimento do nexos da teoria da política com a prática no cotidiano dos serviços, bem como para a construção da linha do tempo da implementação da política no município caso. Com o roteiro da roda de discussão (APÊNDICE E), buscou-se nortear as discussões com os usuários por meio de questões disparadoras relacionadas ao tema abordado. Trata-se de uma técnica derivada do grupo focal, que permite uma conversa, guiada por um roteiro, na qual os participantes manifestam, de forma coletiva, seus sentimentos e percepções em relação ao objeto de pesquisa (SANTANA, 2010).

Todos os dados gerados foram registrados em um diário de campo, na busca da compreensão e da articulação dos elementos acumulados referentes ao fenômeno analisado.

Logo, entendendo a essência e a dinâmica da abordagem qualitativa, foi utilizado como pressuposto metodológico o modelo interativo proposto por Miles e Huberman (1994), que preconiza um processo cíclico de análise dos dados, não se restringindo à temporalidade da pesquisa, propondo componentes que se interligam, sendo definido por ele como períodos de recolha dos dados, redução dos dados, apresentação e organização dos dados e interpretação dos dados. Assim, seguiremos a detalhar o caminho percorrido para a aproximação dos campos e dos sujeitos.

4.6 APROXIMAÇÃO DOS CAMPOS E DOS SUJEITOS PARA A COLETA DE DADOS

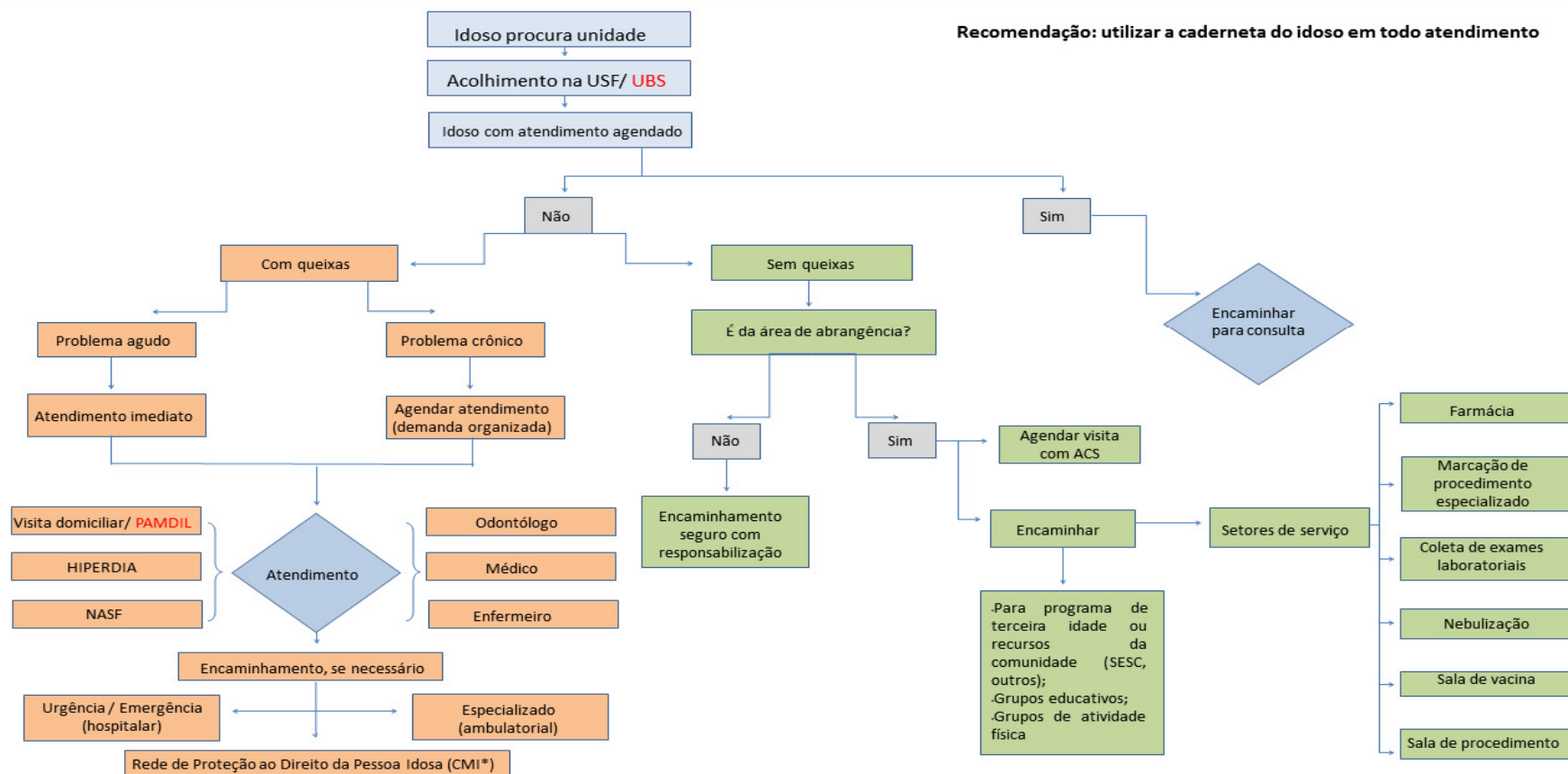
Os passos percorridos para aproximação dos campos e dos sujeitos foram divididos em duas etapas descritas nas duas seções que se seguem (4.6.1 e 4.6.2).

4.6.1 Primeira etapa

Esta etapa configurou-se, como está descrito na cartografia metodológica (Figura 4) e nos registros do diário de campo, como uma identificação e uma aproximação dos cenários da pesquisa, palco da formulação e da implementação da PNSPI no âmbito de Vitória da Conquista, BA. Esse início de caminhada foi facilitado, pelo conhecimento prévio dos cenários da gestão municipal de saúde e das áreas de inserção da estratégia *Saúde da família* do programa *Vivendo a Terceira Idade*, do Conselho Municipal de Saúde e do Idoso, bem como dos profissionais que atuam nas equipes, com o quais convivi por 13 anos da minha vida profissional, ora na assistência, ora como técnica da gestão.

Figura 4 - Fluxograma de atendimento do idoso na Rede Municipal de Saúde

Atenção integral à saúde do idoso na rede municipal: fluxograma de atendimento



*Conselho Municipal do Idoso

Fonte: Adaptado do Protocolo Municipal do Idoso

Para garantir o rigor ético e científico da investigação, foram agendados encontros para discussão do projeto com a gestora municipal de saúde e diretora da atenção básica, a fim de esclarecer os critérios de escolha dos sujeitos participantes e suscitar o interesse pelo estudo, principalmente pelo seu caráter avaliativo.

A inserção da equipe de pesquisa nos cenários da gestão municipal (secretaria municipal, conselhos, programa *Vivendo a Terceira Idade*) transcorreu com facilidade, o que pode ser creditado ao fato de ser este um município que assenta suas ações a partir de investigações científicas desde 1998, sendo campo de estudo para pesquisadores de graduação e pós-graduação.

Por outro lado, junto às unidades de saúde da família, essa entrada foi algo mais delicado: exigiu negociações para conciliar o cronograma da pesquisa com a agenda da unidade e dos profissionais, bem como certa habilidade, para que se estabelecesse uma relação baseada no meu papel como pesquisadora e não como “supervisora”, desempenhado por muitos anos. Para tanto, esclarecer os objetivos da pesquisa foi crucial e, ao fazê-lo, pude observar o interesse dos profissionais de saúde em colaborar com o estudo proposto.

Assim, sempre tratei de ratificar meu compromisso ético e cidadão com os participantes e, principalmente, com a consolidação do SUS municipal, em particular da política de atenção à pessoa idosa. Ressalto a disponibilidade, cordialidade e interesse dos secretários municipais da saúde e de desenvolvimento social, além da presteza dos profissionais ligados a seus gabinetes na execução dos procedimentos de coleta de dados.

4.6.2 Segunda etapa

Em atendimento aos critérios de inclusão definidos acima (seção 4.3), esta etapa correspondeu à identificação dos sujeitos da pesquisa. Na ocasião, já informada dos objetivos da pesquisa, a técnica responsável pela avaliação e monitoramento da DAB, colocou à disposição da pesquisa o relatório do sistema ambulatorial da atenção básica (Siab), para que fossem selecionadas as unidades com maior número de pessoas com idade superior a 60 anos cadastradas. Foram identificadas as USF Solange Hortélio, Nestor Guimarães e Miro Cairo. Em seguida, foi realizado um contato por telefone com profissionais de nível superior (enfermeiras

e odontólogo) para clarificação da proposta do estudo, do motivo da escolha, dos aspectos éticos envolvidos e para comunicação do envio de ofício, posteriormente, para a formalização do convite a uma pessoa idosa da área de sua abrangência com interesse de participar da etapa da roda de discussão.

A identificação dos demais usuários ocorreu também com contato telefônico com a coordenadora do programa *Vivendo a Terceira Idade*, com visita prévia à sede dos conselhos municipais do idoso e saúde e do programa, a que se seguiu o envio de ofício para oito idosos que se constituíram participantes na roda de discussão da pesquisa.

Na identificação dos executores, em reunião com a Diretoria da Atenção Básica e em observância aos critérios definidos, foram listados os profissionais de cada categoria que atendessem aos critérios de inclusão e realizado sorteio na presença da coordenadora administrativa e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), sendo classificados por número ordinal, os profissionais que seriam contatados. A classificação foi um cuidado para o caso de haver recusa de participar da pesquisa: seria convidado o próximo profissional da ordem de classificação. Porém não houve recusas: a disponibilidade e interesse foi uma característica predominante.

Na identificação do gestor, um interveniente da pesquisa ocorreu: o profissional responsável pela área técnica estava há menos de três meses na função e sua antecessora (março/2011 a abril/2012) não fazia mais parte do quadro da gestão. Logo, visando a não comprometer a qualidade da pesquisa e manter o rigor metodológico, foi selecionada, como informante-chave, a coordenadora da área técnica do idoso do período anterior.

A identificação e o envolvimento de múltiplos atores que executam uma dada política permitem a escuta de “muitas vozes”, o olhar “por muitos ângulos”, das dimensões do fazer cotidiano de uma política pública, o que nos instigou a uma busca sistemática, não reducionista, não ingênua, mas plural e com possibilidades de muitas descobertas.

Assim, após a identificação do conjunto de sujeitos da pesquisa, no decurso da investigação, predominava a disponibilidade dos profissionais, seguindo os critérios de inclusão e a realidade imposta pela interação com o campo, bem como a limitação do fator tempo, tanto da pesquisadora quanto dos participantes do estudo. Cada pessoa foi abordada com antecedência segundo sua disponibilidade.

4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A pesquisa tinha como objetivo realizar um estudo de *avaliabilidade* (pré-avaliação) da implementação da PNSPI. As etapas deste tipo de enfoque, como foi visto no eixo de avaliação, com o propósito de clarificar e delimitar os objetivos, seriam, portanto, desenvolver o modelo lógico, identificar facilidades e aspectos críticos que necessitem de avaliação, formular considerações e formulações para subsidiar os gestores municipais para melhorias da política, como recomendam Leviton et al. (1998).

4.7.1 Estratégia do estudo de avaliabilidade (EA)

As técnicas de coleta de dados utilizadas permitiram conhecer o fluxograma do atendimento dos idosos na rede municipal e a percepção que o usuário tem deste atendimento. Através delas foi possível obter dados que permitiram se ampliar a compreensão do fenômeno estudado para além dos gabinetes e consultórios de atendimento, seguindo-se o direcionamento de Rossi, Lima e Silva (2008) que definem *avaliabilidade*² como um exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, a fim de definir se este encontra-se passível de uma avaliação extensa.

Neste estudo, a concepção de programa compreende o grau de organização das práticas de uma política, a respeito do qual há definição de objetivos, atividades e recursos para a resolução de problemas definidos de saúde, neste caso, relacionados à atenção à saúde da população idosa (FIGUEIRÓ, 2009).

Logo, como afirma Medina et al. (2010), a construção do modelo lógico de um programa em um EA possibilita estabelecer particularizações sobre o objeto da intervenção, relacionadas ao contexto, o conteúdo, atributos envolvidos nos resultados produzidos e desejados, observando a “plausibilidade” das associações entre os componentes constituintes no modelo formulado (MEDINA et al., 2010).

² Trata-se de um anglicismo referente ao termo *evaluability* que pode ser traduzido como ‘em que medida o programa pode ser avaliado’ (LIMA; SILVA, 2008).

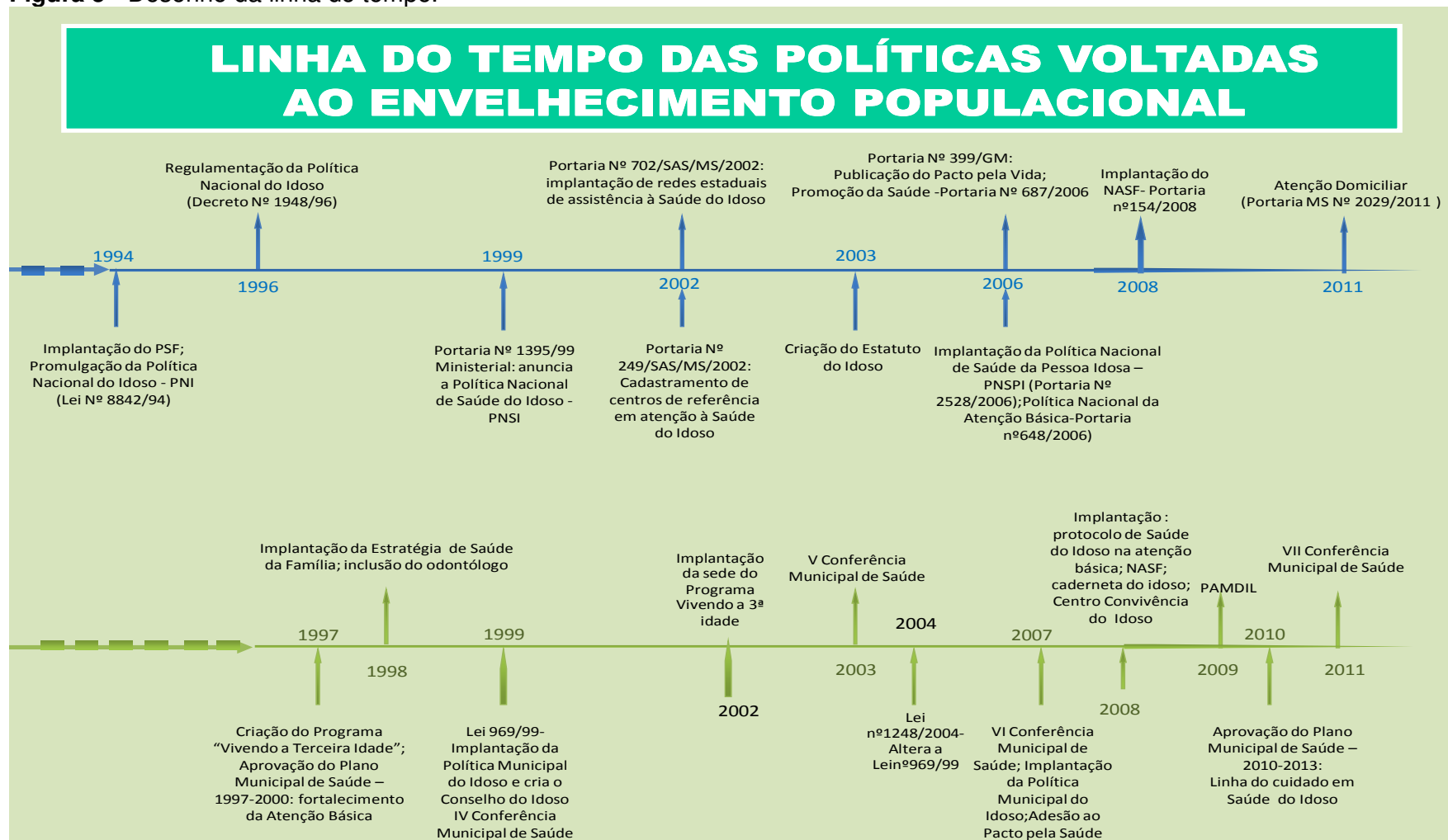
4.7.1.1 A análise documental

Para identificar e delimitar os objetivos da política, a fase exploratória da pesquisa iniciou-se com a **análise documental**, a qual prosseguiu transversalizando todo o período de coleta, permitindo o diálogo entre as diferentes técnicas utilizadas.

Deste modo, os dados secundários coletados em fontes documentais foram constituídos por instrumentos de gestão municipal: *Plano Municipal*, leis municipais relacionadas ao idoso, protocolo de atendimento ao idoso, *Programação Pactuada e Integrada* (PPI), *Plano Plurianual* (PPA), relatórios de gestão e de conferências municipais, atas do Conselho Municipal de Saúde e do Idoso, no período compreendido entre 2006 e 2011, com o objetivo de analisar o ciclo da política, desde sua concepção (deliberação), formulação até a implementação. O recorte do período considerou o quadriênio do *Plano Municipal de Saúde*, as publicações das portarias das políticas nacionais, consideradas no estudo como fundamentais para a efetivação da PNSPI.

Essa imersão nas fontes documentais permitiu desenhar o encadeamento de fatos marcantes relacionados direta (portarias e eventos específicos da política) e indiretamente (portarias afins, voltadas para o envelhecimento populacional) levando-nos à construção de uma linha de tempo (Figura 5) dos fatos que ocorriam em âmbito nacional e a velocidade com que estes eram implementados localmente. Esse desenho conferiu um aspecto didático à apresentação da linha do tempo que evidenciou as conjunções locais do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa no município caso.

Figura 5 - Desenho da linha do tempo.



Fonte: Arquivo do estudo, 2012.

Os documentos foram submetidos a uma leitura direcionada (APÊNDICE E), buscando identificar os objetivos e diretrizes da PNSPI nos aspectos relacionados às dimensões selecionadas: gestão (planejamento e avaliação), práticas assistenciais na APS (sistematização do cuidado), educação permanente (capacitação dos profissionais e integração ensino e serviço), controle social e participação popular. Também foi averiguado o fluxograma de atendimento do idoso no município estudado (Figura 4), a fim de demarcar o caminho percorrido pelo idoso e família nos serviços que compõem a rede municipal, a partir do ordenamento do fluxo pelo acolhimento na ESF. Os documentos foram fornecidos pelos técnicos da gestão, após autorização da Comissão Municipal de Ética e Pesquisa, impressos e em formato digital e os achados foram selecionados, compilados e organizados de maneira cronológica, sendo parte do arquivo da memória da pesquisa.

O volume considerável de documentos analisados despreendeu muito tempo e energia, mas foi compensado pelas informações obtidas. Para direcionar a leitura dos documentos e estabelecer o nexos entre a PNSPI e o que se mostrava no campo da investigação, muitas vezes recorremos às diretrizes apontadas no arcabouço das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, voltadas para o atendimento da população idosa. E ainda, motivadas pelo fato da PNSPI remeter nosso olhar para outras políticas de saúde, como promoção da saúde e atenção básica, imbuímo-nos de atitude crítica e criteriosa à medida que lançávamos luz sobre o vasto campo que se apresentava.

Essa etapa constituiu-se num laborioso e sistemático exercício, caracterizado pelas nuances que se apresentavam no movimento do pesquisador dentro do campo da investigação do objeto. A minha experiência na gestão certamente contribuiu para entender a trama que se tecia, ao longo do caminho na busca de alcançar os objetivos propostos pelo estudo.

Logo, com o intuito de organizar o conteúdo das informações coletadas construímos um quadro demonstrativo de análise documental referente à política municipal de saúde do idoso no período compreendido no estudo, conforme se vê no Quadro 1.

Quadro 1 - Análise Documental

Tipo de documento ⁽¹⁾	Ano/Período	Objetivos PMI	Diretrizes PMI	Deliberações PMI	Nível de atenção

(1) Tipo de documento: Plano Municipal, leis municipais relacionados ao idoso, protocolo de atendimento do idoso, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Plano Plurianual (PPA), relatórios de gestão e de conferências municipais, atas do conselho municipal de saúde e do idoso, no período compreendido entre 2006 a 2011.

Fonte: Arquivo do estudo, 2012.

4.7.2 A roda de discussão

A roda de discussão foi marcada por uma combinação de sentimentos e expectativas, pois se tratava de um encontro com usuários, o que demandaria um planejamento das atividades e logísticas necessárias para a sua execução, bem como habilidade na condução da técnica. Essa técnica, derivada da abordagem de grupo focal, seguiu o referencial teórico e vivência de Santana (2010) e possibilitou a apreensão da percepção dos idosos sobre a implementação da política nacional no município.

A técnica de roda de discussão buscou apoio de outras pessoas que, motivadas pelo tema da pesquisa, contribuíram voluntariamente para o trabalho, como foi o caso dos agentes colaboradores, dois discentes do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Para garantir a compreensão sobre os distintos papéis de cada um agente colaborador, bem como o entendimento da fundamentação teórico-metodológica da técnica utilizada, foi agendado um encontro para planejamento e discussão conceitual, apresentação do roteiro de observação e levantamento dos equipamentos que foram utilizados no desenvolvimento da roda de discussão com os sujeitos (usuários) da pesquisa.

Após a discussão, ficaram estabelecidos claramente os papéis e atribuições dos discentes e o da pesquisadora, respectivamente, quais sejam:

- a) o observador teve como função registrar as impressões e o comportamento do grupo, pois, mesmo contando com o recurso do vídeo, o *insight* era fundamental;
- b) o apoiador acompanhava o registro de som e vídeo da atividade, zelando pelo funcionamento dos equipamentos;

c) o moderador era o responsável pelo encadeamento das questões norteadoras das discussões.

Também contamos com o apoio da assessora do controle social e da coordenadora de vigilância sanitária do município, que gentilmente providenciaram transporte e espaço físico para a realização da técnica de roda de discussão.

Outro cuidado adotado na pesquisa refere-se ao registro de áudio e de imagem, em conformidade com o TCLE e termo de autorização de imagem. A técnica contou com o uso de gravadores digitais e filmadoras para o registro fidedigno dos acontecimentos. Essa técnica segue descrita em forma de analogia temporal na proposta pedagógica de facilitar a compreensão do seu desenvolvimento:

4.7.2.1 Primeiro momento da roda de discussão

A sala cedida pela coordenação de vigilância sanitária foi organizada neste primeiro momento. Tratava-se de espaço aconchegante, nas cores bege e lilás e, para completar o cenário, colocamos um arranjo de flores artificiais, água e copo, sendo o ambiente aromatizado de alfazema e sonorizado com músicas orquestradas utilizando o recurso a um *mini system* e CD. Esta estratégia foi usada para criar um ambiente favorável e agradável para a coleta de dados através de estimulação visual, sonora e olfativa para o bem-estar dos participantes.

Neste espaço, as cadeiras foram dispostas circularmente para que os participantes tivessem a visão do todo. À medida que os participantes chegavam ao cenário da roda de discussão, era preenchida a ficha de identificação e uma tarjeta com um nome de uma flor, a sua escolha. Estas eram afixadas à altura do tórax anterior para assegurar a visibilidade do nome fictício adotado pelo sujeito pelos demais membros da roda. Com o preenchimento da ficha de identificação, observamos que a representante do Conselho Municipal de Saúde não se encontrava na faixa de 60 anos conforme a PNSPI, mas tinha 59 anos. Como já estava presente no cenário e tinha sido informado dos objetivos da pesquisa, esta continuou no grupo e sua permanência foi aceita pela coordenadora da roda.

4.7.2.2 Segundo momento da roda de discussão

Testamos os equipamentos (dois gravadores, um digital e outro no telefone celular), depois os apresentamos ao grupo, a fim de familiarizá-los com essas ferramentas. Em seguida, foi-lhes apresentado o projeto da pesquisa: o objetivo geral, a metodologia que seria utilizada e a justificativa do tema estudado. Foi lido pausadamente o termo de autorização de imagem e foi indagado aos presentes se havia dúvidas referentes ao exposto. Este processo foi repetido na leitura do TCLE, na ausência de dúvidas e na ausência de aceitação dos sujeitos, foi assinado o TCLE em duas vias, sendo uma cópia entregue aos sujeitos e a segunda arquivada no acervo da pesquisa.

