

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL –
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Carine Guterres Cardoso

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI) E A ATENÇÃO
BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul

2015

Carine Guterres Cardoso

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI) E A ATENÇÃO
BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvia Virginia Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul

2015

Carine Guterres Cardoso

**A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI) E A ATENÇÃO
BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr^a Silvia Virginia Coutinho Areosa
Professora Orientadora

Dr^a Cláudia Tirelli
Professora Examinadora – UNISC

Dr^a Irani Iracema de Lima Argimon
Professora Examinadora – PUC/RS

Santa Cruz do Sul
2015

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão importante, no qual termino uma parte da caminhada rumo à minha realização profissional, gostaria de agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Agradeço, em especial, ao corpo docente pelas aprendizagens adquiridas em um contexto interdisciplinar, que possibilitaram um olhar ampliado sobre o Desenvolvimento Regional. Meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Durante estes dois anos tive a oportunidade de estar em contato e trocar ideias com várias pessoas. Algumas já eram muito importantes, outras se tornaram imprescindíveis neste tempo. Assim, gostaria de demonstrar a minha gratidão.

Primeiramente gostaria de agradecer àqueles que me deram a vida e outras tantas coisas, e que proporcionaram afetivamente a realização deste sonho: à minha mãe Elizamar da Rosa Guterres e ao meu pai Paulo Oliveira Cardoso, agradeço desde os grandes atos, como a oportunidade de cursar o ensino superior, uma pós-graduação, bem como pequenas coisas que compõem o nosso dia-a-dia, como as ligações durante a semana pra ver se eu estava bem. Em especial, também agradeço ao Francisco Novinski Freitas pelo amor, companheirismo e atenção, e pela compreensão nos momentos em que não pude estar presente.

Obrigado à minha família extensa: tios, tias, primos e primas, pela demonstração de carinho e torcida para o sucesso deste trabalho. Ao meu irmão, João Gabriel Guterres Paschoal, agradeço pelos abraços e beijos que tornaram esta caminhada mais leve. Aos meus avós maternos, Elza da Rosa Guterres e Acimar Côrrea Guterres, idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), agradeço por serem a inspiração deste trabalho e da minha “luta” por um sistema de saúde universal e equânime. Aos meus avós paternos, Cecilia Oliveira Cardoso (*in memoriam*) e Otacílio Rodrigues Cardoso (*in memoriam*), agradeço por me inspirarem a construir conhecimentos sobre o envelhecimento e a saúde do idoso, para que haja maior qualidade de vida e, conseqüentemente, maior expectativa de vida, a fim de que mais netos possam conviver por mais tempo com seus avós.

À minha orientadora, Professora Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa, gostaria de agradecer pela escuta e pela SUPERvisão, pelo acolhimento nos momentos de ansiedade, e pela parceria, compromisso e responsabilidade com a realização deste trabalho.

A todos os meus mais sinceros agradecimentos, por tornarem este sonho possível. Obrigado por fazerem parte da minha vida.

RESUMO

A saúde é um direito do cidadão brasileiro e dever do Estado, estando este direito expresso desde a Constituição Federal de 1988. No Brasil, observa-se atualmente o envelhecimento populacional. Neste contexto, torna-se necessário investir na atenção à saúde da pessoa idosa, já que muitos idosos irão utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) como principal meio de acesso à saúde. Este estudo analisou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em Santa Cruz do Sul e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), em especial a organização da atenção básica no que se refere à pessoa idosa e o acesso à saúde do idoso nos serviços e ações da atenção básica municipal. O trabalho pautou-se pelos seguintes objetivos: analisar a implementação da PNSPI em Santa Cruz do Sul e 13ª CRS; identificar as formas de organização da atenção básica em saúde no que se refere à saúde do idoso; e verificar o acesso e a utilização das ações e serviços de saúde pelos idosos à atenção básica em saúde no município de Santa Cruz do Sul. O presente trabalho caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Para a construção de conhecimentos foi utilizado o pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético. Foram sistematizados e analisados dados secundários e realizadas entrevistas com quatro gestores, dez profissionais da atenção básica em saúde e vinte idosos usuários do SUS. Este estudo pretendeu construir conhecimentos, a fim de auxiliar no desenvolvimento do município e região pesquisada, contribuindo para a ampliação e qualificação da atenção à saúde do idoso. Quanto aos resultados da pesquisa, primeiramente, são apresentados dados secundários sobre a população idosa, o gênero e situação de domicílio, a expectativa de vida, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os serviços de saúde, respectivamente, no Brasil, Rio Grande do Sul, 13ª CRS e Santa Cruz do Sul. Estes dados demonstram o aumento da população idosa, a feminilização da velhice e a migração dos idosos para o meio urbano, apresentando índices que indicam o aumento da longevidade e apresentam os serviços presentes nas escalas territoriais estudadas. Os dados primários são analisados e apresentados a partir da visão dos diferentes atores que compõem o SUS: gestores, profissionais e usuários. Com isso, constata-se que: não há uma PNSPI implementada no município pesquisado; há uma baixa participação dos idosos na gestão das políticas públicas de saúde; existe uma fragilidade na articulação entre gestores e setores; a saúde do idoso possui pouca visibilidade na agenda pública; há uma incoerência entre as responsabilidades institucionais e a atuação dos gestores; o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos usuários idosos ainda é precário; a territorialização da saúde potencializa o cuidado; há uma fragilização das ações em saúde do idoso; há a precarização da atenção básica; existe um forte vínculo entre profissionais e idosos usuários dos serviços de saúde; existem deficiências no cuidado compartilhado com outros serviços; os idosos apresentam uma visão positiva sobre o acesso e a utilização das ações da atenção básica, ao mesmo tempo em que há dificuldades no acesso e na utilização dos serviços. A PNSPI e outras políticas públicas garantem à população idosa o direito à saúde, entretanto, existe uma distância entre o estabelecido na legislação brasileira e a realidade da população idosa quanto à atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Política de saúde. Atenção básica à saúde. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Health is a right of the Brazilian citizen and a duty of the State, this right being expressed in the Federal Constitution of 1988. In Brazil, we observe the growing of the ageing population. In this context, it is necessary to invest in health care for the elderly, since many seniors will use the Unified Health System (SUS) as the primary means of access to healthcare. This study analyzed the National Health Policy for the Elderly (PNSPI) in Santa Cruz do Sul and 13th Health Regional Coordination (CRS), in particular the organization of primary care in relation to the elderly, and access to health care of the elderly services and actions of the municipal primary care. The work was guided by the following objectives: to analyze the implementation, of PNSPI in Santa Cruz do Sul and 13th CRS; identify the forms of organization of the primary health care in regard to the health of the elderly; and check the access and use of health actions and services by the elderly to primary health care in Santa Cruz do Sul. This work is characterized by a qualitative research of exploratory-descriptive means. For the construction of knowledge was used theoretical and methodological fundamentals of Dialectical Materialism History. Were organized and analyzed secondary data, interviews with four managers, ten professionals from primary health care and twenty SUS users elderly were conducted. This study aimed to build knowledge in order to assist in the development of the city and area surveyed, contributing to the expansion and quality of health care for the elderly. As for the research results, first, are presented secondary data on the elderly population, gender and household situation, life expectancy, the Human Development Index (HDI) and health services, respectively, in Brazil, Rio Grande South, 13th CRS and Santa Cruz do Sul. These data demonstrate the increasing elderly population, the feminization of old age and the migration of older people to urban areas, with indexes that indicate increased longevity and present the services present in the territorial scales studied. The primary data were analyzed and presented from the perspective of different actors in the primary health care system: managers, professionals and users. Thus, it appears that: there is no PNSPI implemented in the city studied; there is a low participation of older people in the management of public health policies; there is a weakness in the relationship between managers and sectors; the health of the elderly has little visibility on the public agenda; there is an inconsistency between the institutional responsibilities and the performance of the managers; access to and use of health services by the elderly users is still precarious; the health care enhances territorial; there is a weakening of the shares in aging health; there is the precariousness of primary care; There is a strong link between professionals and elderly users of health services; there are deficiencies in shared care with other services; the elderly have a positive outlook on access and use of the shares of primary care, while there are difficulties in access to and use of services. The PNSPI and other public policies ensure the elderly population the right to health, however, there is a distance between the provisions of Brazilian law and the reality of the elderly population within the primary health care system.

Keywords: Health policy. Primary health care. Elderly care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização e delimitação do município de Santa Cruz do Sul/RS	41
Mapa 1 – 13ª CRS	47
Quadro 1 – Idosos por Bairros e Distritos de Santa Cruz do Sul/RS	42
Quadro 2 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	52
Quadro 3 – Serviços de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul/RS	53
Quadro 4 – Serviços de Saúde da 13ª CRS/RS	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Total e População Idosa	48
Tabela 2 – População Idosa residente no Meio Urbano e Rural	49
Tabela 3 – População Idosa Masculina e Feminina	50
Tabela 4 – Esperança de Vida ao Nascer	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACICOM – Associação Cultural de Integração Comunitária de Santa Cruz do Sul
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APESC – Associação Pró-Ensino de Santa Cruz do Sul
AUFACAPS – Associação dos Usuários e Familiares do Centro de Atenção Psicossocial
ASAN – Associação de Auxílio aos Necessitados
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programadas Agentes Comunitárias de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNH – Política Nacional de Humanização
PNDR – Política Nacional de Desenvolvimento Regional
PNI – Política Nacional do Idoso
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSI – Política de Saúde do Idoso
PNUD – Programadas Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAS – Rede de Atenção à Saúde

R28– Região Vinte e Oito

RS – Rio Grande do Sul

SINDISAÚDE – Sindicato da Saúde

SINFUM – Sindicato dos Funcionários Municipais

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 DESENVOLVIMENTO REGIONAL: TERRITÓRIO, ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA.....	16
1. 1 Desenvolvimento Regional: saúde e território	16
1. 2 Envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde para a população idoso brasileira.....	23
2 CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A PNSPI: A TRAJETÓRIA PERCORRIDA	37
2. 1 O Materialismo Histórico Dialético como pressuposto teórico-metodológico	37
2. 2 A operacionalização da pesquisa: das técnicas à análise e interpretação dos dados.	40
3 A PNSPI E OS DES(CAMINHOS) PARA UM CUIDADO INTEGRAL: O CASO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS.....	46
3. 1 Caracterização do município de Santa Cruz do Sul e da Região da 13ª CRS	46
3. 2 A PNSPI em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS: a visão dos gestores.....	56
3. 3 Saúde do Idoso e a organização da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos profissionais	72
3. 4 Acesso e utilização das ações e serviços da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos idosos	81
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	103

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, a saúde do idoso e as políticas públicas de saúde destacam-se, atualmente, como importantes aspectos do desenvolvimento regional, pois estão relacionados às condições de vida que um país oferece ou não à sua população. O desenvolvimento regional possui dimensões tanto sociais quanto territoriais, nas quais se ressalta a pertinência da discussão destes temas.

O desenvolvimento no território brasileiro é orientado pela Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), estratégia apresentada em 2003 e originalmente instituída pelo decreto nº 6.047 de 22 de fevereiro de 2007. A PNDR ainda está em processo de consolidação no território nacional através de diversos programas nacionais (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento regional, enquanto política pública, propõe-se a diminuir as desigualdades regionais e fortalecer a coesão social, econômica, política e territorial no país. A PNDR possui, entre outros eixos estruturantes, o desenvolvimento social e o acesso a serviços públicos. No que concerne ao acesso a serviços, destaca-se a prioridade em universalizar o acesso à infraestrutura de serviços públicos de saúde (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2010).

Conforme o Ministério da Integração Nacional (2010), a PNDR tem papel importante na contribuição de que o aumento da expectativa de vida e o acesso a serviços e bens de qualidade estejam ao alcance de todos os brasileiros de norte a sul do país. Neste sentido, a PNDR incorpora também em sua discussão o envelhecimento populacional e o acesso a serviços de saúde pelos brasileiros, visando à redução das desigualdades regionais no que se refere à expectativa de vida e ao direito universal a saúde.

Neste contexto, as políticas de saúde integram a agenda social do país. Assim, iniciativas na área da saúde que visem à melhoria da qualidade de vida e a redução das desigualdades sociais possuem total convergência com as políticas de caráter regional/territorial. O Programa Mais Saúde – Direito de Todos (Pacto pela Saúde) do Ministério da Saúde, foi um dos programas com viés social que se caracterizou como uma importante estratégia para o desenvolvimento regional. De acordo com o Ministério da Integração Nacional (2010, p. 38), “o programa propõe novos modelos de gestão e novos mecanismos de gerenciamento de processos assistenciais, modernizando a regulação do acesso aos serviços de saúde por meio do cartão nacional de saúde e da gestão de redes e de territórios assistenciais.”

O Pacto pela Saúde contempla o pacto firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela

Vida representa o compromisso da gestão em torno de prioridades no que se refere à saúde da população brasileira. Entre as seis prioridades do Pacto pela Vida está a saúde do idoso, consideradas as pessoas com 60 anos ou mais, e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O envelhecimento populacional é uma realidade em expansão no contexto mundial atual, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Assim, pode-se dizer que o envelhecimento da população representa um sinal, sob o ponto de vista demográfico, de desenvolvimento do país. Neste sentido, é necessário que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de um envelhecimento ativo e saudável. Desde os anos 90, com a construção do SUS, pauta-se a saúde do idoso como uma importante questão social do país. No entanto, ainda há a necessidade de ampliar e qualificar as ações e serviços de saúde para os idosos brasileiros (COSTA; CIOSAK, 2010).

O significativo aumento da expectativa de vida é um fenômeno que se apresenta em nível regional, estadual e nacional. Em 2025, estima-se que o Brasil terá 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, sendo o sexto país com maior número de idosos. O Rio Grande do Sul (RS) destaca-se entre os estados brasileiros com maior proporção de idosos (AREOSA, 2012).

Diante disso, intensifica-se a necessidade de compreensão sobre o envelhecimento populacional e de seus efeitos na sociedade. Uma dessas repercussões acontece no campo da saúde, já que o envelhecimento pode provocar problemas de saúde. Os profissionais e os serviços do SUS devem estar preparados para receber esta população em processo de envelhecimento e que pode vir a necessitar de ações e serviços de saúde. Com isso, a população idosa merece atenção por parte do sistema de saúde público, já que muitos idosos não possuem plano de saúde privado (COSTA; CIOSAK, 2010).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) apontam o acelerado crescimento do processo de envelhecimento e as mudanças da composição etária da população brasileira. Estas transformações resultam em mudanças no perfil epidemiológico, ou seja, há uma nova distribuição dos fenômenos de saúde e doença, em função do aumento da proporção da população idosa e conseqüentemente das enfermidades que podem decorrer do processo de envelhecimento. O envelhecimento desencadeia processos sociais, econômicos e de saúde, colocando-se com características específicas que merecem nossa atenção (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Ao passo que a sociedade se transforma com o processo de envelhecimento, a demanda em saúde também se modifica. Com isso, estarão os serviços e os profissionais que compõem a rede de atenção à saúde dos idosos preparados para estas novas demandas? No Brasil, ainda

vive-se num contexto de desigualdades sociais no que se refere ao acesso a saúde pelos idosos. A questão do acesso e da atenção de qualidade aos serviços e ações de saúde é essencial ao se falar sobre o envelhecimento com qualidade de vida, pois a falta de acesso e resolutividade podem resultar em doenças que desencadeiam dependência e incapacidade, e que ferem a autonomia e a cidadania do idoso (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

A Constituição Federal de 1988, em sua seção destinada à saúde, estabelece a mesma como direito de todos e dever do Estado. Com a criação do SUS, através da Lei 8.080 de 1990, é reafirmada a saúde como direito da população brasileira. Em 1994, foi instituída pela lei nº 8.842 a Política Nacional do Idoso (PNI), que visa assegurar os direitos dos idosos, garantindo sua autonomia, integração e participação na sociedade, sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado a garantia desses direitos (BRASIL, 1994).

Em 1999, foi criada a Política de Saúde do Idoso (PSI), diante da necessidade de uma política que tratasse especificamente da saúde do idoso. Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, que amplia a garantia de direitos sociais aos idosos e estabelece penalidades a quem infringir tais direitos. Em 2006, considerando o aumento da população idosa brasileira, a PSI foi reformulada, sendo aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) através da portaria nº 2.528, tendo por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, s. p.). Destaca-se a necessidade de ações no setor da saúde que visem à manutenção das habilidades físicas e mentais dos idosos para a realização das atividades de vida diária.

A PNSPI garante a integralidade da atenção à saúde do idoso nas diferentes realidades e necessidades vivenciadas por esta população. Assim, a PNSPI estabelece o direito à saúde do idoso no que se refere ao acesso universal e equânime às ações e serviços tanto de promoção, proteção e recuperação da saúde, quanto para a prevenção de doenças nos diferentes níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2006a, s. p.).

Neste contexto, destaca-se a importância da atenção básica, regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Entre os diferentes níveis, a atenção básica está na base dos serviços, representando a porta de entrada para o sistema de saúde. A PNSPI ressalta a importância da atenção básica nas ações em saúde do idoso. A atenção básica pode ser conceituada como “um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de maneira resolutiva” (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008, p. 122).

A PNSPI segue um modelo de atenção à saúde que prioriza a universalidade e a equidade do acesso, a integralidade da atenção, a descentralização e o controle social na gestão sob o princípio da territorialidade, a fim de facilitar o acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006, s. p.). Neste contexto, o território ganha destaque, já que determina, juntamente com outros fatores (sociais, políticos, econômicos, culturais, históricos), as (des)igualdades sociais em saúde (NOGUEIRA; REMOALDO, 2012).

A territorialização é utilizada enquanto pressuposto para a organização dos processos de trabalho, bem como das práticas de saúde no SUS, tornando-se um instrumento para a implementação das políticas públicas de saúde com referências ao território. Assim, as ações em saúde devem ser guiadas pelas singularidades dos contextos presentes nos territórios da vida cotidiana (LIMA, 2012).

A saúde do idoso é um fenômeno muito discutido devido ao rápido crescimento desta população, constituindo-se em um tema pertinente e contemporâneo. Contudo, percebe-se que, apesar de haver nas leis federais a garantia dos direitos sociais dos idosos, estes ainda não usufruem plenamente do que é assegurado por direito. A PNSPI diz que “[...] embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória” (BRASIL, 2006a, s. p.). Assim, estudos sobre a saúde do idoso são necessários para que as necessidades de saúde desta população sejam problematizadas e que novos caminhos se apresentem como soluções possíveis para um cuidado integral.

O presente estudo tem como objetivos analisar a implementação da PNSPI e verificar o acesso e a utilização das ações e serviços de saúde pelos idosos à atenção básica em saúde, identificando as formas de organização da atenção básica no que se refere à saúde do idoso no município de Santa Cruz do Sul. A pesquisa foi realizada de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015. Este projeto está inserido na Linha de Pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Este estudo pretende construir conhecimentos acerca da PNSPI, a fim de auxiliar no desenvolvimento do município e região pesquisada, contribuindo assim para a qualificação e ampliação do seu escopo de atenção. Espera-se que a produção de dados oriundos desta pesquisa contribua para a construção, implementação e avaliação de políticas públicas adequadas às necessidades desta população, já que segundo Buss (2009, p. 25), “a saúde é o

maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida”.

Diante desta realidade, o presente trabalho objetiva analisar a PNSPI, em especial o direito universal a saúde do idoso nos serviços e ações da atenção básica, através do estudo de caso do município de Santa Cruz do Sul, localizada na Mesorregião Centro Oriental do RS. A pesquisa caracteriza-se por um estudo qualitativo de tipo exploratório-descritivo. O problema de pesquisa consiste no seguinte: Considerando a PNSPI, criada em 2006, como está se dando a implementação desta política e do direito universal à saúde do idoso no que se refere à atenção básica em saúde no município de Santa Cruz do Sul?

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo consiste na revisão teórica, a partir da discussão de elementos que permitem a compreensão da problemática de pesquisa. Este capítulo aborda o envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde brasileiras para a população idosa pensando o desenvolvimento regional, em suas dimensões sociais e territoriais. O segundo capítulo aborda a trajetória percorrida para a construção de conhecimentos sobre a PNSPI, fazendo referência ao pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético e à operacionalização (das técnicas à análise e interpretação dos dados) da pesquisa.

O terceiro capítulo apresenta e analisa os resultados da pesquisa sobre a PNSPI em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS. Primeiramente, são apresentados e analisados dados secundários sobre aspectos geográficos, históricos e demográficos do município e região pesquisados. Os dados secundários foram obtidos a partir de bancos de dados do IBGE (2010), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2014). Ainda no terceiro capítulo são expostas e discutidas as informações obtidas no trabalho de campo a partir da visão dos gestores, profissionais da atenção básica e idosos usuários do SUS. Na última parte estão as principais considerações sobre o estudo.

1 DESENVOLVIMENTO REGIONAL: TERRITÓRIO, ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA

1. 1 Desenvolvimento Regional: saúde e território

Primeiramente, para a discussão sobre as interfaces entre saúde, desenvolvimento regional e território é necessária a conceituação destes termos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou em 1946, logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, a seguinte definição de saúde: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (apud NOGUEIRA; REMOALDO, 2010, p. 122). Esta definição expressava a necessidade da época em construir uma noção de saúde positiva, na medida em que havia uma preocupação com a devastação provocada pela guerra.

Esta definição trouxe um novo significado à ideia de saúde, já que esta deixa de ser entendida apenas como ausência de doença. A saúde passa a ser vista como algo a ser conquistado, explorado como um potencial a ser desenvolvido. No entanto, é notório que os conceitos sobre saúde e doença sofreram evolução ao longo do tempo. Assim, não se referem a um estado ou condição, já que estão sujeitos às constantes mudanças sociais, econômicas, políticas, entre outras (NOGUEIRA; REMOALDO, 2010).