O grupo estava formado por dois representantes do programa municipal *Vivendo a Terceira idade*, um representante membro do Conselho Municipal do Idoso, um representante do Conselho Municipal de Saúde, quatro representantes das áreas das unidades de Saúde da Família (Urbis V, CSU, Miro Cairo e Nestor Guimarães) de maior população de idosos, cadastrados no Siab, totalizando oito pessoas.

A pesquisadora desempenhou o papel de moderadora, sentada entre os participantes da roda, os discentes de medicina funcionaram como o observador e apoiador, ficando dispostos num local da sala que facilitasse a comunicação, quando fosse necessário para o bom andamento da atividade.

4.7.2.3 Terceiro momento: a roda de discussão em movimento

Como estratégia para incentivar a expressão dos sujeitos, utilizamos a dinâmica do espelho. Essa dinâmica partiu de uma história criada sobre uma viagem de um navegante, o qual buscava encontrar um tesouro de beleza exuberante. A foto deste tesouro foi afixada no fundo de uma caixa em forma de baú que se encontrava sobre uma mesa pequena de apoio, disposta no centro da roda. No fundo desta caixa, havia sido colocado um espelho, com o objetivo de fazer os sujeitos verem-se como tesouros.

A caixa circulou entre os membros da roda, e o momento em que se viram no espelho foi pontuado pelo som de uma melodia. No final, foram realizadas as discussões acerca da dinâmica e de suas reações. Todos compreenderam o objetivo proposto para a dinâmica, fazendo comentários positivos ao se enxergarem refletidos no espelho e demonstrando alegria e reconhecimento de serem pessoas importantes, singulares e preciosas, ou seja, cada um era um tesouro de beleza exuberante. Tratou-se de um momento de descontração e entrosamento entre eles e a pesquisadora, sendo alcançado o objetivo estimular as pessoas a verbalizar seus sentimentos e percepções.

Em seguida, foram disparadas as questões norteadoras do roteiro da roda de discussão (APÊNDICE E). A discussão se iniciou às 15h58min, com o tema da concepção do envelhecimento ativo e saudável. O grupo, anteriormente descontraído, neste momento, mostrou-se um tanto retraído em um breve silêncio, o que configurou, à luz de nossa percepção, um reorganizar dos seus pensamentos, como usuários do sistema de saúde, para expressarem suas opiniões

Gradualmente, foram emitindo suas opiniões referentes à implementação da PNSPI no município. Os relatos enunciavam sentimentos ora de insatisfação, pela demora no atendimento especializado e hospitalar, ora de satisfação, quando se referiram à assistência prestada pelos profissionais da ESF da sua área de residência.

À medida que as opiniões se iam tornando redundantes e não emergiam novos aspectos sobre a pergunta disparadora em discussão, outra questão era proposta. Esse processo se foi repetindo ao longo de todo o decorrer da técnica até seu final.

Algumas vezes travei uma luta interna comigo mesma para manter-me na posição de coordenadora e moderadora da roda, quando o meu interior estava desejoso de emitir opiniões sobre o tema em discussão. Contudo, diante do rigor ético do estudo, na interação com os sujeitos de uma investigação qualitativa, procurei adotar uma postura, mesmo longe de ser neutra, discreta, ao posicionar-me frente aos temas discutidos, exercendo um modo de ser e estar presente naquele momento de escuta sensível. Tal cuidado levou-me a empreender esforços buscando evitar expressões não verbais que demonstrassem juízo de valor sobre as questões propaladas pelo grupo, fazendo intervenções estritamente necessárias, para esclarecimentos ou recondução para o foco da discussão.

A terceira questão do roteiro da roda de discussão foi inicialmente formulada como: “Os senhores, como idosos, se sentem assistidos pela política de saúde do idoso no município de Vitória da Conquista?”, mas exigiu uma reformulação que a converteu em: “Quais as ações da política de saúde do idoso que os senhores veem acontecendo no município hoje?” A necessidade de mudança levou em consideração a adequação da compreensão cognitiva do grupo ao se mencionarem assuntos pessoais e vivências em relação à velhice e o atendimento nos serviços de saúde em dois aspectos: às ações da política na prática dos serviços de saúde e ao nível de satisfação com sua execução no município. Esta mudança favoreceu o enriquecimento dos dados.

4.7.2.4 *Quarto momento da roda de discussão*

Durante o desenvolvimento da técnica, todos permaneceram na sala, não houve conversas paralelas e a cordialidade manteve-se em evidência mesmo havendo momentos de divergências de opiniões.

A roda de discussão foi concluída sem intercorrências às 18h30min, ou seja, 2h30min após o seu início, sendo finalizada com um lanche da tarde (biscoitos regionais, café, chá e leite) e exibição de síntese do vídeo gravado durante a roda de discussão. Esta última visou a garantir a observância do princípio de voluntariedade e autonomia dos sujeitos quanto ao consentimento para seu uso na pesquisa.

Ao término das atividades, foi realizado um momento que denominamos *político-pedagógico*, sobre a PNSI para aqueles (a maioria) que nunca haviam ouvido falar de suas diretrizes e princípios. Foi um meio de propiciar maior assimilação com o fechamento dos temas discutidos.

O número de participantes da roda e a própria estratégia utilizada mobilizou valores e percepções sobre o envelhecimento e a atenção prestada à saúde da população idosa no município. Esta técnica não se constituiu em tarefa fácil, mas revelou-se de grandeza ímpar para o desvelamento de dados, o que resultou em sentimento de satisfação pela maior proximidade alcançada aos sujeitos da pesquisa.

4.7.3 A entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi organizada para dois grupos de informantes-chave: o grupo I (gestores) constituído por pessoas envolvidas na formulação e na avaliação da política e o grupo II (executores) integrado pelos profissionais de saúde da atenção básica responsáveis pela execução dos serviços da APS.

As questões do grupo I (APÊNDICE B) foram organizadas em três blocos: formação profissional, planejamento e organização das práticas de saúde, buscando contextualizar a realidade vivenciada pelos gestores no município. Foram formuladas que perguntas abertas às necessidades de surgimento de novos esclarecimentos para melhor entendimento do direcionamento do raciocínio para o tema abordado, reforçando o papel “pedagógico” da pesquisadora que realizava a entrevista no guiar a conversa para o alcance dos objetivos propostos.

Para o grupo II (APÊNDICE B), as perguntas da entrevista também foram divididas nos mesmos três blocos, entretanto seu foco direcionou-se para a práxis da política no contexto da ESF.

Os temas abordados nas entrevistas assentaram-se no referencial teórico e no estado da arte, visando a provocar os sujeitos, no sentido de estimular a expressão de opiniões através da verbalização de pensamentos, percepções, saberes e fazeres contextualizados no cotidiano da PNSPI no município. Buscaram ainda captar suas motivações e interesses, nessa microesfera do poder que permeia as relações dos atores envolvidos na concretude da PNSPI.

Esse processo ancorou-se em Hebert, Goyette e Boutin (2005), no entendimento de que, na investigação qualitativa, a entrevista é possibilita o enriquecimento do diálogo com outras formas de coleta de dados, como a observação participante, a roda de discussão, análise documental e outras, permitindo explorar dados de forma cíclica e em uma espiral ascendente.

Ao final de cada entrevista, foram descritas as impressões da investigadora no instrumento diário de campo que se constituiu como ferramenta para a apreensão do caráter subjetivo do fenômeno estudado, com o objetivo de esclarecer os dados emergidos das narrativas dos sujeitos. Elas foram realizadas em locais previamente combinados com os sujeitos, buscando atender a sua disponibilidade, procurando dotar os ambientes de características necessárias para o bom andamento da

aplicação da técnica, como silêncio conforto e privacidade (SANTANA, 2010).

As entrevistas foram gravadas e transcritas imediatamente após sua realização, num processo de pré-análise e codificação, num *continuum* para o desvelamento das unidades de análise e a saturação dos dados. Esse processo guiou-se pela escuta exaustiva das gravações, sua transcrição no programa *Word* (Windows 7), cada uma separadamente, e arquivadas em pastas no computador da pesquisadora. De todas foram feitas gravação de segurança e recuperação dos dados em CD e em *pen drive*.

4.7.4 A observação naturalística

Esta é uma estratégia rica que possibilitou o aprofundamento dos saberes, nos cenários em que foram sendo produzidos os dados. Desenvolveu-se mediada pelo olhar cuidadoso sobre as nuances da comunicação verbal e não verbal, contextual, e sobre sinergia corporal. Este olhar procurou perscrutar mais profundamente o contexto cotidiano dos profissionais de saúde e dos gestores envolvidos na implementação da PNSPI.

A observação naturalística no campo ocorreu, conforme agendamento prévio, em oito encontros com os profissionais de saúde e com os gestores. Para que fosse o mais “natural” possível tomei alguns cuidados: em se tratando especialmente do serviço de saúde, chegava à unidade de maneira discreta, dirigia-me aos funcionários do setor, bem como aos usuários que aguardavam na sala de espera, explicava o motivo da minha presença e depois acompanhava as atividades de atendimento ou planejamento, sempre com o propósito de reduzir o despertar da atenção dos sujeitos e não macular a espontaneidade dos acontecimentos. Mas nem sempre isto foi possível, considerando o fato de que é impossível passarmos indenes em um ambiente sem modificar os acontecimentos, pois somos vistos e naturalmente interagimos com o meio através de expressões não verbais, por mais que nos esforcemos em não influenciá-los com a nossa presença.

Dessa forma, concordando com Morin (2001), vivenciei neste momento, no meu papel de observadora, a alteração da microfísica do ambiente, à medida que ocorria a troca de saberes e de energia nas conexões e conectividades estabelecidas.

As observações ocorreram durante o horário de trabalho dos profissionais de saúde, com média de três horas de duração, sendo identificados os turnos de acordo a semana típica da unidade de saúde da família. Mesmo gerando certa expectativa dos sujeitos, foi algo considerado necessário, tendo em vista a dinâmica do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família e da gestão.

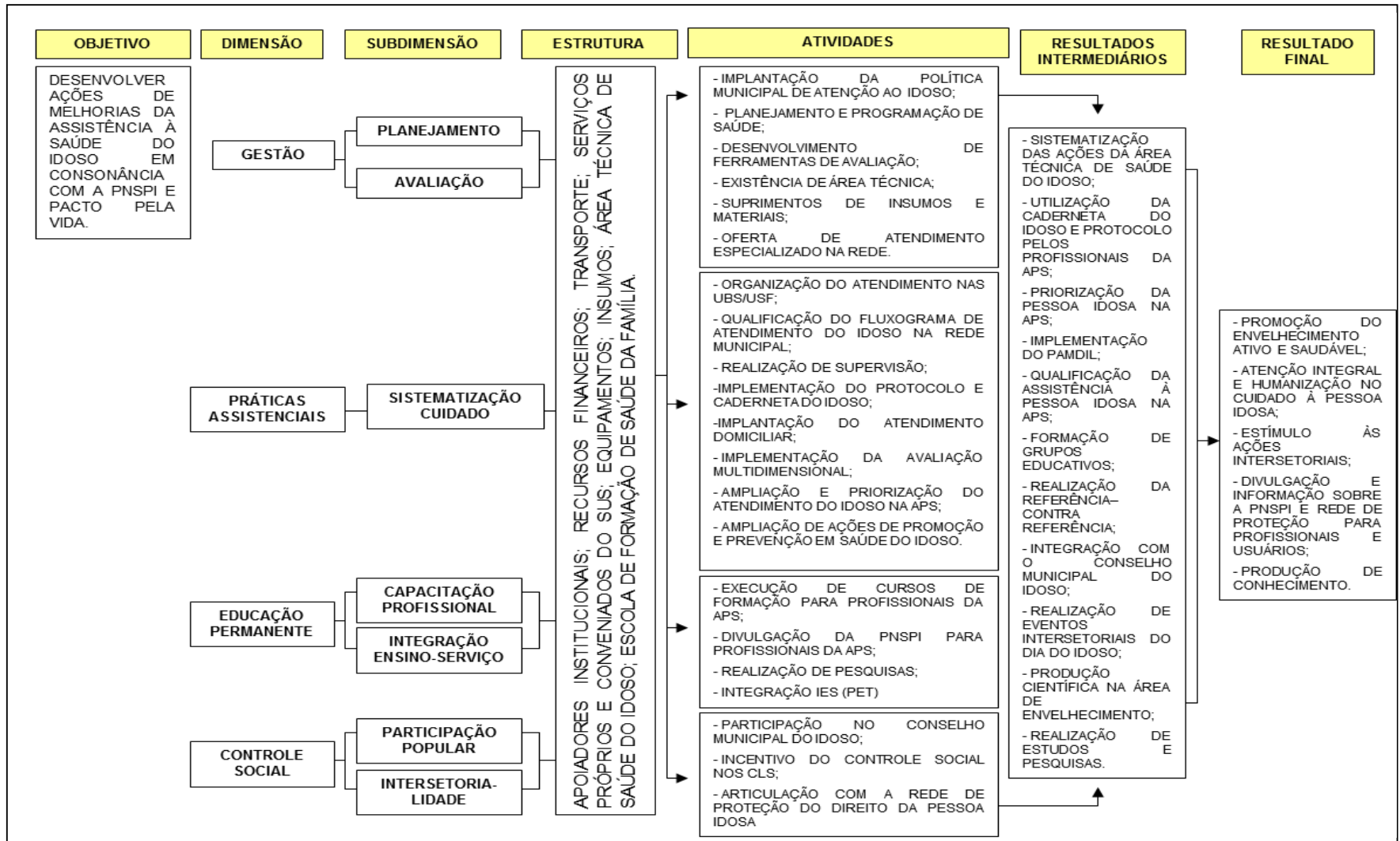
A observação permitiu confrontar a entrevista (o discurso do sujeito) com a práxis (assistência ao idoso). É interessante como a política “ressoa” ao longo da sua execução, ou seja, o que está previsto nos instrumentos de gestão e o que está acontecendo no cotidiano dos serviços, em que esta política se materializa na vida das pessoas.

Essa estratégia mostrou-se importante ao processo de conhecimento por aguçar a capacidade de fazer a leitura daquilo que está nas entrelinhas, nos gestos, suspiros e entonação da voz dos sujeitos no seu campo de ação. Reafirmou que fazer pesquisa qualitativa é uma arte, que necessita de habilidades que são talhadas ao longo da sua execução no encontro com o subjetivo, na busca de torná-lo visível e compreensivo para o coletivo.

No enlace dos instrumentos de coleta de dados, o diário de campo permeou todo o percurso de entrada e saída do campo e mostrou-se como estratégia interessante, porque ajudou-nos a rever o procedimento de coleta realizado e identificar a necessidade de retorno para preenchimento de alguma lacuna. Esse processo utilizava o recurso da memória recente, do que foi percebido à luz da nossa capacidade cognitiva-intelectiva e sensitiva de alcançar o sujeito pesquisador em busca da construção do conhecimento sobre o objeto estudado.

Em seguida, foi elaborado um modelo lógico da *Política Municipal de Saúde do Idoso* (Figura 6), baseado na análise documental citada em parágrafos anteriores, que foi sendo aperfeiçoada no decurso da coleta de dados, a partir das informações das pessoas consideradas sujeitos-chave na formulação e implementação da política os *stakeholders* (ou tomadores de decisão) municipal. As discussões ocorridas para a construção do modelo lógico aconteceram em encontros com os técnicos da gestão municipal, lotados na DAB, que, à medida que o modelo era apresentado, validavam seu conteúdo e a plausibilidade das relações causais estabelecidas, apontando sugestões.

Figura 6 - Modelo lógico da Política Municipal de Saúde do Idoso



Para as finalidades do estudo, os elementos constituintes do modelo lógico foram preenchidos a partir dos seguintes pressupostos:

- a) a gestão foi entendida como um processo permanente de cunho político-administrativo do sistema de saúde que implica diretamente na tomada de decisões, planejamento, programação das ações, monitoramento e avaliação;
- b) as práticas assistenciais se referiram à execução propriamente dita da atenção a saúde da população idosa no sistema municipal, de caráter individual e ou coletiva;
- c) o controle social foi compreendido pela garantia do exercício da cidadania pelas pessoas idosas, instituídas por meio da participação popular e efetivação da intersetorialidade;
- d) a educação permanente foi considerada como a compreensão do desenvolvimento de ações voltadas para a qualificação dos profissionais de saúde em parceria com instituições de ensino na realização de pesquisa e integração com o serviço e comunidade.

Em seguida, com base no modelo lógico, foi elaborada a matriz de seleção dos critérios de avaliação para julgamento (Quadro 2) contendo: dimensões, subdimensões e critérios, para parecer posterior de um comitê de especialistas.

A matriz foi elaborada de forma participativa, com envolvimento de técnicos da gestão, sendo que, para cada dimensão, foram estabelecidas subdimensões consensualmente aceitas, com vistas a melhor caracterizar o processo de desenvolvimento das ações, bem como a estrutura necessária para a execução das atividades previstas, buscando alcançar os objetivos e resultados esperados.

Com o propósito de validá-la, tendo em vista que tais parâmetros não se encontravam estabelecidos em normas do Ministério da Saúde ou do município, foi necessário estabelecer um consenso entre eles, sendo aplicado o método Delfos (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2010). Para sua validação, a matriz foi submetida à análise e proposições de um comitê de especialistas, cuja finalidade era validar, ajustar e ou selecionar, através do consenso deste comitê, as dimensões, subdimensões e critérios de avaliação da PMSI do município estudado.

Quadro 2 - Matriz de seleção de critérios para avaliação da implementação da PNSPI no município caso.

Seleção de dimensões, subdimensões e critérios de Avaliação da Implementação Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no âmbito municipal			
Dimensão	Subdimensão	Crítérios	Pontos (atribuir nota de 0 a 10)
Gestão	Planejamento	O Planejamento é utilizado na pratica da gestão da Atenção Básica	
		As ferramentas de planejamento apresentam Clareza dos objetivos, atividades e indicadores acompanhamento)	
		O Planejamento tem enfoque estratégico	
		O planejamento é normativo	
		Existência de área técnica de saúde do idoso	
		Realiza Supervisão e acompanhamento da utilização do protocolo e caderneta do idoso	
	Avaliação	Existência de técnico específico na área de avaliação de indicadores de saúde	
		Institucionalização da avaliação- rotina na utilização da informação para planejamento	
Práticas assistenciais na APS voltadas para as especificidades da Pessoa Idosa	Sistematização do cuidado	Organização do atendimento na UBS – existências na semana típica- turno de atendimento para o idoso	
		Existência do fluxograma de atendimento do idoso na rede municipal	
		Implantação do protocolo de atenção à saúde do idoso	
		Implantação da caderneta do idoso	
		Praticas educativas de Promoção da Saúde	
		Atendimento domiciliar ao idoso (programa de atendimento médico, internação domiciliar etc.)	
		Avaliação multidimensional da pessoa idosa (utilização testes Mini-Mental, Barthel etc.)	
Educação permanente	Capacitação dos profissionais de saúde	Execução de cursos de formação para atenção ao Idoso envolvendo os profissionais da ESF	
		Divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais da APS	
	Integração Ensino-serviço	Integração com cursos de graduação em saúde das IES nas unidades de saúde da família (PET)	
		Desenvolvimento de pesquisas na área de envelhecimento	
Controle social e Participação Popular	Participação popular	Existência de conselho municipal do idoso	
		Divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para usuários	
		Existência de conselhos locais de saúde	
	Intersectorialidade	Existência de Articulação com a rede de proteção ao direito da pessoa idosa	
Sugestões:			

Fonte: Arquivo do estudo, 2012.

Nesse processo, a matriz foi encaminhada através de contato eletrônico para seis especialistas com formações distintas e expertise na área de envelhecimento e/ou gestão e avaliação. O contato eletrônico ocorreu inicialmente por meio de carta convite (ANEXO B) de que constavam o nome da pesquisadora, os objetivos e os aspectos éticos envolvendo a pesquisa, acompanhados de garantia do anonimato e de retorno do resultado aprovado por consenso. Juntamente com esta foi encaminhada, em arquivo do *Word*, a matriz intitulada *Seleção de dimensões, subdimensões e critérios de avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no âmbito municipal*.

Nessa carta, foi ainda solicitado aos especialistas que atribuíssem valores de 0 (zero) a 10 (dez) pontos a cada um dos critérios da matriz, em virtude do seu grau de importância, esclarecendo que 0 (zero) corresponderia à exclusão do critério e 10 (dez) indicaria o grau máximo de importância. Foram informados que poderiam propor modificações às dimensões, subdimensões e critérios, exclusão e/ou inclusão de novos parâmetros (LIMA; SILVA, 2008).

As respostas foram individuais e estatisticamente tratadas por meio de cálculo de média aritmética e desvio padrão. Foi realizada uma rodada de consulta entre os especialistas, evidenciando alto grau de consenso, advindo do entendimento da pertinência e importância dos critérios propostos em todas as dimensões. Contudo, entre os seis instrumentos da matriz de seleção submetidos, apenas quatro retornaram e destes um foi refutado da análise. A exclusão deveu-se ao fato de que um dos especialistas consultados interpretou a matriz sem a observância de tratar-se de critérios de avaliação referentes a implementação da PNSPI no âmbito municipal.

Após a validação da matriz do modelo lógico, foi realizada sua aplicação para estimar o grau de implementação da PNSPI no âmbito municipal, identificando dimensões que necessitassem de avaliação mais pormenorizada, assim como foram apontadas as dimensões consideradas implementadas, sendo utilizados como fontes de verificação, o relatório de gestão do período definido no estudo e as entrevistas com gestores da DAB e profissionais.

Na elaboração desta matriz foram utilizados conceitos já difundidos no meio científico como elementos constituintes de uma matriz de análise e julgamento (BEZERRA et al., 2009). Para melhor entendimento dos componentes da matriz que vem a seguir, tais conceitos estão definidos no Quadro 3.

Quadro 3 - Definições dos elementos constituintes da matriz de análise e julgamento da PNSPI.

Elementos da matriz	Conceito
Dimensão	Palavra-chave que agrega um conjunto de atividades do modelo lógico.
Subdimensão	Atributo da estrutura, do processo ou do resultado utilizado para mensurar as dimensões.
Critério	Medida qualitativa que representa a subdimensão a ela conectada.
Ponto de corte	Valor de referência para o julgamento. Foi atribuído a cada indicador um valor entre 0 (zero) zero, que corresponde ao padrão não atingido; 0,5 (meio), que corresponde ao padrão parcialmente atingido e 1,0 (um) que significa que o padrão foi atingido em sua plenitude.
Fonte de verificação	Refere-se ao lugar onde os dados serão coletados para responder aos critérios definidos.
Julgamento	É uma qualificação dada às subdimensões e à política na sua dimensão unitária, considerando o somatório dos pontos alcançados pelos critérios.

Fonte: Adaptado de Bezerra et al. (2009)

4.8 O TRATAMENTO E A APRESENTAÇÃO DOS DADOS

O processo de tratamento e apresentação dos dados seguiu os postulados do modelo interativo de análise qualitativa proposto por Miles e Huberman (1994), sendo fundamentais para o desnovelamento do objeto no decurso da investigação.

Nesse processo, a fase de organização dos dados teve por finalidade estabelecer sua compreensão e confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder à questão formulada, visando, assim, a ampliar os conhecimentos dos dados emergidos do campo, resguardando o contexto do qual faz parte. Essa compreensão, também vai ao encontro de Gomes (2001).

Miles e Huberman (1994) definem que a análise de dados na investigação qualitativa consiste em três atividades simultâneas que interagem entre si, a saber:

- a) redução dos dados;
- b) apresentação;
- c) interpretação/verificação das conclusões, sendo compreendidas globalmente como um “processo cíclico interativo” (MILES; HUBERMAN, 1994).

A atividade de redução de dados é compreendida como um processo de

“seleção, de centração, de simplificação, de abstração e de transformação do material compilado”. Esta atividade envolveu todo o processo da investigação, em três momentos diferentes de andamento do estudo, caracterizando:

- a) redução antecipada (antes da recolha dos dados, ou seja, consistiu da fase em que estávamos explorando o estado da arte para delinear a questão e os objetivos do estudo);
- b) redução concomitante (durante a recolha dos dados era realizada a organização, análise e pré-análise dos dados que emergiam do campo, num *continuum*, ser fazer insurgir as categorias de análise);
- c) apresentação de um mapa cartográfico das categorias e subcategorias que emergiram de cada instrumento utilizado no campo;
- d) redução a *posteriori* (após a recolha dos dados, ou seja, fazer as categorias e subcategorias dos diversos instrumentos conversarem entre si, num processo de aglutinação para as categorias conclusivas de análise e o alcance das considerações finais do estudo).