Conforme Nogueira e Remoaldo (2010), apesar de representar um avanço, o conceito adotado pela OMS foi e ainda é muito criticado, já que pressupõe uma estabilidade utópica e inatingível, pois a saúde caracteriza-se, na realidade, assim como a vida, como um processo dinâmico. As autoras referem que na atualidade a saúde deve ser concebida como uma construção sociocultural no qual o espaço físico e material exerce papel fundamental. Nesta concepção, a saúde é resultante de fatores individuais ligados ao ambiente físico e social, e relacionados a comportamentos e estilos de vida.

De acordo com Gadelha et al. (2011), a saúde destaca-se pela sua importância social, já que é considerada um bem de utilidade pública. A saúde pode ser expressa, entre outros fatores, como resultante das condições de vida que um país oferece a sua população. Neste sentido, a Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu a saúde como um direito social, ou seja, o acesso a saúde é direito de todos e responsabilidade do Estado.

A criação do SUS, em 1990, através da Lei 8.080, reafirma a saúde como direito do ser humano, devendo o Estado prover as condições necessárias para o pleno exercício desse direito. A Lei 8.080 estabelece que:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a, s. p.).

Neste contexto, percebemos a interface entre a saúde e o desenvolvimento regional, já que a saúde é a expressão da organização social, econômica e política de um país/região. Conforme Gadelha et al. (2011, p. 03), o desenvolvimento regional contempla “vertentes sociais, econômicas, além das ambientais e, no caso brasileiro particularmente, territoriais, de modo a garantir a sustentabilidade do exercício da potencialidade e bem-estar humanos.”

Assim, pode-se dizer que o desenvolvimento regional é um tema multidimensional, que envolve diferentes atores, ou seja, é multifacetado, constituindo-se assim em um tema interdisciplinar. Segundo Brandão (2008, p. 03),

O desenvolvimento enquanto processo multifacetado de intensa transformação estrutural resulta de variadas e complexas interações sociais que buscam o alargamento do horizonte de possibilidades de determinada sociedade. Deve promover a ativação de recursos materiais e simbólicos e a mobilização de sujeitos sociais e políticos buscando ampliar o campo de ação da coletividade, aumentando sua autodeterminação e liberdade de decisão. [...] É fundamental que esse processo transformador seja promovido simultaneamente em várias dimensões (produtiva, social, tecnológica, etc.) e em várias escalas espaciais (local, regional, nacional, global, etc.), robustecendo a autonomia de decisão e ampliando o raio de ação dos sujeitos concretos produtores de determinado território.

Etges e Degrandi (2013) destacam dois enfoques principais sobre o debate em desenvolvimento regional: um que compreende o desenvolvimento regional pensando na redução e/ou eliminação das desigualdades regionais, e outro que compreende a diversidade regional como potencial para o desenvolvimento regional. O primeiro enfoque foi e continua sendo hegemônico e norteador de várias políticas públicas sobre desenvolvimento regional. No entanto, a segunda concepção ganha evidência a partir da década de 1990, quando o conceito de região é resgatado (ETGES; DEGRANDI, 2013).

O primeiro enfoque compreende o desenvolvimento regional enquanto redução de desigualdades regionais. Esta concepção, todavia, não evidencia a região e dá pouco significado ao regional. Este enfoque entende que as regiões com as suas especificidades tenderiam a desaparecer com a redução ou até mesmo com a eliminação das desigualdades regionais. O segundo enfoque concebe o desenvolvimento regional enquanto valorização das particularidades regionais. Nesta concepção a região é colocada em evidência, pois expressa o

empoderamento e a utilização do território pelos indivíduos e coletivos. Este enfoque enfatiza que as especificidades das regiões devem ser potencializadas (ETGES; DEGRANDI, 2013).

Neste contexto, a PNDR tem como objeto as desigualdades entre as regiões do país, no que se refere ao nível de vida e de oportunidades de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, esta política trabalha com o potencial de desenvolvimento que está presente na diversidade social, cultural e ambiental do Brasil (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2010). Assim, Etges e Degrandi (2013, p. 92) consideram que a PNDR “tem se apresentado com o duplo propósito de reduzir as desigualdades regionais e de ativar os potenciais de desenvolvimento das regiões brasileiras, explorando a imensa e fantástica diversidade que se observa em nosso país de dimensões continentais.”

Desta forma, a PNDR deve ser pensada numa perspectiva transversal, ou seja, é necessário pensar os problemas territoriais a partir de uma visão intersetorial/interdisciplinar, posto serem extremamente complexos e não poderem ser reduzidos a um único setor e/ou especialidade. As desigualdades sociais, tais quais as potencialidades regionais, se materializam no território. Podemos dizer, desta forma, que o território é a incorporação dos jogos de poder em um determinado espaço, sendo este construído socialmente, marcado pela cultura e delimitado institucionalmente, o que lhe dá um caráter complexo e singular (FLORES, 2006).

A saúde destaca-se como importante aspecto do desenvolvimento regional, já que está atrelada, entre outros aspectos, às condições de vida que um país oferece ou não a sua população. Ou seja, está relacionada às desigualdades, mas também às potencialidades regionais. Parte dos estudos que envolvem o campo do desenvolvimento regional vem destacando a importância da qualidade de vida da população. Para Etges (2005, p. 47),

o tema desenvolvimento regional vem recebendo atenção crescente ao longo dos últimos anos, seja no meio acadêmico, ou junto às inúmeras iniciativas de governos e da sociedade organizada, preocupados em imprimir nova dinâmica aos processos de promoção de qualidade de vida junto à população.

Conforme Sen e Kliksberg (2010), há uma nova visão de desenvolvimento que contempla diversas dimensões. Esta nova concepção inclui, ao lado dos indicadores econômicos, os aspectos relativos ao desenvolvimento social, ambiental, a acessibilidade à cultura, à liberdade e à cidadania. Diante disso, há uma valorização da saúde pública, já que a saúde está relacionada a fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, enfim, a uma variedade de fatores. Segundo Sen e Kliksberg (2010), os avanços no campo da saúde pública

representam um pré-requisito para o desenvolvimento dos países, já que é notório que o investimento em saúde é um fator para que o desenvolvimento ocorra.

Sen (2000) refere que o desenvolvimento é um processo de expansão das liberdades individuais. As liberdades individuais seriam o principal meio e fim do desenvolvimento. Para o alcance de tais liberdades seria preciso eliminar as fontes geradoras das desigualdades sociais e proporcionar à população o acesso de qualidade à saúde, educação, trabalho, lazer, meio ambiente saudável, enfim, a um ambiente democrático, igualitário e equânime.

Pode-se dizer que as condições de saúde e conseqüentemente as desigualdades em saúde são territorializadas, ou seja, se materializam em diferentes escalas: regionais, estaduais, nacionais e internacionais. As interfaces entre saúde, desenvolvimento regional e território constituem um campo de saber ainda em construção. Contudo, nos últimos anos essas interfaces vêm ganhando destaque, já que cada vez mais os olhares se voltam às condições de vida da população, na medida em que estas estão relacionadas ao processo de desenvolvimento das regiões. Com isso, pode-se dizer que a saúde está relacionada ao desenvolvimento social e econômico, como também as condições sociais, territoriais e econômicas determinam a saúde. Conforme a OMS (apud AKERMAN, 2005 [2001], p. 26):

Acumulam-se evidências de que as manutenções de indicadores de saúde desfavoráveis e de iniquidades nas condições de vida podem comprometer o desenvolvimento, e que os benefícios na área da saúde podem favorecer o desenvolvimento, assim como a melhor distribuição dos benefícios de um processo de desenvolvimento também pode diminuir a pobreza e melhorar a saúde das populações.

Desde a implementação do SUS passaram-se mais de vinte anos. Apesar dos avanços conquistados, percebe-se atualmente que grande parte da população, principalmente aquelas pessoas residentes em áreas remotas e/ou em piores condições sociais e econômicas, ainda não tem acesso a ações e serviços públicos de saúde de qualidade.

A interface saúde, desenvolvimento regional e território incorpora em sua análise aspectos sociais, políticos e econômicos e propõe uma relação dialética, em que surgem os seguintes questionamentos: Como a saúde pode promover/potencializar o desenvolvimento regional? Como o desenvolvimento regional pode fomentar a saúde, e em especial o SUS? Neste contexto, percebe-se a relação complexa estabelecida entre saúde, desenvolvimento regional e território.

Atualmente, percebe-se que o Estado está investindo em políticas públicas que articulam e integram os campos econômico e social. Neste contexto, a saúde é compreendida como uma

prioridade para o desenvolvimento do país, já que possui um papel estratégico no que se refere à produção de inovações e tecnologias, como na geração de empregos e renda. Assim, a saúde possui uma dimensão socioeconômica importante para o desenvolvimento (AKERMAN, 2005).

O SUS considera a saúde como resultante das condições de vida de uma população. Assim, a saúde está relacionada a fatores socioeconômicos, como educação, renda e longevidade, aspectos que medem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de um país. (BRASIL, 1990a). Segundo Sen (2000), todos os países bem-sucedidos realizaram previamente investimentos em saúde pública. Desta forma, o avanço na saúde representou um pré-requisito para o desenvolvimento.

Sen e Kliksberg (2010), não pensam a saúde como consequência do desenvolvimento, mas como um importante fator para que o desenvolvimento ocorra. A forma como uma sociedade trata seus membros no que se refere à questão da saúde é, segundo estes autores, um indicador que mede se uma sociedade está realmente avançando ou não. Além disso, estes (re)afirmam que a educação e a saúde são as duas expressões fundamentais que refletem a qualidade de vida da população, ou seja, o desenvolvimento de uma sociedade.

Cada vez mais, percebe-se a incorporação de conceitos da geografia aos estudos sobre saúde, estabelecendo-se conexões com termos como espaço e território. Monken et al. (2008, p. 25), referem-se à diferença entre os conceitos de espaço e território, sendo que “a mais marcante talvez seja a de que a ideia de espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto a de território imediatamente nos recorda dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não ‘pertencem’.”

Primeiramente, a saúde incorporou a noção de espaço à epidemiologia, já que foi necessário o estabelecido da relação espaço/doença. No entanto, compreendia-se o espaço como o lugar da ocorrência de doenças, sem considerar as pessoas e a noção de tempo. Posteriormente, com a noção de território, foram incorporadas outras referências, remetendo-se também às desigualdades e às condições de vida, passando a representar uma visão histórico-dinâmica dos processos de saúde e doença (MONKEN et al., 2008).

Na concepção de Santos (2006), o território não é somente palco para as ações dos seres humanos, mas protagonista das relações humanas. O autor, dessa maneira, dá ênfase à formação das coisas e não apenas às formas. Neste contexto, o território é concebido para além dos limites ambientais, colocando-se como ferramenta chave para a problemática social.

No campo da saúde, o território ganha destaque com a implantação do SUS nos anos de 1990. Com a Reforma Sanitária ocorreu uma reflexão em torno do funcionamento dos serviços,

bem como sobre a base territorial, ou seja, sobre a delimitação dos territórios para a saúde. Neste contexto, o território era concebido “como área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem” (MONKEN et al., 2008, p. 37). A partir das reflexões sobre esta concepção, o território adquire um conceito mais amplo para a saúde, remetendo aos processos sociais que ali ocorrem, entre eles aos processos de saúde e doença.

O território é caracterizado por sua dinâmica e pelas suas relações sociais. Com isso pode-se dizer que

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 2007, p. 10).

O território deveria ser compreendido como um lugar em construção em que permeiam diversos conflitos políticos. No entanto, ainda é visto como um ambiente passivo. Para Brandão (2008, p. 10), “território, escalas e desenvolvimento são construtos sociais conflituosos – são produções humanas coletivas, dinâmicas, multidimensionais, contando com variados agentes e trajetórias históricas em disputa, em movimento processual e em aberto.”

A concepção aqui adotada é a de que o território é produto das relações sociais, devendo ser entendido como produção social, resultado dos conflitos, dos antagonismos, enfim, dos movimentos que se inscrevem ao longo da história. Assim, deve-se estar atento às questões de poder, hierarquias e hegemonias presentes no território, bem como ao papel do capital nas diferentes escalas de desenvolvimento. Conforme Brandão (2008, p. 12),

Os territórios são construções (sociais, discursivas e materiais), portanto sua análise deve se basear na interação entre decisões e estruturas, nas articulações entre microprocessos, microiniciativas *versus* macrodecisões nas várias escalas em que se estruturam e se enfrentam os interesses em disputa.

Atualmente, as políticas públicas de saúde brasileiras estão dando atenção especial ao território, considerando este um elemento primordial para a compreensão dos processos de saúde e doença e da interação entre população e serviços de saúde. Esta atenção especial pode ser observada no trecho a seguir, referente à saúde do idoso:

O cuidado com a pessoa idosa deve estar centrado na atenção básica voltada ao território, com facilidade de acesso aos serviços da rede nos vários níveis de complexidade, consultas especializadas, exames e internações (WATANABE et al., 2009, p.43).

Conforme Nogueira e Remoaldo (2012), os territórios demonstram a capacidade de promover saúde. Entretanto, também há territórios que representam vulnerabilidades e riscos.

A geografia das desigualdades sociais em saúde sublinha a importância da estrutura espacial nos resultados em saúde, ela própria determinada pelo conjunto de fatores geográficos, sociais, políticos, econômicos, culturais e históricos que, em interação, constituem os lugares. Se a saúde é uma produção social, o lugar assume-se então como um fator social crítico, devendo ser analisado no estudo das variações e desigualdades sociais em saúde (NOGUEIRA; REMOALDO, 2012, p. 23).

Neste sentido, o SUS trabalha com as divisões territoriais que recebem diferentes nomeações: “o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência das unidades de saúde, entre outras” (GONDIM et al., 2008, p. 238). Estas divisões territoriais no campo da saúde representam um “caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estrutura no espaço e cria territórios próprios, dotados de poder” (GONDIM et al., 2008, p. 238). Assim, o conceito de território na saúde remete ao território utilizado.

Desta forma, o campo da saúde se apropria da análise do território para a compreensão dos processos de saúde e doença, na medida em que expressa o conjunto, mas também as singularidades de determinada realidade. Assim, as ações de saúde devem ser conduzidas pelas especificidades dos territórios, já que é neles que a vida acontece (LIMA, 2012).

De acordo com Gondim et al. (2008, p. 251),

A análise social do território deve ser construída de forma a contribuir para a identificação de informações, para a operacionalização das tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo saúde-doença (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998), ou seja, em termos das necessidades sociais, nos grupos de risco, na situação de exposição, nos danos e óbitos, nas sequelas e em doenças e agravos. Essas dimensões, entretanto, não estão separadas e sim relacionadas; muitas vezes são causas, efeitos ou condições que se direcionam para situações-problemas com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais. É desse modo que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde devido a sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Ao pensar a saúde e o território pode-se dizer que o território possui um caráter multidimensional, já que serve de suporte para a organização das ações e serviços de saúde, como também para o desenvolvimento da vida da população. Além disso, o território é palco e

contexto para a ocorrência e explicação dos problemas de saúde, sendo também foco da responsabilidade e da gestão compartilhada em saúde (MONKEN et al., 2008). Saúde e território constituem importantes elementos para a compreensão do desenvolvimento regional.

1. 2 Envelhecimento populacional e as políticas públicas de saúde para a população idosa brasileira

Neste estudo o envelhecimento é compreendido como uma categoria social, ou seja, enquanto uma produção da nossa sociedade. Primeiramente, é necessário estabelecer alguns conceitos norteadores como envelhecimento, velhice e idoso. Em síntese, pode-se dizer que o envelhecimento refere-se ao processo de desenvolvimento humano que compreende desde a concepção até a morte. Já a velhice faz menção à última fase do ciclo normal de vida. As pessoas que se encontram nesta fase são consideradas idosas (NETTO, 2006).

Segundo a OMS (2006), é considerado idoso, em países em desenvolvimento, o indivíduo que possui 60 anos ou mais, já em países desenvolvidos é considerado idoso o indivíduo com 65 anos ou mais. Diante disso, o envelhecimento e a expectativa de vida configuram-se como importantes indicadores sociais que apontam, entre outros fatores, o nível de desenvolvimento de uma região, estado e país.

Camarano e Pasinato (2004, p. 253) refletem sobre as desigualdades do processo de envelhecimento populacional nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, ressaltando que:

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu em um cenário socioeconômico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social. Nos países em desenvolvimento e, especificamente, no caso brasileiro, o acelerado processo de envelhecimento está ocorrendo em meio a uma conjuntura recessiva e a uma crise fiscal que dificultam a expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários e, em particular, para os idosos.

Destaca-se que, além das questões sociais que permeiam o envelhecimento, este é um processo pessoal, singular, natural e inevitável para qualquer pessoa. Não se fica velho aos 60 anos, já que envelhecer é um processo contínuo que se inicia no nascimento. Na atualidade, ainda há muito preconceito em torno do envelhecimento, na medida em que a velhice é, muitas vezes, desconsiderada pela sociedade ocidental. Frequentemente a velhice é concebida como doença, ou seja, com desvalorização. Este pensamento provoca uma representação social equivocada sobre o que é ser idoso na contemporaneidade (BRASIL, 2006a).

No Brasil, percebe-se o envelhecimento da população, sendo este definido como a “mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice” (BRASIL, 2006a, s. p.). O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial em ascensão, portanto, torna-se um debate atual.

Pesquisas apontam que existe uma significativa aceleração do crescimento da população idosa brasileira, enquanto há uma redução nas taxas de fecundidade. Em 1960, a taxa de fecundidade era de 6,28 filhos por mulher. Em 2010 era de 1,90 filhos, o que representa uma redução de 70%. Em 2010, o IBGE apontou que a expectativa de vida média do brasileiro é de 73,48 anos. Há uma diferença significativa quando se analisa a questão de gênero no Brasil, já que a expectativa de vida para os homens é de 69,73 anos e para as mulheres é de 77,32 anos (AREOSA, 2012).

No Brasil, o último censo demográfico contabilizou mais de 20 milhões de idosos, o que representa 10,78% da população (CENSO, 2010). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2013) revela que os idosos brasileiros já chegam a 13,03% da população. O envelhecimento se torna um grande desafio, já que se estima que em 2025 o país tenha 15% de população idosa, ou seja, 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (AREOSA, 2012).

A longevidade é um importante indicador social que aponta, entre outros fatores, o nível de desenvolvimento humano de uma região, estado e país. Conhecer as características de uma população e seus indicadores sociais torna-se fundamental para obter ferramentas de trabalho para a gestão e para a construção, implantação e avaliação das políticas públicas, em especial as de saúde (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Com a queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida observa-se o envelhecimento da população idosa brasileira. Este fato já está provocando mudanças na estrutura etária da população, o que representa uma importante transformação, na medida em que resulta em alterações nos modos como a nossa sociedade se organiza. (AREOSA, 2012). Estas mudanças produzem tensões e questionamentos sobre a própria organização da sociedade. Desta forma, o processo de envelhecimento produz demandas ao Estado e a sociedade. Dentre essas demandas estão àquelas relativas à saúde da população idosa.

O aumento da população idosa provoca mudanças nos padrões estabelecidos em nossa sociedade. Além do campo da saúde, algumas modificações podem ser percebidas: no mundo do trabalho e no contexto familiar, em que muitos idosos têm se tornado os principais responsáveis pelo sustento da família; a feminilização da velhice, já que as mulheres são maioria neste grupo; o aumento da urbanização, pois muitos idosos residentes no meio rural

possuem pouco ou nenhum acesso a ações e serviços de saúde, ocorrendo assim o êxodo rural; entre outras modificações (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

O acelerado processo de envelhecimento provoca um novo perfil de morbimortalidade, ou seja, de doenças e mortes na sociedade brasileira, já que as doenças crônicas acometem mais as pessoas de idade avançada. Com isso, pode-se dizer que:

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. No entanto, o envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, de maneira que alguns podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde. Todavia deve-se ter em mente que esta é a exceção e não a regra (BRASIL, 2002b, p. 11).

Neste contexto, a saúde do idoso impõe desafios à sociedade e ao Estado, diante da transição demográfica acelerada e do aumento das faixas de idade mais elevadas. Assim, torna-se importante a análise da situação de saúde dos brasileiros, em especial dos idosos, tanto no que se refere aos aspectos demográficos, como aos aspectos epidemiológicos. Percebe-se que “passamos, em menos de 40 anos, de um perfil de mortalidade materno-infantil, para um perfil de mortalidade por enfermidades complexas e mais onerosas, típicas das faixas etárias mais avançadas” (BRASIL, 2002b, p. 10).

O Brasil apresenta muitas desigualdades socioeconômicas regionais, as quais se refletem também no acesso a saúde. A questão da acessibilidade é extremamente importante, ainda mais quando se trata da saúde dos idosos, já que a falta de acesso às ações e serviços de saúde podem provocar agravos que resultam em incapacidade, perda da autonomia e da qualidade de vida (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

A população idosa é grande usuária de serviços de saúde devido aos problemas de saúde associados a esta faixa etária, ou seja, desenvolvimento de doenças, incapacidades e dependências que perpassam o processo de envelhecer. Além das doenças, há outros problemas a serem enfrentados, como o abandono, o abuso (físico, psicológico, sexual e/ou econômico) e a violência. Estudos apontam que a maioria dos idosos não possuem planos de saúde privado, evidenciando a necessidade de (re)estruturação do SUS e da preparação técnica de profissionais e serviços para dar conta das demandas da população idosa. Assim, surge a necessidade de se pensar a questão da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pela população idosa (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

O crescimento demográfico da população idosa aponta para a necessidade de preparação para o atendimento das demandas que estão emergindo. Neste sentido, políticas públicas

envolvendo os diversos atores (família, sociedade, Estado) são extremamente importantes para que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de práticas em saúde promotoras de autonomia e qualidade de vida, o que exige uma abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Pinheiro, Barros e Mattos (2007, p. 57) enfatizam que o trabalho em equipe “acontece na presença de diferentes atores, profissionais com distintas formações”. O trabalho em equipe e em rede coloca a possibilidade de se encontrar caminhos criativos e construtivos na resolução de problemas complexos que exigem uma especificidade de cada profissional e áreas comuns, sustentadas em práticas e saberes do domínio de todos.

O trabalho em equipe multiprofissional e em rede emerge como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação entre trabalho e interação os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a interação (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007).