Ao desenrolar o espiral cíclico deste processo, a ordem estabelecida pelos roteiros dos instrumentos utilizados levou-nos a uma riqueza de dados com volume expressivo de elementos para análise, estes com ação de magnetismos entre si, o que atribuímos ao fato de a cartografia metodológica ter sido bem desenhada.

Esta atividade culminou com a sistematização das respostas dos sujeitos e a construção do quadro de delineamento das categorias e subcategorias das entrevistas com gestores e executores, a roda de discussão com os usuários e o inquérito documental.

Nesse processo, o desafio era ter sensibilidade e perspicácia para bem saber aproveitar ao máximo o que os sujeitos, a análise documental e as observações no campo enunciavam. Tratou-se de aguçar as potencialidades do ser pesquisador quanto a tornar inteligíveis as expressões e percepções acerca do objeto perseguido na investigação. Para tanto, imbuímo-nos da habilidade e humildade de ser um pesquisador *bricoleur*, para o alcance da compreensão dos dados de modo a tratá-los para que se encadeasse a lógica da implementação da política e seu interfaceamento, a partir da visão dos sujeitos envolvidos (gestores, executores e usuários) por meio de um olhar criterioso e atencioso.

No encadeamento, vale ressaltar que, em uma pesquisa qualitativa, essa operação está para além da mera quantificação, pois perpassa a conservação das

pistas dos elementos contextuais ligados ao fenômeno estudado (MILES; HUBERMAN, 1994).

Para atingir as categorias conclusivas de análise, foi construído um painel em papel Kraft 2mx90cm com os quadros de delineamento das macrocategorias das entrevistas com gestores, executores e roda de discussão com os usuários, impressos individualmente, para visualizar o todo dos dados da investigação sobre o objeto, como recurso didático-visual para trazer à tona as unidades de sentido da análise. Foram utilizados lápis coloridos para marcar as categorias e subcategorias que mantinham uma relação de afinidade, tendo o cuidado ético e moral de não modificar o sentido apresentado pelos sujeitos.

Nesse processo, causou-nos alegria observar a dinâmica de aglutinação das categorias e subcategorias na concepção das unidades de sentido dentro do próprio grupo de sujeitos e depois entre si, a qual seguiu alicerçada pela análise documental e pelo referencial teórico do estudo, além das inferências produzidas pela transversalização com o material registrado no diário de campo. A percepção deste momento assegurava o acerto na condução metodológica da coleta, permitindo o desenho da cartografia das categorias na triangulação dos dados sobre os aspectos da implementação da PNSPI no município-caso. Assim, se deu o laborioso trabalho, de lapidação dos dados a sua compreensão, conforme apresentamos no Quadro 4.

Reconhecemos que a interpretação não se nomeia na pesquisa qualitativa como uma operação linear e reducionista, pelo contrário, a imersão que é feita nos dados através de procedimentos técnicos amplia a compreensão do fenômeno estudado por meio do significado dos discursos, levando-nos a descobrir o sentido do todo e das partes, assegurado pelo olhar sistêmico dos acontecimentos que envolveram a implementação da PNSPI no âmbito municipal e, mais ainda, no microcontexto da ESF.

Portanto, as etapas apresentadas no modelo interativo de análise dos dados foram vivenciadas na práxis da pesquisa que constitui o objeto desta dissertação. Os dados coletados mostravam-se como um “tesouro” que estava oculto e que, através da cartografia, foi se revelando. Este revelar, por seu turno, ocorreu por meio do empreendimento de esforços, sensibilidade, humildade para enxergar e perscrutando o objeto perseguido no estudo.

Quadro 4 - Triangulação das cartografias das categorias e subcategorias do estudo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 Múltiplos olhares sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável	1.1 Percepções do ser envelhecendo sobre o processo de envelhecimento. 1.2 Percepções dos profissionais de saúde da família e gestores sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável.
2 Política nacional de saúde da pessoa idosa – olhares convergentes e divergentes do usuário idoso, profissionais da ESF e gestores.	2.1 Saberes sobre os princípios e diretrizes da PNSPI
3 Estratégia <i>Saúde da família</i> como (co) ordenadora da atenção à saúde da pessoa idosa.	3.1 Práticas assistenciais no contexto proximal da pessoa idosa. 3.2 Práticas globais de promoção e Prevenção voltadas a saúde da pessoa idosa.
4 Rede de proteção do direito da pessoa idosa versus estratégia <i>Saúde da família</i> : desafios à intersetorialidade.	4.1 A rede de proteção do direito da pessoa idosa – limites e possibilidades na articulação com a estratégia <i>Saúde da família</i> 4.2 Mobilização social e conscientização coletiva, uma estratégia para consolidação da cidadania da pessoa idosa.
5 Gestão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no contexto do município-caso	5.1 (Des)caminhos da implementação da PNSPI no contexto municipal.

Fonte: Elaboração da autora (2013)

|

Para delinear o percurso seguido, elaboramos a cartografia metodológica, como uma síntese, a qual denominamos *mapa do tesouro*, pois nos permitiu demarcar os passos percorridos na elucidação do objeto estudado (Figura 7).

Figura 7 - Cartografia metodológica o “mapa do tesouro”

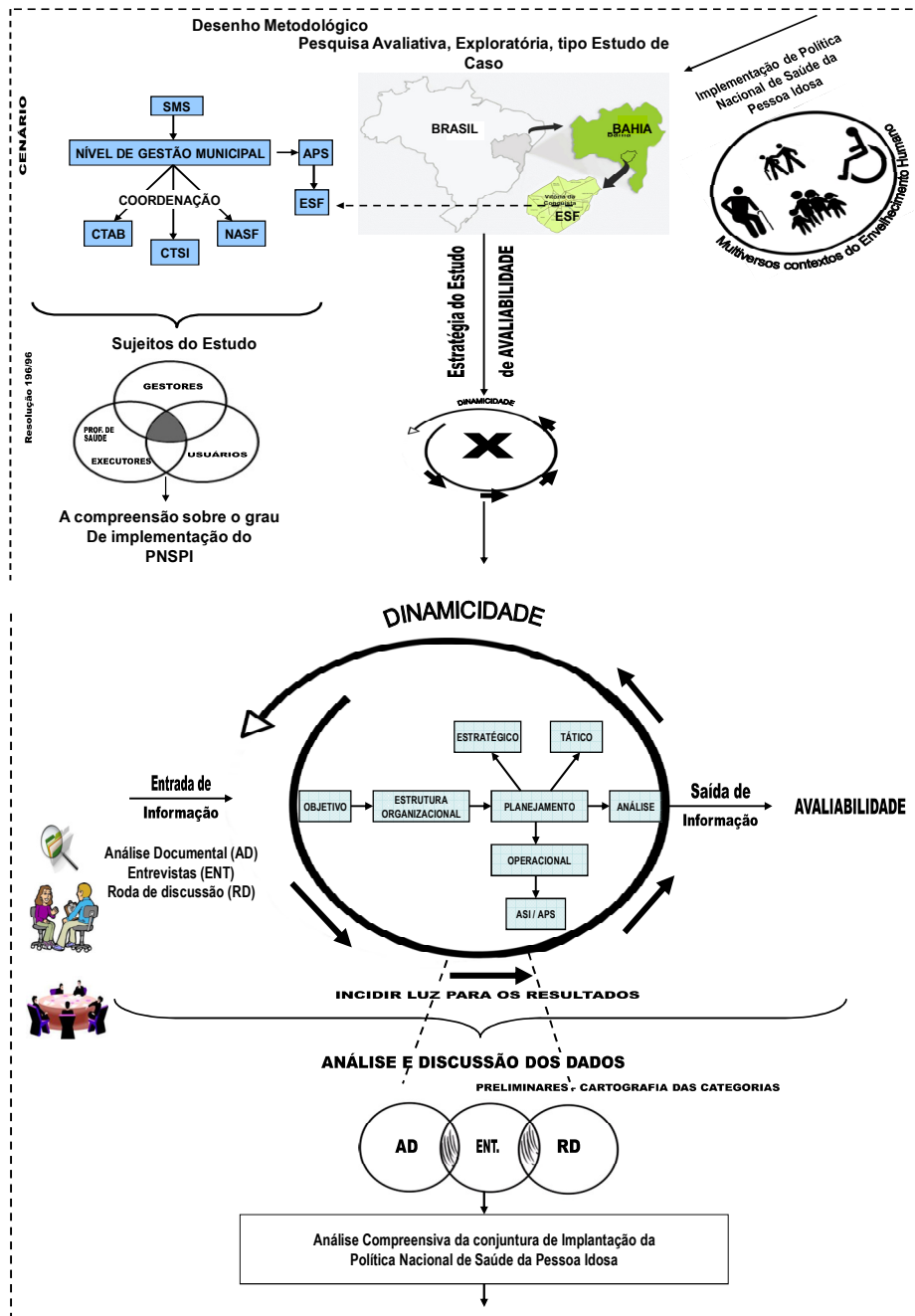
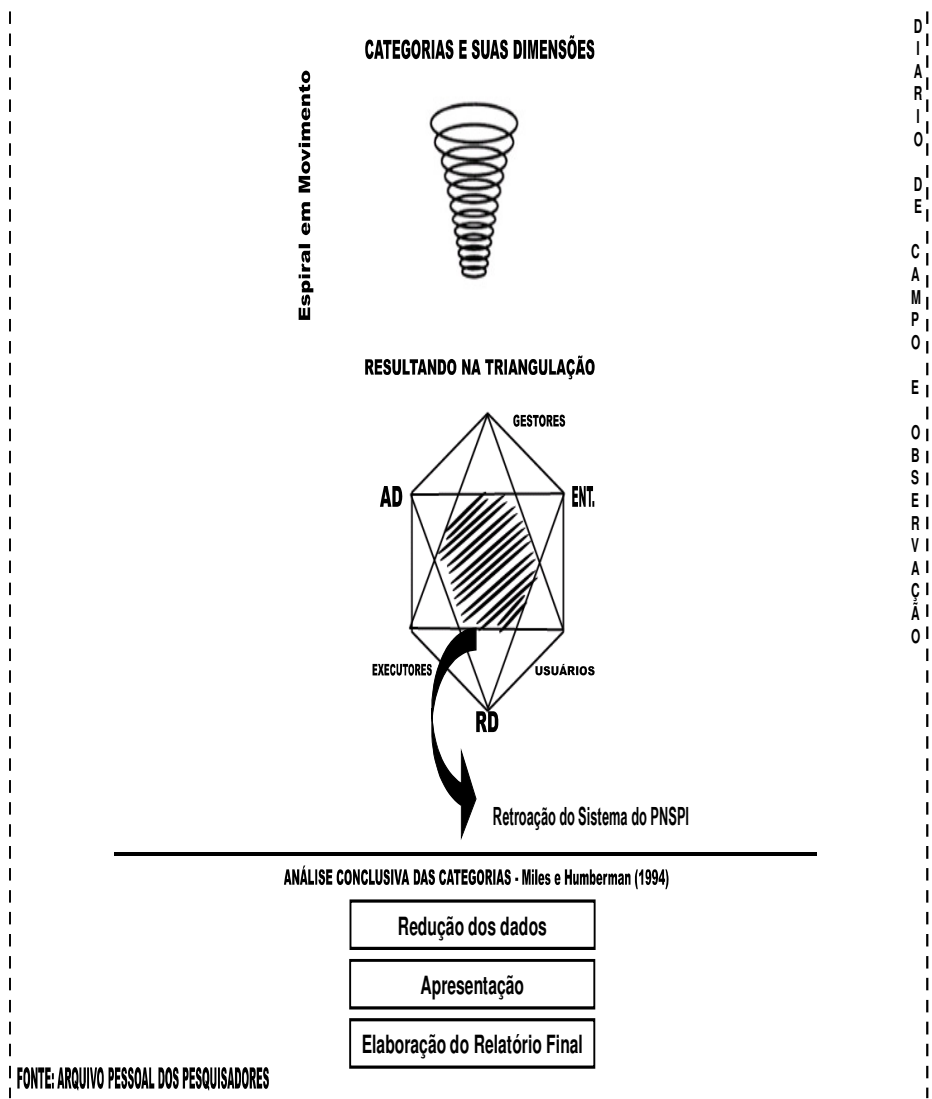


Figura 7 (cont.) - Cartografia metodológica o “mapa do tesouro”



Fonte: Arquivo do estudo

5 ANÁLISE DAS INTERFACES DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO CONTEXTO MUNICIPAL

O processo de envelhecimento populacional tem exigido, no Brasil e no mundo, transformações políticas decorrentes das demandas específicas deste grupo etário, tanto dos sistemas de seguridade social quanto de saúde e outros. No caso específico do sistema de saúde, o envelhecimento exige novas formas de pensar e de planejar ações voltadas para este segmento populacional, do qual emergem demandas específicas de cuidados, inseridas numa sociedade marcada por estigmas e desigualdades socioeconômicas.

Neste contexto, a mudança do modelo assistencial, impulsionada pela estratégia de *Saúde da Família*, carrega a responsabilidade de reorientar o cuidado por meio das necessidades apresentadas pela pessoa idosa, ampliando as possibilidades de intervenção, para além do caráter curativo, investindo em ações de promoção da saúde, participação popular e intersetorialidade.

Essas ações assinalam a complexidade da implementação da PNSPI e as nuances de suas interfaces, tanto no macrocontexto (política municipal) quanto no microcontexto (ESF), tendo como objeto o processo de viver-envelhecer humano ativo e saudável.

Tal processo nos remeteu à compreensão de concepções e ações interconectadas cuja compreensão encontrou seu fundamento na interdisciplinaridade, possibilitando a abertura de fronteiras entre as várias áreas do conhecimento, através do olhar sistêmico, entre o todo e as partes, na implementação da PNSPI no município estudado.

A abordagem sistêmica sobre a implementação da PNSPI, no âmbito municipal, nos aproximou de multivariadas realidades deste fenômeno, sob a ótica dos sujeitos envolvidos (gestores, profissionais de saúde e usuários idosos), contribuindo para retratá-la a partir da concepção destes sujeitos sobre o envelhecimento ativo e saudável.

Assim, dada a complexidade do tema e com base no pensamento sistêmico, buscamos analisar o fenômeno sem extraí-lo do seu contexto, distinguindo e respeitando os diversos cenários nos quais se encontrava inserido.

Essa etapa do estudo permitiu-nos, por meio da capacidade de observação e do uso de recursos técnicos metodológicos, captar as subjetividades entremeadas

nos interdiscursos dos sujeitos, levando-nos a um processo de análise compreensiva que vai além da interpretação da linguagem verbal e escrita.

Desse modo, nesta seção, estrutura-se a análise da implementação da PNSPI conforme as categorias e subcategorias e da matriz de julgamento do EA, demarcadas na trajetória do desenho metodológico do estudo.

Logo, seguindo esse caminho, em consonância com os objetivos delineados, foram estabelecidas as categorias de análise:

- a) múltiplos olhares sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável;
- b) *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*: olhares convergentes e divergentes do usuário idoso, dos profissionais da ESF e dos gestores;
- c) estratégia *Saúde da Família* como (co)ordenadora da atenção à saúde da pessoa idosa;
- d) rede de proteção do direito da pessoa idosa versus estratégia *Saúde da Família*: desafios à intersetorialidade;
- e) gestão da *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* no município caso.

O delineamento das categorias de análise requereu um processo atencioso, de centração e de descoberta das interações existentes na implementação da PNSPI no contexto municipal, os quais procederam à análise compreensiva.

5.1 MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE O PROCESSO HUMANO DE ENVELHECER ATIVO E SAUDÁVEL

Esta categoria analítica tem como objetivo descrever a percepção dos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e usuários idosos) envolvidos na implementação da PNSPI, no município estudado, a respeito do processo de viver e envelhecer humano, ativo e saudável, entendendo a necessidade de aprofundar os fatores envolvidos na arena decisória das políticas públicas, como destaca Viana (1988).

A construção desta categoria assinala que, no processo decisório de formulação da política, pode-se adotar predominantemente o modelo anárquico ou simbólico, o qual realça os aspectos subjetivos da interpretação da realidade sob a ótica dos atores envolvidos, podendo revelar ambiguidades e alto nível de conflito no processo decisório de uma organização (VIANA, 1988).

Esses aspectos subjetivos foram evidenciados de diversas formas, desde o tom da voz até expressões não verbais carregadas de significados, oriundos de vivências pessoais do viver-envelhecer humano, e se caracterizaram como o desafio desta etapa do estudo, qual seja, o de apreender, por meio dos sinais da elocução, as múltiplas conexões estabelecidas nos discursos dos sujeitos, relacionando-as com as observações registradas no decurso da pesquisa no diário de campo.

Destaca-se a importância dessas percepções na construção dos paradigmas referentes ao processo viver/envelhecer que conduzem os direcionamentos de uma política, considerando o *continuum* do *polycycle* (formulação-implementação) observado na legislação brasileira ao longo da história das políticas de saúde voltadas para a proteção do envelhecimento, posicionando o idoso na condição de cidadão de direitos.

Por outro lado, vislumbramos a maneira como a concepção está imbricada com a posição ocupada pelo sujeito na arena decisória de implementação de uma política, revelando os interesses e as questões divergentes e convergentes que podem influenciar o desenho final das ações da atenção a saúde no contexto municipal.

Assim, essa categoria mostra, através dos discursos do sujeitos envolvidos na formulação e implementação da PNSPI, a multidimensionalidade do processo viver-envelhecer, primando pelo bem-estar e pela qualidade de vida das pessoas idosas, visando à manutenção da capacidade física, da inserção social e do exercício dos direitos de cidadania.

A esta categoria vincularam-se duas subcategorias: a primeira se configura como as **“percepções do ser *envelhecete* sobre o processo de envelhecimento”** e a segunda envolve as **“percepções dos profissionais de saúde da família e dos gestores sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável”**.

5.1.1 Subcategoria 1 - Percepções do ser *envelhecete* sobre o processo de envelhecimento

A concepção do processo de envelhecimento para o idoso está muito vinculada as suas vivências durante o curso do ciclo vital, pois a maneira como se

envelhece depende muito da história de vida de cada um, bem como da subjetividade de cada pessoa.

Nesse sentido, o processo de envelhecimento é complexo, pois envolve aspectos das dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais, sobre os quais compreendemos que os formuladores e executores da política de saúde se devem debruçar para que as ações programadas e planejadas se aproximem das demandas oriundas de cada uma destas dimensões, considerando que elas se expressam de maneira heterogênea, com variação entre gêneros, classe social e nos multiversos contextos regionais (KURZ, 2009).

Também a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enxerga o envelhecimento concebendo-o como uma etapa natural do ciclo vital do indivíduo, descrevendo-o como:

[...] um **processo sequencial (grifo nosso)**, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 2002).

É de suma importância entender esse processo natural, evitando o equívoco de tratar o envelhecimento como doença, com abordagem inadequada ou cair no outro extremo, de considerar que todas as alterações fisiológicas são próprias do envelhecimento e, com isso, deixar de fazer diagnóstico precoce, comprometendo a qualidade nos anos de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

Assim, conceber esse processo natural de maneira bem sucedida é o fundamento do envelhecimento ativo e saudável, previsto na PNSPI, entendendo o envelhecimento como uma “janela de oportunidades”, distanciando-se da visão preconceituosa sobre esta etapa da vida, considerando, sobretudo o seu contexto social e familiar. E assim, no cotidiano, empoderar a pessoa idosa, fomentando o seu protagonismo como agente transformador das políticas públicas e estimulando o convívio intergeracional, para que continue contribuindo para o aprimoramento da sociedade, tendo seus direitos de cidadania garantidos (KURZ, 2009).

Os discursos dos sujeitos idosos do estudo, demonstram que o envelhecimento ativo e saudável denota uma preocupação com a proteção dos direitos e qualidade de vida, como descrito nas falas citadas abaixo:

Eu acho (que), em primeiro lugar, que envelhecimento ativo e saudável é uma implementação política, para que as pessoas que estão entrando na terceira idade tenha uma condição de vida melhor, uma condição de saúde e condição de levar sua vida até quando Deus permitir, na alegria, na saúde, na proteção e nos seus direitos, que poucos, como se diz, são obedecidos ou cumpridos com essas leis que dá o direito à pessoa que tá chegando na terceira idade (RDU3).

Envelhecimento saudável é quando você chega na terceira idade com saúde e com qualidade de vida. E para ter essa qualidade de vida, eu tenho que ter uma saúde garantida. E ter qualidade de vida prá no decorrer desse percurso eu atinja essa qualidade (RDU2).

Os idosos destacaram, em suas falas, que o envelhecimento ativo e saudável está imbricado no pleno exercício de seus direitos, com ênfase para a saúde, esta considerada por eles como fundamental para proporcionar qualidade de vida necessária para um viver-envelhecer bem-sucedido.

Observamos, também, nos discursos desses sujeitos, notadamente no de RDU8, um direcionamento para a concepção do envelhecimento associado ao vigor físico. Trata-se de uma referência à vivência, às atividades que exercitam o corpo, desconstruir o conceito cristalizado na sociedade de idoso frágil e limitado, gerando uma mudança de paradigma dentro do próprio segmento:

Envelhecimento ativo e saudável é o que tá acontecendo na terceira idade, a gente se movimentar, botar o corpo em movimento, participar de eventos. É sempre procurar fazer exercícios físicos e atividades que exercitam o corpo (RDU8).

Esse paradigma “funcionalista” ancora-se na política que aponta, como principal problema que pode afetar a pessoa idosa, a perda da capacidade funcional para a realização de suas atividades básicas de vida diária. Essa perda compromete a qualidade de vida, impondo barreiras para o convívio social, considerado, em outros discursos dos sujeitos deste estudo, como fundamental no comprometimento de um envelhecimento bem-sucedido. É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se uma ferramenta essencial para abordagem na ESF, visando ao estabelecimento de um diagnóstico precoce, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2006f).

Outra situação identificada diz respeito à relação do envelhecimento bem-sucedido com a necessidade de uma vida saudável e a importância da participação social nesse processo, aludindo-se às diretrizes da Política Nacional de Promoção

da Saúde (BRASIL, 2006c). Ancorada nessa política, a análise desses relatos pode alcançar maior importância, à medida que os aspectos relacionados às práticas de vida, atividade física e alimentação saudável, têm-se constituído como objeto central das discussões que envolvem o planejamento e a programação de ações voltadas para o envelhecimento ativo e saudável e para a prevenção das DCNT. As falas abaixo já refletem essa preocupação:

É qualidade de vida, exercícios, alimentação e um bom convívio social (RDU4).

Uma boa alimentação, uma alimentação saudável (RDU5).

Tal visão reitera o papel da ESF, adotada pelas equipes do Nasf, para incentivar a população a manter um estilo de vida que inclua uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas, fomentando e implementando ações voltadas para a população adstrita do seu território, corroborando uma das deliberações da 57ª Assembleia Mundial de Saúde, a *Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde* (OMS, 2004).

As concepções mencionadas nas linhas precedentes se ampliam na subcategoria a seguir, destinada a aferir o ver-enxergar dos profissionais de saúde da família e dos gestores sobre o envelhecimento humano.

5.1.2 Subcategoria 2 – Percepções dos profissionais de saúde da família e dos gestores sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável

Como já foi descrito, no final da década de 1990, a OMS passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, buscando designar, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. É nessa perspectiva que tem sido conduzido o pensar-agir da formação profissional no cenário brasileiro. Contudo, a quebra de paradigma, isto é, passar do olhar cartesiano centrado na doença, para um paradigma que conceba a multidimensionalidade do *ser-existir*, ainda mantém meio “nubladas”, pouco nítidas, as concepções sobre o envelhecimento para um número significativo de profissionais no contexto do cuidado humano.

Neste contexto, as políticas de saúde voltadas para a proteção do

envelhecimento, previstas na legislação brasileira apontam para uma mudança de paradigma quanto ao processo viver-envelhecer, conferindo ao idoso a condição de cidadão de direitos na prestação dos cuidados de saúde, com a preservação de sua autonomia e de sua capacidade funcional, como foi bem salientado por Martins (2007) e Veras (2009).

Ao reunir essas proposições, o envelhecimento ativo e saudável pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2006f).

Sobre esses aspectos os profissionais de saúde e os gestores se manifestaram, por exemplo, como se segue:

O envelhecimento ativo e saudável é você estar deixando o idoso ainda produtivo, com autoestima, fazendo as prevenções das doenças crônico-degenerativas, diminuindo as complicações de possíveis patologias, e principalmente fazendo com que o idoso viva dentro da sociedade como um cidadão, como um indivíduo que tenha a gestão de sua vida (EG3).