Os trabalhadores da saúde precisam acompanhar as mudanças sociais provocadas pelo envelhecimento, bem como as instituições formadoras para que haja trabalhadores em consonância com as reais necessidades de saúde da população idosa. Hoje, há o reconhecimento da Geriatria e da Gerontologia como especialidades, o que denota o reconhecimento desta área como de fundamental importância na construção de saberes sobre o envelhecer. No entanto, ainda encontram-se poucos profissionais com esta formação no SUS. Isso demonstra que ainda é necessário traçar caminhos que levem na direção de um cuidado integral efetivo e resolutivo (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

A população idosa possui seus direitos garantidos na Constituição Federal, na PNI, no Estatuto do Idoso, na PNSPI. Há uma gama de políticas públicas envolvendo a proteção e garantia dos direitos dos idosos. Porém, percebe-se uma fragilidade na implementação e efetividade destas na medida em que muitos idosos têm seus direitos violados. Nota-se que o Estado ainda não está organizado para um cuidado intersetorial resolutivo. O fenômeno do envelhecimento coloca, assim, desafios tanto para a sociedade quanto para o Estado (CAMARANO; MELLO, 2010).

Este fato provoca reflexões acerca do envelhecimento populacional e das desigualdades presentes neste, já que as características econômicas, sociais, culturais, políticas, enfim, as características de cada país, estado e região são determinantes no processo de envelhecer. Conforme a ex-diretora-geral da OMS Gro Harlem Brundtland (apud MONTAÑÉS et al., 2012

[1999], p. 73) “o envelhecimento da população é, antes de tudo e sobretudo, uma história do êxito das políticas de saúde pública, assim como do desenvolvimento social e econômico [...]”

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2003) apontam que 64% dos idosos vivem em regiões menos desenvolvidas, em 2050, a estimativa é de que este número aproxime-se a 80%. Neste sentido, é necessário trabalhar na redução das desigualdades sociais, que pode se dar através da diminuição da exclusão e do preconceito relacionado ao idoso. Além disso, é importante que o idoso possa exercer sua cidadania e que seja compreendido como mais um ator que contribui para o desenvolvimento de sua própria vida e da sociedade em que está inserido.

A mudança advinda com o aumento da proporção de pessoas idosas gera diversas repercussões. Diante disso, é necessário que os setores público e privado destinem fundos a este coletivo, bem como aumentem a oferta de serviços e bens específicos. Com isso, torna-se preciso o investimento em suportes para um envelhecimento satisfatório com qualidade de vida, o que significa investir nas áreas de educação, saúde, assistência social, segurança, entre outros (MONTAÑÉS et al., 2012).

Estudos referentes aos processos de saúde e doença envolvendo as condições de vida da população idosa são extremamente importantes, na medida em que produzem informações para dar suporte às novas transformações que a sociedade está passando diante do envelhecimento da população. A construção e implementação de políticas públicas, bem como a avaliação e acompanhamento das ações em andamento são necessárias para que ocorra o envelhecimento saudável e com qualidade de vida, em respeito ao Estatuto do Idoso e demais políticas públicas voltadas para o idoso no Brasil. Desta forma, é necessário que políticos, universidades e sociedade civil organizada dêem atenção especial a essa nova realidade que se apresenta (AREOSA, 2012).

O aumento da expectativa de vida da população é uma das grandes conquistas do século XX. Porém, reconhece-se que este traz, como uma de suas demandas, políticas públicas específicas para a população idosa, principalmente no que se refere ao tripé da seguridade social: assistência social, previdência social e saúde. Quanto à saúde, há necessidade de (re)pensar o sistema de atenção à saúde para que este seja resolutivo e para que abarque as reais necessidades deste público, sejam estas ações de tratamento, reabilitação e prevenção de doenças, como também ações de promoção da saúde (CAMARANO; MELLO, 2010).

No Brasil, até a década de 1970, a atenção aos idosos era basicamente de caráter caridoso, ou seja, através de organizações religiosas e filantrópicas. Neste período os idosos foram citados em alguns documentos legislativos, porém associados especificamente a

aposentadoria. A I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada pela ONU em Viena/Áustria no ano de 1982, foi o marco para a discussão sobre as questões relativas aos idosos, e conseqüentemente, a construção e implementação de políticas públicas para esta população no contexto mundial (RODRIGUES et al., 2007).

Nesta assembleia foi estabelecido o Plano de Ação para o Envelhecimento, em que constavam estratégias e recomendações fundamentais para garantir os direitos dos idosos, visando à segurança social e econômica, bem como a integração destes no desenvolvimento dos países. O Plano de Ação para o Envelhecimento responsabiliza cada país pela efetivação deste plano, em que se destacam alguns princípios para a execução das políticas públicas para o envelhecimento, entre eles: a família deve ser a principal cuidadora e protetora do idoso; as políticas públicas devem preparar a sociedade para a fase mais tardia do envelhecimento; é assegurado ao idoso o atendimento integral compreendendo os aspectos físicos, psicológicos, culturais, sociais, econômicos, entre outros (RODRIGUES et al., 2007).

No entanto, através de uma análise sobre as estratégias e recomendações do Plano de Ação para o Envelhecimento, percebe-se que estas foram endereçadas aos idosos financeiramente independentes, basicamente, moradores dos países desenvolvidos. Embora a atenção estivesse direcionada aos países desenvolvidos no momento da elaboração do plano, os países em desenvolvimento passaram a inserir gradativamente as questões sobre o envelhecimento populacional em suas agendas políticas (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada pela ONU ocorreu em Madri, na Espanha, em 2002, em um contexto econômico, social e político diferente daquele vivenciado há 20 anos na I Assembleia Mundial do Envelhecimento. Neste evento, foi dada maior ênfase aos países em desenvolvimento e um novo plano foi aprovado, denominado de Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (RODRIGUES et al., 2007).

No Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento constam orientações prioritárias aos países. Entre elas destaca-se o eixo “Pessoas Idosas e o Desenvolvimento”, com os temas “Reconhecimento da contribuição social, cultural, econômica e política das pessoas idosas” e “Participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis.” De acordo com a ONU (2003, p. 33), este eixo refere que:

Os efeitos do envelhecimento da população sobre o desenvolvimento sócio-econômico da sociedade, juntamente com as mudanças sociais e econômicas, que está acontecendo em todos os países, criam a necessidade de adotar medidas urgentes para garantir a constante integração e capacitação de idosos. Além do mais, a migração, a urbanização, a transformação da família em famílias menores e inconstantes, a falta de acesso a tecnologias que promovam a independência e outras mudanças sócio-

econômicas podem levar os idosos ao isolamento, separando-os da corrente principal do desenvolvimento, privando-os de funções econômicas e sociais significativas e enfraquecendo suas fontes tradicionais de ajuda.

Destaca-se ainda, entre as demais orientações, o eixo “Promoção da Saúde e Bem-estar na Velhice”, sendo os temas “Promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida”, “Acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde”, “Os idosos e a AIDS”, “Capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde”, “Necessidades relacionadas com a saúde mental de idosos” e “Idosos e incapacidades.” Diante disso, se estabelece que os idosos possuem direito universal ao acesso à serviços de saúde através de ações preventivas e de promoção, bem como assistenciais (ONU, 2003).

Durante a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a OMS apresentou o documento “Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas”. O documento apresentado recomendou a elaboração de políticas públicas de saúde na área do envelhecimento, a fim de manter as pessoas independentes e ativas à medida que envelhecem (OMS, 2005).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é um marco jurídico quanto à proteção social. A seção “II – Da Saúde” estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário dos brasileiros às ações e serviços de saúde através de políticas sociais e econômicas. De acordo com a Constituição Federal de 1988:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, s. p.).

O financiamento das ações e serviços de saúde pública é viabilizado através do orçamento da seguridade social, com participação da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Desta forma, é responsabilidade do poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, sendo a execução realizada diretamente pelo Estado, através de terceiros, pessoa física e/ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Com isso, percebe-se que, desde a criação da Constituição Federal de 1988, os idosos passam a ter direitos sociais garantidos. Além do acesso universal e igualitário à saúde, a Constituição estabelece a eliminação de qualquer forma de discriminação quanto ao sexo e a idade; assim todos são iguais perante a lei. Especificamente quanto ao amparo aos idosos, a Constituição Federal prevê que o cuidado deve ser de responsabilidade da família, da sociedade

e do Estado, sendo realizado preferencialmente pela família. Assim, pode-se dizer que a Constituição Federal assegura aos idosos o direito a participação na sociedade, a dignidade, ao bem-estar, enfim, à vida (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Quanto à instituição de políticas públicas de saúde brasileiras, em 1990 é criado o SUS com a finalidade de garantir o acesso à saúde de toda a população. Esta política pública compreende que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a, s. p.).

Além disso, o SUS possibilita uma nova concepção sobre a saúde ao compreender que esta é resultante das condições de vida oferecidas em determinado país. Esta concepção amplia o conceito de saúde da OMS (1946), já que muitos estudiosos o consideram como reducionista e utópico. Reducionista por associar a saúde aos aspectos orgânicos, já que há a necessidade de evidências objetivas para averiguar se o corpo (físico) está funcionando corretamente. Utópico por propor uma condição de completo bem-estar que é inatingível, visto que a saúde e a doença coexistem em um mesmo processo (DALMOLIN et al., 2011).

O sistema de saúde brasileiro organiza-se para atender a população em níveis de atenção complementar, ou seja, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A atenção primária em saúde (também conhecida como atenção básica) é responsável pelo atendimento dos acometimentos mais prevalentes na população. Os profissionais deste nível devem ter uma formação geral e abrangente. Dados apontam que de 85% a 90% dos casos demandados à atenção primária em saúde são resolvidos neste nível (MATTA; MOROSINI, 2008). Os documentos do Ministério da Saúde utilizam os termos atenção primária e atenção básica como sinônimos, mas a maior parte das publicações deste órgão referem-se a este nível como atenção básica, por isto utiliza-se este termo ao longo do trabalho.

A atenção secundária ou de média complexidade em saúde envolve áreas especializadas e um grau maior de tecnologia e capacitação dos profissionais. A atenção terciária ou de alta complexidade em saúde envolve procedimentos de alta tecnologia e custos, como, por exemplos, os serviços hospitalares (MATTA; MOROSINI, 2008).

O SUS garante a toda a população brasileira a atenção em saúde gratuita. De acordo com o Artigo 198º da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços de saúde devem ser norteadas pelas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Estas diretrizes representam a trajetória que se deve percorrer para alcançar um sistema de saúde de excelência. Além disso, de acordo com a Lei nº 8080, o atendimento através do SUS deve obedecer aos seguintes princípios estruturantes do sistema único:

[...] universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990a, s. p.).

Em suma, as diretrizes e princípios do SUS expressam que o acesso às ações e serviços de saúde deve ocorrer de forma igualitária, independente de questões econômicas, sociais e/ou culturais de determinada comunidade, bem como não deve existir discriminação quanto à idade e sexo. Entre as ações na área da saúde destaca-se o Pacto pela Saúde, criado em 2006. Este documento representa o compromisso dos gestores diante da necessidade de qualificação do SUS, apresentando uma série de princípios que,

guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006b, p. 07).

Observa-se que o Pacto pela Saúde possui um viés territorial/regional para o desenvolvimento de suas ações. Além disso, o Pacto pela Saúde visa à reformulação da gestão e da atenção à saúde. O documento está organizado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida estabelece prioridades em saúde na busca da equidade social. Entre as prioridades está a saúde do idoso e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida, no que se refere à saúde do idoso estabelece as seguintes diretrizes:

a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável; b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da

atenção; d. A implantação de serviços de atenção domiciliar; O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g. Fortalecimento da participação social; h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b, p. 09).

O documento também estabelece ações estratégicas para a saúde do idoso. São elas: caderneta de saúde da pessoa idosa (permite um melhor acompanhamento do paciente pelos profissionais); manual de atenção básica à saúde da pessoa idosa (cadernos da atenção básica para orientação das ações em envelhecimento e saúde da pessoa idosa); Programa de Educação Permanente à Distância (programa de educação na área do envelhecimento e saúde do idoso para profissionais que trabalham na atenção básica); acolhimento (reorganizar o acolhimento à pessoa idosa); assistência farmacêutica (qualificar a dispensação e o acesso a medicamentos); atenção diferenciada na internação (instituir a avaliação geriátrica global por equipe multiprofissional); e atenção domiciliar (prestação de serviço no ambiente familiar), (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida ainda prevê como prioridade o fortalecimento da atenção básica através dos seguintes objetivos:

a. Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais; b. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; c. Consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos pequenos e médios municípios; d. Ampliar e qualificar a estratégia de Saúde da Família nos grandes centros urbanos; e. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para estes serviços; f. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS; g. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais; h. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada; i. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais (BRASIL, 2006b, p. 13).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, representa um conjunto de ações na área da saúde que envolve tanto o âmbito individual como coletivo, através da promoção e a proteção à saúde, prevenção

de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A atenção básica é dirigida a populações em territórios adstritos sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional, utilizando tecnologias consideradas de alta complexidade, no que se refere ao conhecimento sobre os agravos em saúde, e de baixa complexidade, no que diz respeito à utilização de equipamentos. A atenção básica, entre os níveis de saúde, representa a porta de entrada para o sistema de saúde (BRASIL, 2006c).

Quanto à saúde do idoso na atenção básica:

[...] espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso [...] (BRASIL, 2006c, p. 13).

A saúde do idoso na atenção básica envolve a atenção aos aspectos biológicos, psicológicos, funcionais e sociais, através de um diagnóstico multidimensional. Assim, preconiza-se a atenção integral à saúde do idoso. Em 2006, visando à qualificação de ações sobre o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, o Departamento de Atenção Básica, vinculado ao Ministério da Saúde, lançou o caderno da atenção básica, com o tema envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Este caderno deve servir de guia para o desenvolvimento das ações dos profissionais que trabalham com a saúde do idoso na atenção básica (BRASIL, 2006c).

Quanto à criação de políticas públicas específicas para a população idosa brasileira, destaca-se a PNI, criada e regulamentada em 1994, através da Lei nº 8.842 e pelo Decreto nº 1.948. Esta política considera idosas as pessoas com 60 anos ou mais, e tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, s. p.).

Entre os princípios da PNI destaca-se que a família, a sociedade e o Estado possuem o dever de garantir o exercício da cidadania do idoso e que as diferenças sociais, culturais, econômicas, bem como as discrepâncias entre os meios urbano e rural – tendo em vista os diferentes contextos regionais – deverão ser consideradas pela sociedade e pelo poder público. No que se refere às diretrizes da PNI, ressalta-se a participação do idoso na construção, implementação e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 1994, s. p.).

Com a criação da PNI foram instituídos os Conselhos do Idoso a nível Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipal. O Conselho do Idoso é um órgão de caráter

consultivo, deliberativo e fiscalizador da PNI, composto por representantes da sociedade civil, assim como de órgãos e entidades públicas (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

No campo das políticas públicas de saúde para os idosos os Conselhos de Saúde e do Idoso desempenham um papel fundamental, sejam em nível nacional, estadual ou municipal, já que, conforme Boaretto e Heimann (2006, p. 111), os conselhos

[...] possuem caráter deliberativo, o que significa que suas decisões devem ser acatadas pelo poder público, pois são legítimas e representativas dos segmentos sociais. Eles são compostos por representantes da administração pública e por representantes da população, sempre com o objetivo de formar uma representação paritária (alguns conselhos são compostos também por representantes dos trabalhadores de uma determinada área de atuação, a exemplo dos Conselhos de Saúde, em que a população ocupa 50% da composição, os trabalhadores, 25% e o poder público, os outros 25%).

Neste contexto, os conselhos são importantes instrumentos de participação social através da representatividade dos segmentos sociais. Os conselhos são espaços reconhecidos pelo Estado, possibilitando assim o exercício da cidadania para além do voto. A participação da população e, em especial, dos idosos nos conselhos é fundamental para que as políticas públicas sejam a expressão das necessidades deste grupo social. Conforme Boaretto e Heimann (2006, p. 124), “é fundamental a presença dos movimentos sociais organizados para que, através de sua atuação, tenham condições de pressionar o poder público para executar e garantir seus direitos, configurando uma democracia participativa.”

Em 1999, foi criada a PSI, através da Portaria 1395/GM de 10 de dezembro. Esta política foi criada diante da necessidade do setor da saúde em dispor de uma política específica para a população idosa. A PSI pautava-se pelas seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Em 2002, através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 702, de 12 de abril de 2002, são instituídos mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. São criadas normas para o cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002), como parte da operacionalização das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002a).

Em 2003, através da Lei nº 10.741, foi criado o Estatuto do Idoso, que tem por finalidade estabelecer os direitos sociais assegurados aos idosos, estabelecendo, além disso, penalidades

a quem infringir tais direitos. O Estatuto do Idoso é um instrumento de garantia do bem-estar físico, psíquico e social das pessoas com 60 anos ou mais, sendo de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado a efetivação dos direitos dos idosos. Desta forma, o Estatuto do Idoso visa proteger os idosos de qualquer forma de discriminação e violência (BRASIL, 2003a).

O Estatuto do Idoso, no capítulo “IV - Do direito à saúde”, assegura a integralidade e o acesso universal à atenção em saúde através do SUS, visando à prevenção de doenças, em especial as que acometem preferencialmente os idosos, e a promoção da saúde. Conforme o Estatuto do Idoso,

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de: I – cadastramento da população idosa em base territorial; II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde (BRASIL, 2003a, s. p.).

O Estatuto do Idoso ainda responsabiliza o poder público no que se refere ao fornecimento de medicamentos, principalmente aqueles de uso contínuo, prevê o provimento de próteses, órteses e outros dispositivos necessários ao tratamento e/ou reabilitação de forma gratuita. Também garante ao idoso em situação de enfermidade o atendimento pelo SUS em seu domicílio e em casos de violência contra os idosos estabelece que os serviços de saúde, tanto públicos como privados, devem notificar à autoridade sanitária os casos suspeitos ou confirmados. Além disso, responsabiliza as instituições de saúde pela formação continuada de profissionais para suprir as necessidades de atendimento dos idosos, bem como incumbe a essas instituições o fornecimento de orientação, a fim de dar suporte aos cuidadores familiares, e a realização de grupos de autoajuda para estes (BRASIL, 2003a).

Em 2006, foi instituída a PNSPI, sendo, na realidade, uma revisão e atualização da PSI. A PNSPI reafirma e garante o direito à saúde dos idosos, segundo os princípios e diretrizes do SUS, tendo por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim [...]” (BRASIL, 2006a, s. p.).

Neste contexto, considerando a saúde como um direito dos idosos, a PNSPI pauta-se através das seguintes diretrizes:

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

A viabilização da PNSPI é de responsabilidade dos gestores federais, estaduais e municipais. Em cada esfera há competências específicas. Cabe à gestão a articulação intersetorial preconizada na referida política, ou seja, as ações e serviços de saúde devem estar articulados com outros setores, como educação, previdência social, Sistema Único da Assistência Social (SUAS), trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transportes, justiça, esporte e lazer, entre outros. Além disso, a PNSPI prevê o acompanhamento e avaliação desta enquanto política pública a fim de verificar sua efetividade, como também para propor adequações (BRASIL, 2006a).

Enfim, pode-se dizer que o envelhecimento da população brasileira e seu impacto no setor saúde são evidentes. Diante disso, é necessário que os gestores e os profissionais estejam atentos para este fato, já que o SUS terá que se (re)formular para abarcar as novas necessidades que este novo perfil de população exige. Pode-se dizer que o desafio ainda pauta-se na necessidade de um sistema de saúde que dê conta das necessidades dos idosos de forma integral, a fim de aumentar a expectativa de vida com autonomia e independência, já que se percebe um descompasso entre o que está garantido e planejado nas políticas públicas e o que de fato ocorre.

2 CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE A PNSPI: A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

2. 1 O Materialismo Histórico Dialético como pressuposto teórico-metodológico

A realização de uma pesquisa exige a escolha por uma orientação, por um pressuposto teórico-metodológico, ou seja, é preciso escolher um tipo de investigação da realidade. É esta orientação que irá dar forma e significado ao trabalho de pesquisa. Nesta perspectiva, optou-se pelo pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético, já que este possibilita a compreensão do homem em seu contexto histórico, levando em conta as lutas e contradições sociais. Para a compreensão do pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético é necessário recorrer aos pensamentos de Marx (1818-1883), importante precursor das Ciências Sociais e Humanas (TRIVIÑOS, 1987).

Através de suas obras, Marx revolucionou o pensamento sobre como eram vistas e como se organizavam as sociedades, pois se dedicou ao estudo das transformações nos modos de vida e de produção social. Desta forma, sua teoria possibilitou, para além de um modo de pensar, um modo de desvelar a realidade que ressaltava a ação do homem na transformação da realidade. Marx estudou as transformações econômicas e sociais, transformações determinadas pela evolução dos meios de produção (ALVES, 2010).

O materialismo histórico é uma maneira de pensar as ideias que determinam a consciência humana, ou seja, para Marx, são as condições materiais instituídas pela sociedade que propiciam ao ser humano sua consciência – pensar desta ou daquela maneira. Essas condições materiais são determinadas a partir das relações sociais de produção e da divisão social do trabalho (MARZZITELLI, 2011, p. 03).

O materialismo é uma concepção filosófica que aponta a prática como principal substância de qualquer fenômeno. Ao esmiuçar o termo materialismo histórico dialético pode-se dizer que o *materialismo* refere-se às condições materiais (relações de produção) que determinam os modos de ser e pensar; já o termo *histórico* explicita que a ação dos seres humanos está situada num determinado espaço-tempo. Neste sentido, o materialismo histórico é também *dialético*, já que expressa as contribuições da sociedade na forma de pensar a realidade, sendo que o movimento contrário também ocorre, ou seja, o homem molda a sociedade, ao mesmo tempo em que é moldado por ela (MARZZITELLI, 2011).

O materialismo histórico dialético possui um caráter de compreensão e intervenção do real, a fim de gerar contribuições práticas ao campo a ser estudado. Desta forma, possui um

caráter prático de desvelamento do real e, se possível, provocar uma transformação nessa realidade. Assim, o materialismo histórico dialético é pensado enquanto práxis, ou seja, assumindo o pressuposto de que teoria e prática são indissociáveis, e que para intervir na realidade a ser estudada é necessário conhecer/aprender (MARX, 1989).

A utilização do pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético permite ao pesquisador não apenas examinar a realidade, mas ser um sujeito ativo, ou seja, que exerce sua ação prática juntamente com a natureza e com outros sujeitos. O materialismo histórico dialético pode ser compreendido como uma concepção de mundo, uma concepção de vida, de realidade, na medida em que rompe com o pensamento dominante, ao mediar o processo de apreender, expor e transformar os fenômenos sociais (MASSON, 2007).

Marx trabalhou com o modo de pensar da dialética. Sua origem está no termo grego *dialegos*, que significa diálogo. A origem da dialética está, portanto, no uso das contradições presentes nos processos discursivos, para assim descobrir a verdade. A dialética trabalha com a realidade objetiva e/ou subjetiva como objeto de sua investigação, considerando sua dinâmica relacional e contraditória. Através do método dialético é possível captar o fenômeno, indagando-o e descrevendo-o, atingindo a sua essência (esta não é considerada, contudo, como algo eterno, fixo e independente), para desta forma o compreender. Assim, o materialismo histórico dialético vislumbra o conhecimento como a decomposição da totalidade (MASSON, 2007).

A dialética é considerada uma forma de pensar a realidade, estando em constante processo de mudança. A mudança ocorre por meio da contradição. A dialética pode ser explicada em três termos: tese, antítese e síntese. A tese refere-se a uma afirmação; a antítese representa uma afirmação contrária à tese; o resultado desta contradição é a síntese, que representa algo novo e diferente, mas que mantém alguns elementos do antigo. Destaca-se o caráter cíclico deste processo, já que a síntese supera a tese e a antítese, originando uma nova tese, e assim sucessivamente (ALVES, 2010).

É a partir da prática social que o homem constrói suas ideias. Pode-se pensar que o homem é produtor de suas ideias, mas não se pode esquecer que estas são, para além disso, produtos históricos e transitórios, resultantes de suas relações sociais. Assim, o homem é sujeito e objeto da história (MARX; ENGELS, 1987).

O materialismo histórico dialético trabalha com o caráter histórico dos objetos a serem analisados, compreendendo os indivíduos como produzidos e determinados socialmente. Neste sentido, estuda a historicidade presente nos fenômenos sociais e os movimentos de transformação do homem e da realidade (MARZZITELLI, 2011).

Conforme Cury (2000), o pressuposto teórico-metodológico do materialismo histórico dialético baseia-se nas categorias integrantes de contradição, totalidade, mediação, historicidade, hegemonia, entre outras. Estes são conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações. As categorias são instrumentos de compreensão da realidade social, ou seja, instrumentos metodológicos de análise, devendo ser pensadas de acordo com cada tempo e lugar.

Neste contexto, as categorias são tomadas a partir dos aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais que envolvem os sujeitos e estão presentes na sociedade, aspectos determinados historicamente. As categorias expressam as estruturas das relações entre os fenômenos, colaborando para uma compreensão mais ampla da realidade. Assim, a realidade deve ser compreendida em sua dialética (ALVES, 2010).

Quanto às categorias, destacam-se as de contradição e de historicidade, utilizadas nesse caso para construir conhecimentos sobre a política de saúde do idoso no município pesquisado. Pode-se dizer que a contradição é a base conceitual explicativa da dialética, ou seja, a contradição pode ser compreendida como a lei da dialética. A contradição é compreendida como o motor do desenvolvimento, refletindo o movimento mais originário do real. A captura da realidade, ou melhor, da essência do fenômeno, se dá nos movimentos contraditórios deste. Desta forma, o materialismo histórico dialético possibilita a compreensão das contradições presentes na sociedade capitalista (CURY, 2000).

Para Marx, a pesquisa deve fazer um percurso da fase mais desenvolvida do objeto a ser investigado, passando pela análise de sua gênese, para assim retornar ao ponto de partida. Esta trajetória permite que o objeto investigado seja compreendido através de sua análise histórica, o que lhe confere uma compreensão mais profunda e concreta. Desta forma, a postura do cientista social é de empenhar-se na transformação da sociedade, através da crítica aos sistemas econômico, filosófico e político presentes no capitalismo. Neste contexto, Marx faz uma crítica ao capitalismo e à pretensão de neutralidade do conhecimento científico (MASSON, 2007).

Em relação às contribuições deste pressuposto teórico-metodológico à pesquisa em desenvolvimento regional, acredita-se que este possibilita a ampliação do olhar político sobre a noção de região, já que esta é resultado das forças sociais e dos modos de produção. O materialismo histórico dialético trabalha sobre o *porque* e *como* ocorrem os processos sociais. As regiões são entendidas, nesse sentido, como produtos do social (LENCIONI, 1999).

A abordagem marxista contribuiu para pensar a perversão da sociedade capitalista e a discussão do progresso social. Nesta perspectiva, a regionalização deve ocorrer através de recortes de acordo com as problemáticas de uma determinada região, e não tendo como

referência o processo de produção capitalista. O materialismo histórico dialético trouxe importantes discussões para a análise do desenvolvimento regional, já que enseja elementos para pensar a construção social do território e da região a partir da percepção das pessoas e das forças políticas envolvidas (LENCIONI, 1999).

Acredita-se que a atividade de pesquisa deve ser guiada pela ação e pela reflexão. A cada passo deve-se refletir sobre a caminhada futura, para que a construção de conhecimentos reflita a realidade de uma determinada população. É necessário questionar o que direciona as ações, qual o percurso que está sendo trilhado. Diante disso, é fundamental a utilização de um pressuposto teórico-metodológico coerente com o que se pretende estudar.

O materialismo histórico dialético provoca questionamentos que vão desde o tema da investigação, o levantamento bibliográfico, a coleta dos dados e as análises realizadas. Assim, o materialismo histórico dialético, enquanto pressuposto teórico-metodológico, transversaliza todo o processo de construção de conhecimento. Diante disso, torna-se uma opção metodológica interessante para pensar o fenômeno do envelhecimento populacional e seus enlances com as políticas públicas de saúde para o idoso, bem como com o desenvolvimento regional, já que possibilita compreender as contradições presentes entre o que está planejado nas políticas públicas e o que de fato ocorre. Além disso, possui suas bases sobre as relações sociais e o estudo da vida prática em sociedade, o que amplia a visão sobre a realidade incorporando uma perspectiva histórica sobre esta temática que pode ser compreendida em sua totalidade.

2. 2 A operacionalização da pesquisa: das técnicas à análise e interpretação dos dados

A presente pesquisa caracterizou-se por um estudo que utilizou a abordagem qualitativa para a produção dos dados de pesquisa. A pesquisa qualitativa considera as particularidades e traços subjetivos dos entrevistados, possibilitando uma análise complexa da realidade (TRIVIÑOS, 1987). Desta forma, pretendeu-se, através da pesquisa qualitativa, obter uma compreensão mais integral dos significados que os indivíduos atribuem às suas vivências, neste caso, em especial às relativas ao SUS.

A pesquisa foi do tipo exploratório-descritivo, já que esta permite o aprofundamento do problema a ser estudado a partir da caracterização dos elementos que constituem o objeto de estudo (TRIVIÑOS, 1987). Neste sentido, a pesquisa exploratória descritiva proporcionou maior familiaridade com a problemática em questão, possibilitando, assim, a aproximação com a realidade vivida pela população idosa, no que se refere à PNSPI em Santa Cruz Sul.

A pesquisa se concretizou através da realização de um estudo de caso no município de Santa Cruz do Sul, localizado na Mesorregião Centro Oriental do RS. Em 2014, estima-se que a população de Santa Cruz do Sul fosse de 125.353 habitantes (IBGE, s. d.). O município é sede da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sendo referência para 12 municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.



Figura 1: Localização e delimitação do município de Santa Cruz do Sul/RS
Fonte: IBGE (s. d.)

O estudo de caso do município de Santa Cruz do Sul teve como objetivo compreender a implementação da PNSPI, em especial o direito universal à saúde do idoso no que se refere à atenção básica em saúde. Conforme Triviños (2001, p.74), “o estudo de caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente.” Com isso, pode-se dizer que o estudo de caso possibilita compreender a realidade estudada em sua abrangência e complexidade.

Nesta pesquisa foi utilizado, enquanto técnica de pesquisa, o formulário de entrevista. A opção de utilização do formulário de entrevista foi tomada tendo em vista que, segundo Diehl e Tatim (2004, p. 54), “o formulário permite o contato face a face entre o entrevistado e o pesquisador.” O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social. Seu sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. Definido como uma lista formal, catálogo ou inventário destinado à coleta de dados resultantes quer da observação, quer de interrogatório, seu preenchimento é feito pelo próprio investigador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas, ou pelo pesquisado, sob sua orientação (DIEHL; TATIM, 2004).

A utilização do formulário de entrevista permite, entre outras vantagens, o contato pessoal, a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa, orientar e elucidar o significado das perguntas, adequações de acordo com as diferentes situações de pesquisa e a uniformidade nas informações, já que é preenchido pelo próprio pesquisador. Com isso, pode-se dizer que o formulário é uma técnica de coleta de dados eficaz na obtenção de informações (DIEHL; TATIM, 2004).

Para a realização desta pesquisa foram escolhidos os seguintes participantes: coordenador da PNSPI da 13ª CRS; secretário municipal de saúde de Santa Cruz do Sul, presidente do conselho municipal de saúde de Santa Cruz do Sul e presidente do conselho municipal do idoso de Santa Cruz do Sul; profissionais dos serviços de saúde da atenção básica, sendo um por serviço; e idosos usuários destes serviços, considerando dois idosos. Os participantes foram escolhidos a fim de integrar diferentes visões sobre a gestão, organização e acesso da PNSPI e em específico da atenção básica quanto à saúde do idoso. Foi utilizado, além das fontes primárias, dados secundários obtidos através de bancos de dados oficiais do CNES (2014), IBGE (2010) e PNUD (2010).

No momento da realização da pesquisa, o município de Santa Cruz do Sul contava com 39 serviços vinculados ao CNES, compreendidos como Postos de Saúde e Estratégias de Saúde da Família (ESF), localizados no meio urbano e rural. Participaram deste estudo cinco postos de saúde e cinco ESF's. A escolha dos serviços teve como critério a questão territorial, ou seja, o maior número de idosos residentes nos bairros do município onde há este tipo de serviço, conforme os dados do IBGE apresentados a seguir no Quadro 1:

Quadro 1 – Idosos por Bairros e Distritos de Santa Cruz do Sul/RS

Idosos por Bairros e Distritos	Total	Colocação	Idosos por Bairros e Distritos	Total	Colocação
Centro	1744	1º	Vila Nova – Bairro	182	27º
Senai– Bairro	717	2º	Pedreira – Bairro	174	28º
Bom Jesus – Bairro	708	3º	Santo Antônio – Bairro	165	29º
Goiás – Bairro	662	4º	Ana Nery – Bairro	146	30º
Arroio Grande – Bairro	589	5º	Menino Deus – Bairro	144	31º
Monte Alverne– Distrito	574	6º	São Martinho – Distrito	140	32º
Avenida – Bairro	567	7º	Várzea – Bairro	131	33º

Verena – Bairro	545	8°	Dona Carlota – Bairro	122	34°
Rio Pardinho – Distrito	532	9°	Country – Bairro	120	35°
Universitário – Bairro	520	10°	Santuário – Bairro	112	35°
Vila Schulz – Bairro	500	11°	Ohland – Bairro	108	36°
Faxinal – Bairro	438	12°	São José da Reserva – Distrito	107	37°
Higienópolis – Bairro	428	13°	Glória – Bairro	106	38°
Boa Vista – Distrito	416	14°	Rauber – Bairro	88	39°
Bom Fim – Bairro	358	15°	Imigrante – Bairro	85	40°
Margarida-Aurora – Bairro	333	16°	Cristal – Bairro	82	41°
Esmeralda – Bairro	329	17°	São João – Bairro	82	42°
Independência – Bairro	280	18°	Monte Verde – Bairro	81	43°
Santo Inácio – Bairro	277	19°	Belvedere – Bairro	80	44°
Alto Paredão – Distrito	219	20°	L. Travessa Aeroporto – Bairro	78	45°
Linha Santa Cruz – Bairro	212	21°	Liberdade – Bairro	68	46°
Aliança – Bairro	201	22°	Harmonia – Bairro	61	47°
Saraiva – Distrito	196	23°	Jardim Europa – Bairro	51	48°
Figueira – Bairro	195	24°	Entrada Rio Pardinho – Bairro	43	49°
Piratini – Bairro	192	25°	Navegantes – Bairro	38	50°
Renascença – Bairro	185	26°	Capão da Cruz – Bairro	22	51°
Santa Cruz do Sul – RS					
Total de Idosos: 15.559					

Fonte: Censo demográfico 2010 – IBGE

Em conversa com a coordenadora das ESF's e com a coordenadora dos Postos de Saúde, foram escolhidos para participação nesta pesquisa os seguintes serviços de saúde da atenção básica: ESF Bom Jesus, ESF Faxinal, ESF Gaspar Bartholomay, ESF Rio Pardinho, ESF Senai, Posto de Saúde Arroio Grande, Posto de Saúde Avenida, Posto de Saúde Central, Posto de Saúde Farroupilha e Posto de Saúde Monte Alverne. A ESF Rio Pardinho e o Posto de Saúde Monte Alverne estão localizados no meio rural, enquanto que os demais serviços de saúde citados estão localizados no meio urbano do município de Santa Cruz do Sul.

A pesquisa de campo foi agendada tendo em vista dias nos quais havia atividades voltadas para os idosos. Diante disso, os idosos participantes da pesquisa foram escolhidos levando em consideração aspectos como autonomia e a independência, bem como a viabilidade e a disponibilidade para participação após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos aspectos éticos, todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos dos objetivos e assinaram o TCLE. As entrevistas foram gravadas através de áudio em formato Mp3, com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas para a realização da análise de conteúdo. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC, sendo aprovado em 26/03/2014 com o número de parecer 610.923 e CAEE 26743014.0.0000.5343.

Quanto à análise e interpretação dos dados, alguns autores fazem distinções. Uns entendem que o objetivo da análise é compreender as relações entre as variáveis do estudo, propondo explicações para os fenômenos, ao passo que a interpretação atribui um significado mais amplo às respostas, estabelecendo conexões com outros conhecimentos. Porém, outros autores compreendem que estão imbricadas uma na outra, fazendo parte do mesmo movimento, ou seja, o de olhar com atenção e cuidado para os dados da pesquisa (MINAYO, 2003). É esta última concepção que norteia a pesquisa.

O processo analítico e interpretativo consistiu nas seguintes etapas: seleção, classificação, codificação e representação dos dados. Primeiramente, as informações foram selecionadas, ou seja, verificadas detalhadamente para que não ocorressem distorções. Posteriormente, as informações foram classificadas e ordenadas de acordo com as categorias que orientaram o trabalho. Em seguida foram codificadas, o que significa a atribuição de significados aos dados. Por fim, as informações foram representadas através da inter-relação entre a apresentação dos dados e o problema de pesquisa (DIEHL; TATIM, 2004).

Para a análise e interpretação dos dados foram utilizadas categorias. Conforme Minayo (2003, p. 70), “a palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si”. Neste sentido, as categorias são empregadas para estabelecer classificações, agrupando, em torno de um conceito, ideias, expressões e/ou elementos semelhantes entre si (MINAYO, 2003).

Para a interpretação dos dados da pesquisa foi utilizada a Análise de Conteúdo. Esta é uma técnica que analisa, a partir de uma descrição, os significados de uma mensagem. Neste sentido, a análise de conteúdo realiza um trabalho objetivo, sistemático e quantitativo do conteúdo a fim de interpretá-lo, mediando com a fundamentação teórica (BARDIN, 2002).

Conforme Bardin (apud TRIVIÑOS, 2001 [1999], p. 129), a Análise de Conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a influência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Minayo (2003) destaca duas funções da Análise de Conteúdo: a primeira refere-se à verificação das questões suscitadas pela pesquisa, ou seja, através da análise de conteúdo é possível encontrar respostas para as questões anteriormente formuladas na trabalho de pesquisa. A segunda função da análise de conteúdo refere-se “[...] à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.” (MINAYO, 2003, p. 74).

A Análise de Conteúdo, enquanto técnica de análise e interpretação de dados, apresenta as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase refere-se à organização do material. Neste momento são realizados os primeiros contatos com o material de análise que geram as primeiras impressões sobre os dados coletados. A segunda fase é a de dedicação sobre o material, a fim de aprofundar a análise sobre a complexidade da realidade a ser estudada. A terceira fase consiste no desvendar do conteúdo manifesto, atribuindo características aos fenômenos estudados (MINAYO, 2003).

O pressuposto teórico-metodológico do Materialismo Histórico Dialético, através de categorias como *historicidade* e *contradição*, perpassou a análise da pesquisa. Além disso, os princípios e diretrizes do SUS, tais como *universalidade*, *equidade* e *integralidade* também perpassaram toda a análise. Após a coleta de dados, as informações foram organizadas da seguinte forma: (a) caracterização do município de Santa Cruz do Sul e da Região da 13ª CRS, (b) a PNSPI em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS: a visão dos gestores, (c) saúde do idoso e a organização da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos profissionais, e (d) acesso e utilização das ações e serviços da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos idosos.

3 A PNSPI E OS DES(CAMINHOS) PARA UM CUIDADO INTEGRAL: O CASO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

3. 1 Caracterização do município de Santa Cruz do Sul e da Região da 13ª CRS

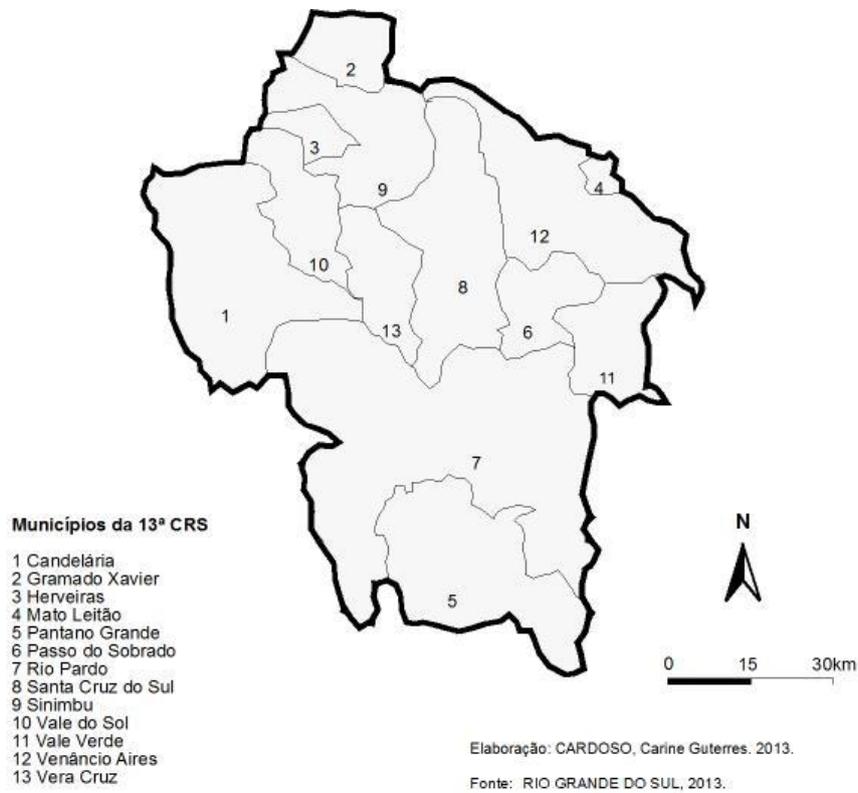
Para a caracterização do município pesquisado dentro de sua região de saúde, ou seja, da 13ª CRS, serão apresentados dados geográficos, históricos e demográficos referentes à população idosa (gênero e situação de domicílio), esperança de vida ao nascer, IDH e sobre os serviços de saúde. Os dados são apresentados na escala municipal, mas também na escala regional, estadual e nacional. As informações foram obtidas e sistematizadas a partir do banco de dados do IBGE, através do último censo demográfico, realizado em 2010, do PNUD (dados do último levantamento de 2010) e do CNES, que traz dados relativos à oferta de serviços em 2014.

O município de Santa Cruz do Sul localiza-se na encosta inferior do nordeste do Estado do RS, na região do Vale do Rio Pardo, a 150 km de Porto Alegre. O município possui 733, 409 km² de extensão territorial e densidade demográfica de 161,40 hab/km². Os limites geográficos de Santa Cruz do Sul são os municípios de Vera Cruz (leste), Rio Pardo (sul), Sinimbu (noroeste), Venâncio Aires (nordeste) e Passo do Sobrado (leste), (IBGE, s. d.).

Santa Cruz do Sul é um município majoritariamente de colonização alemã. Os primeiros imigrantes chegaram em 1849 e receberam terras localizadas na depressão central, próximo à encosta inferior da serra. O município foi instalado nesta localização a fim de sustentar o fluxo de mercadorias e rebanhos dos campos do planalto e da campanha para Rio Pardo e, posteriormente, para Porto Alegre. Cabe destacar que Santa Cruz do Sul pertenceu ao município de Rio Pardo até o ano de 1878. Desde a criação até a atualidade, o fumo é um dos principais produtos da economia do município (COSTA, s. d.).

Na área da saúde, Santa Cruz do Sul integra a Região Vinte e Oito (R28) e a 13ª CRS. O Estado do RS é dividido em 30 Regiões de Saúde e 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual de Saúde. A R28 e a 13ª CRS são compostas pelos mesmos municípios: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. A sede da 13ª CRS é no município de Santa Cruz do Sul, sendo este o mais populoso e com maior número de serviços de saúde da região (RIO GRANDE DO SUL, 2013). Ao longo deste trabalho será utilizado o termo 13ª CRS para designar esta região de saúde, a qual pode ser observada no mapa abaixo.