[...] o envelhecimento ativo e saudável transcende a questão do idoso não ter nenhum problema de saúde. Mas é o idoso ser saudável, é o idoso ter uma vida social ativa, participar ativamente do autocuidado dele, fazer seu autocuidado, no que se refere à questão financeira também, da qualidade de vida, tá voltado pra qualidade de vida de forma autônoma e não só a ausência da doença (EE6).

Esta maneira de pensar e de agir encontra ressonância na PNSPI, que vem redesenhando os modos de ser e fazer o cuidado a esse grupo populacional. Em suas diretrizes, aponta como princípio basilar a inserção social da pessoa idosa e seu protagonismo na reivindicação dos direitos de cidadania. Também coaduna-se com o direcionamento das agendas internacionais que contribuíram para a constituição de novos paradigmas, que foram adotados pelos países membros das Nações Unidas, como princípios basilares para benefício do segmento idoso: independência (autonomia física e financeira), participação (inserção social), cuidados (familiar ou institucional), autorrealização (educacional, cultural, lazer e espiritualidade) e dignidade (defesa de exploração e maus tratos) (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Contudo, o olhar sobre a doença ainda enovela o cenário do cuidado à pessoa idosa. A prevenção das DCNT aparece nos discursos dos gestores e ecoa nos dos trabalhadores de saúde. A longevidade surge como fator que expõe os

indivíduos por um tempo mais prolongado às condições crônicas, o que resulta no aumento da demanda de cuidados de longa duração e, conseqüentemente, como salienta Camarano e Mello (2010), na maior utilização dos serviços de saúde. Logo, estabelecer a ligação entre doenças crônicas e longevidade, para esses sujeitos, é algo natural, de modo que a concepção de modelos assistenciais ou de modos tecnológicos de intervenção na saúde se mostra como perspectiva de tecnologias materiais e não de materiais capazes de atender às necessidades da população, como já foi enunciado por Paim (2008). Do mesmo modo, no caso do município estudado, as ações da política de saúde têm sido implementadas como foi visto na linha do tempo, direcionando a organização dos serviços para as práticas de cuidado das condições crônicas.

Outro aspecto trazido pelos entrevistados, na concepção de envelhecimento ativo e saudável, diz respeito ao *ser idoso sujeito* da condução do fluxo de sua própria história de vida como condição fundamental à plenitude de um envelhecimento bem-sucedido, como se depreende nos discursos:

Bom, o envelhecimento ativo e saudável depende das **condições de vida que cada pessoa define ao longo de sua existência** (grifo nosso). Depende da opção de cada um, depende da circunstância de vida que cada um leva, vai ter influência a questão da alimentação saudável, atividade física, uma vida verdadeiramente com qualidade, que agente tem não só através de atividade física e alimentação saudável, mas a pessoa que tem acesso ao sistema de saúde, que tem acesso ao lazer, transporte, moradia de qualidade, tudo isto vai está influenciando diretamente no envelhecimento saudável (EG2).

[...] quando você fala de um envelhecimento ativo e saudável, eu tenho uma visão muito mais ampla disso tudo, porque não é só físico, é o psicológico, é o social, [...] uma pessoa que carrega na sua história experiência de vida [...] (EE3).

Assim, a concepção de envelhecimento ativo e saudável evidenciada nos discursos dos sujeitos torna favorável o debate sobre as políticas públicas voltadas para esta população, criando condições para ações direcionadas para o *viver-envelhecer-saudável*.

Essa subcategoria, ao envolver, na sua tessitura, a condução dos múltiplos olhares para o processo de envelhecimento humano, cria a ponte para a compreensão da PNSPI, como exercício das práticas e do ser cuidado sob a óptica do usuário idoso, profissionais da ESF e gestores fazendo emergir a segunda categoria deste estudo na condução do desvelamento do EA.

5.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - OLHARES CONVERGENTES E DIVERGENTES DO USUÁRIO IDOSO, DOS PROFISSIONAIS DA ESF E DOS GESTORES

Essa categoria emergiu da compreensão obtida a respeito da perspectiva dos sujeitos envolvidos na investigação sobre seus conhecimentos em relação à PNSPI e visa a estabelecer o nexu causal das concepções que envolvem sua implementação no contexto do município caso. Tem também a intenção de elucidar a necessidade do EA, tendo em vista examinar e clarificar a teoria da política, nos discursos dos sujeitos, na transversalidade com a análise documental realizada, a fim de determinar a necessidade ou não de uma avaliação extensa da PNSPI, conforme nos ensina Lima e Silva (2008).

É oportuno salientar que a PNSPI, inspirada nos debates internacionais de proteção àqueles que passam pelo processo de envelhecimento humano, pode ser considerada avançada no que tange aos direitos da população idosa brasileira, tanto no aspecto jurídico quanto pelo escopo de suas ações, que pretendem alcançar a abrangência da multidimensionalidade do processo viver-envelhecer ativo e saudável, dando-lhe condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Na atual proposta normativa, a PNSPI reconhece os diversos desafios relacionados ao intenso e contínuo processo de transição demográfica e epidemiológico, vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas, além do compromisso assumido na II Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, ocorrida em Madri, expressa em suas diretrizes como já foi descrito.

Os discursos dos sujeitos ressoam a construção do conhecimento da PNSPI, abordando o caráter prescritivo da legislação como ferramenta de reivindicação para assegurar os direitos sociais, com ênfase na melhoria da qualidade de vida e na intersectorialidade das ações. Além disso, revelam a relação com as práticas assistenciais de atenção ao idoso, em especial o cuidado das condições crônicas realizado pelos profissionais de saúde da ESF. Em contrapartida, o desconhecimento foi algo que nos chamou a atenção durante a realização das entrevistas, uma vez que as respostas eram seguidamente interrompidas por um silêncio reflexivo, demonstrando, muitas vezes, um esforço de articular os pensamentos para emitir uma opinião sobre o tema investigado.

Assim, considerando o panorama complexo e enovelador da implementação da PNSPI no âmbito municipal, o seu conhecimento é algo preponderante para sua efetivação. Neste sentido, subsidiada pelos relatos dos sujeitos envolvidos no estudo, foi elaborada a subcategoria “**Saberes sobre os princípios e diretrizes da PNSPI**”, sobre a qual passaremos a discorrer, com o intuito de esclarecer ainda mais os mecanismos de sua efetivação no município.

5.2.1 Saberes sobre os princípios e diretrizes da PNSPI

Entre os vários dispositivos jurídicos voltados para a proteção dos direitos sociais da pessoa idosa, no âmbito do SUS, a PNSPI emerge como um eixo norteador do modelo de atenção à saúde deste segmento populacional. No seu direcionamento, observamos aspectos fundamentais para assegurar o envelhecimento ativo e saudável, alimentados pela necessidade de fomentar políticas públicas, as quais contribuirão, juntamente com os setores da sociedade, para a manutenção e a melhoria contínua do processo de viver-envelhecer humano.

A concepção do envelhecimento ativo e saudável, abordada pelos entrevistados na subcategoria antecedente, está ancorada nas diretrizes da PNSPI, pois constitui seu principal paradigma – o reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e dos princípios de autonomia, participação, dignidade, autorrealização e assistência. Com isso, o planejamento e a programação de ações voltadas para os idosos deixam de ter um enfoque cartesiano, restrito aos problemas, que apenas considera o idoso como indivíduo fragilizado e passivo, para adotar uma abordagem multidimensional e de direitos constitucionais, como se pode observar nos trechos abaixo:

É uma política voltada para a pessoa idosa **em todos os campos** né? **social, saúde, educação** (pausa na voz) só, que eu saiba. Voltada assim para o bem estar físico e mental do idoso. não só pra ausência de doenças, mas também para o bem estar (EE6).

[...] Eu acredito que a política nacional da pessoa idosa é dar ao idoso **acesso ao que ele tem direito** [...] (EE4).

O que eu já ouvi falar da política do idoso, agente sempre ver falar os **direitos** que tem o idoso, entendeu? (EE2).

É (pausa reflexiva) essa política visa acima de tudo salientar os **direitos da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**, para que de fato a gente possa garantir nos nossos serviços uma prioridade no atendimento ao idoso, considerando todas as necessidades que a pessoa nessa fase da vida precisa ter, todas as necessidades que o sistema único de saúde precisa garantir para essas pessoas (EG2).

A partir das falas levantadas neste ponto, vale ressaltar a posição trazida por **EG2**, que particulariza, na discussão os “direitos da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde”, fazendo uma alusão direta a PNSPI, destacando o direito da priorização do idoso no atendimento prestado pelos serviços de saúde, estabelecendo uma relação direta das necessidades apresentadas e o “dever do Estado” de garanti-los. No caso do SUS, o sistema de saúde deve prover um conjunto de ações, articuladas nos diversos níveis de atenção, visando a garantir o atendimento integral e humanizado. Esta maneira de pensar, no que tange ao SUS, foi consensualmente reiterada pelos idosos, como se evidencia na fala de **RDU2**:

Eu só queria complementar a fala de lírio: é quando a colega coloca do Planserv por exemplo, eu acredito que não deveria ter plano de saúde para o idoso. Se existe a política nacional em cima do SUS, o SUS teria que garantir essa política para todas as faixas etárias, que tivéssemos mais geriatras, mais Nasf nas unidades de saúde da família, porque o plano nem todo mundo dar conta de pagar e se a política nacional já existe, então, o SUS teria que ter essa garantia (RDU2).

Outro aspecto observado nos discursos dos sujeitos destaca o entendimento que se confere à *atenção integral* no elenco das ações da PNSPI. Esse atendimento integral deve acionar os pontos em todos os níveis de atenção da rede assistencial, atuando contra a fragmentação do cuidado, propiciando melhores resultados e uma assistência mais ampla para os idosos e familiares no manejo de condições específicas do processo de envelhecimento.

Mas assim, como eu estou lotado na atenção básica, eu acredito que são todos aqueles eventos e atividades voltadas para promoção, prevenção, reabilitação e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Eu acho que a política deve envolver inclusive os outros níveis da atenção (EE1).

[...] o arcabouço jurídico e todas as ações que a saúde deve abranger em todos os níveis da atenção, para esse grupo populacional, né? Em se tratando do idoso (EG1).

Apesar da compreensão dos sujeitos acima, ainda percebemos relatos de concepções divergentes da PNSPI, quando essa é reduzida ao enfoque curativo-assistencialista aos problemas de saúde, o que se nos apercebe um conhecimento superficial da política, como identificado nos discursos:

[...] Só ouvi falar dos cuidados que (pausa reflexiva) que (pausa reflexiva) que essas políticas têm com **prevenção, com cuidados**, é (pausa reflexiva) **em relação a doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes**,[...] Enfim, agora detalhadamente, os detalhes dessa política eu não conheço (EE3).

[...] Eu acho que tem que ter uma política pra você fazer um trabalho com esses idosos, que muitas vezes esses idosos eles tem é (pausa reflexiva) o problema de saúde dele, no caso, hipertenso e diabético, há um problema de saúde físico [...] (EE5).

[...] Bem, a política em si, eu nunca parei pra ver o material e estudar de maneira mais precisa a política em si [...] (EE4).

Observamos, nestes discursos, seguidas pausas reflexivas para a ordenação do pensamento e das ideias. A inferência sobre que se pode fazer sobre este fato relaciona-se à incipiente apreensão do saber sobre a PNSPI. Compreendemos que se trata de uma política enoveladora que envolve *multiversos* princípios e diretrizes e, como tal, sua apreensão exige conhecimentos de diferentes campos do saber, o que demanda um pensar-agir interdisciplinar e, como tal, o envolvimento do ser-estar em vivência e experiência aberta para este contexto. Do exposto, esses discursos de profissionais atuantes alertam para a questão da EA relacionado à educação permanente.

Além disto, a concepção da PNSPI, decorrente, a nosso ver, do conhecimento superficial, leva-nos a crer que urge o estabelecimento de mecanismos para sua disseminação, quer seja no meio acadêmico (formação profissional), nos serviços de saúde (profissionais) e nos diversos segmentos de representação da sociedade civil organizada, em especial aqueles que lidam diretamente com esta população. Vale salientar que, como diretriz, a divulgação e a informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS se constitui num desafio para que, em conhecendo-a, os atores envolvidos possam incorporá-las em sua prática, defendendo-a e contribuindo para sua efetivação no SUS.

Outro aspecto que conseguimos apreender das falas dos sujeitos entrevistados foi a compreensão que lhe confere um caráter de instrumento de reivindicação, entendendo a PNSPI como uma “lei para a proteção ao idoso” e que, como dispositivo jurídico, deve ser acionado para a preservação de sua cidadania e dignidade na vivência da velhice, atribuindo aos gestores públicos a função de garantir o acesso aos direitos e de exercer poder fiscalizatório. Este papel foi evidenciado pelas pessoas idosas em suas falas, de que é exemplo esta que apresentamos em destaque:

Trata do bem-estar, do cuidado, da condição de vida melhor para (que) todas as pessoas que estão na terceira idade e o respeito às pessoas idosas, como cravo falou, existe a lei para a proteção do idoso, para que todos os gestores cumpram. Então, nós precisamos que o governo tenha mais pulso, seja mais forte, exigente e fiscalize essa lei para que seja cumprida (RDU3).

A PNSPI foi confundida com o *Estatuto do Idoso*. Embora ambos sejam dispositivos importantes de defesa e proteção dos direitos da pessoa idosa, um remete ao âmbito da saúde e o outro tem caráter intersetorial, abrangendo diversas políticas públicas, inclusive a da saúde. Mais uma vez, a falta de informação pode se apresentar como causa deste episódio:

A política está caminhando para isso que a senhora falou, o respeito ao idoso, né? Já foi dado o pontapé com o estatuto do idoso, os conselhos criados, a condição que nós não tinha antes de falar, hoje nós já temos, a prova é que nós estamos aqui nessa roda já discutindo. Eu acho que quando criou o conselho da saúde no município que é obrigatório pela lei nacional para ter esse respaldo, já é uma política (RDU3).

Dos três grupos de sujeitos investigados, o grupo gestor foi aquele que demonstrou maior conhecimento sobre a PNSPI. Este dado se revela como um fator importante à concepção de um desenho de atenção à saúde e ao direito da pessoa idosa, no direcionamento da promoção da qualidade de vida dos idosos, contemplando o paradigma da PNSPI para esse segmento populacional.

[...] Então a política nacional do idoso ela visa dar uma **qualidade de vida aos idosos**, com envelhecimento saudável, ou seja, uma vida plena, uma vida com qualidade dentro dessa faixa etária (EG3).

Se o gestor está mais próximo da compreensão dos princípios e diretrizes da PNSPI, a sua execução torna-se mais factível. Contudo, o desenho da atenção à saúde da pessoa idosa no município evidencia lacunas na ação cuidadora deste grupo populacional em sua multidimensionalidade. Acreditamos que, entre outros aspectos, isto ocorra devido ao déficit de conhecimento por parte dos profissionais de saúde da ESF e dos usuários a respeito da citada política. Por outro lado, sua concretude está para além dos limites do legislativo, considerando a dinâmica permanente entre a “política” e a “ação” (SOLLA, 2010).

Desse modo, a alusão ao *policy cycle* na formulação e na definição das agendas das políticas devem seguir recomendações de documentos técnicos, neste caso, as diretrizes e princípios da PNSPI, visando a propor uma imagem-objetivo a

partir da acumulação de informações, experiências e conhecimento da realidade através da sinalização de indicadores, segundo relata Viana (1988). Assim, o EA vai direcionando sua rota, ao identificar lacunas na efetividade de execução da PNSPI. Neste aspecto, neste estudo, o objetivo foi alcançado no delineamento das categorias até o presente momento discutidas, evidenciando a relevância desta abordagem avaliativa. Na próxima categoria, eleva-se o desdobramento da efetivação da PNSPI no microcontexto da ESF.

5.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO (CO)ORDENADORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

À luz do pensamento sistêmico e guiadas pelos discursos dos sujeitos, estabelecemos, nesta categoria, a relação dos subsistemas (microcontextos) da PNSPI, buscando compreender a dinamicidade dos fenômenos do *policy cycle* e, em particular, da etapa de implementação. Esta correlação levou-nos ao desvelamento da concretude de uma visão global do estágio em que esta se encontra, segundo a ótica dos gestores, dos executores (profissionais de saúde ESF) e dos usuários idosos. Tais desdobramentos da implementação da PNSPI, refletidos na práxis do microcontexto da ESF, a luz da nossa compreensão, demonstra haver obstáculos para a consecução plena do processo.

Nesse direcionamento o SUS constitui um campo de disputa de modelos assistenciais desde a sua criação (1988), motivando um debate permanente dos seus princípios constitucionais e sua materialização nos municípios brasileiros. A concepção de modelos hegemônicos, como proposta de organização do sistema de saúde, tem sido refutada ao longo dos anos, pela sua incapacidade de dar respostas às demandas oriundas das necessidades da população e à mudança do perfil demográfico. Assim, a estratégia mais ampla de reorganização do modo de intervenção, no Brasil, em contraposição ao modelo hegemônico, talvez possa ser creditada ao fortalecimento da APS, particularmente por meio da ESF, vinculado às propostas de vigilância da saúde, oferta organizada e acolhimento, como foi explicado em parágrafos precedentes.

Diante disto, a PNSPI encontra, no âmbito da ESF, multivariadas formas de implementação de suas ações em termos de organização de modelo assistencial,

tendo a família como unidade cuidadora privilegiada, considerando os aspectos multidimensionais do envelhecimento na perspectiva do viver-envelhecer humano ativo e saudável, pondo em prática uma atenção integral à pessoa idosa.

Nesta categoria, a forma de organização do processo de trabalho da ESF, que expressa como se operacionaliza a PNSPI, no campo de atuação de uma equipe de saúde da família, identificando-se as ferramentas utilizadas no registro de procedimentos, a oferta de atendimentos individual e coletivo à pessoa idosa e o conhecimento sobre a rede assistencial, tendo em vista o seu papel (co)ordenador da atenção a saúde no âmbito do SUS.

Os discursos enunciados neste eixo categórico tangenciam aqueles da categoria 5.2, em que os sujeitos demonstram possuir saberes sobre os princípios e diretrizes da PNSPI, que se refletem, aqui, no cotidiano da ESF, no direcionamento da práxis cuidadora. A respeito dos conhecimentos sobre os desafios e limites da implementação da PNSPI no microcontexto da ESF, emergiram duas subcategorias, intituladas **“práticas assistenciais no contexto proximal da pessoa idosa”** e **“práticas globais de promoção e prevenção voltadas para a saúde da pessoa idosa”**.

5.3.1 Práticas assistenciais no contexto proximal da pessoa idosa

As práticas, no que se refere à atenção ao processo viver-envelhecer humano, no contexto da ESF, devem mediar-se por uma abordagem integral à complexidade do *ser* idoso, na preservação de sua autonomia, dignidade e capacidade funcional convivendo junto a seus familiares e à comunidade. Nesse aspecto, a ESF deve ser possibilitadora de uma abordagem da pessoa idosa que se caracterize pelo respeito à diversidade e às especificidades biopsicossociais, cultura de cada família e à adequação ao ambiente, privilegiando o cuidado à pessoa idosa e a sua família, seguindo as recomendações já instituídas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Neste sentido, ao mergulharmos no contexto da realidade municipal, cenário deste estudo, e nos depoimentos dos sujeitos, deparamo-nos com uma prática assistencial generalista, aos indivíduos em todas as fases do ciclo vital, relacionada

à garantia de acesso aos serviços ofertados pela APS, com privilégio para a cobertura de serviços de saúde à população adstrita, vinculada a programas ministeriais e do município. Entretanto, ao direcionarmos nosso olhar para o atendimento à pessoa idosa, percebemos pouca especificidade, na abordagem relacional proximal, no que diz respeito às alterações próprias do processo de envelhecimento, as quais são enfatizadas pela avaliação multidimensional recomendadas na PNSPI, como se observa nos relatos transcritos a seguir:

[...] são realizadas consultas médicas, de enfermagem e assistência odontológica que é realizada também nas unidades básicas, com objetivo de estar controlando as doenças já instaladas e estar possibilitando uma vida mais saudável a essas pessoas (EG2).

O que tá funcionando é o seguinte, se o idoso precisar de qualquer tipo de consulta, no caso da enfermeira ou da médica nova que tá lá, eles são bem atendidos, você entendeu? Nunca teve nenhum caso assim de chegar um idoso precisando e não ter atendimento principalmente sendo da área. Na parte de vacina, na parte de curativo, na parte de aferição de PA, certo? Glicemia, “cê” entendeu? (EE2).

Na realidade, o idoso aqui tá sendo atendido, normalmente, são os idosos hipertensos que teria um turno para os hipertensos serem atendidos. Mas assim não tem uma atividade específica para o idoso não. Por exemplo vai fazer um grupo, o grupo é de hipertensos, independente se tem idosos ou não, normalmente temos mais idosos, né? Mas, não tem um atendimento específico, voltado para o idoso, não (EE4).

Consulta individual, o atendimento médico, dos profissionais, de cada profissional: médico, odontólogo, cirurgião dentista, o psicólogo que integra o Nasf, a nutricionista, a fisioterapeuta que tem uma atuação que veio ajudar muito, (ênfase) principalmente nas orientações, nos cuidados que se deve ter com atividade física, com a correção de vícios de postura, enfim, a atuação específica do fisioterapeuta. Então essas são as ações voltadas mais para o idoso. [...] É feita constantemente o atendimento individual, mas não é específico pra o idoso, né? (EE1).

Alguns depoimentos dos participantes, em particular os de **EE4** e **EE1**, revelam que o atendimento individual realizado na ação do cuidado dos profissionais de saúde da ESF evidencia uma lacuna de atendimento específico voltado para a população idosa na unidade de saúde. Esses profissionais, embora compreendam a importância da multidimensionalidade do processo viver-envelhecer, ainda contemplam a assistência curativa, como foi discutido na categoria anterior, priorizando o componente da avaliação clínica.

Esses depoimentos nos remetem a Costa e Ciosak (2010), quando abordam o distanciamento da formação em saúde e as especificidades no atendimento à multidimensionalidade do processo de viver-envelhecer humano ativo e saudável.

Neste sentido, tal comportamento nos leva a inferir que os profissionais de saúde da ESF possuem certa dificuldade em lidar com as demandas psicossociais, dentro do que seria recomendado numa abordagem multidimensional das necessidades da pessoa idosa. No entanto, no município investigado, esta lacuna tem sido suprida pela atuação da equipe do Nasf, como destaca EE1 enfaticamente:

O psicólogo que integra o Nasf, a nutricionista, a fisioterapeuta que tem uma atuação que veio ajudar muito [dá ênfase na entonação da voz e na expressão facial] principalmente nas orientações, nos cuidados que se deve ter com atividade física, com a correção de vícios de postura.

Esta constatação reforça, como vimos, a necessidade de enfatizar, nos currículos dos cursos de graduação em saúde, conteúdos de gerontologia e geriatria com o objetivo de desenvolver competências e habilidades imprescindíveis à abordagem da pessoa idosa na APS, por todos os profissionais (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011). Porém, mostra-se como desafio à gestão municipal a educação permanente dos profissionais da ESF, como também o *déficit*, em sua formação, no que se relaciona às competências para o atendimento integral e humanizado da pessoa idosa, na multidimensionalidade e na especificidade do processo viver-envelhecer (SILVESTRE; NETO, 2003).

Outros relatos reiteram a lacuna do atendimento voltado para as especificidades da pessoa idosa e envolvem os instrumentos utilizados pelos profissionais durante o atendimento – prontuário, ficha clínica e cartão do hipertenso:

Olha, o atendimento individualizado, a gente faz [n]o prontuário do paciente, assim como na unidade, então quando eu consulto um paciente [...] (EE1).

Tem a ficha clínica, que não é específica do idoso, é uma ficha clínica geral pra todos os pacientes. É uma ficha clínica (EE4).

Verifico a pressão dele, anoto no cartãozinho dele e anoto também no meu livro o cartão do hipertenso, certo? (EE2).