Mapa 1 – 13ª CRS



Fonte: *Censo demográfico*. IBGE, 2010.

A descentralização é uma das diretrizes do SUS que responsabiliza os municípios pelo provimento das ações e serviços de saúde, sendo a regionalização uma estratégia para esta descentralização. O processo de regionalização pressupõe a criação de regiões de saúde e pactos intergovernamentais que visem à cooperação entre os municípios para que as ações e serviços de saúde sejam mais resolutivos diante das demandas dos cidadãos (VIANA et al., 2008). De acordo com Viana et al. (2008, p. 94), a regionalização “[...] inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território.” Assim, a regionalização deve considerar o território em sua heterogeneidade, buscando através das regiões de saúde a complementaridade para a oferta das ações e serviços de saúde.

Quanto à população do município de Santa Cruz do Sul e da 13ª CRS, constatou-se que no último censo demográfico Santa Cruz do Sul apresentou 118.374 habitantes e 15.559 idosos (13,15%), enquanto que a região da 13ª CRS contabilizou uma população de 327. 158 habitantes, tendo uma população idosa de 46.983 (14, 36%) (CENSO, 2010).

Neste mesmo censo demográfico o estado do RS apresentou 10.693.929 habitantes e população de idosa de 1.459.597 (13,65%). O Brasil contabilizou 190.755.799 habitantes, sendo 20.590.597 (10,78%) as pessoas com 60 anos ou mais (CENSO, 2010).

Tabela 1 – População Total e População Idosa

Unidade Territorial	População Total	População Idosa	%
Santa Cruz do Sul	118.374	15.559	13,15
13ª CRS	327.158	46.983	14,36
RS	10.693.929	1.459.597	13,65
Brasil	190.755.799	20.590.597	10,78

Fonte: *Censo demográfico*. IBGE, 2010.

O município de Santa Cruz do Sul (13,15%) apresenta índice de população idosa inferior a 13ª CRS (14,36%) e ao RS (13,65%). No entanto, o município apresenta população idosa superior à média do Brasil (10,78%) e possui cerca de 1/3 da população idosa da 13ª CRS (CENSO, 2010). Santa Cruz do Sul apresenta 2,37% a mais de idosos em relação ao Brasil. Nesta mesma comparação, a 13ª CRS possui população idosa 3,58% superior em relação ao resto do país. O RS também se destaca pela proporção de idosos: são 2,87% a mais de idosos no estado do que a média nacional.

O aumento da população idosa, inclusive de centenários (pessoas com 100 anos ou mais), tem sido demonstrado nos últimos censos demográficos, o que está provocando mudanças na concepção de que o Brasil é um país de jovens. Este aumento da população idosa brasileira está associado a fatores como escolaridade, acessibilidade à saúde, diminuição das desigualdades de gênero, benefícios da seguridade social, enfim, a uma série de aspectos relacionados à melhoria da qualidade de vida (AREOSA, 2012).

Quanto à distribuição da população idosa residente no meio urbano e no meio rural, constata-se que o município de Santa Cruz do Sul possui 13.218 (11,17%) idosos no meio urbano, enquanto que 2.341 (1,98%) idosos residem no meio rural. Destaca-se que Santa Cruz do Sul, em sua divisão territorial, possui 44 bairros (área urbana) e apenas 7 distritos (área rural) (CENSO, 2010).

Na região da 13ª CRS, há no meio urbano 29.038 idosos (8,87%), enquanto que 17.945 (5,48%) idosos residem no meio rural (CENSO, 2010). Porém, constata-se que sete dos treze

municípios da 13ª CRS possuem predominantemente população idosa residente no meio rural, e que dois municípios apresentam praticamente o mesmo número de população idosa no meio urbano e rural. A média elevada de idosos no meio urbano na região da 13ª CRS se dá pelo fato de que os quatro municípios mais populosos da região apresentam elevados índices de população idosa no meio urbano.

No RS, 1.188.895 (11,12%) de idosos residem no meio urbano, sendo que 270.702 (2,53%) têm por situação de domicílio o meio rural. No Brasil há 17.324.394 (9,09%) idosos residindo no meio urbano, sendo 3.266.203 (1,7%) morando no meio rural (CENSO, 2010).

Tabela 2 – População Idosa residente no Meio Urbano e Rural

Unidade Territorial	População Idosa Urbana	%	População Idosa Rural	%
Santa Cruz do Sul	13.218	11,17	2.341	1,98
13ª CRS	29.038	8,87	17.945	5,48
RS	1.188.895	11,12	270.702	2,53
Brasil	17.324.394	9,09	3.266.203	1,7

Fonte: *Censo demográfico*. IBGE, 2010.

Santa Cruz do Sul, o estado do RS e o Brasil apresentam diferenças significativas quanto à situação de domicílio dos idosos no meio urbano e rural (diferença de 9,19%, 8,59% e 7,39%, respectivamente). Nestes casos percebe-se a concentração de idosos no meio urbano. A região da 13ª CRS apresenta população idosa residindo no meio urbano superior ao número de idosos no meio rural. A diferença entre as duas situações de domicílio é de 3,39%.

Conforme o Ministério da Integração Nacional (2010, p. 18), “a população brasileira continua fortemente concentrada nas capitais dos estados, nas cidades próximas ao litoral e em poucas cidades médias.” Neste sentido, as informações sobre o município e região convergem com a realidade da população brasileira. Santa Cruz do Sul é considerada município de porte médio, único com esta característica na região da 13ª CRS – os demais são considerados de pequeno porte.

A migração dos idosos está relacionada principalmente a três fatores: a busca por locais mais agradáveis para se viver, a necessidade de viver com os filhos ou outros parentes e até mesmo em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) e a busca por atendimentos

a suas necessidades de saúde. Esses movimentos podem ser por vontade própria, em busca de melhor qualidade de vida, ou por necessidade, já que alguns idosos podem estar em uma condição de dependência que exija o deslocamento da situação de domicílio, ou ainda por necessidade de acompanhar outro parente (CAMPOS; BARBIERI, 2013). Estes fatores podem explicar a concentração de idosos no meio urbano, nas diferentes escalas pesquisadas.

Quanto ao gênero, constata-se que há mais mulheres do que homens a partir dos 60 anos. Em Santa Cruz do Sul são 9.310 (7,87%) idosas e 6.249 (5,28%) idosos. Percebe-se o mesmo fato na 13ª CRS: são 26.837 (8,2%) idosas, sendo os idosos 20.146 (6,15%) da população (CENSO, 2010).

No RS, são 832.127 idosas (7,77%), enquanto que os homens contabilizam 627.470 (5,87%) da população. No Brasil são 11.434.486 idosas (6,00%). Já os homens com 60 anos ou mais são 9.156.111 (4,79%) na população brasileira (CENSO, 2010).

Tabela 3 – População Idosa Masculina e Feminina.

Unidade Territorial	População Idosa Masculina	%	População Idosa Feminina	%
Santa Cruz do Sul	6.249	5,28	9.310	7,87
13ª CRS	20.146	6,15	26.837	8,2
RS	627.470	5,87	832.127	7,77
Brasil	9.156.111	4,79	11.434.486	6,00

Fonte: *Censo demográfico*. IBGE, 2010.

Em Santa Cruz do Sul, 13ª CRS, RS e Brasil constata-se população idosa feminina superior à população idosa masculina. Santa Cruz do Sul apresenta 2,59% de idosas a mais do que os idosos. Na 13ª CRS são 2,05% de idosas a mais do que os idosos. No RS e no Brasil a diferença entre homens e mulheres é de 1,9% e 1,21%, respectivamente.

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, há uma forte questão de gênero neste processo, já que se constata em diferentes escalas a predominância de mulheres idosas. Este fenômeno é conhecido como feminilização da velhice, e é decorrente, entre outros fatores, do fato das mulheres frequentarem mais os serviços de saúde, estarem menos expostas a acidentes de trabalho e de trânsito e por haver entre elas uma menor prevalência de casos de alcoolismo, tabagismo e drogas (LIMA; BUENO, 2009).

Após a apresentação dos dados demográficos sobre a população idosa nas diferentes escalas territoriais estudadas, destaca-se que:

O processo de envelhecimento, contudo, não se limita aos aspectos demográficos. É muito mais complexo, pois concomitantemente ao crescente número de pessoas idosas e ao aumento da expectativa de vida emergem lacunas, em termos de como dar conta desse contingente populacional, em que as características são bastante peculiares, abarcando aspectos de caráter cultural, social, econômico, psicológico e de saúde (LEITE, 2009, p. 95).

A esperança de vida reflete aspectos sociais, econômicos e de saúde, entre outros, que estão atrelados à melhoria da qualidade de vida da população. Conforme os dados do PNUD (2010), a esperança de vida ao nascer em Santa Cruz do Sul é de 76,1 anos, sendo o segundo maior nível de esperança de vida da região. A região da 13ª CRS possui esperança de vida média de 74,48 anos. No Brasil a esperança de vida é de 73,48 anos e no RS é de 75,8 anos.

Tabela 4 – Esperança de Vida ao Nascer

Unidade Territorial	Esperança de vida ao nascer
Santa Cruz do Sul	76,1 anos
13ª CRS	74,48 anos
RS	75,8 anos
Brasil	73,48 anos

Fonte: PNUD, 2010.

O município de Santa Cruz do Sul, com média de 76,1 anos, apresenta esperança de vida superior à região (74,48 anos), estado (75,8 anos) e país (73,48 anos). A região da 13ª CRS apresenta esperança de vida inferior à média do RS, mas superior à média do Brasil. O estado do RS apresenta esperança de vida superior à do Brasil (PNUD, 2010).

A esperança de vida é um indicador que se refere ao nível de mortalidade em uma determinada região, sendo utilizada para medir a qualidade de vida de uma população. Este indicador aponta o número médio de anos esperados para que um recém-nascido viva. Conforme Belon e Barros (2011, p. 877), [...] “diversos fatores, como renda, educação, cobertura dos serviços de saúde e de saneamento básico, entre outros, influenciaram a queda da mortalidade, promovendo o aumento da esperança de vida ao nascer.”

No que se refere à qualidade de vida de uma população, o IDH é uma medida usada para classificar o grau de desenvolvimento humano dos países, classificando-os como desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O IDH também é usado para medir o desenvolvimento de estados e municípios (PNUD, 2010).

As regiões classificadas como “desenvolvidas” apresentam índice de desenvolvimento humano muito alto (entre 0,800 e 1,000); as classificadas como “em desenvolvimento” apresentam índice de desenvolvimento humano médio (entre 0,600 e 0,699) e alto (entre 0,700 e 0,799) e os “subdesenvolvidos” apresentam índice baixo (entre 0,500 e 0,599) e muito baixo (entre 0,000 e 0,499). O índice varia de 0 (valor mínimo) a 1 (valor máximo). O IDH é composto pelos indicadores de renda (Produto Interno Bruto [PIB] per capita), educação (anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade) e longevidade (expectativa de vida), (PNUD, 2010).

O município de Santa Cruz do Sul apresentou os indicadores: renda - 0,782; longevidade - 0,852 e educação - 0,693, sendo o IDH de 0,773 considerado alto. O município ocupa a 197ª posição no Brasil; no estado está na 26ª posição. A média dos municípios da região da 13ª CRS quanto aos indicadores foram: renda - 0,705; longevidade - 0,825 e educação - 0,544. Assim, o IDH foi de 0,680, considerado médio (PNUD, 2010).

No RS, os indicadores foram os seguintes: renda - 0,769; longevidade - 0,840 e educação - 0,642; totalizando um IDH de 0,746 também considerado alto. O RS ocupa a 6ª posição no Brasil, estando atrás do Distrito Federal (0.824), São Paulo (0.783), Santa Catarina (0.774), Rio de Janeiro (0.761) e Paraná (0.749). Excetuando o Distrito Federal, que possui IDH muito alto, os demais estados citados possuem IDH alto (PNUD, 2010).

Em 2010, o Brasil apresentou os seguintes indicadores: renda - 0,739; longevidade - 0,816 e educação - 0,637. O IDH brasileiro foi de 0,727, sendo considerado alto; conforme este índice, o Brasil é considerado um país em desenvolvimento (PNUD, 2010).

Quadro 2 – IDH

Unidade Territorial	IDH	Faixa do IDH	Posição no BR	Posição no RS	Renda	Longevidade	Educação
Santa Cruz do Sul	0,773	Alto	197ª	26ª	0,782	0,852	0,693
13ª CRS	0,680	Médio	-	-	0,705	0,825	0,544
RS	0,746	Alto	6ª	-	0,769	0,840	0,642

Brasil	0,727	Alto	-	-	0,739	0,816	0,637
--------	-------	------	---	---	-------	-------	-------

Fonte: PNUD, 2010.

O município de Santa Cruz do Sul, o estado do RS e o Brasil estão classificados na faixa de IDH considerado alto; já a região da 13ª CRS está na faixa de IDH considerado médio. No entanto, todas as unidades territoriais estudadas estão classificadas como “em desenvolvimento”, já que apresentaram IDH entre 0,600 e 0,799 (PNUD, 2010).

Quanto aos serviços de saúde disponíveis em Santa Cruz do Sul, conforme o CNES (2014), o município apresenta 9 postos de saúde, 30 centros de saúde/unidades básicas, 3 hospitais gerais, 372 consultórios isolados, 1 centro de especialidades, 93 unidades de apoio diagnose e terapia, 3 unidades móveis terrestres, 4 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, 1 farmácia municipal, 1 unidade de vigilância em saúde, 1 secretaria de saúde, 1 centro de atenção de hemoterapia, 3 centros de atenção psicossocial e 2 pronto atendimentos.

Quadro 3 – Serviços de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul/RS

Santa Cruz do Sul	Total
Centro de atenção de hemoterapia	1
Centro de atenção psicossocial	3
Centro de saúde/Unidade básica	30
Clínica/Centro de especialidade	1
Consultório isolado	372
Farmácia	1
Hospital geral	3
Unidade de apoio diagnose e terapia	93
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	4
Unidade de vigilância em saúde	1
Unidade móvel terrestre	3
Posto de saúde	9
Pronto atendimento	2

Secretaria de saúde	1
Total	524

Fonte: CNES, 2014.

A região da 13ª CRS possui 943 serviços cadastrados no CNES (2014), sendo os seguintes: 1 centro de atenção hemoterapia, 10 centros de atenção psicossocial, 66 centros de saúde/unidades básicas, 22 clínicas/centros de especialidades, 614 consultórios isolados, 3 farmácias municipais, 9 hospitais gerais, 142 unidades de apoio diagnose e terapia, 9 unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, 1 unidade de vigilância em saúde, 6 unidades móveis terrestres, 7 policlínicas, 1 polo academia da saúde, 6 pronto atendimentos, 33 postos de saúde e 13 secretarias de saúde.

Quadro 4 – Serviços de Saúde da 13ª CRS/RS

13ª CRS	Total
Centro de atenção hemoterapia	1
Centro de atenção psicossocial	10
Centro de saúde/Unidade básica	66
Clínica/Centro de especialidade	22
Consultório isolado	614
Farmácia	3
Hospital geral	9
Unidade de apoio diagnose e terapia	142
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	9
Unidade de vigilância em saúde	1
Unidade móvel terrestre	6
Policlínica	7
Polo academia da saúde	1
Pronto atendimento	6
Posto de saúde	33

Secretaria de saúde	13
Total	945

Fonte: CNES, 2014.

Diante da exposição dos serviços de saúde presentes em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS, constata-se que o município apresenta 523 serviços cadastrados no CNES, ou seja, concentra 55,5% dos serviços de saúde da região da 13ª CRS em seu território. Santa Cruz do Sul é o município de referência da região para o atendimento em saúde. Assim, destaca-se a importância do município, já que este concentra serviços de atenção especializada e de alta complexidade que não estão presentes em outros municípios da região. Além disso, o fato de ser o município de referência para os atendimentos em saúde pode explicar, entre outros fatores, a alta concentração de idosos no município, principalmente no meio urbano, já que a maior parte dos serviços de saúde está aí concentrada.

O RS possui 21.387 serviços cadastrados no CNES, em todos os níveis de atenção. O estado apresenta 7,6% dos serviços de saúde do território brasileiro, atrás apenas dos estados de São Paulo e Minas Gerais, que concentram 22,88% e 12,23%, respectivamente. No Brasil, há 270.063 serviços cadastrados no CNES (2014).

O SUS garante o atendimento universal, igualitário e integral em saúde a toda a população brasileira. No entanto, deve-se observar a distribuição da rede de serviços nos diferentes territórios, a fim de verificar a oferta dos serviços de saúde. Uma intervenção efetiva e resolutiva em saúde passa pela distribuição territorial dos serviços, considerando a densidade populacional (KILSZTAJN; SILVA, s. d.).

A distribuição dos serviços no território deve ser guiada pelos princípios do SUS de universalidade e equidade. O primeiro princípio estabelece que todos são iguais e têm direito ao mesmo tratamento; o segundo reconhece as diferenças existentes entre as pessoas e propõe a redução das desigualdades. Os serviços na área da saúde devem ser disponibilizados, portanto, conforme os princípios do SUS (KILSZTAJN; SILVA, s. d.).

Assim, a saúde constitui um direito social essencial para o exercício da cidadania do povo brasileiro. Cabe destacar que um país só pode ser considerado “desenvolvido” se este oferecer condições para que sua população seja saudável. O desenvolvimento regional está associado, entre outros fatores, à distribuição dos serviços e ações em saúde no território nacional, bem como à qualidade da assistência prestada.

3. 2 A PNSPI em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS: a visão dos gestores

A PNSPI está em vigor desde 2006, através da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro (BRASIL, 2006). Tendo isto em vista, buscou-se através desta pesquisa compreender como está se materializando esta política no território delimitado para este estudo, ou seja, no município de Santa Cruz do Sul, referência para a 13ª CRS.

Tentando compreender as políticas públicas, Lima e D'Ascenzi (2013) as separam em três momentos: formulação, implementação e avaliação. De uma forma sucinta, a primeira refere-se à escolha e definição das alternativas e tomada de decisões. A segunda remete à execução do que foi formulado anteriormente e a terceira verifica o resultado da política pública. Ressalta-se que formulação, implementação e avaliação constituem um mesmo processo, que deve ser pensado em sua totalidade. No entanto, destacaremos, nessa pesquisa, especificamente, o processo de implementação de políticas públicas.

Conforme Fernandes, Castro e Maron (2013), há dois pontos fundamentais na implementação das políticas públicas: o primeiro é a necessidade da união entre diversos setores a fim de responder adequadamente às demandas da população. O segundo aponta para a necessidade de levar em consideração a diversidade social/regional. Assim, o primeiro ponto revela a importância da intersetorialidade, ao passo que o segundo indica a necessidade de considerar o território, e com ele os aspectos econômicos, culturais, políticos, entre outros, que compõem a diversidade social/regional.

Para a obtenção de informações sobre a gestão da PNSPI, foram realizadas entrevistas com os seguintes gestores: coordenadora da Política de Saúde da Pessoa Idosa na 13ª CRS, presidente do Conselho Municipal do Idoso, presidente do Conselho Municipal de Saúde e com a funcionária pública responsável pelo Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso de Santa Cruz do Sul (representante da administração municipal).

Destaca-se que, após cinco meses de tentativas de contato para a realização da entrevista com o secretário municipal de saúde, não se obteve êxito. O motivo apresentado para a não realização da entrevista foi a indisponibilidade de horários na agenda do secretário. No entanto, a Secretaria Municipal de Saúde sugeriu que a entrevista destinada ao secretário fosse realizada com uma profissional que, no momento da pesquisa, atuava como coordenadora do Ambulatório Municipal do Idoso, Diabético e Hipertenso, o que se fez. Ressalta-se que o Ambulatório Municipal do Idoso, Diabético e Hipertenso é um serviço especializado, ou seja, refere-se à atenção secundária/especializada em saúde.

As entrevistas com os gestores foram realizadas entre os meses de maio e setembro de 2014. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, após a assinatura do TCLE, e transcritas para a análise de conteúdo. Através da análise de conteúdo realizada são apresentadas seis categorias: a implementação da PNSPI, a baixa participação dos idosos na gestão das políticas públicas de saúde, a fragilidade na articulação entre gestores e setores, a (in)visibilidade da saúde do idoso, a incoerência entre as responsabilidades institucionais e a atuação dos gestores e, o precário acesso e utilização dos serviços de saúde.

Os gestores entrevistados possuem entre 31 e 65 anos, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à escolaridade três possuem ensino superior completo, nas áreas de enfermagem, publicidade e propaganda e psicologia, ao passo que um possui ensino médio completo. Entre os gestores, o tempo de trabalho no cargo atual varia entre dois meses e onze anos. Os dois gestores que representam a administração municipal e regional apresentam experiência de trabalho anterior no SUS, e possuem tempo de trabalho entre três anos e quarenta anos. Os presidentes do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal do Idoso representam o segmento dos usuários, e possuem atuação no conselho há 10 anos e 11 anos, respectivamente.

A partir das entrevistas, constata-se que em Santa Cruz do Sul e nos municípios da 13ª CRS não há uma Política Municipal de Saúde do Idoso implementada. Em Santa Cruz do Sul, o Conselho Municipal do Idoso está trabalhando para a implementação da Política Municipal do Idoso a partir da PNI, conforme pode ser observado na fala abaixo.

Então não há a política municipal do idoso, nós estamos trabalhando para isso. Foi encaminhada a todos os conselheiros já no mês passado uma minuta, tá, onde todo mundo vai ler e vai voltar em uma reunião em discussão e após essa discussão e aprovação em assembleia vai para o executivo a sugestão do conselho desta minuta de política municipal do idoso, tá, então é trabalho do conselho agora. A saúde do idoso está contemplada dentro deste texto (Presidente do Conselho Municipal do Idoso, jun. 2014).

A saúde do idoso está contemplada na PNI, no capítulo “IV – Das ações governamentais”, art. 10, item “II: na área da saúde”. Este capítulo da PNI estabelece algumas competências aos órgãos públicos no que se refere à saúde do idoso, sendo elas:

garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS; elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os

Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, 1994, s. p.).

Apesar da saúde do idoso estar contemplada na PNI, é a PNSPI que aborda especificamente esta área. A PNSPI é a política revisada e atualizada relacionada à saúde do idoso, que amplia e especifica os direitos à saúde dos idosos. A PNSPI tem por meta promover “uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras [...]” (BRASIL, 2006a, s. p.).

As políticas públicas brasileiras, em especial as de saúde, garantem a participação da população na sua gestão, ou seja, na formulação, acompanhamento e avaliação. No campo da saúde, a participação da comunidade na gestão do SUS é regida pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta define duas formas de participação: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, com a representatividade de vários segmentos sociais, em âmbito municipal, estadual e nacional, a fim de avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas públicas de saúde. Os Conselhos de Saúde são outra forma de participação da comunidade na gestão do SUS, nas três instâncias: municipal, estadual e nacional. Os Conselhos de Saúde são compostos paritariamente por representantes dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e do governo. Além disso, possui caráter permanente e deliberativo (BRASIL, 1990b).

No campo do envelhecimento, a PNI dispõe sobre a criação dos Conselhos do Idoso nas três esferas administrativas, sendo do mesmo caráter dos Conselhos de Saúde, ou seja, órgãos permanentes, deliberativos e paritários, com representação de entidades públicas e da sociedade civil. Os Conselhos do Idoso possuem a responsabilidade de participar da gestão da PNI. Conforme a PNI, compete aos Conselhos do Idoso “a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas” (BRASIL, 1994, s. p.).

Em Santa Cruz do Sul, o Conselho Municipal de Saúde atua desde 1988 com representação paritária, sendo 10 representantes dos usuários e 10 representantes dos gestores e prestadores de serviço. Os representantes dos usuários representam os seguintes sindicatos e associações: Sindicato dos Metalúrgicos, Sindicato dos Comerciantes, Sindicato dos Funcionários Municipais (SINFUM), Sindicato dos Vigilantes, Sindicato Rural, Associação Cultural de Integração Comunitária de Santa Cruz do Sul (ACICOM), Associação dos

Moradores do Bairro Verena, Associação da Alimentação e do Fumo (ESTIFA), Associação dos Usuários e Familiares do Centro de Atenção Psicossocial (AUFACAPS) e Associação dos funcionários do Hospital Ana Nery. No segmento gestores e prestadores de serviço, há a representação do secretário municipal de saúde, que é membro nato do conselho e de outros setores da administração municipal. Além das instituições citadas, participam o Sindicato da Saúde (SINDISAÚDE) e a Associação Pró-Ensino de Santa Cruz do Sul (APESC), ambos representantes dos prestadores de serviço.

O Conselho Municipal de Saúde está organizado nas seguintes comissões: comissão de finanças, comissão de averiguação de denúncias, comissão de saúde mental, comissão de saúde do trabalhador e comissão de convênios e contratos. O Conselho Municipal da Saúde reúne-se nas segundas terças-feiras do mês e nas quartas terças-feiras do mês, às 18hs, na Câmara Municipal de Vereadores de Santa Cruz do Sul. Eventualmente, conforme a demanda, o Conselho Municipal de Saúde realiza reuniões extraordinárias.

Posterior ao Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal do Idoso teve sua origem a partir de um grupo organizado em forma de clube que atuava desde 1999 em Santa Cruz do Sul. Em 2003, este grupo se reorganiza conforme a formatação de um conselho de direitos tendo atuação até o presente momento. Participam do conselho as seguintes entidades/órgãos: Igreja Evangélica, Associação de Auxílio aos Necessitados (ASAN), Associação da Terceira Idade, Associação de Aposentados, Hospital de Monte Alverne, UNISC, Representantes da Administração Municipal e Procuradoria Geral. O Conselho Municipal do Idoso realiza reuniões ordinárias mensais na segunda segunda-feira do mês às 9h, sendo que, de acordo com a demanda, são realizadas também reuniões extraordinárias. As reuniões são abertas à comunidade, sendo feitas nas dependências da prefeitura municipal, que dispõe de uma sala para os conselhos municipais.

A PNSPI propõe em uma das suas diretrizes o estímulo à participação e fortalecimento do controle social através das Conferências e dos Conselhos. Conforme a PNSPI, “deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências” (BRASIL, 2006, s. p.).

Quanto à participação da comunidade nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, o presidente do Conselho relata que há certa ausência da comunidade, já que as reuniões são abertas ao público. No entanto, destaca que eventualmente alguns estudantes da UNISC participam das reuniões. A divulgação das reuniões do Conselho Municipal de Saúde é de

responsabilidade de cada conselheiro. Conforme o presidente, a divulgação é realizada nos programas de rádios dos sindicatos e associações que participam do conselho. Observa-se, nesse sentido, a baixa participação popular nesta instância do SUS.

No Conselho Municipal do Idoso também se percebe um esvaziamento da participação da comunidade. Para a presidente do conselho, “o idoso ainda não tem consciência total do seu direito”, sendo que “ainda existe bastante desconhecimento da própria população beneficiada com relação ao que o conselho pode fazer” (jun. 2014). Diante disso, considera-se pequena a participação do idoso neste conselho de direito.

Constata-se que tanto no Conselho Municipal de Saúde como no Conselho Municipal do Idoso há pouca participação da comunidade. Entretanto, percebe-se que, apesar dos presidentes acharem importante a participação da comunidade, não se observa ações para a divulgação e mobilização para participação nos conselhos. Os presidentes dizem que cada conselheiro é responsável por divulgar em seu meio as reuniões do conselho e que pautas específicas são divulgadas na imprensa (rádio e jornal). Além disso, justificam que as reuniões dos conselhos são historicamente realizadas na mesma data, horário e local. Sendo assim, a comunidade teria conhecimento da ocorrência das reuniões dos conselhos.

De acordo com o presidente do Conselho Municipal de Saúde, a participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS não está sendo incentivada e facilitada. Não se observa a participação da população em espaços como os conselhos. No que diz respeito à participação da população idosa na gestão de políticas de seus interesses, o presidente do Conselho Municipal de Saúde considera o seguinte:

Ainda não temos a política de saúde do idoso no Conselho, eu acho que isso era uma demanda que deveria vir, né, dessa associação, se eles querem melhorar a qualidade de vida, cabe a eles vir discutir com a gente, no Conselho, o que mais a gente pode estar buscando no Conselho. Eu até acredito que se houvesse e aí, se essa associação, essa entidade, se ela é registrada com CNPJ ela poderia estar compondo o Conselho, então e aí, trazendo as demandas para dentro do Conselho, né, então falta muitas vezes interligar isso (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mai. 2014).

A associação referida é a Associação de Grupos de Terceira Idade. Nota-se um distanciamento entre a população – e em específico os idosos – e o Conselho Municipal de Saúde. A demanda é tida como algo exterior ao conselho, sendo da responsabilidade dos representantes deste segmento, no caso, os idosos, a discussão sobre a PNSPI. Com isso indaga-se: a discussão sobre a PNSPI é de responsabilidade somente dos idosos usuários? E os demais atores/gestores?

Na percepção do Conselho Municipal do Idoso também não há uma participação efetiva dos idosos na gestão do SUS. Porém, conforme a presidente, o conselho “faz o chamamento” (jun. 2014). Assim, também se percebe um distanciamento e uma fragmentação na responsabilização e mobilização da participação do idoso na construção, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas em saúde. Além disso, constata-se que em ambos os conselhos está posta a necessidade de maior aproximação com a administração municipal, especificamente com a Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, uma maior proximidade entre os conselhos e os representantes do governo municipal na área da saúde.

Produzir políticas públicas de saúde resolutivas às necessidades da população idosa é um dos desafios atuais no campo da saúde. É cada vez maior a proporção de idosos usuários dos serviços públicos de saúde, devido ao maior acesso à saúde, mas também por ser um grupo etário expressivo diante do restante da população. No entanto, ainda percebe-se que “é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2006a, s. p.).

Ainda quanto à criação/implementação da Política Municipal do Idoso e da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa, o presidente do Conselho Municipal de Saúde desconhece tais discussões, dizendo que esses temas não foram discutidos no conselho. Além disso, desconhece a realização das Conferências Municipais do Idoso, conforme pode ser observado na fala abaixo:

Eu nunca fiquei sabendo que houvesse Conferência Municipal do Idoso em Santa Cruz do Sul. É, não existe intercâmbio entre as duas partes, isso é que tá faltando, a Assistência Social e a Saúde olharem algumas coisas juntas (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mai. 2014).

O presidente do Conselho Municipal de Saúde relata participação em outras conferências, como a Conferência Macrorregional de Saúde do Trabalhador. O Conselho Municipal do Idoso realiza, desde 2006, com frequência de dois em dois anos, as Conferências Municipais do Idoso, tendo a última sido realizada em 2012. A presidente destaca que as conferências são determinadas pelo Conselho Nacional do Idoso e que havia um calendário prevendo para o mês de dezembro de 2014 uma nova conferência. Todavia, até o momento da entrevista não havia mais informações sobre a realização daquela.

Diante disso, constata-se a fragilidade na articulação entre os Conselhos Municipais de Saúde e do Idoso, bem como entre a Secretaria Municipal de Saúde (da qual o Conselho Municipal de Saúde faz parte) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (da qual o

Conselho Municipal do Idoso também faz parte). Estamos aí frente à necessidade do trabalho em rede e da intersetorialidade, tão importantes para o trabalho em saúde. A PNSPI propõe o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção em saúde do idoso.

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

Percebe-se que os temas referentes ao idoso ainda não integram as pautas de prioridades do Conselho Municipal de Saúde, no qual são observados outros temas, como a saúde do trabalhador, saúde da mulher e da criança com maior destaque. Constatamos a (in)visibilidade da saúde do idoso diante da gestão pública. Conforme a PNSPI, “o sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades” (BRASIL, 2006a, s. p.).

Com relação à atuação do Conselho Municipal de Saúde, no que se refere à saúde do idoso, constatamos que esta atuação limita-se à averiguação de denúncias de violação de direitos quando estas são realizadas. O Conselho Municipal do Idoso também refere a sua atuação sobre a saúde do idoso através de ações de fiscalização, sendo que estas se dão através da inspeção das ILPI's, em casos de idosos institucionalizados, e, nos demais casos, através de denúncias encaminhadas pela comunidade em geral.

Conforme o presidente do Conselho Municipal de Saúde, o município não consegue acompanhar as políticas federais, havendo um descompasso entre a esfera municipal e a federal. Percebe-se que a saúde do idoso ainda não encontra um lugar de destaque na agenda de prioridades municipais. A presidente do Conselho Municipal do Idoso reafirma que no município ainda prioriza-se basicamente a saúde da mulher e da criança, sendo a saúde do idoso pouco discutida.

Quanto à PNSPI, percebe-se que há ações isoladas, pouco efetivas e resolutivas. Diante disso, percebe-se uma distância entre o planejado na PNSPI e a realidade da saúde do idoso em Santa Cruz do Sul. Este fato (re)afirma a necessidade dos dois pontos fundamentais para a implementação das políticas públicas: a intersetorialidade e a consideração da diversidade social e regional. Além da fragmentação do cuidado, constatamos no município pesquisado uma desconsideração pelas diferenças sociais/regionais. Exemplo disso é que muitos idosos de Santa

Cruz do Sul falam o dialeto alemão e possuem dificuldades em compreender as orientações em português dos profissionais de saúde.

Quanto ao acompanhamento e avaliação da PNSPI, o Conselho Municipal de Saúde tem ação limitada. Percebe-se que o trabalho do conselho, no que se refere à saúde do idoso, ainda está restrito à averiguação de denúncias de violação de direitos. O Conselho Municipal do Idoso refere atuação somente na fiscalização das denúncias e no encaminhamento à promotoria de justiça de Santa Cruz do Sul. Com isso, observa-se uma atuação limitada dos conselhos de direitos no que se refere à saúde do idoso.

Quanto ao acesso, a percepção do presidente do Conselho Municipal de Saúde é de que o idoso não possui prioridade na maior parte dos atendimentos realizados na atenção básica em saúde, enfrentando ainda muitas filas para o acesso à saúde. Isso demonstra que o acesso à saúde ainda é precário diante das necessidades dos idosos. A qualidade das ações e serviços é considerada boa, mas o presidente do conselho afirma que poderia ser melhor:

O acesso ainda tá muito restrito, ainda estão jogando o idoso na vala comum, né. Eu acho que a qualidade dos serviços prestados, eu até diria que, entre bom, ruim e péssimo, eu acho que tá bom, não tá ruim, mas poderia ser melhor um pouco mais, né. (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mai. 2014).

A presidente do Conselho Municipal do Idoso refere que o acesso à saúde é fácil, porém a resolutividade das ações é lenta. Ela destaca ainda que há, na concepção de muitos profissionais, uma desvalorização do idoso, que se reflete no atendimento em saúde. De acordo com a PNSPI, “o preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo” (BRASIL, 2006a, s. p.).

Diante disso, muitos desafios se apresentam aos gestores, profissionais e população idosa. Conforme o Presidente do Conselho Municipal de Saúde, o principal desafio para a implementação da PNSPI no município são os recursos orçamentários.

O principal desafio é o recurso, tem que haver recurso por parte do governo federal e estadual de repasse para a política do idoso, exclusivamente, que venha com cartas carimbadas, o que acontece se a verba não vier carimbada o governo federal e estadual, se vier uma verba solta, que não tenha um destino exato, a verba pode ser gasta em outros projetos e não naquele no qual era a finalidade (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mai. 2014).

Para a presidente do Conselho Municipal do Idoso o principal desafio está em “quebrar resistências dos gestores” (jun. 2014), referindo-se a necessidade de valorização do idoso pelos

profissionais e gestores municipais. Assim, as questões relativas ao idoso são colocadas pela presidente como necessitando de prioridade na agenda pública municipal.

O serviço de *Home Care* (assistência domiciliar), o Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso, as ESF's e o Programa das Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) foram citados pelo presidente do Conselho Municipal de Saúde como serviços que desenvolvem ações direcionadas ao idoso. Cabe destacar que estes serviços atendem ao público em geral e também ao idoso.

Ainda dá pra melhorar a saúde do idoso em Santa Cruz do Sul, mas tem que ter uma integração entre as demais pastas pra poder tá fazendo um atendimento melhorado, não cada um cuidando do seu umbigo e daí ninguém faz, cada um faz pela sua cabeça, um faz uma coisa, o outro faz outra [...] Eu acho que tem que, teria que ter um olhar diferenciado para o idoso, já que a população idosa tá aumentando demais (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, mai. 2014).

Neste contexto, há o reconhecimento de que o cuidado em saúde ao idoso em Santa Cruz do Sul ainda é fragmentado. Com isso, necessita-se da integração dos diferentes setores da administração municipal para a mudança de tal cenário, para que assim a PNSPI saia do planejado/idealizado para a realidade dos idosos brasileiros.

A PNSPI apresenta como diretrizes: a promoção do envelhecimento ativo, a atenção integral à saúde do idoso, o estímulo à intersectorialidade, o provimento dos recursos necessários à qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa, o estímulo ao controle social, o incentivo à Educação Permanente em Saúde (EPS) na área do envelhecimento, a divulgação da PNSPI, a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a, s. p.).

Os gestores do SUS, nos três níveis: federal, estadual e municipal, devem prover a viabilização da PNSPI conforme as suas competências, ou seja, de acordo com as suas responsabilidades institucionais que estão previstas na PNSPI. Destaca-se as competências do gestor estadual e do gestor municipal, nesta pesquisa representados pela coordenadora da PNSPI na 13ª CRS e pela representante da secretaria de saúde da administração municipal de Santa Cruz do Sul, respectivamente.

As responsabilidades institucionais do gestor estadual são descritas como:

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo; c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite

(CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional; f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política; g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações; h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2006a, s. p.).

Na 13ª CRS não se percebe a elaboração de normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS. No momento da pesquisa, a gestora estava no cargo há dois meses e, sobre o trabalho anterior, relata que não havia nada em construção, mas que pretendia elaborar normas técnicas para operacionalizar a política na região. Porém, não havia prazo definido para tal. Quanto aos recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNSPI na região, a gestora estadual refere que no momento não há recursos para tal. Neste sentido, fala da necessidade de busca por editais do governo federal que financiem ações para a saúde do idoso. Além disso, relata a importância de implementação da PNSPI nos municípios para a criação de fundos orçamentários.

Na região estudada não se observa estratégias e metas claras a serem alcançadas através da PNSPI para os próximos anos. No entanto, a coordenadora da política na região relata que uma das metas é promover ações para o envelhecimento ativo. Neste sentido, a gestora estadual destaca a necessidade de se pensar no idoso dependente, mas também no idoso independente e autônomo. Contudo, a gestora estadual destaca que para o estabelecimento das estratégias e metas é necessário recursos, assim reafirma a necessidade de definição dos recursos orçamentários e financeiros junto aos municípios, bem como da criação de projetos para editais do Ministério da Saúde para financiamento das ações. Como estratégia em andamento, cita as visitas técnicas aos municípios, que têm como objetivo conhecer as ações que são desenvolvidas para o idoso a fim de planejar e organizar a PNSPI na região, visando uma articulação com os municípios.

Para a efetivação da PNSPI se estabelece a necessidade de articulação intersetorial. Na 13ª CRS a gestora estadual relata que isso acontece principalmente com os serviços da atenção básica e de saúde mental, sendo ações de fiscalização das denúncias encaminhadas à 13ª CRS. Destaca-se que a articulação citada é dentro do próprio setor da saúde e que não foram relatadas ações com outros setores para além da saúde, com exceção do setor da Justiça, que foi citado junto ao trabalho de verificação das denúncias. A gestora estadual refere a intenção em realizar reuniões mensais com representantes dos municípios da região, a fim de planejar as ações em

saúde do idoso visando à implementação e supervisão das ações, incorporando assim a intersetorialidade na produção do cuidado.

Quanto à realização de ações de EPS sobre saúde do idoso para a qualificação dos profissionais da atenção básica, constata-se que até o momento não foi desenvolvida nenhuma ação nesse sentido pela 13ª CRS. A gestora estadual refere que pretende desenvolver esse tipo de ação, a fim de trabalhar temas como saúde mental, nutrição e doenças sexualmente transmissíveis na velhice.

Também cabe a gestão estadual divulgar a PNSPI para gestores municipais, profissionais e comunidade em geral. Até o momento da pesquisa não havia ações de divulgação desta política, mas que está no planejamento da 13ª CRS executar ações nesse sentido. Além disso, o gestor estadual deve exercer a vigilância sanitária no que diz respeito à saúde da pessoa idosa. A vigilância sanitária é responsável pela promoção e proteção da saúde da população. Suas ações se referem à eliminação, diminuição e prevenção dos riscos à saúde com intervenção na prestação de serviços, na produção e circulação de bens e nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

Diante disso, pode-se dizer que o trabalho da 13ª CRS na fiscalização de denúncias referentes à saúde do idoso é uma das ações exercidas em vigilância sanitária, principalmente quanto à prestação de serviços ao idoso. A gestora estadual refere que as ILPI's são constantemente alvo de denúncias sobre a prestação deste tipo de cuidado ao idoso. Dessa forma, a 13ª CRS atua na averiguação das denúncias, trabalhando juntamente com a Promotoria de Justiça. No RS foi apresentada e aprovada a política de saúde do idoso no Conselho Estadual de Saúde. No entanto, mais da metade dos municípios do estado não possui o Conselho Municipal do Idoso, o que fragiliza a implementação da política.

Percebe-se que não há uma articulação entre os municípios que compõe a 13ª CRS para a implementação e supervisão das ações em torno da PNSPI. No momento, estão sendo realizadas visitas técnicas aos municípios da 13ª CRS pela coordenadora da política na região, a fim de conhecer a realidade de cada município. Uma visão parcial a partir das visitas técnicas realizadas revela que há poucas ações voltadas aos idosos nos municípios. Observa-se a existência de vários grupos organizados de terceira idade, que desenvolvem principalmente bailes. As ações das administrações municipais são praticamente nulas, conforme a coordenadora da política na 13ª CRS. Além das visitas técnicas, a 13ª CRS atua na fiscalização das denúncias de violação dos direitos dos idosos.

Na visão da gestora estadual há lacunas na organização e funcionamento do trabalho em rede no que se refere à atenção à saúde do idoso. Em sua opinião os idosos não possuem a

devida prioridade nas ações e serviços voltados a eles. Além disso, destaca que não há médico geriatra na rede de atenção à saúde nos municípios da 13ª CRS.

Neste contexto, a coordenadora da PNSPI na região avalia que a organização e funcionamento da atenção básica em saúde ainda não acompanha as necessidades da população idosa. Em sua opinião a saúde do idoso ainda é um tema invisível na atenção básica em saúde, ou seja, os idosos constituem um grupo ainda negligenciado pelos profissionais de saúde e gestores municipais.

Quanto à implementação da política na região, a coordenadora da PNSPI na 13ª CRS refere que não encontrou avanços na política até assumir o cargo de gestora estadual. Esta diz que “[...] bom, do que eu avaliei quando cheguei encontrei, zero, né! O que tu sabe é que tem baile da terceira idade, só vejo isso!” (jul. 2014).

Quanto aos avanços na região desde a criação da PNSPI em 2006, a coordenadora da PNSPI na 13ª CRS revela uma visão negativa deste processo, por não perceber o desenvolvimento desta política na região. Quando indagada sobre os desafios para a implementação desta política na região, a mesma considera que é necessário persistência no trabalho a ser desenvolvido, e que o principal desafio são os recursos financeiros para implementação da política. A coordenadora da PNSPI na região acredita que “[...] a principal dificuldade seja com os gestores, porque eu não vou apresentar verba financeira no início. O gestor só te pergunta se tem verba” (jul. 2014).

Quanto ao gestor municipal, cabem as seguintes responsabilidades institucionais para a implementação da PNSPI:

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo; c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2006a, s. p.).