Tomando como referência os discursos acima, parece não haver, na rotina de trabalho desses profissionais, a utilização de instrumentos específicos para o acompanhamento da saúde da pessoa idosa recomendados pelo Ministério da Saúde e pela própria área técnica municipal de saúde do idoso – a caderneta do idoso e os instrumentos de avaliação multidimensional imprescindíveis para o estabelecimento de condutas terapêuticas específicas aplicadas às pessoas idosas (BRASIL, 2006f). Esses instrumentos permitem uma avaliação rápida de múltiplos

sistemas e detecção precoce de necessidades e alterações. Além disto, esta abordagem multidimensional pode ser uma ferramenta para a estratificação de riscos e para a identificação do idoso frágil, subsidiando a práxis assistencial dos profissionais da ESF, tendo em vista a preservação de sua autonomia e de sua capacidade funcional numa abordagem integral e humanizada (VERAS, 2003).

Por outro lado, alguns discursos mencionaram a utilização de instrumentos específicos da abordagem multidimensional do idoso:

Existe uma ficha que a gente verifica a memória né? O aspecto cognitivo do idoso, que eu não me lembro do nome da ficha agora, mas é um instrumento utilizado para o atendimento da pessoa idosa, nessa ficha a gente avalia o idoso, a parte cognitiva do idoso, a parte da memória do idoso, a parte da independência do idoso. Aí existe o prontuário, porque essa ficha que a gente coloca anexa junto ao prontuário e continua evoluindo (EE6).

[...] tem o cartão do idoso também (EE2).

Entretanto, ao consultar os registros do diário de campo, que utilizamos quando empregamos o recurso da observação naturalística, deparamo-nos com uma prática diferente, entre os profissionais. A nosso modo de ver, isto demonstra o (re)conhecimento teórico destes instrumentos na abordagem multidimensional da saúde da pessoa idosa, mas uma dificuldade de incorporá-los na prática do cotidiano. É oportuno ressaltar que o município implantou, no ano de 2008, o protocolo municipal e a caderneta do idoso, conforme foi retratado na linha do tempo da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa (Figura 5). Neste ponto, somos tomadas por inquietações oriundas das contradições que fazem emergir questionamentos gerados pela dicotomia entre a teoria e a prática dos profissionais. Mas não é nossa pretensão avançar neste ponto, pois acreditamos que tais contradições poderão ser revertidas em estudos futuros.

Contudo, avançando no assunto do cuidado à pessoa idosa, Veras (2003), sinaliza a ESF como potencializadora na reorganização de um modelo de atenção capaz de desenvolver ações preventivas nos níveis primário, secundário e terciário, investindo na ideia de ser possível propiciar aos idosos um envelhecimento saudável, mas, também, com assistência qualificada para os que já estão acometidos por doenças crônicas e/ou com incapacidades. Destacamos aqui, o papel (co)ordenador do cuidado na atenção à saúde da pessoa idosa. É neste sentido que caminham alguns depoimentos como os que se seguem:

Por exemplo, eu trabalho num hospital, eu atendo muito idoso no hospital também, eu trabalho numa unidade de terapia intensiva, o perfil das UTI são de politraumatizados ou idosos que tiveram AVC ou tiveram outros problemas. Também sei que o de média complexidade, a gente tem o Cemerf, que também recebe muitos idosos, quer dizer atendimento de média e alta. Porque lá tem a protetização que acaba se tornando de alta complexidade. Então tem prótese auditiva, reabilitação fonaudiológica, tem a própria reabilitação fisioterapêutica. Tem vários idosos que são submetidos à artroplastose, artroplastia total ou parcial de alguma articulação, então eles são captados muitas vezes da atenção básica, encaminhados pra consulta especializada, que acontece no próprio Cemae. Então o Cemae encaminha para um centro especializado para fazer uma cirurgia, então assim, eu sei que existe esse fluxo (EE1).

Dentro do sistema tem o Cemae. Cemae, o laboratório central, dependendo da situação a gente utiliza do serviço pré-hospitalar pra condução desse paciente que às vezes ele tem dificuldade de locomoção, então a gente aciona o SAMU 192 (EE3).

A atenção básica ela tem esse trabalho [referindo-se ao encaminhamento, quando necessário, para outro serviço], tem geriatra dentro da rede, então se ele tem um problema que não pode ser resolvido dentro da equipe, a pessoa, o médico que está ali a frente vai encaminhar e ele vai ser bem atendido (EE5).

Portanto, perscrutar as falas acima, percebemos o paradoxo entre incorporação dos instrumentos de abordagem multidimensional ao cuidado da pessoa idosa pelos profissionais de saúde e sua configuração numa linha de cuidado orientada pela integralidade. Torna-se um ponto crucial a compreensão da linha do cuidado a partir de entendimento da responsabilização do profissional e da gestão pelo encaminhamento das necessidades emergidas do “encontro com o usuário”, operando vários serviços de forma articulada (MALTA; MERHY, 2010). Nessa medida, parece-nos que a questão da integralidade do cuidado na ESF perpassa a construção da lógica do processo de operacionalizar a atenção à saúde da pessoa idosa no trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, resultando numa atuação mais solidária e resolutiva às necessidades dos usuários.

Nessa direção, a integralidade pode ser articulada tomando como referência a ESF, inserida num sistema municipal de saúde, sendo (co)ordenadora do cuidado, utilizando um fluxograma orientador para os serviços de média e alta complexidade a partir das necessidades identificadas da pessoa idosa, cuja abordagem multidisciplinar mostra-se no contexto da ESF, como foi descrito na Figura 4.

Logo, identificamos coexistência paradoxal nos discursos dos sujeitos, revelando a necessidade de se instituírem estratégias inovadoras e participativas de supervisão, com vistas à transformação das práticas assistenciais voltadas para a pessoa idosa no contexto da ESF. A perspectiva seria partir ao encontro do usuário,

instituir um projeto terapêutico singular com fluxo contínuo e como nos ensinam Malta e Merhy (2010), monitorado e controlado pelos atores que figuram como gestores do cuidado ou cuidadores, um fluxo encadeado em uma intensa rede de conversação relacional recursiva.

Nos discursos dos sujeitos, evidenciou-se outra estratégia de aproximação das práticas assistenciais à pessoa idosa: foi a atenção domiciliar, como sendo uma valorização ao espaço de convívio-cuidado da família, privilegiado e humanizado. Este espaço, por sua vez, é estabelecido pela instituição do vínculo das equipes de saúde da família com a comunidade, através de um processo de territorialização e a adscrição da população, tornando a visita domiciliar uma ferramenta importante no cuidado a esse segmento populacional, como fora enunciado:

Então a gente prioriza esse atendimento, aos idosos que não podem ir à unidade, é feita a visita domiciliar e assim a priorização de tá colocando na frente das outras, respeitando o estatuto do idoso, colocando ele na frente nas consultas, respeitando o estatuto do idoso (EE6).

Visitas, visitas também, por quê? Assim, eu vou fazer meu grupo hoje, um exemplo, vou fazer um grupo hoje, então aquele idoso ali que não pôde ir pra aferir a pressão, pra pegar sua medicação, eu vou na casa dele saber o que foi que houve, eu preciso lhe fazer uma visita, porque eu não posso só ver o idoso dentro no grupo, eu tenho que ver o idoso fora (EE5).

As práticas assistenciais, desenvolvidas pelos profissionais da ESF e do Nasf, no atendimento domiciliar abrangem especialmente os idosos mais frágeis e vulneráveis. Essas práticas se coadunam com a concepção de uma rede de suporte social, cuja atenção está no atendimento domiciliário às necessidades de orientações específicas para a pessoa idosa e seus familiares. Trata-se de uma concepção de rede simples que possibilita o estabelecimento de relações interpessoais com a família, pactuando responsabilidades de cuidados (VALENÇA, 2011).

Esse tipo de aproximação propicia um ambiente favorável para encaminhamentos seguros à rede de proteção de direitos da pessoa idosa, por exemplo, em caso de maus tratos, em virtude do fato de o acompanhamento proximal favorecer a amplitude do olhar sobre o contexto relacional familiar. Essa modalidade de cuidados é destacada por Valença (2011) ao enunciar que a rede assistencial profissional (atendimento domiciliar) possibilita o maior enfrentamento ao processo saúde doença e evita a hospitalização por agravos de saúde da pessoa idosa.

A atenção domiciliar no âmbito da APS, em 2011, passou a ser financiada por recursos destinados pelo Ministério da Saúde, o qual tem favorecido a redução da hospitalização da pessoa idosa e dos custos hospitalares. Também essa abordagem tem favorecido a melhor qualidade de vida das pessoas idosas, principalmente as que necessitam de cuidados paliativos, diminuindo o desgaste psicológico ocasionado pela hospitalização (BRASIL, 2011e). No município investigado, essa modalidade de atendimento foi instituída anteriormente à portaria ministerial, ocorrendo no ano 2009, com recursos próprios, através do PAMDIL.

O PAMDIL foi implantado nas áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS), constituído por uma equipe formada por médico e auxiliar de enfermagem, vinculada a uma unidade básica de modelo tradicional, que possui cadastro de todas as pessoas acamadas, realizando o agendamento do atendimento domiciliar por equipe. Neste programa, são realizados procedimentos de enfermagem, coletas para exames laboratoriais, consultas médicas e treinamento dos cuidadores formais e ou informais (VITORIA DA CONQUISTA, 2010).

Ao buscar elementos que permitam identificar o modo como as pessoas idosas percebem seu atendimento na ESF, verificamos que elas descrevem as práticas assistenciais enunciadas nas falas dos gestores e profissionais. Nessas práticas, a atenção ao seu cuidado ainda assenta-se na concepção da clínica assistencial, com conduções à abertura de afazeres de promoção e prevenção da saúde, como enunciam a seguir:

Eu violeta, eu falo que a Urbis V é privilegiada, porque nós temos quase tudo, porque quando fundou o Nasf, era para o hipertenso e para o diabético, tinha muita gente, tinha 56 pessoas idosas que frequentava o grupo assiduamente, era segunda, quarta e sexta, depois com o tempo, o professor disse que um dia ele ia tirar pra reunião com a prefeitura, ficou quarta e sexta. Tem também o médico que vai no grupo [referindo-se ao nutricionista do Nasf], mede a pressão, pesa, mede a barriguinha assim pra ver se perdeu um quilinho (RDU7).

Tudo isso aí que o cravo falou e violeta, lá no Nestor também acontece o grupo uma vez por mês, afere a pressão, pesa, mede a glicose, glicemia, troca de receitas, o médico vai, os enfermeiros vão, agente de saúde também participa, são elas que estão a frente (RDU5).

Lá nas pedrinhas, o idoso tem a prioridade quando chega de ser atendido primeiro. Tem também o professor de educação física, a nutricionista, a que vai lá de vez em quando da FTC [referindo-se a estudantes de graduação]), eles estão sempre lá, sempre tem grupo trabalhando, fazendo reuniões, buscando. Mais uma coisa só para salientar, eles também fazem as visitas quando os idosos tão doente acamados e nós agradecemos muito (RDU3).

O atendimento domiciliar o médico vai, inclusive vacina, se o paciente idoso não pode se locomover o médico vai ao domicílio. Também tem o serviço assim satisfatório para o idoso, tem o dia do atendimento que é segunda-feira, na sexta é do hipertenso e diabético, que geralmente é idoso também (RDU4).

Quando o idoso não pode ir ao até posto né? O posto vai até o idoso [referindo-se a visita domiciliar] (RDU2).

A mesma coisa que um fala da sua unidade, é de todos porque parece que anda assim [fazendo movimento circular com o braço] não é? [risos] a mesma coisa que tem em um tem em todos (RDU6).

As falas acima reiteram a confirmação de que as ações desenvolvidas na ESF, na atenção ao idoso, são contempladas na programação geral das ações e serviços voltados para a população adscrita à ESF, sendo destacada pelos idosos a atenção domiciliar, como possibilidade de ampliar acesso àqueles que apresentam dificuldade de locomoção.

O depoimento de RDU4, expressa sua satisfação pelo atendimento da ESF, destacando o período de semana típica destinado para a pessoa idosa. Seu discurso mostra o redirecionamento das práticas assistenciais, que antes limitavam-se à assistência materno-infantil, justificada pelos elevados índices de mortalidade, para a crescente demanda no número de pessoas idosas, observado com o fenômeno da transição demográfica vivenciado no Brasil nas últimas décadas.

Vale ressaltar que a semana típica, que orienta o processo de trabalho da equipe da ESF, deve ser ordenada pela atenção a grupos populacionais em detrimento do atendimento por programas assistenciais verticalizados garantindo a integralidade no cuidado às populações humanas. Assim, além de um turno específico de atendimento, em observância ao *Estatuto do Idoso* deve-se garantir o direito à prioridade, independentemente do período definido na semana típica da unidade de saúde, situação que ecoa nos depoimentos dos idosos, como característica presente no contexto da ESF do município caso.

O depoimento de **RDU6**, a nosso ver, pode ser considerado resultado do esforço empreendido pela DAB para sistematizar a assistência na APS, dado observado na análise documental.

Diante do exposto, as práticas de promoção da saúde e de prevenção voltadas para o contexto do envelhecimento, mencionadas nos depoimentos acima, constituirão objeto de análise da subcategoria que se segue.

5.3.2 Práticas globais de promoção e prevenção voltadas para a saúde da pessoa idosa

Esta subcategoria demonstra o papel dos gestores e executores no planejamento e na programação de ações de caráter coletivo destinadas à atenção à saúde da pessoa idosa, tendo, no cuidado às patologias e às condições crônicas, uma questão crucial na promoção do envelhecimento bem-sucedido e na prevenção dos agravos à saúde. A observância sobre a análise documental empreendida no município estudado evidencia haver um esforço para a sistematização da Atenção à saúde do idoso, no que constam: plano municipal de saúde, programação anual e relatório de gestão. Assim como, na instituição da área técnica, vinculada à DAB e na elaboração do protocolo municipal para orientação dos profissionais de saúde no atendimento a pessoa idosa na APS, sinalizados na linha do tempo (Figura 5). Deste modo, é favorecida a proposição de ações em consonância com as diretrizes das políticas nacionais de promoção da saúde e voltada ao envelhecimento humano. Essas ações se revelam nas falas citadas dos sujeitos entrevistados:

As ações voltadas à pessoa idosa na atenção básica são: ações de promoção e prevenção das doenças, ênfase nas questões de hipertensão e do diabetes voltados a essa população. As campanhas do dia “D” do idoso, essas campanhas tem sido um marco importante no município, onde há uma integração de todos os serviços voltados para o idoso, desde a vacina, atividade educativa e física que tem a contribuição dos profissionais do Nasf, ações com os familiares, com os cuidadores (EG1).

Existem os **grupos** voltados para as pessoas idosas, existe também **consultas** destinadas às pessoas idosas, através dos grupos educativos e da demanda organizada, geralmente a pessoa idosa também tem algum problema de saúde como hipertensão, como diabete. A parte de odontologia também, trabalho educativo voltado para a saúde bucal do idoso e atendimento individual e coletivo pelo enfermeiro, pelo médico e também pelo odontólogo, a parte de odontologia é a parte de saúde bucal. Também o pessoal do Nasf que dá apoio matricial a essa população, voltando a afirmar que é um dos grandes colaboradores. Atendimento individual, grupos voltados para o envelhecimento saudável e ativo, para a promoção desse envelhecimento saudável e ativo, imunização, visitas domiciliares, etc. Assim, a priorização de tá colocando na frente das outras, respeitando o estatuto do idoso, colocando ele na frente nas consultas, respeitando o estatuto do idoso (EE6).

Nesses discursos dos entrevistados, nota-se o caráter coletivo e individual das ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional da ESF e do Nasf no município caso. No que tange às ações coletivas de promoção e prevenção, a ênfase é para as DCNT, por exemplo, a hipertensão, o diabetes e o câncer,

coadunando-se com as políticas nacionais, pontuando a questão do incentivo de práticas saudáveis voltadas para a alimentação e a atividade física, ressaltando a importância do apoio do Nasf para o desenvolvimento dessas ações e da contribuição dos idosos para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de maneira que suas vidas sejam menos comprometidas pelas patologias crônicas, como nos ensina Veras (2003).

Contudo, o olhar sobre a doença ainda enovela o cenário do cuidado à pessoa idosa. A prevenção das DCNT, em que pese a carga epidemiológica, aparece nos discursos dos gestores e ecoa nos dos trabalhadores de saúde. Assim, a longevidade surge como fator que expõe os indivíduos por um tempo mais prolongado às condições crônicas, o que resulta no aumento da demanda de cuidados de longa duração e, conseqüentemente, na maior utilização dos serviços de saúde, como salienta Camarano (2010). Logo, estabelecer a ligação entre doenças crônicas e longevidade, pareceu algo natural para esses sujeitos, de modo que a concepção do modelo assistencial assenta-se nos paradigmas da PNSPI, podendo ser destacado como a principal contribuição da ESF no redesenho da atenção a saúde da pessoa idosa no SUS.

Diferentemente das práticas assistenciais voltadas para a pessoa idosa, aquelas relacionadas a intervenções globais de promoção e prevenção não apresentam o “molde” clínico, mas devem ser pensadas quanto ao conteúdo, ao tipo de abordagem metodológica e, frequentemente, acontecem em grupos educativos. O apoio dos profissionais do Nasf revela-se promissor no incentivo à autonomia e à capacidade funcional, com orientações específicas para esta faixa etária, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido.

São desenvolvidas ações de promoção, atividades educativas, principalmente voltadas para as doenças mais comuns nessa faixa etária, especialmente a hipertensão e a diabetes. Além das atividades de promoção e atividades educativas, atividades físicas também são desenvolvidas pelos profissionais do Nasf, orientação de alimentação saudável, são realizadas consultas médicas, de enfermagem e assistência odontológica que é realizada também nas unidades básicas, com objetivo de estar controlando as doenças já instaladas e está possibilitando uma vida mais saudável a essas pessoas (EG2).

Atividade educativa e também a de reabilitação em grupo. No dia-dia do atendimento da unidade tem o educador físico, da nutricionista, da psicóloga, do farmacêutico. É feita também a Feira de Saúde, o próprio dia do idoso onde são feitas atividades voltadas para o idoso, e até outras atividades em que, não é exclusivamente do idoso, mas que acaba abrangendo também, quando você faz atividades voltadas para o câncer,

então a gente sabe que tem uma grande quantidade de idosos que sofrem desse mal (EE1).

Cabe ressaltar que, apesar da abordagem clínica observada na subcategoria anterior, em algumas modalidades cuidadoras na ESF, o encadeamento da lógica de organização das práticas de promoção e prevenção observadas, a nosso ver, contempla as recomendações das políticas nacionais de promoção da saúde e do envelhecimento. No entanto, o modo eventual como aparecem as atividades específicas para o idoso (Feira de Saúde e Dia D), nos inquieta, pois nos questionamos sobre o impacto desta abordagem na melhoria da qualidade de vida daqueles que são atendidos pela ESF. Assenta-se aqui nossa indagação no que se refere à avaliação, tendo em vista o distanciamento temporal entre esses eventos.

Logo, as discussões entrelaçadas por esta categoria proporcionaram uma compreensão mais abrangente da política, dando-lhe uma configuração e uma identidade global necessárias para avaliar o grau de implementação da PNSPI e identificar a necessidade de avaliação de determinados “pontos” na trama estabelecida entre a sua teoria (modelo lógico) e sua prática, num sistema municipal de saúde.

5.4 REDE DE PROTEÇÃO DO DIREITO DA PESSOA IDOSA VERSUS ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE

Depois de observar o papel da ESF na (co)ordenação da atenção à saúde da pessoa idosa, ampliaremos, nesta categoria, o processo de exploração – também denominado, em inglês, *scouting* (em português, ‘verificação prévia’) – referente à etapa do EA, para compreender como se entrelaça neste contexto, a rede de proteção do direito da pessoa idosa, tendo como foco o componente da intersectorialidade na implementação da política no contexto da ESF.

Por meio da revisão da literatura referente ao contexto nacional, observamos a implantação de dispositivos jurídicos importantes, cujo objetivo é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, ampliando as políticas de proteção ao envelhecimento em nosso país, principalmente com a publicação do *Estatuto do idoso*.

O *Estatuto do idoso* estendeu a rede de proteção social à população idosa para além do setor da saúde, por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, num somatório de esforços coletivos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e da sociedade em geral (BRASIL, 2003a; MOIMAZ et al., 2009).

Entendemos que a rede de proteção social de direito da pessoa idosa no município cenário deste estudo, assumiu uma configuração *protetiva* a partir da implantação do *Programa Vivendo a Terceira Idade*, em 1997, e mais concretamente com a criação do Conselho Municipal do Idoso. A lei municipal n. 1.249/2004 instituiu o citado conselho, destacando a responsabilidade de gestores e da sociedade civil de promover a participação cidadã dos idosos e de difundir a rede de proteção social do direito da pessoa idosa, na articulação com diversos serviços: saúde, educação, assistência social, ministério público, delegacia da mulher, cultura, esporte, lazer e moradia. Para a composição deste conselho, foi definida uma vaga para representante titular e suplente da Secretaria Municipal de Saúde, além de outros representantes do governo e do segmento de usuários, constituídos de maneira paritária, ampliando o debate das políticas públicas, numa perspectiva de fortalecimento da intersectorialidade e do controle social. Também foi incentivada a participação popular no planejamento e na programação de ações de saúde numa estratégia dialógica e com o protagonismo da pessoa idosa na implementação das políticas públicas voltadas para o envelhecimento populacional no município.

Essa realidade encontrada no município pode ser a geradora de condições favoráveis para o estabelecimento de intervenções intersectoriais pela ESF e também possibilita reconhecer, em seu território a existência de dispositivos sociais como o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o Conselho Municipal do Idoso, Ministério Público e o Programa da Terceira Idade. Desta forma, amplia a resolubilidade das demandas que extrapolam a governabilidade dos profissionais de saúde.

No contexto da ESF, o suporte da rede de proteção de direito da pessoa idosa deve compor o espectro das ações da equipe, numa perspectiva de abordagem cidadã e emancipadora, tratando o idoso como cidadão de direitos. Esse direcionamento é difundido por Nogueira e Mioto (2007), ao salientarem que a intersectorialidade, como gestão das políticas públicas, possibilita um amplo intercâmbio de saberes, fazeres e vontades no enfrentamento de problemas

complexos, pois aproveita o potencial das estruturas institucionais existentes no território para a produção de resultados significativos no que diz respeito ao cuidado da saúde da população. Além disso, cabe ressaltar a função de caráter pedagógico dos profissionais da ESF, no sentido de proporcionar espaços dialógicos para a difusão de informações sobre os dispositivos da rede social de proteção dos direitos da pessoa idosa, instrumentalizando-a e os seus familiares no pleno exercício da cidadania.

Nesta categoria, o delineamento de duas subcategorias foi se constituindo no contexto dos depoimentos dos participantes. São elas, “**a rede de proteção do direito da pessoa idosa – limites e possibilidades na articulação com a estratégia *Saúde da família***” e “**mobilização social e conscientização coletiva, uma estratégia para consolidação da cidadania da pessoa idosa**”.

5.4.1 A rede de proteção do direito da pessoa idosa – limites e possibilidades na articulação com a estratégia *Saúde da família*

A PNSPI apresenta-se como uma proposta de grande envergadura, considerando a amplitude das ações sinalizadas por suas diretrizes, tendo na intersetorialidade um dos principais desafios que enfrenta para a constituição de uma rede efetiva de proteção dos direitos da pessoa idosa. Entendemos que a consolidação desta rede perpassa ações articuladas de caráter setorial que abarcam todas as políticas públicas que envolvem os direitos constitucionais deste segmento populacional.

Dentro desta concepção, identificar os suportes sociais no território da equipe e do município possibilita que os profissionais de saúde realizem uma intervenção mais ampla, como se percebe nos trechos a seguir:

Sim, a gente tem [referindo-se à articulação da equipe com a rede de proteção], a gente faz esse contato com a rede de assistência de proteção ao idoso, até porque foge da nossa área de atuação, não diria área de atuação, mas do nosso conhecimento mesmo (EE3).

Eu acho que ela se manifesta [referindo-se à rede de proteção do direito do idoso] mais claramente de forma mais intensa através das reuniões do conselho. Tanto das reuniões do conselho de saúde, como do idoso, que a gente tem representante da secretaria de saúde que participa dessa reunião do conselho do idoso e vice-versa. Existe um contato também do pessoal da secretaria de saúde com o centro de convivência do idoso, inclusive algumas atividades são planejadas e executadas de forma conjunta (EG2).

Sim, existe articulação, a gente tem o próprio programa da terceira idade, onde há uma parceria da secretaria de saúde aproveitando os grupos da terceira idade formados para desenvolver as ações educativas de promoção da saúde em conjunto com os educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf). A secretaria de saúde busca fazer um trabalho de forma integrada disponibiliza ainda um médico para atendimento na sede do Programa da Terceira Idade, além de fazer parte do conselho de direitos do idoso como membro efetivo, levantando algumas demandas, denúncias, para que a gente possa também fazer alguns encaminhamentos. E agora estamos fazendo uma parceria com o conselho para formar um curso de cuidadores para idosos, para que a gente elabore, juntamente com eles, um projeto em busca inclusive de recursos. Então, a gente tem se mantido em articulação com a rede de proteção ao direito do idoso (EG3).

Existe(m) alguns vínculos, inclusive assim, telefonemas, que no caso de idosos que são vítimas de violência doméstica, a gente liga e aciona e eles vão à busca (EE6).

Nesses depoimentos, percebemos a existência de uma articulação dos profissionais da ESF com a rede de proteção de direitos sociais da pessoa idosa, com o reconhecimento de limitação pela equipe no que tange ao campo de atuação, que extrapola os “muros” do setor de saúde. Para tanto é necessário estabelecer relações de conectividade com esta rede, nesse caso devido ao vínculo proximal da ESF, o papel mediador e potencializador dessa relação é atribuído, ou pelos menos deve ser, principalmente a equipe multiprofissional.

Ainda sobre os depoimentos acima transcritos, outro elemento que amplia a discussão anterior refere-se à valorização dos conselhos municipais de saúde e idoso, destacando a participação da Secretaria de Saúde nesse fórum legítimo, constituindo um espaço permanente de deliberações propositivas que articulem as estruturas institucionais da rede proteção dos direitos das pessoas idosas no enfrentamento de problemas complexos vivenciados por esse segmento populacional, especialmente no combate à violência e aos maus tratos.

Outro aspecto que se observa na fala de **EG3** diz respeito à proposição de um trabalho conjunto do CMI com a Secretaria Municipal de Saúde, estabelecendo parcerias para o atendimento médico no *Programa da Terceira Idade* e em projetos de relevância para essa população, propondo um curso de qualificação para cuidadores que atendem especialmente os idosos fragilizados que demandam uma assistência contínua para as atividades da vida diária.

Por um lado, ficam evidenciados, nos depoimentos, os contextos potencializadores e, por outro lado, o reconhecimento das fragilidades da articulação da rede de proteção de direito das pessoas idosas, no âmbito da ESF:

Eu vejo que essa rede referindo-se à rede de proteção do direito do idoso ainda tem muito o que avançar, o que a gente observa é que primeiro: existe um despreparo dos profissionais que trabalham, que lidam com o idoso e desconhecem essa rede. Já os que conhecem talvez no momento do atendimento não fazem o devido encaminhamento, por exemplo, encaminham para o conselho do idoso demandas do Ministério Público, então muitas vezes a própria equipe desconhece esse fluxo, que poderia facilitar o atendimento do idoso e a resolução do problema de forma imediata (EG1).

[...] assim a rede, a gente sabe que tem, agente já participou de cursos, mas não existe uma integração maior, não existe uma intersetorialidade nisso aí (EE2).

Fica evidenciada, na fala de **EG1**, a descrição de alguns dos fatores relacionados às fragilidades de articulação da ESF com a rede de proteção social do direito da pessoa idosa, a saber: primeiro, o desconhecimento da rede e segundo, o desconhecimento do fluxo de encaminhamento para as estruturas institucionais que compõem essa rede, pelos profissionais da equipe. Quanto ao primeiro fator talvez a lacuna se justifique pela rotatividade dos profissionais na ESF, já que **EE2** afirma que são oferecidos cursos pela gestão, conforme ainda aponta a análise documental. O segundo fator guarda relação direta com o primeiro, pois, sem conhecer a rede, fica impossível seguir um fluxo correto de encaminhamento dos problemas identificados para a instância institucional que o resolva, fato que pode acarretar prejuízos para a pessoa idosa. Desse modo, acreditamos que a adoção de estratégias de acolhimento dos profissionais recém-contratados, com visitas *in loco* aos serviços de proteção de direito da pessoa idosa e encontros programados com uma frequência regular, propicie a aproximação dos profissionais que atuam na ESF com os que trabalham nesses serviços, de modo a promover a troca de informações e o fortalecimento da intersetorialidade.

Assim, o entendimento desses contrastes se mostrou fundamental para a compreensão da rede de conexões que envolvem as intervenções inseridas no contexto da ESF, na defesa dos direitos sociais da pessoa idosa, lançando um olhar sobre os limites e as possibilidades do desenvolvimento de práticas de cuidado que sejam, ao mesmo tempo, integradoras e emancipadoras deste segmento populacional.

5.4.2 Mobilização social e conscientização coletiva, uma estratégia para consolidação da cidadania da pessoa idosa

Na perspectiva do protagonismo da pessoa idosa, identificamos, nos depoimentos dos usuários, uma enunciação de luta em defesa dos seus direitos, com valorização da participação popular nos conselhos setoriais como instrumento de mobilização social, como observamos abaixo:

[...] eu volto, pesquisadora, a bater na necessidade de participação popular. Porque aí eu volto na educação, precisa educar o povo de que ele tem poder e que esse poder vai ser exercido quando ele participa dos conselhos de saúde. Essa participação acho que é essencial, porque quem sente a dor, como já dizia minha mãe, é quem geme. O idoso é que vai saber das suas necessidades e outra coisa também que eu acho que precisa, além dessa participação popular, é cada um ter a coragem de chegar na sua unidade de saúde, chegar no seu trabalho específico do centro de referencia do idoso e colocar o problema e falar ó gente - tá acontecendo isso e a gente precisa que alguém dê o primeiro passo pra que aconteça e só vai, a partir do momento que tiver a iniciativa (RDU5).

Cada um de nós que atuamos em vários setores, colocar na mente das pessoas pra ter consciência e cobrar os seus direitos, por exemplo, a gente sem saúde não tem alegria pra nada, a gente pra ter saúde, pra ter uma qualidade de vida precisamos ter saúde. Então, a gente colocar na mente de cada pessoa se cada um tomar consciência que precisa lutar pelos seus direitos, que é ter uma saúde de qualidade, uma vida saudável, é a gente lutando, cobrando, não ficar de braços cruzados esperando alguém por a gente, ou seja, temos que ter responsabilidade e consciência (RDU8).

Na óptica dos usuários, perde-se a visão do idoso como uma pessoa pacata, subserviente, que aceita tudo sem reclamar, apresentando-se uma outra, a do cidadão que conhece e reivindica seus direitos sociais, que é atuante, crítico, caracterizando o empoderamento para um *viver-envelhecer* bem-sucedido com autonomia e dignidade.

Assim, entendemos, por meio da literatura analisada, que a ampliação dos direitos sociais da pessoa idosa, ocorrida através da publicação do estatuto e do amplo debate ocorrido na sociedade quando de sua divulgação, pelos meios de comunicação, constituiu-se em um fato precursor da luta em defesa deste grupo populacional, socialmente vulnerável. Contudo, a nosso ver, a dívida do Estado brasileiro com esta parcela da população ainda é muito elevada, considerando o descompasso entre a organização das políticas públicas, frente ao processo acelerado de envelhecimento populacional vivenciado.

Assim, a divulgação do *Estatuto do idoso* e, principalmente, sua aplicação

caracterizam um tema permanente para ações educativas junto a essa população E, considerando a proximidade dos profissionais da ESF, com o idoso e sua família, a mobilização social para este tema, deve está presente na práxis cuidativa da equipe, constituindo espaços dialógicos para o exercício do controle social, principalmente os já instituídos no município estudado, que são os conselhos locais de saúde.

Outro elemento surgido nos depoimentos dos sujeitos trata do protagonismo da pessoa idosa, por exemplo, neste trecho de uma fala de **RDU5**: “Essa participação, acho que é essencial, porque quem sente a dor, como já dizia minha mãe, é quem geme. O idoso é que vai saber das suas necessidades”. Esta fala, ao reconhecer e enfatizar o papel proativo da pessoa idosa, posiciona-a como agente influenciador das transformações necessárias para o atendimento de suas necessidades. Neste contexto, a ênfase está na abordagem do idoso, pelos profissionais da ESF, em sua multidimensionalidade ou seja, essa deve ser a sua premissa, pois as ações planejadas pela equipe devem ser efetivas e transformadoras da realidade social encontrada, na perspectiva de promover o *envelhecimento ativo-cidadão*.

A necessidade de uma conscientização coletiva da sociedade surge nos depoimentos dos idosos, quase como uma conclamação, numa forma de chamar a todos, independentemente da área de atuação, à responsabilidade e comprometimento na luta em defesa dos direitos sociais da pessoa idosa, numa ação conjunta reivindicatória por um viver digno e com melhoria da qualidade de vida, sendo o resultado desta luta proporcionar o pleno exercício da cidadania pelos idosos e por toda a sociedade. Assim, numa mobilização social coletiva do pensar, do fazer, do ser-si e estar-se *envelhecete*, o que abre discussões na ampliação das políticas, no enfoque da *discussão-avaliação-reavaliação* quanto os (des)caminhos da implementação da PNSPI nos *multiversos* contextos municipais, em destaque o município caso. Neste particular, a categoria que segue lança luz sobre este contexto e, ao fazê-lo, atrai para o seu campo de magnetismo as que a precederam.

5.5 GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO-CASO

Como já mencionamos em parágrafos anteriores, o SUS pode ser considerado um vasto e promissor campo para a implementação de estratégias criativas e inovadoras de consolidação dos seus princípios, através da constituição de combinações tecnológicas ou modelos assistenciais.

Diante dos inúmeros desafios que lhe são impostos, indubitavelmente, a formulação e a implementação de uma política de saúde que acompanhe a rápida transição demográfica vivenciada no Brasil pode ser considerada uma das mais desafiadoras tarefas, em virtude da limitação de recursos financeiros e do descompasso da formação de profissionais politicamente comprometidos com sua efetivação.

No âmbito do SUS, a PNSPI delineia eixos norteadores que devem subsidiar os gestores no planejamento de ações efetivas, que contribuam para uma atenção à saúde voltada para as especificidades deste segmento populacional e para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das futuras gerações.

Neste sentido, as diretrizes da PNSPI devem materializar-se no município, que sendo uma unidade federativa, passa a ter autonomia para formular políticas de saúde condizentes com sua realidade sociossanitária. O processo de construção de uma ação governamental, por sua vez, envolve relações de poder entre grupos, mobilizando múltiplos atores e interesses. Para Viana e Baptista (2008), a discussão dessas relações deve mediar-se pelo enfoque multidisciplinar ao alcance da compreensão da globalidade das dimensões inerentes ao estudo da abordagem de políticas públicas.

Isso demonstra que a análise de uma política pública, numa visão sistêmica, está intrinsecamente relacionada ao contexto sociopolítico em que se insere e que, compreender em profundidade as interfaces das partes ou fases do *policy cycle* constitui, ao que nos parece, o cerne do EA proposto como objeto do estudo relatado nesta dissertação.

Neste contexto, a avaliação das políticas de saúde, em especial a PNSPI, constitui eixo basilar para conduzir as ações governamentais dos *stakeholders*, na tomada de decisões oportunas, com racionalização dos recursos disponíveis (materiais e não materiais) e que respondam às necessidades desse grupo

populacional, com ênfase na promoção do envelhecimento bem-sucedido.

Para tanto, esta categoria emergiu das concepções dos gestores municipais quanto aos aspectos relacionados às configurações estruturais da PNSPI, no contexto do município-caso, fazendo insurgir a subcategoria intitulada: **“(des)caminhos da implementação da PNSPI no contexto municipal”**.

5.5.1 (Des)caminhos da implementação da PNSPI no contexto municipal

A abordagem sistêmica da PNSPI, adotada no estudo, permite-nos um olhar ampliado da sua inteireza, analisando, nesta categoria, a interação entre as *multiversas* fases do ciclo da política pública (*policy cycle*), contextualizadas na realidade sociopolítica e na temporalidade do município caso.

Nesta categoria, trataremos das facilidades e dificuldades encontradas pelos gestores na consolidação da política no contexto municipal. Seguindo essa orientação metodológica, os sujeitos foram olhados do ponto de vista de suas intenções, motivações, de sua capacidade de gerenciamento, inseridos nas estruturas organizacionais que compõem a gestão do sistema municipal de saúde. Esta categoria estabelece uma relação recursiva com os eixos categóricos que a antecederam, enlaçando os princípios de interdependência das partes e do todo.

Tal abordagem nos leva a compreender as relações dialéticas de conectividade entre o sistema (macrocontexto) e os subsistemas (microcontexto da ESF) no encadeamento das ações de implementação da PNSPI, caracterizada como sistema aberto-conceitual, em virtude dos atributos de seu conteúdo, ou seja, a relação dual que estabelece, de troca entre o ambiente interno e externo, por meio de inter-relação entre seus sistemas (BERTALANFFY, 2010).

Essa dinâmica das relações determina os “pontos” de entrelaçamento entre a teoria (modelo lógico) e a prática. No modelo lógico adotado pela Política Municipal Saúde do Idoso (Figura 6), as partes que se correlacionam com as dimensões da política neste estudo foram assim definidas: gestão, práticas assistenciais na APS voltadas para as especificidades da pessoa idosa, educação permanente, participação popular e controle social, tendo como foco o processo que, por sua vez, delinea a configuração institucional e, conseqüentemente, estabelece a plausibilidade dos resultados encontrados.

Logo, a configuração de uma dada política, baseia-se nas ideias e valores de uma autoridade política, as quais permeiam e conduzem a tomada e a execução das decisões na formulação de políticas, partindo de uma demanda social (OPS/CPPS, 1975). Como enunciam os gestores nos seus depoimentos:

Primeiro, acho que a vontade política, de fazer com que a política para essa população venha acontecer de forma efetiva e eficaz, já que a gente vê que em muitos municípios não tem discutido essa problemática da população idosa e através até de conferências que o município já executou. Então acho que isso aí chama a atenção para os profissionais para os gestores, para trabalhar nessa população. Eu acho que tem também a questão da tendência da transição demográfica, do aumento da população idosa, Conquista não é diferente dos outros municípios do Brasil, o aumento da expectativa de vida, já é uma situação que tanto o governo estadual e municipal devem está atento para essa problemática e trabalhar com as demandas dessa população (EG1).

Eu acho que a mudança do perfil demográfico, dos país e do município de Vitoria da Conquista, especificamente da população idosa. Então eu acho que a necessidade da política sempre existiu, mas com o aumento da população idosa ela tem surgido como um necessidade emergente que precisa ser colocada em pratica em todos os municípios (EG2).

Eu creio que o ponto de partida foi a decisão política do gestor municipal, o prefeito, por entender e ver o idoso como parte de todo esse cenário, que deveria ser tratado com respeito e com dedicação. Então foi se dispondo dentro da gestão municipal, não só da secretaria de saúde, mas em outras áreas principalmente na secretaria de desenvolvimento social, equipamentos que pudessem está valorizando a pessoa idosa. A saúde integra essa rede de proteção ao direito do idoso desde 1997, fazendo parte da implantação da política municipal do idoso (EG3).

Nos depoimentos acima, inicialmente, observamos que a questão da “vontade política do gestor municipal” surge como um dos agentes desencadeadores do processo de implementação da PNSPI no município. Esse direcionamento se reflete na linha do tempo (Figura 5), quando notamos o encadeamento de ações importantes para a estruturação da rede de proteção de direitos da pessoa idosa, no período do mandato da primeira gestão do atual prefeito (gestão 1997-2000), levando-nos a inferir a importância do perfil do gestor que as conduz para a formatação e a execução das políticas públicas. Esse aspecto implica no desenvolvimento de valores individuais relativos à questão do envelhecimento, o que nos leva a entender que o gestor municipal considera o tema como prioridade na agenda das políticas públicas, em especial das ações de desenvolvimento social e saúde. Viana e Batista (2008) corroboram este entendimento quando afirmam que a etapa de implementação de uma política está sujeita a variações devidas ao perfil dos “tomadores de decisão”, tornando possível novas formulações e decisões, num

processo cíclico permanente, contribuindo para a sua efetivação a nível local.

Ainda no depoimento de **EG1**, ressalta-se a dimensão da participação dos idosos na formulação das políticas no município, através das conferências e de sua influência na definição das agendas governamentais. As conferências constituem espaços legítimos de participação e controle da sociedade sobre a gestão das políticas públicas. Neste aspecto, observamos, através dos recursos utilizados para a coleta de dados, o alinhamento da gestão municipal ao cronograma nacional das Conferências dos Direitos da Pessoa Idosa, realizando, em seu território, a etapa municipal das conferências. Portanto, revelando o comprometimento político, voltado para a valorização da participação popular na construção de uma gestão democrática.

O depoimento de **EG3** demonstra o conhecimento dos gestores sobre toda a rede de proteção de direitos sociais da pessoa idosa no município e seu caráter intersetorial, não restrito ao setor da saúde. Fica evidenciado, como foi destacado em sua fala, que “a saúde integra essa rede de proteção ao direito do idoso [...] fazendo parte da implantação da política municipal do idoso”, sendo considerada complementar na estrutura institucional do município.

Os depoimentos de **EG1 e EG2** nos direcionam para outro aspecto motivacional da implementação da política: a mudança no perfil demográfico. Essa percepção dos gestores revela o conhecimento sobre o fenômeno vivenciado pelo país, nas últimas décadas, e que demonstra preocupar particularmente os gestores. O aumento do número de idosos que procuram os serviços de saúde sinaliza a necessidade de *pensar-agir* sobre a implementação de políticas voltadas para absorver esse crescimento do grupo populacional. Logo, perceber esse problema nos parece tornar profícua a sua implementação no cenário local.

O conhecimento das motivações dos gestores na implementação da PNSPI – mostrar seu poder político –, ficou evidenciado nos enunciados dos sujeitos: foram elencados momentos vivenciados na configuração do modelo de atenção à saúde do idoso, sendo enfatizado o poder técnico utilizado para operacionalização das ações. Este dado é destacado por Testa (1995), ao enunciar a organização da gestão no imbricamento relacional dos sujeitos, enquanto poder versus prática, e os sujeitos enunciam:

A organização da saúde do idoso aqui, especificamente na atenção básica, a gente observa que teve altos e baixos. Então assim, a gente teve alguns momentos de avanço, no momento de elaboração do protocolo de saúde do idoso no município, que foi um momento muito importante. Depois o momento de implantação deste protocolo nas unidades de saúde, marcado pela discussão com os profissionais deste protocolo. Um outro momento foi o momento de distribuição da caderneta do idoso em todas as unidades básicas de saúde do município. Tudo isto com a instituição da área técnica, antes disto já era desenvolvidas algumas ações, mas não eram muito sistematizadas (EG2).

[...] ainda dentro da reforma administrativa da secretaria uma área específica para o idoso de forma oficial, dentro da própria organização da atenção básica a questão do idoso sempre foi tratada como prioridade, até porque desde 97, no primeiro mandato do gestor atual, alguns grupos populacionais foram tratados como prioritários como criança e também o idoso. Então desde o início foram pensadas ações como: criação do grupo da terceira idade, com enfoque nas atividades educativas; dentro da secretaria de saúde, foi instituída uma área técnica pensando no protocolo de atenção ao idoso nas unidades básicas de saúde, numa tentativa de criar uma rede de proteção e atendimento aos idosos e dentro da secretaria de desenvolvimento social agente teve ainda, o conselho de direito, que foi a criação do conselho do idoso. Então agente perpassa pela vontade política do gestor de dentro do município está fazendo esta implantação, visando dar uma atenção integral ao idoso (EG3).

Para explicitar os depoimentos acima, os momentos marcantes em relação à implantação da política de saúde do idoso no município, passamos a enumerá-los, numa ordem estabelecida pelas entrevistas e pela análise documental realizada:

A instituição da área técnica de saúde do idoso, foi um momento que ficou evidenciado nas falas de **EG2** e **EG3**. A instituição da área técnica foi definida a partir do ano de 2007, estando vinculada à então Coordenação da Atenção Básica (CAB) e atualmente, com a aprovação do novo organograma de Secretaria de Saúde, ligada a DAB. A área técnica é constituída por um profissional de saúde, responsável pelo planejamento e pela programação das ações relativas à sistematização e atenção à saúde da pessoa idosa na APS, constituindo o elo com outros serviços do Sistema Municipal de Saúde, assim como com outros setores constituintes da rede de proteção do direito da pessoa idosa, inclusive sendo o representante da secretaria de saúde no Conselho Municipal do Idoso.

A elaboração e implantação do Protocolo municipal de atenção à saúde do idoso na rede básica foi destacada no depoimento de **EG2**. Segundo este, a participação dos profissionais de saúde, na discussão dos seus conteúdos, fato que a nosso ver, pode contribuir para promover a corresponsabilização dos profissionais na gestão cuidado da pessoa idosa, evidenciando uma abordagem metodológica participativa e não prescritiva do protocolo. Como vimos, longe de ser prescritivo, o

protocolo direciona o olhar dos profissionais para as especificidades do envelhecimento, instrumentalizando-os para uma abordagem multidimensional, com ênfase na autonomia e na capacidade funcional, contribuindo para o viver-envelhecer bem-sucedido.

O terceiro momento muito importante foi a **implantação da *Caderneta da pessoa idosa***, considerado um instrumento de extrema relevância para o acompanhamento da saúde da pessoa idosa pelos profissionais de saúde da ESF e pelo próprio idoso. Contudo, ficou registrado, na categoria relacionada denominada *Práticas assistenciais no contexto proximal da pessoa idosa* (seção 5.3.1) que esse instrumento teve pouca aderência à “rotina” dos profissionais da ESF, chegando a constituir um impeditivo na promoção da gestão compartilhada do cuidado.

Os momentos de gestão da PNSPI se constroem num encadeamento de decisões, partindo do reconhecimento das demandas advindas do fenômeno do envelhecimento populacional. Essas decisões foram instituídas na gestão municipal através dos instrumentos de planejamento e avaliação, citadas nos depoimentos dos gestores:

Existe o plano municipal de saúde, que contém as ações voltadas para essa política, e o relatório de gestão, que é uma ferramenta importante, para avaliar o que foi programado, se foi executado ou não. E, é importante falar que a construção e elaboração dessas ferramentas tem o respaldo do conselho municipal de saúde, onde todo o relatório de gestão é discutido e avaliado pelos os conselheiros. Este ano, está sendo utilizado, foi elaborado um questionário pela área técnica saúde do idoso, que vai ser aplicado em boa parte das unidades de saúde, com os profissionais de saúde para avaliar a sistematização do cuidado na Atenção Básica. Este questionário foi elaborado baseado nas propostas estabelecidas no protocolo de saúde do idoso e vai está avaliando como estão sendo desenvolvidas as ações aqui nas unidades básicas de saúde (EG1).

Olha os instrumentos utilizados para o planejamento, agente utiliza o relatório de gestão do ano anterior, sempre avaliando as ações que foram planejadas e as ações que foram realizadas de acordo com o Plano municipal de saúde e a programação anual. A programação anual tem como linha geral o Plano municipal de saúde, as ações que foram definidas para esta área específica, a saúde do idoso (EG2).

Os instrumentos que nós utilizamos, são os instrumentos também de gestão, que são utilizados por todas as áreas que são: a programação anual de saúde e o relatório de gestão. Dentro da área técnica de saúde do idoso tem alguns instrumentos próprios, como a aplicação do próprio protocolo, a caderneta do idoso e os conselhos locais de saúde (EG3).

Os instrumentos de planejamento e de avaliação citados demonstram, de maneira inequívoca, a inclusão da saúde do idoso como prioridade da gestão

municipal, com a descrição de objetivos, de ações e a indicação dos responsáveis pela implementação da PNSPI. Entretanto, não foi observada neles uma destinação de recursos financeiros exclusivos para as ações planejadas. Sobre isto, inferimos haver necessidade de alocação discriminatória do orçamento por partes, pois, pelo menos na pesquisa realizada para este estudo, não foi mencionada uma destinação específica para a área técnica de saúde do idoso no componente da totalidade dos recursos definidos para o bloco da atenção básica.

Os gestores abordaram, em seus discursos, as facilidades e dificuldades encontradas na implementação da PNSPI (Quadro 5), levando-nos a construir um quadro de sistematização como recurso facilitador da compreensão dos elementos envolvidos na operacionalização da política. Vale ressaltar que não há uma correlação entre os conteúdos das colunas. A ordem emergiu a partir da análise das falas dos gestores.