Em Santa Cruz do Sul, nota-se que de fato nenhuma das responsabilidades institucionais citadas estão sendo tomadas. Constata-se uma incoerência entre as responsabilidades institucionais, no município como na 13ª CRS, e a atuação dos gestores.

A representante da gestão municipal relata que não há uma política de saúde do idoso implementada, mas que há ações voltadas ao idoso. Cabe ao gestor municipal incluir para apresentação e aprovação a Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde. No entanto, isto não ocorreu até o momento da realização da pesquisa.

A entrevistada destaca que a caderneta de saúde da pessoa idosa foi implementada no município, mas não há uma atenção integral à saúde do idoso. A caderneta de saúde da pessoa idosa é um documento que representa uma estratégia do Ministério da Saúde para o acompanhamento da saúde do idoso. O idoso deve utilizar a caderneta em sua rotina e nas consultas com os profissionais da saúde, já que ela possui informações sobre sua identidade e seu estado de saúde (BRASIL, s. d.).

Quanto à atuação do controle social na gestão do SUS, a representante da gestão municipal refere que, no momento, a atuação limita-se à fiscalização e avaliação das ILPI's. Em sua opinião, não há participação dos idosos na formulação/gestão da política de saúde do idoso no município. Tal fato demonstra a fragilidade do controle social e da participação dos idosos na gestão das políticas de seu interesse.

Em relação aos serviços e ações que o município de Santa Cruz do Sul oferece aos idosos, considerando o direito universal e integral à saúde, a entrevistada relata que não tem conhecimento sobre estes, apenas sobre o serviço em que atua, ou seja, sobre o Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso.

Este serviço atende os idosos moradores do centro e do interior, lugares nos quais não há ESF's. Há serviços da atenção básica em saúde tanto no meio urbano como no meio rural, mas não existe uma cobertura total.

O Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso possui uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista e psicólogo, sendo realizados atendimentos individuais, atendimentos aos cuidadores de idosos e visitas domiciliares. Esta situação expressa a falta de articulação e conhecimento dentro do próprio setor da saúde sobre os serviços e ações voltadas aos idosos.

Sobre as ações voltadas aos idosos dependentes, a representante da gestão municipal refere que há o serviço de *home care*, através do projeto "A saúde em sua casa", que desenvolve assistência domiciliar. Ressalta-se que este serviço presta assistência a todas as faixas etárias que se encontram em situação de dependência. Os cuidadores de idosos recebem assistência através deste projeto e do Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso.

A entrevistada desconhece o número de ILPI's em Santa Cruz do Sul e seu caráter público, filantrópico ou privado. Da mesma forma, não tem conhecimento se existe algum apoio

institucional da gestão municipal a alguma destas instituições e se as vagas existentes dão conta das demandas do município. Assim, percebe-se um desconhecimento sobre a rede assistencial ao idoso, que necessita ser institucionalizado.

Quanto ao desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, a representante da gestão municipal diz que o Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso desenvolve palestras sobre o processo de saúde e doença. Além disso, há o projeto “Reativar”, junto com o departamento de esportes do município. Ambas as ações incluem o idoso, mas não são específicas para este. Na atenção básica em saúde a representante não possui conhecimento sobre o desenvolvimento deste tipo de ações.

Em relação ao acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde pelos idosos em Santa Cruz do Sul, a entrevistada relata que na maior parte dos serviços da atenção básica em saúde os atendimentos são feitos com agendamento prévio. A orientação da gestão municipal é para que se evite a formação de filas para o acesso à saúde, porém os serviços possuem autonomia para a organização e funcionamento. Assim, alguns serviços da atenção básica ainda utilizam a retiradas de fichas como forma de acesso aos atendimentos em saúde, o que faz com que se acumulem filas na madrugada. O acesso e a utilização da atenção básica em saúde pelos idosos são relatados como aspectos que necessitam de melhorias, já que há falta de profissionais e recursos materiais para os atendimentos, o que aponta uma situação ainda precária no acesso e utilização dos serviços.

Conforme a representante da administração municipal, há iniciativas de ações intersetoriais visando a integralidade de atenção à saúde do idoso, mas ressalta que estas ainda são incipientes. Destaca-se a articulação entre o setor da saúde, o setor de esportes e o setor da assistência social do município. No entanto, percebe-se que a articulação entre os setores da administração municipal limita-se ao encaminhamento dos pacientes, ou seja, há poucas ações realizadas em conjunto.

No município, até o momento da realização da pesquisa, não foram desenvolvidas ações de EPS no que se refere à saúde do idoso para os profissionais que trabalham na rede de atenção do SUS. Da mesma forma, não houve ações de divulgação e informação sobre a PNSPI para os profissionais, gestores e usuários do SUS.

A representante da gestão municipal relata que não possui informações sobre os recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNSPI. Considera ainda que o município não possui instrumentos de acompanhamento e avaliação da PNSPI a fim de verificar o alcance do seu propósito e o impacto sobre a saúde do idoso. Com isso, constata-se que há muitos

desafios e caminhos a serem trilhados para o cuidado integral à saúde da pessoa idosa no município.

O desafio para a efetiva implementação da política no município é o da intersetorialidade, sendo a articulação dos diferentes setores da prefeitura municipal apontado como fundamental pela entrevistada. Esta relata que a PNSPI ainda não está sendo discutida no município. A profissional destaca que a ideia original era de que o Ambulatório do Idoso, Diabético e Hipertenso se tornasse uma referência para o atendimento ao idoso no município, com uma equipe multidisciplinar para oferecer atendimento integral à saúde da pessoa idosa. Por falta de estrutura e investimento, contudo, o serviço atende somente idosos residentes no centro e interior, onde não há cobertura de ESF's.

Diante disso, percebe-se que essa falta de estrutura e investimento remete à falta de prioridade da saúde do idoso, já que se constatam no município serviços especializados em saúde materno infantil, por exemplo, com atendimento universal.

Destaca-se que a PNSPI estabelece um conjunto de ações que necessitam da responsabilização com outros setores, ou seja, para sua efetiva e resolutiva implementação é necessário a articulação intersetorial. A PNSPI estabelece ações com diferentes setores como ciência e tecnologia, desenvolvimento urbano, educação, esporte e lazer, justiça e direitos humanos, previdência social, SUAS, trabalho e emprego e transportes. Assim, estabelece que:

[...] os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política (BRASIL, 2006a, s. p.).

No entanto, percebe que os gestores entrevistados relatam ações intersetoriais dentro do próprio setor da saúde entre os diferentes tipos de serviços de saúde. Quando são referidas ações entre outros setores predomina a articulação com o setor da Justiça, como a Promotoria de Justiça. Esta maior articulação com o setor da Justiça justifica-se pelo trabalho da maior parte dos gestores na averiguação de denúncias referentes à saúde do idoso e, conseqüentemente, no encaminhamento a este setor.

A intersetorialidade pode ser definida como a articulação de saberes e experiências que propiciam ao planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos condições para alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Buscam-se, por meio dela, mais que unir setores: desenvolver uma nova dinâmica

para o aparato governamental com base territorial e nas características e necessidades da população (FERNANDES; CASTRO, MARON, 2013, p. 05).

A PNSPI estabelece que deve ser investigada, através de mecanismos de acompanhamento e avaliação, a repercussão desta política na qualidade de vida da população idosa, bem como conhecer de que forma a PNSPI está contribuindo para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, estabelece que deve ser observado no acompanhamento e avaliação se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa; b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada (BRASIL, 2006a, s. p.).

O processo de acompanhamento e avaliação da PNSPI deverá ser apoiado através da averiguação dos resultados obtidos pelas informações produzidas pelos planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta política. Destaca-se que este deve ter um caráter contínuo que verifique seu propósito.

A partir das entrevistas realizadas não se constata um processo de acompanhamento e avaliação da PNSPI no âmbito do município pesquisado, nem mesmo na região da 13ª CRS. Este fato remete à fragilidade desta política no município e na região estudada.

Destaca-se que deve haver uma interdependência entre a formulação de uma política pública e sua implementação, já que muitos problemas originam-se na dissociação destas etapas. Deve-se considerar que o processo de implementação das políticas públicas “são influenciadas pelas características e o conteúdo do plano, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e pelas ideias, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores” (LIMA; D'ASCENZI, 2013, p. 109).

Essa fragmentação entre a formulação e a implementação das políticas públicas é percebida na PNSPI na região e município estudado. Com isso, demonstra-se a complexidade que envolve a efetivação das políticas públicas e a necessidade de cooperação entre todos os atores participantes para a integração entre estas duas etapas. Os atores responsáveis pela implementação das políticas públicas possuem um papel decisório extremamente importante para tornar realidade os direitos já estabelecidos nas leis brasileiras.

3. 3 Saúde do Idoso e a organização da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos profissionais

Ao final da década de 1970, diferentes segmentos da sociedade civil, descontentes com a situação de saúde no Brasil, começaram uma mobilização que lutou pela saúde como direito de todos e dever do Estado. Esta mobilização resultou em um movimento denominado Reforma Sanitária, que culminou com a criação do SUS (MATTA; MOROSINI, 2008).

Assim, se construiu um modelo de atenção à saúde no Brasil através da mobilização social. Pode-se dizer que a atenção à saúde refere-se à organização do sistema de saúde frente às necessidades da população. No país, a atenção à saúde é organizada através de políticas e programas de saúde. As políticas e os programas de saúde devem seguir os princípios e diretrizes do SUS (COSTA; CIOSEK, 2010). Desta forma:

No âmbito do SUS, há três princípios fundamentais a serem considerados em relação à organização da atenção à saúde. São eles: o princípio da universalidade, pelo qual o SUS deve garantir o atendimento de toda a população brasileira; o princípio da integralidade, pelo qual a assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos [...]. (Brasil, 1990); e o princípio da equidade, pelo qual esse atendimento deve ser garantido de forma igualitária, porém, contemplando multiplicidade e a desigualdade das condições sócio sanitárias da população (MATTA; MOROSINI, 2008, p.41).

No Brasil, a atenção à saúde está organizada, como consideram alguns autores, em forma de pirâmide,

[...] em cuja base se encontram os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funcionariam como a porta de entrada para o sistema. No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média e alta, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados. Essa tentativa de organizar e racionalizar o SUS, se, por um lado, proporcionou um desenho e um fluxo para o sistema, por outro, reforçou a sua fragmentação e subvalorizou a atenção primária como um lócus de tecnologias simples, de baixa complexidade (MATTA; MOROSINI, 2008, p. 42).

A base da pirâmide é chamada de atenção básica em saúde, também denominada de atenção primária em saúde. Esta organização do sistema representa uma reorientação do modelo assistencial. Este modelo incorpora ações de educação e vigilância em saúde, contando com profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que residem nos territórios de abrangência dos serviços (MATTA; MOROSINI, 2008).

As necessidades de saúde na atenção primária têm se tornado um complexo assistencial que envolve tecnologia apropriada e deve propor encaminhamentos no interior do sistema assistencial (sistema de referência e contra-referência). Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população ao qual atendem e deve promover assistência totalizadora do cuidado (assistência globalizada) (COSTA; CIOSEK, 2010, p. 442).

Assim, a atenção básica em saúde presta atendimento a uma ampla gama de cuidados em saúde para todas as faixas etárias. Com o objetivo de conhecer a organização da atenção básica em saúde, no que se refere à saúde do idoso, foram entrevistados dez profissionais, cinco nas ESF's e cinco nos postos de saúde. Profissionais da enfermagem foram escolhidos para a participação na pesquisa, tendo em vista que nas ESF's esses profissionais exercem a função de coordenação do serviço. Nos postos de saúde não há uma coordenação por serviço; neste caso optou-se por entrevistas nos postos de saúde que não possuem enfermeiros os técnicos em enfermagem, por serem os profissionais em tempo integral no serviço e conseqüentemente com maior conhecimento sobre a organização da atenção em saúde. Estas foram indicadas pela coordenação dos postos de saúde, por possuírem, entre os profissionais da equipe, maior conhecimento do serviço.

Desta forma, foram entrevistadas cinco enfermeiras nas ESF's. Nos postos de saúde participaram duas enfermeiras e três técnicas de enfermagem, já que três postos de saúde não possuem enfermeiro. Nas ESF's os profissionais entrevistados possuem entre 28 e 56 anos. Nos postos de saúde os profissionais possuem entre 27 e 49 anos. Todos os profissionais que participaram da pesquisa são do sexo feminino.

Nas ESF's o tempo de trabalho no serviço varia de dois meses a dez anos. Nos postos de saúde percebe-se semelhança entre o tempo de trabalho no serviço sendo de dois meses a seis anos. Quanto aos profissionais das ESF's, quatro relatam trabalho anterior no SUS, sendo que apenas uma está na primeira experiência no sistema público. Nos postos de saúde três profissionais relatam trabalho anterior no SUS, enquanto que dois não. O tempo de trabalho no serviço anterior é de seis a vinte anos pelos profissionais das ESF's, e de seis a quinze anos nos postos de saúde. Os profissionais relatam que o trabalho anterior no SUS foi nos seguintes cargos/setores: posto de saúde, plantão de urgência e emergência, coordenação das ESF's, ESF e Hospital.

Nas ESF's, quatro profissionais possuem pós-graduação, nas seguintes áreas: saúde da família, saúde do trabalhador, saúde coletiva e saúde pública. Apenas uma profissional não possui pós-graduação. Nos postos de saúde, as duas enfermeiras possuem pós-graduação nas áreas de Geriatria e Gerontologia, e Saúde Pública e da Família. As três profissionais que não

possuem pós-graduação nos postos de saúde são técnicas de enfermagem. Percebe-se que a maior parte dos profissionais possui pós-graduação em áreas pertinentes ao atendimento prestado na atenção básica em saúde, este fato pode ser um indicador de maior qualidade no atendimento prestado.

Participaram da pesquisa cinco ESF's e cinco postos de saúde. Quanto à localização dos serviços, quatro ESF's e quatro postos de saúde estão no meio urbano, um ESF e um posto de saúde estão localizados no meio rural do município. Os serviços foram escolhidos tendo em vista que as ESF's e os postos de saúde são as duas principais modalidades de atendimento na atenção básica.

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais da atenção básica em saúde de Santa Cruz do Sul, constata-se, em suas falas, cinco categorias de análise: a territorialização da saúde, a fragilização das ações em saúde do idoso, a precarização da atenção básica, que se expressa na infraestrutura material e de profissionais, o vínculo entre profissionais e idosos usuários dos serviços e deficiências no cuidado compartilhado com outros serviços. Percebe-se que estas questões são comuns tanto às ESF's como aos postos de saúde.

As ESF's possuem área de abrangência delimitada com adstrição de população atendida, enquanto que os postos de saúde não possuem território delimitado nem clientela definida. Ambos os serviços atendem a população através de demanda espontânea e/ou encaminhados por outros serviços da rede de atenção à saúde. Os serviços nas duas modalidades são compostos por equipes multiprofissionais com enfermeiro, médico e técnico de enfermagem. As duas modalidades de atendimento podem acrescentar em sua composição cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). As ESF's têm ACS que são moradores das áreas adstritas, sendo que deve haver número de ACS suficiente para 100% da população adstrita. Cada profissional pode ter no máximo 750 pessoas sob sua responsabilidade. As ESF's devem ser responsáveis por no máximo 4.000 pessoas em sua área de abrangência (BRASIL, 2014). Os postos de saúde estão sendo gradativamente substituídos pelas ESF's, por estas representarem um modelo de atenção mais integral à saúde, já que, entre outros aspectos, considera o território que envolve os processos de saúde e doença.

As ESF's pesquisadas apresentam de nove a treze profissionais integrando a equipe básica, entre as profissões estão ACS, ASB, auxiliar de higienização, enfermagem, medicina, odontologia, recepcionista e técnico em enfermagem. Apenas uma ESF não apresenta cirurgião-dentista e, conseqüentemente, ASB. Conforme a profissional entrevistada, neste serviço não há espaço físico para a instalação deste profissional.

Em todas as ESF's o território é dividido em seis microáreas; em três das cinco ESF's há falta de ACS. O ideal é que cada micro-área tenha um ACS para que haja 100% de cobertura. Os serviços que apresentam deficiência de ACS estão trabalhando com três ACS para as seis microáreas, o que causa sobrecarga de trabalho e prejudica a qualidade do atendimento prestado.

Os postos de saúde pesquisados apresentam em média 10 profissionais integrando a equipe. Entre as profissões estão ACS, ASB, auxiliar de higienização, enfermagem, medicina, odontologia, recepcionista e técnico em enfermagem. Destaca-se que apenas dois postos de saúde apresentam ACS, sendo duas ACS para cada posto de saúde; dois postos de saúde não possuem cirurgião-dentista. Também foi justificada a ausência deste profissional devido ao restrito espaço físico; três postos de saúde não possuem enfermeiro, apenas técnicos de enfermagem. Além disso, os postos de saúde não possuem médico em tempo integral, como é o caso das ESF's: há uma escala de profissionais que se revezam durante a semana. Esta situação demonstra a falta de profissionais para os atendimentos na atenção básica em saúde.

Nas ESF's estudadas a população média atendida é de 3.167 pessoas, enquanto que nos postos de saúde a população média atendida é de 6.700 pessoas. Observa-se que a população atendida pelas ESF's está em conformidade com o que é prescrito pelo Ministério da Saúde. A média elevada de pessoas atendidas nos postos de saúde em relação às ESF's pode ser explicada devido a não territorialização do atendimento em saúde. Nas ESF's há um território delimitado, ou seja, uma área adstrita para as ações em saúde, enquanto que os postos de saúde abrangem o atendimento à população em geral independente da residência.

A territorialização da saúde expressa no território área, ou seja, na delimitação da abrangência de um serviço de saúde é percebida na fala dos profissionais das ESF's como algo positivo, que contribui na organização do trabalho e na criação de vínculo com a população atendida, enquanto que os profissionais dos postos de saúde apontam a não territorialização como uma das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, já que há um grande número de pacientes e uma rotatividade considerável de pessoas.

Diante disso, percebe-se que o território é elemento estruturante para as ações em saúde, o conhecimento sobre o território, sua população e sobre os processos que ali se desenvolvem são ferramentas de trabalho para os profissionais da saúde. A utilização destas ferramentas de trabalho possibilita um cuidado em saúde consoante com os princípios do SUS, possibilitando um diagnóstico sobre as condições de vida e a situação de saúde da população (GONDIM et al., 2008).

As ESF's pesquisadas oferecem atendimento de enfermagem, médico e odontológico; apenas uma ESF não presta serviço odontológico. Todas as ESF's desenvolvem visitas domiciliares como modalidade de atendimento. Além disso, desenvolvem atividades grupais para prevenção de doenças e promoção da saúde através de atividades físicas e educativas. Uma ESF realiza passeios com a comunidade enquanto estratégia de promoção da saúde. Nenhuma ESF realiza atividade grupal específica para idosos; os profissionais justificam pelo fato de que os idosos participam em grande número dos grupos de diabéticos e hipertensos, bem como dos grupos que realizam atividade física. Destaca-se que estes grupos são abertos a população em geral, ou seja, a todas as faixas etárias. Percebe-se que os serviços oferecem atividades grupais específicas para gestantes, adolescentes e de puericultura, fato que indica ainda a organização da atenção básica em saúde voltada para a saúde da mulher, da criança e do adolescente, bem como uma fragilidade das ações em saúde do idoso.

Os postos de saúde oferecem atendimento de enfermagem, médico e odontológico, exceto dois postos de saúde, que não oferecem atendimento odontológico. Três postos não possuem enfermeiro, fato que reduz o atendimento prestado em enfermagem, já que há somente técnicos de enfermagem. Dois postos de saúde apresentam ACS. Estes serviços estão em processo de transformação para ESF, por isso apresentam este profissional. Apenas dois postos de saúde desenvolvem atividades grupais, em um serviço é realizado grupo de diabéticos e hipertensos, em outro serviço as ACS desenvolvem um grupo para idosos visando à realização de atividades físicas e educativas. Destaca-se que os dois postos de saúde que realizam atividade grupal são os que estão em processo de transformação para ESF. Com isso, torna-se notória a diferença do atendimento prestado nas duas modalidades de serviços, em que as ESF's desenvolvem, além dos atendimentos assistenciais, ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Destaca-se a importância do desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças e promoção da saúde para a população idosa, já que

Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades (BRASIL, 2006a, s. p.).

Nas ESF's são atendidos em média 246 idosos por mês, enquanto que 540 idosos são atendidos em média nos postos de saúde. Os profissionais relatam em ambos os tipos de serviço que os idosos são a maior parte do público atendido. No entanto se constata poucas ações, além

das assistências, para este segmento. Este fato demonstra a fragilidade das ações em saúde do idoso em Santa Cruz do Sul.

Os modelos de atenção à saúde vigentes se mostram ineficientes diante da demanda dos idosos, para que a atenção ao idoso seja eficiente é necessário investir em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, bem como ações de tratamento e reabilitação na atenção básica. Deve-se priorizar a manutenção da qualidade de vida dos idosos, para tanto se torna urgente colocar a saúde do idoso como questão prioritária na agenda da gestão das políticas públicas (VERAS, 2009).

Quanto à infraestrutura material e de profissionais (avaliada em uma escala de ótima, boa, regular, ruim e péssima) três profissionais das ESF's avaliaram como regular e dois profissionais avaliaram como boa. Nos postos de saúde, a avaliação, quanto à infraestrutura material e de profissionais, foi vista por um profissional como regular, ao passo que três avaliaram como ruim e um como péssima. Observa-se que apenas dois ESF's estão instalados em espaços projetados para o atendimento em saúde, os demais encontram em casas alugadas adaptadas (em parte) para o atendimento em saúde. Nos postos de saúde todos se encontram em adaptações não projetadas para o atendimento em saúde. Este fato demonstra a falta de planejamento/investimento quanto à infraestrutura material e de profissionais, refletindo a precarização da atenção básica em saúde.