Quadro 5 - Facilidades e dificuldades na implementação da PNSPI no âmbito municipal

Facilidades	Dificuldades
“[...] a criação do conselho do idoso [...]” (EG1)	“[...] uma equipe de profissionais, na Diretoria da Atenção Básica insuficiente para poder está acompanhado de perto cada programa [...]” (EG2)
“[...] sensibilidade da gestão e a participação popular [...]” (EG2)	“[...] A rede existe, mas a rede não dialoga (referindo-se a rede de proteção social do direito da pessoa idosa). Além disto, existe pouco conhecimento sobre a rede de proteção por parte dos profissionais de saúde e como funciona [...]”(EG1).
“[...] gestor sensível com a questão do envelhecimento saudável [...]” (EG3)	“[...] dificuldade muitas vezes de você sensibilizar o profissional para a questão da tema do envelhecimento, para entender o idoso como um ser integral, que tem as necessidades muito além de apenas um medicamento, uma prescrição de anti-hipertensivo, um hipoglicemiante oral,[...]” (EG3).
“[...] existência da área técnica de saúde do idoso e existência do protocolo[...]” (EG3)	“[...] questão da educação permanente que agente colocou também como uma dificuldade que não é feita na rotina [...]” (EG2)
“[...] consonância da política municipal com a política nacional do idoso [...].” (EG3)	“[...] abordagem do idoso abrange não só o idoso, mas a família e no momento da sobrecarga das equipes, o que os profissionais trazem é que o tempo é pouco para atender bem o idoso [...]” (EG1)
“[...] comprometimento dos gestores em estar implementando essa política dentro dos diversos níveis de atenção [...].” (EG3)	“[...] falta de financiamento [...]” (EG1)

Fonte: Elaboração da autora (2013)

As facilidades e dificuldades apontadas dizem respeito às condições estruturantes e ideológicas para operacionalização da PNSPI e guardam relação com o poder técnico e com o político exercido pelos tomadores de decisão. Observamos que as dificuldades mencionadas demonstram conhecimento aprofundado da realidade prática da política pelos gestores que consideraram a necessidade de implementação de uma política de educação permanente voltado para a saúde do idoso e divulgação da rede de proteção dos direitos sociais em consonância com as diretrizes da PNSPI. Outros elementos observados nas falas dos sujeitos referem-se a questões de macrocontexto da política, como as limitações impostas pelo subfinanciamento do SUS, fato difundido na ampla literatura nacional.

Já as facilidades apontadas, a nosso ver, podem ser potencializadoras de mudanças que se fizerem necessárias, tendo em vista o caráter dinâmico do ciclo da política e a importância do perfil dos gestores, neste caso particular, da gestão municipal. Logo, operacionalizar uma política com sistemas pluralísticos, como é o caso da PNSPI, é um processo complexo. Certamente, a análise das ponderações advindas do EA, deve adicionar elementos de avaliação para possíveis ajustes. Neste sentido, o EA se mostra como uma ferramenta importante para subsidiar os gestores na tomada de decisão.

A supervisão, ou apoio institucional da gestão no acompanhamento da implementação da política, constitui parte do processo vivenciado na práxis da atenção a saúde da pessoa idosa no município-caso. Os relatos abaixo referem-se à experiência dos gestores com a supervisão institucional da assistência à pessoa idosa:

Então, era o protocolo, que agente perguntava os profissionais se tinham conhecimento e se tinham recebido o protocolo e da caderneta, como é que estava essa situação na unidade. Primeiro se tinha conhecimento dessa caderneta porque muitos profissionais eram novos também, se tinham conhecimento, se sabiam da importância. Aí agente utilizava o próprio prontuário da equipe para registro da supervisão (EG1).

A supervisão da assistência da pessoa idosa, do programa de atendimento ao idoso, como os demais programas da que são desenvolvidos na atenção básica, é realizada pelos apoiadores institucionais aqui da secretaria de saúde e pelo responsável pela área técnica de saúde do idoso, que faz o acompanhamento através de visitas in lócus nas unidades de saúde e através da participação também em reuniões que são promovidas pelas equipes e reuniões promovidas pelo nível central da secretaria (EG2).

Nos depoimentos acima, observamos uma lógica organizativa na supervisão das equipes da ESF pela gestão, destacando o papel dos apoiadores institucionais e

do responsável pela área técnica, assim como dos instrumentos de acompanhamento da saúde da pessoa idosa na APS. No nosso entendimento, esse momento é crucial para se averiguar o desempenho dos trabalhadores responsáveis pela execução da política, confrontando as intenções e deliberações expressas nos protocolos adotados, com sua materialização no cuidado produzido para a pessoa idosa no contexto da ESF. Ainda nessa fase, segundo Viana (1988), poderão ser identificadas ambiguidades e um certo grau de conflitos entre os atores envolvidos, sendo necessárias habilidades de negociação para conduzir a situação

Assim, a compreensão global da PNSPI no contexto do município-caso ampliou a compreensão do *policy cycle*, destacando seus aspectos contraditórios, sua não-linearidade, ordem e organização, marcando suas etapas, sobrepondo-as e entrelaçando-as, possibilitando-nos entrar no próximo eixo de análise, na validação da abordagem avaliativa adotada nesta investigação – o EA, no rigor do método científico.

5.6 ANÁLISE DA MATRIZ DE JULGAMENTO

Alcançamos esta etapa com um volume extraordinário de informações sobre as interfaces da implementação da PNSPI no contexto municipal. A triangulação dos dados obtidos na análise documental, nas entrevistas semiestruturadas e através da roda de discussão, como foi descrito na cartografia (Figura 7) possibilitou uma análise sistemática da política, na sua teoria e na prática, como etapa preliminar para se justificar uma avaliação extensa, como afirma Lima e Silva (2008).

Esta etapa do EA permitiu-nos identificar os objetivos da política, bem como delimitar o perfil de seu público-alvo, observando que as opiniões dos gestores quanto a esses elementos, corroboraram os dados obtidos nos documentos técnicos (protocolo municipal e instrumentos de gestão). Neste momento, a participação da equipe técnica da DAB do município foi fundamental, pois o envolvimento dos interessados pela avaliação nos pareceu levá-los a certo grau de comprometimento com o estudo, sendo esta uma necessidade implícita para a realização da análise de *avaliabilidade*, ensinamentos trazidos por Leviton et al. (1998).

A participação dos técnicos da DAB culminou com a elaboração do modelo

lógico da política municipal de saúde do idoso. O desenho elaborado se originou de uma imagem-objetivo explicitada pelo levantamento documental e das entrevistas com os gestores, ambos relacionados à sistematização da atenção ao idoso na APS.

Como já mencionamos, o desenho do modelo lógico foi sendo aperfeiçoado no decurso da coleta de dados. A primeira versão do desenho do modelo lógico apresentava o detalhamento das atividades, mas se mostrou limitado no estabelecimento de nexos de plausibilidade. No final da análise documental e das entrevistas, retornamos à equipe de técnicos, com outra proposta de desenho (Figura 7), que detalhava as dimensões das atividades descritas da política. Esse fato, parece-nos, está relacionado à complexidade e à interação das diferentes atividades que a execução da política prevê, exigindo uma revisão de modelagem, para explicitar de maneira inequívoca as inter-relações entre seus componentes, para que a análise de sua *avaliabilidade* revelasse os nós críticos de seu entrelaçamento na prática do cotidiano. Ressalte-se que o modelo lógico, apresenta uma limitação, quando se trata de representar os fatores contextuais, tendo em vista terem sido contemplados ao longo deste estudo.

Depois de reelaborado o modelo lógico, seguimos realizando o *scouting* da política, favorecido pelo direcionamento apontado no mapa cartográfico (Figura 5) e pela disponibilidade dos profissionais no desenvolvimento das etapas do estudo, sendo elaborada a matriz de julgamento, com descrição de dimensões, subdimensões e critérios de avaliação da implementação da PNSPI no âmbito municipal, conforme a Tabela 1, a qual demonstra a consolidação das respostas, com pontuação e médias que cada critério obteve após a avaliação realizada pelo comitê de especialistas:

O resultado da pontuação atribuída aos critérios pelos especialistas mostrou elevado grau de consenso, com resultado de desvio padrão de todas as dimensões inferior a 3, o que demonstra que houve coerência quando da elaboração dos critérios, com as diretrizes da PNSPI. Na dimensão gestão, a utilização de ferramentas de planejamento, foi considerada relevante para a avaliação da implementação da PNSPI pelo comitê de especialistas, que lhe atribuiu elevado grau de importância principalmente quando os objetivos, atividades e indicadores apresentam clareza de entendimento. Grau idêntico de importância foi dado à institucionalização da avaliação no acompanhamento dos indicadores relacionados à

atenção à pessoa idosa na APS.

Na dimensão *práticas assistenciais*, os especialistas atribuíram prioridade máxima à sistematização do cuidado, representada pela existência do fluxograma de atendimento do idoso na rede municipal, pela implantação do protocolo de atenção à saúde do idoso e pelas práticas educativas de promoção da saúde voltadas para o envelhecimento bem-sucedido.

Na dimensão *educação permanente*, a realização de cursos de capacitação nas especificidades do atendimento da pessoa idosa, ministrados aos profissionais da ESF, também foi considerada muito importante. Esse é um aspecto fundamental, tendo em vista o déficit da formação profissional na abordagem multidimensional das especificidades da pessoa idosa já discutida na análise de categorias.

Tabela 1 - Pontuação e média aritmética simples, segundo especialistas consultados sobre critérios para Avaliação da Implementação Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no âmbito municipal, 2013.

Dimensão	Subdimensão	Critérios	1	2	3	Média	Desvio	
Gestão	Planejamento	O Planejamento é utilizado na pratica da gestão da Atenção Básica	10	10	10	10	0	
		As ferramentas de planejamento apresentam Clareza dos objetivos, atividades e indicadores (acompanhamento)	10	10	10	10	0	
		O Planejamento tem enfoque estratégico	8	10	10	9,3	1,15	
		O planejamento é normativo	7	9	10	8,6	1,52	
		Existência de área técnica de saúde do idoso	7	10	10	9,0	1,73	
		Realiza Supervisão e acompanhamento da utilização do protocolo e caderneta do idoso	9	9	10	9,3	0,57	
	Avaliação	Existência de técnico específico na área de avaliação de indicadores de saúde	8	9	10	9,0	1,0	
		Institucionalização da avaliação- rotina na utilização da informação para planejamento	10	10	10	10	0	
	Práticas assistenciais na APS voltadas para as especificidades da Pessoa Idosa	Sistematização do cuidado	Organização do atendimento na UBS – existências na semana típica- turno de atendimento para o idoso	8	10	8	8,6	1,15
			Existência do fluxograma de atendimento do idoso na rede municipal	10	10	10	10	0
Implantação do protocolo de atenção à saúde do idoso			10	10	10	10	0	
Implantação da caderneta do idoso			10	9	10	9,6	0,57	
Praticas educativas de Promoção da Saúde			10	10	10	10	0	
Atendimento domiciliar ao idoso (programa de atendimento médico, internação domiciliar etc.)			9	10	8	9,0	1,0	
Avaliação multidimensional da pessoa idosa (utilização testes Mini-Mental, Barthel etc.)			9	10	10	9,6	0,57	
Educação permanente	Capacitação dos profissionais de saúde	Execução de cursos de formação para atenção ao Idoso envolvendo os profissionais da ESF	10	10	10	10	0	
		Divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais da APS	10	9	10	9,6	0,57	
	Integração Ensino-serviço	Integração com cursos de graduação em saúde das IES nas unidades de saúde da família (PET)	10	7	10	9,0	1,73	
		Desenvolvimento de pesquisas na área de envelhecimento	10	7	10	9,0	1,73	
Controle social e Participação Popular	Participação popular	Existência de conselho municipal do idoso	10	10	10	10,0	0	
		Divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para usuários	10	10	10	10	0	
		Existência de conselhos locais de saúde	10	7	10	9,0	1,73	
	Intersetorialidade	Existência de Articulação com a rede de proteção ao direito da pessoa idosa	10	10	10	10	0	
Sugestões								

Notas: (de esclarecimentos sobre períodos, circunstâncias, etc., se houver)

Fonte: Elaboração da autora (2013)

Por fim, na dimensão *participação popular e controle social*, foram consideradas consensuais e muito importantes, na formação da imagem-objetivo, a existência de Conselho Municipal do Idoso, a divulgação, junto aos usuários, da *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* e a existência de articulação com a

rede de proteção dos direitos sociais desse grupo populacional.

Logo, consideramos que a seleção das dimensões e subdimensões, pelo comitê de especialistas, guarda relação com as diretrizes da PNSPI, constituindo-se as escolhidas como “marcadores” de avaliação da sua implementação, em que pesem as limitações de generalização de um estudo de caso, dada a diversidade de contextos regionais. Por sua vez, a matriz de análise sugerida neste estudo é uma das possibilidades metodológicas em um processo avaliativo, podendo ser considerada como um dos produtos indicados para um EA e que, mesmo tendo sido formulada a partir do modelo lógico, pode ser possível que algumas das dimensões sugeridas “sejam inapropriadas, ou super- ou subestimadas”. Daí a importância da revisão e da validação dos critérios pelos interessados pela avaliação, como nos ensinam Alves et al. (2012).

Como vimos, a matriz de avaliação da implementação PNSPI, elaborada para este estudo de caso, permitiu múltiplos níveis de análise na investigação do objeto, contornada por uma realidade, explicitada através das multitécnicas de obtenção de evidência científica. O escore adotado baseou-se no utilizado por Souza, Silva e Hartz (2010). Seguimos a classificação do escore final, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Grau de implementação da PNSPI

Classificação	Escore final
Implementado	75-100%
Parcialmente implementado	50-75%
Incipiente	25-50%
Não implementado	0-25%

Fonte: Adaptado de Souza, Silva e Hartz (2010, p.113)

A aferição do grau de implementação, foi obtida a partir da memória de cálculo:

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida}}{\text{Pontuação máxima}} \times 100$$

Pontuação obtida = \sum de pontuação obtida em cada critério

Pontuação máxima = \sum de pontuação de cada critério

A análise da matriz reiterou os dados obtidos sobre a implementação da PNSPI, no município-caso, a partir da análise documental, das entrevistas semiestruturadas, da roda de discussão e da observação naturalística, demonstrando a assertividade na condução metodológica do estudo (Tabela 3).

Tabela 3 – Grau de Implementação da PNSPI no município-caso

Dimensão	Pontuação		% alcançado	Classificação
Gestão	8	6,0	75	Implementado
Práticas assistenciais na APS voltadas para as especificidades da pessoa idosa	7	4,5	64,2	Parcialmente implementada
Educação permanente	4	2,0	50	Parcialmente implementada
Controle social e participação popular	4	3,0	75	Implementado
Total	23	15,5	67,3	Parcialmente Implementada

Fonte: Arquivo do estudo, 2012.

A tabela 3 revela a necessidade de avaliação da implementação da PNSPI, quanto a suas práticas assistenciais na APS e quanto à educação permanente voltadas para as especificidades da pessoa idosa. Como já afirmamos, e a própria tabela síntese sinaliza, o perfil dos gestores e do processo de trabalho da gestão municipal torna favorável o cenário para as transformações necessárias para a efetividade de PNSPI no município, com a otimização dos recursos já instituídos, como a sala de situação, o protocolo municipal e a escola de formação de saúde da família.

Para finalizar as etapas do EA, após a análise da matriz de julgamento, estamos em condições de emitir algumas recomendações para o seu aperfeiçoamento. Para tanto sugerimos:

- a) elaboração de indicadores de acesso e acompanhamento da atenção à saúde da pessoa idosa na APS;
- b) inclusão do monitoramento dos indicadores de saúde do idoso na sala de situação;
- c) padronização, mesmo que mínima, da prática de supervisão da atenção à saúde do idoso na APS pelos profissionais da área técnica e pelos apoiadores institucionais, ponderando as principais subdimensões de cada dimensão, na elaboração de um *check-list* para estes;
- d) busca de estratégias de educação permanente (equipe matricial, outros) para atividades de capacitação dos profissionais de saúde na atenção básica voltados para o atendimento da pessoa idosa na APS;
- e) estabelecimento de rotina da avaliação multidimensional do idoso, com

ênfoque na preservação da capacidade funcional e na identificação dos mais vulneráveis por meio de marcador visual nos prontuários para elaboração de projetos terapêuticos singulares;

- f) instituição da visita nos serviços da rede de proteção de direitos da pessoa idosa para os profissionais recém-contratados;
- g) potencialização do uso dos espaços já instituídos (CLS, sala de espera, grupos educativos) para estimular a divulgação da PNSPI;
- h) busca de estratégias junto às equipes ESF e idosos, para a promoção da “cultura” do envelhecimento bem-sucedido;

Portanto, reafirmamos que a avaliação, considerada um dos estágios do ciclo das políticas públicas, deve ser uma atividade permanente durante o próprio processo de implementação, visando a alcançar os objetivos que justificaram as prioridades estabelecidas, potencializando ao máximo a eficácia e a eficiência conjunta da ação governamental proposta, como nos ensina Costa, Silva e Biasoto (2008), e também, como orientam Alves et al. (2012), a possibilitar a aquisição de conhecimentos sobre os mecanismos e sobre os processos da operacionalização da política e seu aperfeiçoamento de modo a diminuir a distância entre a sua teoria e prática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências que permitiram a construção do *corpus*, à luz do pensamento sistêmico, propiciaram ver-enxergar a Política Nacional de Saúde da Atenção a Pessoa Idosa (PNSPI), sob múltiplos ângulos e em multiversos contextos, ampliando a compreensão da inteireza e globalidade do alcance desta ação governamental de grande envergadura, através das intersubjetividades dos sujeitos envolvidos na sua execução no município-caso.

Iniciamos o estudo em meio a muitas inquietações, próprias do *ser* pesquisador qualitativo. Delas surgiram as perguntas que nos conduziram ao longo da nossa caminhada: Como a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa tem sido formulada e implementada no município-caso? Em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa implementada no município-caso, permite uma avaliação? Como tem sido desenhado o fluxograma de atendimento do idoso na rede de serviços do município-caso?

Com olhar fixo nessas questões, foram delineados os objetivos, para chegar o mais próximo possível de respostas compreensivas, as quais, neste estudo, foram finalmente alcançadas, enunciando a possibilidade da avaliação da PNSPI no município-caso.

Nossa jornada passou por trechos sinuosos de enfrentamento das dificuldades vivenciadas no campo da investigação científica. No entanto, a escolha do método qualitativo, direcionado pela abordagem sistêmica, constituiu a ferramenta essencial para o caminhar mais seguro no alcance do objeto do estudo.

O referencial teórico adotado de complexificação do pensamento sistêmico foi o ancoradouro no nortear a compreensão do estudo da avaliabilidade (EA) da PNSPI, no contexto do município-caso.

Na medida em que imergíamos no contexto municipal, para descortinar as interfaces do EA proposto nesta investigação, ficávamos convencidas da sua relevância e do acerto na abordagem metodológica de avaliação adotada, pois permitiu-nos compreender as *multiversas* fases do ciclo da política pública (*policy cycle*), contextualizadas na realidade sociopolítica e temporalidade de uma unidade federativa.

Neste percurso, recorrer às multitécnicas de coleta de dados, numa

abordagem cíclica e interativa, valorizou os aspectos subjacentes e desvelou as nuances da implementação da PNSPI, destacando-se, entre as técnicas, a roda de discussão, pela aproximação com os usuários idosos e o caráter pedagógico de divulgação da PNSPI.

No percurso de desvelamento do campo da investigação, muitos foram os momentos em que nos víamos totalmente imbricadas com o objeto investigado, levando-nos a uma atitude de diligência permanente, tendo em vista o viés avaliativo adotada no estudo.

O entrelaçamento dos instrumentos, da *multitécnica*, convergia para vislumbrar o contexto da implementação da PNSPI no interfaceamento entre o macrocontexto (municipal) e microcontexto (Estratégia Saúde da Família - ESF), aproximando-nos das multivariadas realidades vivenciadas pelo usuário, pelos gestores e pelos trabalhadores da ESF, realidades estas que pareciam muito conhecidas, mas que, no seu desenovelamento trouxe à tona, demandas particularizadas da gestão, da assistência e até da formação dos profissionais de saúde, relacionadas à atenção à saúde da pessoa idosa.

Assim, em um movimento de idas e vindas, com a sensibilidade e a humildade do *ser bricoleur*, motivadas pelas inquietações e pela clareza dos objetivos, fomos tecendo os múltiplos pontos de conexão da PNSPI, a partir da realidade empírica em face ao olhar dos sujeitos, o que foi possibilitado pelos encontros de discussões, pelos registros da observação naturalística, pela roda de discussão, pelos registros das respostas às entrevistas semiestruturadas oriundos do campo e dos documentos analisados. A tessitura da *multitécnica* convergiu para a triangulação dos dados, num *continuum*, ser-saber-fazer de idas e vindas à ação dialógica dos instrumentos. Estes foram cartograficamente desenhados até o alcance das unidades de análise em categorias e subcategorias, as quais foram delineadas em cinco eixos categóricos intitulados: múltiplos olhares sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável, política nacional de saúde da pessoa idosa: olhares convergentes e divergentes do usuário idoso, profissionais da ESF e gestores, estratégia *Saúde da família* como (co)ordenadora da atenção à saúde da pessoa idosa, rede de proteção do direito da pessoa idosa versus estratégia *Saúde da família*: desafios à intersectorialidade, gestão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa do município-caso e, por fim, a construção e análise da matriz de julgamento do EA, demarcados na trajetória da cartografia

metodológica do estudo.

A categoria **múltiplos olhares sobre o processo humano de envelhecer ativo e saudável** apresenta o envelhecimento humano tal como o veem os múltiplos sujeitos envolvidos na pesquisa. Sua análise revela que há uma tendência ao rompimento de estigmas e preconceitos relacionados à velhice. O idoso, nos discursos dos sujeitos, adota uma posição proativa na sociedade, reivindicando direitos sociais legalmente constituídos, num movimento de empoderamento desse grupo populacional. O reconhecimento da relevância de práticas saudáveis para o envelhecimento bem sucedido coaduna-se com as políticas nacionais de promoção da saúde e envelhecimento que, por sua vez, guardam relação do cuidado atrelado à doença, estabelecendo o desafio de mudança paradigmática de uma visão centrada na doença para aquela em que a pessoa idosa seja perspectivada em sua globalidade.

Esta categoria possibilitou identificar o idoso como autor na condução do fluxo de sua própria história, no protagonismo do exercício de cidadania.

A categoria **política nacional de saúde da pessoa idosa - olhares convergentes e divergentes do usuário idoso, profissionais da ESF e gestores**, tratou da relação de conhecimento da PNSPI e suas diretrizes constitutivas. Nesta, foram contrastados pontos convergentes e divergentes dos pressupostos da citada política, ora destacando o caráter prescritivo da legislação, como dispositivo jurídico de luta reivindicatória pelos direitos sociais das pessoas idosas, ora restringindo sua compreensão ao enfoque assistencialista curativista dos problemas de saúde deste grupo populacional, demonstrando um conhecimento superficial da PNSPI, sendo mais presente entre os profissionais de saúde da ESF e usuários. Mostrou-se como desafio a divulgação da PNSPI para profissionais de saúde e usuários no contexto da ESF, como capaz de favorecer o estabelecimento de relações dialógicas recursivas. Mas a compreensão da integralidade como eixo estruturante da PNSPI indica uma abertura para a apropriação, pelos sujeitos envolvidos, da concepção de um envelhecimento bem sucedido.

A categoria **estratégia Saúde da família como (co)ordenadora da atenção à saúde da pessoa idosa**, na perspectiva contextual da atenção na ESF, demonstrou, neste estudo, o papel (co)ordenador do cuidado observado no desenho do fluxograma de atendimento ao idoso na rede municipal, embora haja paradoxos na prática assistencial.

A dicotomia observada entre a teoria da política e a prática dos profissionais da ESF, fez-nos refletir sobre a práxis cuidativa integral e humanizada, que aborde a multidimensionalidade do processo de envelhecimento humano através da incorporação de instrumentos de avaliação recomendados pelo Ministério da Saúde, Brasil, que direcionem o olhar dos profissionais para as especificidades da pessoa idosa, tendo em observância a preservação da capacidade funcional e qualidade de vida deste grupo populacional.

Do exposto, com olhar otimista, vislumbramos que as práticas globais de promoção e prevenção na ESF, possam constituir elemento de ruptura do enfoque biomédico, passando a corroborar as recomendações das políticas nacionais de promoção da saúde e do envelhecimento.

Na categoria **rede de proteção do direito da pessoa idosa versus estratégia *Saúde da família*: desafios à intersectorialidade**, o enfoque multidimensional do cuidado à pessoa idosa aparece como possibilidade de uma abordagem cidadã e emancipadora, quando entendemos o papel da ESF e sua inserção num território, como o do município-caso, em que estão à mão dispositivos sociais da rede protetiva do direito da pessoa idosa. Nesta categoria foi observado que os dispositivos de proteção de direitos a pessoa idosa favorecem uma articulação de vínculo com a ESF, principalmente em casos de violência. Esses dispositivos são potencializadores da instrumentalização da defesa dos direitos sociais constituídos, requerendo, entretanto, que os sujeitos envolvidos, os idosos, tenham mobilização social e conscientização coletiva, como estratégia de consolidação de cidadania.

Na categoria **gestão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no contexto do município-caso**, as descrições dos gestores pautam dificuldades e facilidades encontradas para operacionalizar a PNSPI. Revela a vontade política como um aspecto que parece fundamental para sua concretude, visto que percebemos, com clareza, a motivação na definição da agenda da PNSPI no município, tornando o cenário favorável às mudanças identificadas no EA. O poder político e técnico demonstram a governabilidade da gestão municipal, mesmo em face das dificuldades encontradas, reflexo do entendimento evidenciado sobre a PNSPI.

A **matriz de julgamento do EA**, demarcada na trajetória da cartografia metodológica do estudo, permitiu averiguar que a PNSPI, no município-caso, é

passível de avaliação sistemática, pois se encontra estruturada e implementada parcialmente de modo que as recomendações para melhoria da efetividade da PNSPI se fazem notar no contexto do município identificado neste estudo.

Assim, na organização do modelo assistencial, mostra-se como necessário empreender uma reorganização nas questões relacionadas à multidimensionalidade do processo viver-envelhecer ativo cidadão e saudável, para além das questões biologicistas - assistencialista, numa perspectiva de agregação da pessoa idosa em sua multidimensionalidade numa abordagem emancipadora.

Além disto, este estudo amplia os horizontes de possibilidade para fomentar outras pesquisas, em especial, de aprofundamento dos fatores relacionados ao processo formativo de profissionais no âmbito das ciências da saúde, pois este dado se revelou como o ponto necessário de integralização dos saberes à abordagem do cuidado integral, na perspectiva de ver-enxergar a pessoa idosa na sua inteireza e globalidade.

À luz do pensamento sistêmico, este estudo provoca inúmeras linhas de investigações voltadas para o tema da avaliação da política do idoso, não estando em si, de pronto, esgotadas todas as possibilidades neste trabalho.

Realçamos que o vivenciar do desenvolvimento desta pesquisa contribuiu para a vida dos idosos participantes da técnica da roda de discussão, pois foi experienciado um momento político-pedagógico de discussão, a qual favoreceu despertar seu interesse por saberes relacionados à PNSPI. Além disto, envolveu os gestores interessados na avaliação da política, proporcionando um momento rico de discussão às estratégias para o enfrentamento dos problemas de implementação da PNSPI, identificados durante as falas nos encontros de profusão de coleta de dados.

Por outro lado, pela natureza da pesquisa, também vivenciamos algumas dificuldades, como por exemplo, a pouca familiarização com o tipo de abordagem avaliativa adotada no EA, a falta de disponibilidade na agenda dos profissionais de saúde para a coleta de dados, a demora no retorno das respostas pelos especialistas convidados para técnica de consenso, entre outros. Porém o trabalho foi facilitado por alguns fatores, como a aproximação da pesquisadora junto à equipe técnica da gestão do município-caso, em virtude de uma experiência profissional de 12 anos, o conhecimento da rede e dos profissionais de saúde e o acesso aos coordenadores da DAB e interesse da DAB pelo estudo empreendido.

O *ser* pesquisador no universo da ciência nos guiou como aprendizes,

aprendendo a desvelar o campo, a enxergar o encoberto, a escutar o não dito e a interpretar com sensibilidade o que se mostrava. E, assim, ir contemplando o que passamos a saber do fenômeno estudado. Nesse momento, uma contemplação da “obra”, ainda que na complexidade de sua construção inacabada, tendo em vista os muitos afazeres que foram apontados como lacunas ainda a serem perseguidas.

Alcançamos as linhas finais deste estudo com o compromisso ético-cidadão assumido junto aos sujeitos envolvidos na pesquisa de retornar com seus resultados, para assim, poder contribuir na melhoria da implementação da PNSPI no município caso.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A. et al. Pre-Avaliação da política PARTICIPASUS. **Rev & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p.883, abr. 2012.
- ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.
- BAHIA. Lei nº 6675, de 8 de setembro 1994. **Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual do idoso**. Salvador: Gabinete da Presidência da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, 1994.
- BAHIA. SESAB - Secretaria do Estado da Bahia. **Plano diretor de regionalização**. Salvador, 2007.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- _____. **Teoria geral dos sistemas**. Tradução Francisco M. Guimarães. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.
- _____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 jan. 1994.
- _____. 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, n. 237-E, p. 20-24, seção 1, 13 dez. 1999.
- _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n.19, 92p. 2006a.
- _____. **Portaria 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria 687/GM**, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Portaria 648/GM**, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. **Relatório da I Conferencia Nacional de direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 2006e.

_____. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Diário Oficial da União, 19 out. 2006f.

_____. **Portaria n.º 3.332/ GM**, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006g.

_____. **Informe Técnico**: campanha nacional de Vacinação do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Vigilância Epidemiológica/Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF). **Caderno da Atenção Básica**, Brasília, 2008a.

_____. Portaria nº 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde. **Diário Oficial da União**, 30 dez. 2008b.

_____. **Relatório da I Conferencia Nacional de direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas, para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (DCNT) 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria nº 2.527/GM**, de 27 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Relatório da II Conferencia Nacional de direitos da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Nacional de Direitos Humanos, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da pessoa idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27895&janela=1>. Acesso em: 02 dez. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.029**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRITO, F. **Revista Brasileira Estudo da População**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. Saúde Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, mar./abr., 2010.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-92.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010, v. 1, p. 67-92.

CAMARGOS, C. M.; MENDONÇA, C. A.; VIANA, E. de M. B. Política, Estado e Sociedade: o estatuto do Idoso e à atenção a saúde. **Comum. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 3, p. 217-227, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à administração geral**. 2. ed. São Paulo, 1994.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**. 6. ed. Rio Janeiro, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no programa saúde da família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Escola Enferm**, Universidade de São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-44, 2010.

COSTA, V. L. C.; SILVA, P. L. B.; BIASOTO, G. Efetividade das Políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América latina. In: SEMINÁRIO NEPP/UNICAMP. **Anais...** São Paulo, 2008.

COX, J. et al. Conceptual model of comprehensive research metrics for improved human health and environment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 519-531, 2009.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out. 2009.

FIGUEIRÓ, A. C. **Texto de Apoio Módulo 2 Unidade Pedagógica: o que é avaliação?** I Curso Básico em Monitoramento e Avaliação para Gestão do SUS, Brasília. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP, Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil. Departamento de Pesquisas grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Parceria IMIP/SGEP – DEMAGS - CONVÊNIO 251/2009. Recife, 2006.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FREITAS, C. S. A. L. et al. Atenção a saúde do idos na estratégia saúde da família. **Saúde Coletiva**, v. 43, n. 7, 2010.

FUNDAÇÃO W. K. KELLOGG. **Guia de desenvolvimento de modelos lógicos, utilizando modelos lógicos para integrar, planejamento, avaliação e ação.** Michigan, 2004.

GALVÃO, N. D. et al. Vigilância epidemiológica no plano de intensificação das ações de controle de malária no estado de Mato Grosso: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1933-1944, 2008.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 24, supl I, p.3-6, 2002.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan./mar., 1991.

GOMES, R. M. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, Cap. 4, p.67-80. 2001

GUERREIRO, J. V.; BRANCO M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1689-1698, 2011.

HARTZ,Z. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.419-421, 2002.

HEBERT, L. M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. **Investigação qualitativa-fundamentos e praticas**. 2. ed. Lisboa, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Relatório de dados demográficos**. 2010.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é Imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1107-1111, 2008.

KURZ, M. L. B. **Colcha de retalhos: desafios e perspectivas na implantação da política nacional para o idoso no município de selbach/RS**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Rev. Saúde Coletiva Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 35-140, 2007.

LEVITON L, C. et al. Teaching evaluation using evaluability assessment. **Thousands Oaks**, London, New Delhi: Sage Publications, 1998. p. 389-409.

LIMA, L. R. F.; SILVA, L. M. V. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha “De Olho na Visão”, Goiás, 2004, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, Sup.2, p.2059-2064, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003.

LOUZADO, J. A. **Práticas de programação da atenção básica e vigilância da saúde de um município de gestão plena do sistema municipal**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Programa Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2009.

MACÊDO, V. C. et al. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1679-1692, ago. 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** (Botucatu) [online], v.14, n.34 [cited 2013-04-17], p. 593-606, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 set. 2010.

MARTINS, J. J. et al. Políticas de atenção á saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-387, 2007.

MATOS, D. S. **Avaliação da integralidade como continuidade da atenção à saúde bucal**: um estudo de caso da Bahia. 2008. Dissertação (Mestrado) - Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

MEDEIROS, P. F. P. et al. Um estudo sobre avaliabilidade do programa mais vida: política de redução de álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Rev. saúde materno infantil de Recife**, v. 10, supl. 1, p. 5209-5217, nov. 2010.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 15-39.

MENDONÇA, J. M. **Breves considerações a respeito do estatuto do idoso**. 2008. Disponível em: <<http://www.lfg.com.br>>. Acesso em: 17 set. 2010.

- MILES, B. M.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. 2. ed. Londres, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2005.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. O idoso no Brasil - aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde. **Rev. Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p.61-69, jun. 2009.
- MORIN, E. **O método**. A natureza da natureza. 3. ed. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América, 1997.
- _____. **Introdução ao pensamento Complexo**. 3. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. 177p.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. D.; CALDAS, C. P. Estratégia de saúde da família e atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.
- NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 560-71, 2010.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde. SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007.
- NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista Brasileira Estudo da População**, São Paulo, v.25, n.1, p.195-198, jan./jun. 2008.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. 2002. Trad. Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 49p. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).
- _____. **Resolución 57/167**. Plan de Accion Internacional sobre el Envejecimiento. Madri. Espanha, 2002.
- OPS/CPPS. **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago, 1975
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2075-2082, set. 2009.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 40, 2006.

PAIM, J. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Políticas de descentralização e Atenção Primária à saúde. In: ROUQUARIOL, M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999a.

_____. Por um planejamento das praticas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 243-248, 1999b.

_____. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, J. R. de (Org.). **Gestão em redes**. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 91-111.

PASINATO, M. T. de M.; KORNYS, G. E. M. Texto para discussão nº 1371. In: Serie Seguridade Social. **Cuidados de longa duração para idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

PIRES, C. C.; BADIA, B. **A dicotomia do envelhecimento**. Texto para discussão. Instituto de Estudo de Saúde. Suplementar, jan. 2008.

QUININO, L. R. de M.; SAMICO, I. C.; BARBOSA, C. S. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 536-44, 2010.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de Saúde Pública. **Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

RIPSA-BAHIA, Rede Interagencial de Informação para Saúde. Folheto de Indicadores, Periódico Anual, Salvador, 2011.

SANTANA, N. **Multiversas faces da formação acadêmica da enfermeira e sua prática do cuidar no contexto hospitalar**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia.

SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V.; COSTA, N. E. da. **Políticas públicas de saúde para o envelhecimento**. Freitas in tratado de geriatria e gerontologia, 2006. p. 1395-1401.

SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b, p.41-74.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 15-39.

SILVA, L. W. S. da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2**. 2007. Tese (Doutorado) - UFSC/PEN, Florianópolis-SC. 2007.

SILVA, L. W. S. da et al. O pensamento sistêmico como caminho para a investigação a família – metodologias, experiências e perspectiva. In: _____. (Org.). **Família em contexto: multiversas** abordagens em investigação qualitativa. Salvador: Acárdia, 2012.

SILVA, M. da C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005a.

SILVESTRE, J.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun. 2003.

SOLLA, J. J. S. P. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOLLA, J. J. S. P.; TEXEIRA, C. F. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e Saúde. Salvador, Edufba, 2006. 237p.

SOUZA, D. G. S.; KULLOK, A. T.; TELES, J. L. Agenda 21 Global e Agenda 21 Brasileira: desafios para inclusão social dos idosos. **Ciência e Saúde**, v. 17, n. 4, p.291-302, 2006.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre imagem-objetivo da descentralização da atenção a saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 15-39.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde no SUS**: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. Salvador: Edufba, 2006. p.129-167.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistências e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília: CENEPI/MS, v. 7, n. 2, 1998.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. O caso da saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995, p. 15-102.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v. 20, n. 2, p.1-25, 2005.

TORRES-MAGARINOS, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1791-1802, ago. 2007.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-50, maio/jun. 2008.

TREVISAN, S. M. Evaluability Assessment From 1986 to 2006. **American Journal of Evaluation**; n. 28, p. 290, 2007.

VALENÇA, T. D. C. **Cuidar a família**: a formação do fisioterapeuta para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em estado de fragilidade no contexto domiciliário. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2011.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 8. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2002.

VERAS, R. Em busca de uma assistência, adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, maio/jun. 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo: Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas. Unicamp, n. 5, 1988.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. In: Análise de políticas de saúde. Analysis of health policies. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. M. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.807-817, 2009.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro/Salvador: Ed. Fiocruz/Edufba, 2005. p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA; L. M. et al. Metodologia para análise da implantação de processos relacionados a descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p. 207-227.

VITÓRIA DA CONQUISTA. **Relatório de gestão**. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2009.

_____. **Lei Municipal nº 969** de 04 de junho de 1999, Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providencias.

_____. **Lei Municipal nº 1.248** de 26 de novembro de 2004, Altera a Lei 969/99 que Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providencias.

_____. **Relatório de gestão.** Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2010.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: Developing program theory. **New Directions for Program Evaluation**, n.33, p. 77-92, 1987.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v.23, n.1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso planejamento e métodos.** 3. ed. São Paulo: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido pesquisas com seres humanos



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
 Nível Mestrado Acadêmico
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, **Estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no âmbito municipal**, que será realizada por professores e aluna do mestrado em Enfermagem e Saúde da UESB. A participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento de participar do estudo, retirando seu consentimento, sem que isto lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Nessa pesquisa, serão realizadas análise documental, observação não participante, entrevistas com os trabalhadores de saúde da secretaria municipal de saúde, das equipes de saúde da família e roda de discussão com os usuários idosos sobre sua opinião quanto a Atenção à Saúde do idoso no município, buscando conhecer como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem sido aplicada no município de Vitória da Conquista. As entrevistas serão gravadas, os dados pessoais em nenhuma condição serão divulgados, garantindo o anonimato. As falas serão transcritas na íntegra, e também a observação. O estudo não representa risco, mas caso você sinta desconforto em responder alguma questão, você é livre para não responde-la, sendo-lhe garantido esse direito. Quando o voluntário for analfabeto, o Termo de Consentimento será lido na frente de uma pessoa que não tenha envolvimento direto com a pesquisa. Esta pessoa deverá assinar o documento certificando-se que todas as informações foram dadas ao voluntário e que as perguntas suscitadas pelos mesmos foram amplamente esclarecidas pelo pesquisador. Haverá espaço para impressão digital no TCLE. Os resultados da pesquisa serão utilizados como instrumento de melhoria do planejamento dos serviços de saúde voltados para as pessoas idosas. Os resultados da pesquisa não serão usados para outros fins que não os previstos no protocolo e/ou no consentimento, quais sejam: apresentação de resultados da pesquisa em revistas e eventos científicos. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver sobre esta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa ou pelos telefones (77) 9135-7773 e e-mail (sarah_disc@hotmail.com) Jussira Barros Oliveira ou Luzia Wilma Santana Silva pelo (73) 8129-2118 e email (luziawilma@yahoo.com).

Eu, _____, CPF nº _____, RG nº _____

li e/ou ouvi a leitura dos esclarecimentos acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. Concordo em participar do estudo.

Data: _____ Pesquisador Responsável: _____



Impressão digital do voluntario

APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
 Nível Mestrado Acadêmico
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Gestores - profissionais diretamente ligados à formulação e implementação da Política do Idoso no município no nível central e em exercício de suas funções.

Bloco I - Formação Profissional

- 1- Qual a sua formação?
- 2- Há quanto tempo você trabalha nesta função?

Bloco II- Planejamento

- 1- O que você conhece sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa?
- 2- Como se deu a organização da Saúde do Idoso no município?
- 3- Qual(is) os objetivos e ações do programa de saúde do idoso no município?
- 4- Quais os instrumentos que são utilizados para planejar e avaliar a Atenção a Saúde do idoso no município?

Bloco III- Organização das Práticas de Saúde

- 1 - O que conhece sobre envelhecimento ativo e saudável?
- 2 - Quais os dispositivos utilizados para sistematizar o atendimento do idoso na Atenção Primária?
- 3 - Qual a população-alvo do Programa Municipal de Atenção ao Idoso?
- 4 - Há uma boa definição da necessidade do Programa Municipal a essa população? exclusão
- 5 - Como está organizado o fluxograma de atendimento ao idoso no município?
- 6 - Existe articulação dos serviços de saúde com a rede de proteção ao idoso? Quais?
- 7 - Você realiza a supervisão da assistência da atenção à saúde do idoso nas unidades básicas? Que ou quais instrumentos utiliza?
- 8 - Como estão organizadas as atividades de educação permanente voltadas para o atendimento do idoso?
- 9 - Na sua opinião, quais as facilidades e/ou dificuldades na implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso no município?

Executores - profissionais de saúde das equipes de saúde da família (ESF) e NASF**Bloco I- Formação Profissional**

- 1 - Qual a sua formação?
- 2 - Há quanto tempo você trabalha na ESF/NASF?

Bloco II - Planejamento

- 1- O que você conhece sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa?
- 2- Quais as ações que você identifica da política que estão implantadas no município?
- 3- Qual o fluxograma de atendimento do idoso na rede municipal de saúde?

Bloco III - Organização das Práticas de Saúde

- 1 - Fale um pouco sobre o que sabe sobre envelhecimento ativo e saudável
- 2 - Você sabe como está organizado o fluxograma de atendimento ao idoso no município?
- 3 - Existe articulação da equipe de saúde com a rede de proteção ao idoso?
- 4 - Como estão organizadas as atividades voltadas para o atendimento do idoso na equipe na qual você é integrante?
- 5 - Quais atividades que você realiza na assistência ao idoso?
- 6 - Quais os instrumentos que você utiliza na sua prática, para acompanhar o idoso durante o atendimento?

APÊNDICE C - Roteiro de observação naturalística



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Nível Mestrado Acadêmico
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NATURALÍSTICA

Prática da Gestão

- Utilização de instrumentos de Planejamento
- Utilização e desenvolvimento de supervisão
- Há consenso entre os formuladores quanto ao objetivo do programa

Práticas Assistenciais ESF/NASF

- Abordagens dos profissionais na consulta e visita domiciliar (Acolhimento, adequação às necessidades e limitação do idoso, orientações aos idoso e familiares)
- Utilização de caderneta do idoso
- Utilização protocolos
- Utilização de instrumentos de avaliação da capacidade funcional
- Orientações fornecidas ao idoso e à família exclusão
- Organização do atendimento na unidade (priorização, semana típica, estrutura física)

APÊNDICE D - Roteiro de análise documental



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Nível Mestrado Acadêmico
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Passos:

- 1 - Analisar e interpretar os documentos em relação aos propósitos e funções, sua descrição e objetivos;
- 2 - Identificar, relacionar e descrever aspectos do Programa Municipal de Saúde do Idoso nos documentos: Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano plurianual (PPA), Relatório de Gestão (RAG), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Leis e Decretos municipais relacionados ao idoso, protocolo de atendimento do idoso, relatórios de conferências municipais, atas do conselho municipal de saúde e do idoso no período 2006 a 2011.
- 3 - Identificar os níveis da estrutura do programa;
- 4 - Identificar diretrizes do programa e seus principais componentes;
- 5 - Descrever as atividades relacionadas com os componentes do programa;
- 6 - Descrever os objetivos a curto, médio e longo prazo.

APÊNDICE E - Roteiro da roda de discussão



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Nível Mestrado Acadêmico
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

ROTEIRO DA RODA DE DISCUSSÃO

Idosos

- 1 - O que os senhores sabem sobre envelhecimento ativo e saudável?
- 2 - O que os senhores sabem sobre a política nacional de saúde do idoso?
- 3 - Os senhores como idosos se sentem assistidos pela política de saúde do idoso no município de Vitória da Conquista?(desmembrada) Quais as ações da política de saúde do idoso que os senhores veem acontecendo no município hoje?
- 4 - *Como os senhores imaginam que uma política de saúde no município deveria ser para atender as necessidades dos idosos? (modificada) que alcançasse as suas necessidades de saúde?
- 5 - Qual a opinião do senhor em relação à organização do atendimento ao idoso na unidade?) Quais são as atividades de atendimento do idoso que acontecem na USF que vocês são atendidos? (modificada)
- 6-*Vocês como idosos se sentem atendidos pela política de saúde do idoso no município?

ANEXOS

Anexo A - Matriz do Modelo Lógico Global

Modelo Lógico Global da política Nacional de Saúde do idoso no município

PNSPI	CONTEXTO NACIONAL			
	Objetivos	Ações	Resultados Intermediárias	Resultados Finais
<p><u>Objetivos:</u></p> <p>Recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde</p>	<p>Sistematizar a política municipal de saúde do idoso</p>	<p>- Implementar e acompanhar a utilização do protocolo assistencial de saúde do Idoso;</p> <p>- Implementar a utilização da caderneta do Idoso;</p> <p>- Qualificar os profissionais da atenção básica para atendimento em saúde do idoso;</p> <p>- Ampliar ações de promoção e prevenção em saúde do Idoso</p>	<p>- Melhoria da qualidade da assistência a pessoa idosa com descrição das atribuições dos profissionais da ESF e NASF;</p> <p>- Atendimento humanizado e multidimensional específico para a pessoa idosa;</p> <p>- Hábitos de Vida saudável.</p>	<p>- Envelhecimento ativo e saudável;</p> <p>- atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;</p> <p>- Estímulo às ações intersectoriais;</p> <p>- provimento de recursos capazes de assegurar</p> <p>- qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.</p> <p>formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;</p> <p>- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;</p>

Fonte: Modelo Lógico de Saúde Bucal de Matos (2008), adaptado ao estudo.

ANEXO B - Carta Convite

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

**Departamento de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Nível Mestrado Acadêmico
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB**

APÊNDICE B CARTA CONVITE

Vitória da Conquista, 07 de março de 2013

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Jussira Barros Oliveira, enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, lotada no Departamento de Ciências Naturais, estou desenvolvendo um estudo sobre a avaliabilidade da política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no município de Vitoria da Conquista-Bahia. O instrumento foi elaborado para fins deste estudo, para ser submetido a um Comitê de Especialistas para validação. Assim sendo, convido-o(a) para integrar esse comitê, considerando sua experiência na área de avaliação e/ou envelhecimento humano, bem como a sua relevante contribuição científica na área do estudo.

Solicito sua cooperação nesta investigação, emitindo sua opinião sobre a pertinência dos critérios atribuindo nota de zero (0) a dez (10). A nota zero significará prioridade mínima e será excluída (o item não se aplica). A nota dez (10) significará prioridade máxima (totalmente pertinente). Solicito também sugestões de dimensão, sub-dimensão e critérios que considere relevantes incluir, ou, de modificações que se façam necessárias naqueles já existentes para um maior entendimento e aplicabilidade.

Esclareço que em conformidade com legislação em vigor, o sigilo e o anonimato serão rigorosamente preservados mantendo observando-se os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Sua resposta pode ser enviada via e-mail: sarah_disc@hotmail.com

Contando com sua atenção e generosidade, antecipo meus sinceros agradecimentos.

Cordialmente,

Jussira Barros Oliveira
Pesquisadora responsável pela pesquisa