As condições, tanto físicas como materiais, do espaço de trabalho para o desenvolvimento das ações em saúde e a sobrecarga de trabalho, devidas ao número reduzido de profissionais, faz com que haja um distanciamento entre a prática e o que é preconizado na legislação brasileira. Assim, a precária infraestrutura material e de profissionais interfere na quantidade e na qualidade do atendimento prestado. Destaca-se que os princípios do SUS estão na contracorrente da tendência de precarização da política de saúde (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Quanto à necessidade de agregar outras profissões, para além daquelas que compõem a equipe básica das ESF's, no cuidado à saúde do idoso destaca-se a necessidade de Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo. Diante disso, demonstra-se a importância do trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que agrega outras profissões para além da equipe básica. Entre as ocupações que podem compor o NASF está o de médico geriatra. A composição do NASF é definida pelos gestores municipais considerando os dados epidemiológicos do município (BRASIL, 2014).

Em Santa Cruz do Sul há uma equipe do NASF para todas as ESF's do município, esta equipe consta com um Educador Físico, um Fonoaudiólogo, um Nutricionista e um Psicólogo.

No entanto, percebe-se que o atendimento desta equipe ainda é insuficiente diante da demanda. Nos postos de saúde os profissionais relataram a importância de agregar os seguintes profissionais: Assistente Social, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo, além de Cirurgião-dentista e Enfermeiro nas unidades em que não constam estes profissionais. Esta necessidade de agregar outros profissionais reflete a necessidade de um cuidado em saúde que englobe os aspectos biopsicossociais do idoso, demonstrando também a limitação de uma área profissional.

Tanto nas ESF's como nos postos de saúde, as demandas dos idosos relatadas pelos profissionais são semelhantes. Os profissionais revelam que as principais demandas dos idosos são questões que envolvem abandono, negligência, sofrimento/transtorno mental, doenças crônicas, dúvidas quanto à medicação, dores musculares, resfriados, quedas e problemas respiratórios. A adesão dos idosos as ações desenvolvidas é considerada boa pelos profissionais das ESF's e dos postos de saúde. Estes ainda destacam que os idosos estabelecem um vínculo muito forte com o serviço e os profissionais, o que é constatado também na fala dos idosos entrevistados.

O vínculo estabelecido entre profissional e paciente possibilita a participação e manutenção do usuário, ampliando a eficácia do atendimento. Além disso, o vínculo estimula a autonomia e a cidadania tanto do paciente como do trabalhador. O vínculo se estabelece através de uma relação humanizada em que há a escuta dos desejos destes dois atores. A atenção básica em saúde propõe o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população, a fim de criar laços de compromisso e de responsabilidade com situação de saúde da população (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Os profissionais das ESF's citam que as principais dificuldades em trabalhar com o idoso são: a dificuldade deste em compreender as orientações e mudar de hábitos, a falta de ACS para o trabalho na residência dos idosos, a falta de suporte das famílias no cuidado com a saúde dos idosos e a dificuldade na utilização correta das medicações. Para a superação dessas dificuldades as equipes buscam estabelecer vínculo com a família do idoso, fazem visitas domiciliares para verificar a situação de saúde da pessoa idosa e entram em contato com outros serviços da rede de atenção.

Os profissionais dos postos de saúde relatam que a principal dificuldade em trabalhar com a população idosa é em relação aos seguintes fatores: a falta de área adstrita, falta de espaço físico, principalmente para a realização de grupos, a dificuldade de compreensão dos idosos quanto às orientações em saúde prescritas e a mudança de hábitos conforme as prescrições da equipe. Para cada uma dessas dificuldades os profissionais procuram desenvolver ações para

superá-las. Por exemplo, para a falta de espaço físico os profissionais relatam improvisar em outros locais as ações em grupo, para as dificuldades de compreensão e mudanças de hábitos pedem que os idosos sejam acompanhados por familiares.

Nas ESF's apenas uma profissional de uma equipe participou de ações de EPS sobre saúde do idoso no último ano. Os profissionais relatam a importância de temas como direitos dos idosos, curativos na velhice, orientações para cuidado no domicílio para evitar acidentes, sexualidade do idoso, saúde mental, aspectos biopsicossociais, nutrição do idoso, saúde bucal do idoso, demências e trabalho em grupo. Nos postos de saúde nenhum profissional da equipe participou de ações de EPS no que se refere à saúde do idoso no último ano. Os profissionais citam temas interessantes para qualificação das ações, como nutrição do idoso, cuidados para evitar quedas, aspectos psicológicos do envelhecimento e idoso em situação de dependência.

Este fato demonstra a falta de participação dos profissionais da atenção básica em eventos na área de saúde do idoso. Isto pode estar atrelado à inexistência de uma política de saúde do idoso no município, devido à falta de priorização da saúde do idoso, o que remete novamente à fragilização das ações em saúde do idoso. Com isso, constata-se a contradição entre o que está previsto na PNSPI e o que ocorre nas práticas em saúde.

Todos os profissionais, tanto nas ESF's como nos postos de saúde, relatam que desenvolvem ações intersetoriais. No entanto, percebe-se que este trabalho é muito limitado, consistindo principalmente em encaminhamentos a outros serviços. Em relação aos setores envolvidos nestas ações os profissionais destacam os serviços na área da saúde, como o NASF, o *home care*, o Ambulatório do Idoso Diabético e Hipertenso, o CAPS II, o Plantão de Urgência e Emergência, e com os serviços ligados a assistência social, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e a ASAN. Diante disso, nota-se que a intersetorialidade no que se refere à saúde do idoso ainda é limitada a poucos setores/serviços. Assim, se faz necessários avanços no trabalho intersetorial para que de fato haja a integralidade em saúde. Este princípio do SUS pretende estabelecer uma assistência contínua e articulada de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira.

Quanto à cobertura da rede assistencial a saúde da pessoa idosa, ou seja, os serviços disponibilizados no município ao cuidado com o idoso, seis profissionais avaliaram que esta é parcial (em parte possui bom funcionamento, sendo resolutiva diante da demanda) e quatro avaliaram esta como insuficiente (não há resolutividade diante da demanda). Percebe-se no discurso dos profissionais, em ambos os serviços, que estes não veem resolutividade no trabalho

com os demais serviços envolvidos. Percebem-se, desta forma, deficiências no cuidado compartilhado com outros serviços e setores.

Nota-se nas políticas públicas para o envelhecimento, tanto nacionais como internacionais, uma preocupação com a intersetorialidade. As políticas públicas para a população idosa envolvem diferentes atores: Estado, sociedade e família. Este fato já indica a presença da intersetorialidade, já que são diversos agentes envolvidos nas ações voltadas aos idosos. Além disso, há a presença de diferentes órgãos públicos envolvidos na condução das políticas públicas para os idosos (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante do crescimento do número de idosos torna-se cada vez mais necessário ações para a efetivação dos direitos sociais deste segmento, logo é imprescindível políticas intersetoriais. Pode-se dizer que existem avanços nas políticas públicas para a população idosa, no entanto ainda é preciso melhorar as ações intersetoriais para que estas se efetivem e convirjam para a melhoria da qualidade de vida dessa população (OLIVEIRA et al., 2014).

Os idosos representam um grupo etário considerável que acessa os serviços do SUS na rede básica e nos outros níveis de atenção. No entanto, a rede de atenção à saúde não está adequadamente preparada, no que se refere a profissionais, infraestrutura e materiais. Além disso, a maioria dos trabalhadores que atuam não possui formação na área de geriatria ou gerontologia. Conforme Leite (2009, p.98), “percebe-se que a maior parte das ações ainda é de caráter curativo, havendo pouca atuação de natureza preventiva ou de promoção à saúde, aspecto este de suma importância, tendo em vista a possibilidade de um envelhecimento saudável e ativo e a manutenção da capacidade funcional”.

No que respeita à atenção à saúde por este grupo populacional, deve-se considerar que:

As doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade e o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem o acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LOUVISON et al., 2007, p. 09).

Esta situação reflete o modelo de atenção à saúde da pessoa idosa em curso, o qual ainda não prioriza a prevenção de doenças e a promoção da saúde, bem como o cuidado integral e multiprofissional ao usuário. Para a manutenção da saúde e da qualidade de vida dos idosos é fundamental a resolutividade dos serviços de saúde. As necessidades em saúde dos idosos devem ser consideradas em suas especificidades (LOUVISON et al., 2007).

A saúde do idoso, pensada enquanto política de saúde, teve início nos anos de 1980, com a criação do SUS. As primeiras ações eram voltadas para o atendimento médico e individual, focado nas doenças crônico-degenerativas. Desde então houve vários avanços, mas ainda há muitos desafios no que se refere à saúde do idoso (COSTA; CIOSAK, 2009). A análise da historicidade demonstra progressos na área da saúde, em específico do idoso, mas ainda há muitas contradições entre o preconizado e a situação de saúde atual.

Os modelos vigentes de atenção ao idoso têm se mostrado pouco adequados, e até mesmo inviáveis, em função do atendimento à demanda desta clientela. Este fato evidencia a fragilidade dos serviços convencionais de saúde, que não atendem ainda a demanda de idosos que reclamam por uma atenção especializada em qualidade e quantidade. Fez-se necessário à implementação e consolidação de práticas que contemplem esta população na especificidade de atenção à saúde, segundo os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade (VEIGA; MENEZES, 2008, p. 762).

A saúde do idoso deve ser pensada para além do atendimento médico individual voltado para as doenças crônico-degenerativas. A velhice deve ser compreendida pelos profissionais de saúde não como uma doença, mas como uma importante fase da vida que inclui as pessoas com 60 anos ou mais. Os idosos estão propensos a algumas doenças características desta fase da vida, e por isso merecem atenção dos profissionais de saúde, seja para o tratamento e reabilitação seja para a prevenção de doenças e promoção da saúde. O fato de estar mais propensos a algumas doenças não significa que a maioria dos idosos não vivencie a velhice em boas condições físicas, psíquicas e sociais (COSTA; CIOSAK, 2010).

É preciso avançar na territorialização da saúde, no fortalecimento da atenção básica e nas ações intersetoriais em saúde do idoso, a fim de possibilitar um cuidado integral a essa população. Neste contexto, torna-se importante a participação popular, em especial os idosos, com o objetivo de tensionar os gestores, tornando visíveis as suas necessidades em saúde.

3. 4 Acesso e utilização das ações e serviços da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul: a visão dos idosos

O debate em torno da definição do que seja o acesso à saúde tem sido alvo de muitas discussões. Jesus e Assis (2010) referem-se ao acesso a serviços de saúde como a porta de entrada do usuário diante de uma necessidade em saúde. Desta forma, o acesso em saúde reporta ao ingresso, ou seja, entrada de uma pessoa a um estabelecimento de saúde em um momento de

necessidade, sendo o serviço o local de acolhimento do usuário que está em busca da resolutividade de seus problemas.

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde é considerada como direito universal e dever do Estado, no entanto ainda vive-se uma realidade excludente e desigual no acesso à saúde. Apesar da igualdade em saúde não se consolidar sem leis, a igualdade no acesso aos serviços não se dá apenas através da criação destas, ou seja, “a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação” (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866). Destaca-se que a legislação brasileira, no que concerne ao direito à saúde, representa um avanço na construção do SUS, sendo uma importante conquista para a universalização do acesso a saúde. Ainda assim, há desafios para a sua efetiva implementação.

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania. E, nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população (JESUS; ASSIS, 2010, p. 162).

O acesso à saúde no território brasileiro ainda é excludente e seletivo, apesar da implementação do SUS representar um avanço para o acesso universal, sendo uma reivindicação da população e luta dos movimentos sociais. A criação do SUS trouxe avanços no que se refere ao acesso à saúde, já que ampliou a oferta de serviços na atenção básica em saúde. No entanto, ainda persistem desigualdades sociais, econômicas, geográficas, entre outras, que limitam o acesso universal à saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso à saúde está relacionado às condições de vida da população, ou seja, as condições de habitação, alimentação, educação, renda, entre outros.

O que se quer chamar a atenção aqui, diz respeito a sua relação com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. Nesse sentido, engloba uma compreensão multidimensional, com caracteres social e político, necessariamente presentes nas formulações e execução de políticas de saúde como a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866).

As desigualdades no acesso à saúde também estão relacionadas ao contexto político, ou seja, às políticas econômicas e sociais, tanto nacionais como internacionais. O acesso à saúde

também engloba as características da população e a disponibilidade de serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) resumem as principais características do acesso à saúde em quatro pontos que envolvem as dimensões individual, social, econômica e política. São eles: disponibilidade, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade. Conforme as autoras, estas características podem ser avaliadas por indicadores para mensurar a equidade ou a desigualdade no acesso à saúde.

A disponibilidade refere-se à existência ou não de serviços de saúde na circunstância em que a pessoa necessita de atendimento, considerando para isso os serviços existentes, a quantidade de usuários e suas necessidades. A capacidade de pagamento compreende o custo de utilização do serviço e os recursos dos pacientes para as despesas com o tratamento, bem como o financiamento do sistema público de saúde. A informação é outra característica fundamental para o acesso à saúde, já que empodera o indivíduo para a utilização dos serviços. A aceitabilidade refere-se à percepção dos indivíduos sobre os serviços de saúde, considerando a relação entre profissionais e os usuários do sistema (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso à saúde representa muito mais que a simples utilização dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o acesso vai além da conexão pura e simples de porta de entrada: configura-se como um dispositivo. O acesso à saúde, compreendido como dispositivo, faz menção àquilo que propicia, àquilo que faz advir, ou seja, o acesso a saúde torna-se um transformador da realidade (JESUS; ASSIS, 2010, p. 162).

Ao tratar a questão do acesso a partir das possibilidades de aproximação com os serviços de saúde, deve-se ter em conta uma visão compreensiva, na qual seja possível comportar uma dimensão econômica, referente à relação entre oferta e demanda, uma visão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; uma visão política, relativa ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde (JESUS; ASSIS, 2010, p. 163).

Assim, os autores referem-se a quatro dimensões analíticas do acesso aos serviços de saúde: econômica, técnica, política e simbólica. Resumidamente, pode-se dizer que a dimensão econômica refere-se à relação entre a oferta e a demanda, tendo em vista a equidade; a dimensão técnica reporta-se ao planejamento (organização, regionalização, hierarquização) visando à qualidade e a resolutividade dos serviços; a dimensão política refere-se às políticas de saúde e a participação da comunidade na gestão da atenção à saúde; e a dimensão simbólica engloba as representações sociais sobre o processo de saúde e doença, bem como as representações sociais sobre o sistema de saúde. Todas estas dimensões visam à universalização do acesso aos serviços

de saúde (JESUS; ASSIS, 2010). Pode-se dizer que estas quatro dimensões englobam as características do acesso à saúde citadas anteriormente, de disponibilidade de serviços, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade.

As dimensões de análise da categoria acesso em busca de uma totalidade concreta teriam que ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. Para isso, é imprescindível a contribuição dos sujeitos individuais e coletivos, que se materializam na produção de novas realidades sociais para buscar maior universalidade e equidade: em relação oferta/demanda; em maior aproximação da realidade, na organização dos sistemas hierarquizados de atenção à saúde; em maior capacidade de emancipação com a produção de sujeitos sociais individuais e coletivos capazes de impulsionar a história na direção da transformação; e em maior compreensão dos elementos subjetivos no momento de determinar as atividades para intervir sobre o processo saúde-doença e sobre as organizações de saúde, consideradas complexas por natureza (JESUS; ASSIS, 2010, p.163).

As desigualdades no acesso à saúde devem ser enfrentadas não somente com ações no setor saúde, mas também com o desenvolvimento de ações intersetoriais que permitam a cidadania, a distribuição igualitária da renda, aumento da escolaridade, condições de habitação, enfim, ações que melhorem a qualidade de vida da população e conseqüentemente o acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso e a utilização de serviços de saúde por uma determinada população estão relacionados às necessidades, ou seja, ao perfil de cada grupo populacional. Assim, o acesso e a utilização dos serviços de saúde envolvem desde a oferta de serviços de saúde (inclui-se o financiamento e os recursos disponíveis), como as escolhas e preferências daqueles que buscam atendimento (LOUVISON et al., 2007).

A utilização das ações em saúde é resultante da interação entre aquele que procura atendimento em saúde e aquele que é responsável pelo cuidado, ou seja, refere-se à relação direta entre os usuários e os profissionais que compõem os serviços. Conforme Travassos e Martins (2004, p. 192), “o uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados.” Assim, percebe-se que a utilização dos serviços de saúde envolve vários fatores, entre eles: a adequação dos profissionais e dos recursos do serviço às necessidades e desejos dos usuários; a questão de gênero, já que se constata a predominância de mulheres; e os meios disponíveis do paciente para a obtenção do cuidado (ex.: situação socioeconômica).

Travassos e Martins (2004) denominam de acesso potencial a oferta de serviços de saúde, de acesso realizado o uso dos serviços de saúde e de acesso efetivo a qualidade do

cuidado, já que não basta apenas acessar o serviço, o indivíduo deve ter suas demandas resolvidas. Sabe-se que muitas pessoas acabam recorrendo várias vezes ao mesmo serviço de saúde, ou até mesmo desistem do cuidado por terem acesso potencial e realizado, mas não alcançarem a resolutividade necessária (acesso efetivo). Com isso, nota-se o entrelaçamento entre acesso e utilização dos serviços. Estes devem ser pensados enquanto processo fundamental para o cuidado integral ao idoso.

Diante disso, para a obtenção de conhecimentos sobre o acesso e a utilização das ações e serviços da atenção básica em saúde em Santa Cruz do Sul, foram entrevistados vinte idosos, compondo-se de dez usuários de ESF's e dez usuários de postos de saúde. Os idosos selecionados para a participação na pesquisa foram escolhidos tendo em vista a disponibilidade, a autonomia e independência em participar da pesquisa. Os idosos foram entrevistados nos locais dos serviços de saúde integrantes desta pesquisa.

Nas ESF's os idosos entrevistados apresentavam idade entre 62 e 82 anos, sendo a média de idade de 71,5 anos. Nos postos de saúde os idosos entrevistados apresentavam idade entre 62 e 85 anos, sendo a média de idade de 71,7 anos. Quanto ao sexo, nas ESF's foram entrevistados cinco idosos do sexo masculino e cinco do sexo feminino; nos postos de saúde também foram entrevistados cinco idosos do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Foram entrevistados quatro idosos moradores na área rural e dezesseis moradores na área urbana.

Destaca-se na análise de conteúdo da fala dos idosos entrevistados dois pontos: uma visão positiva sobre o acesso e a utilização das ações da atenção básica em saúde (através da facilidade em terem suas demandas resolvidas, na satisfação com a gratuidade do serviço prestado e no bom atendimento ofertado), como também se percebe dificuldades no acesso e na utilização dos serviços (existência de filas e demora em conseguir atendimento, além da baixa qualidade da infraestrutura material e o reduzido número de profissionais).

Com isso, constata-se que a percepção dos idosos sobre o acesso e a utilização das ações da atenção básica em saúde não é uniforme. Isto está atrelado à avaliação subjetiva realizada pelo idoso e ao fato de que cada um estabelece com o serviço de saúde e com a equipe uma relação singular. Destaca-se também que as condições de saúde não são homogêneas no município, o que faz com que a situação de saúde seja desigual nos diferentes territórios em que estes serviços estão inseridos, e assim provoquem disparidades no acesso e na utilização das ações da atenção básica.

Nas ESF's os idosos participantes da pesquisa possuem a seguinte escolaridade: um não possui escolaridade, seis possuem ensino fundamental incompleto, dois possuem ensino fundamental completo e um possui ensino médio completo. Nos postos de saúde, nove idosos

possuem ensino fundamental incompleto e um com ensino superior completo, com formação em pedagogia. Estes dados demonstram a baixa escolaridade dos idosos entrevistados e podem explicar, entre outros fatores, a dificuldade de compreensão dos idosos quanto às orientações prescritas relatadas pelos profissionais da atenção básica. A informação é uma característica fundamental para o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Neste sentido é necessário que o profissional seja o mais claro possível ao transmitir os cuidados em saúde, bem como deve buscar engajar a família do idoso neste cuidado, a fim de superar as dificuldades no processo de comunicação.

Quanto ao estado civil, nas ESF's sete são casados(as) ou possuem companheiros(as), um é divorciados(as) e dois são viúvos(as). Nos postos de saúde cinco são casados(as), três divorciados(as) e dois viúvos(as). Todos os idosos entrevistados, tanto nas ESF's como nos postos de saúde, possuem filhos. Nas ESF's seis moram com o cônjuge ou companheiros(as), dois moram sozinhos, um mora com cônjuge e neto, e um com filhos e netos. Nos postos de saúde quatro moram com cônjuge ou companheiros(as), três com filhos(as), dois sozinhos(as), e um com cônjuge, filhos e netos. Percebe-se que a maioria dos idosos entrevistados apresentam suporte familiar que pode auxiliar, caso necessário, no cuidado em saúde.

Todos os idosos entrevistados, tanto nas ESF's como nos postos de saúde, recebem aposentadoria. Nas ESF's quatro idosos relataram exercer atividade remunerada no momento da realização da pesquisa. Na ESF localizada no meio rural os dois idosos entrevistados trabalham na atividade agrícola. Além disso, neste último caso, o idoso homem trabalha em um pequeno comércio de sua propriedade e a idosa mulher realiza faxinas e presta cuidado a outros idosos dependentes. Os outros dois idosos que exercem atividade remunerada estão localizados no meio urbano: uma idosa trabalha através da venda de roupas a domicílio e outro idoso é caminhoneiro. Os quatro idosos exercem atividade remunerada através do mercado informal. Os demais seis idosos relataram não exercer atividade remunerada, todos estes localizados na área urbana.

Nos postos de saúde três idosos relataram exercer atividades remuneradas. No posto localizado na área rural os dois idosos entrevistados exercem atividade remunerada através da agricultura, atividade de caráter informal. Apenas uma idosa moradora da área urbana relatou atividade remunerada através da venda de cosméticos no mercado informal. Os demais sete idosos moradores da área urbana relataram não exercer atividade remunerada.

Destaca-se que o trabalho exerce papel fundamental na vida adulta, da mesma forma na velhice aqueles que desejarem e tiverem condições para tal possuem direito ao trabalho. O trabalho após os 60 anos pode representar algo positivo se trazer qualidade de vida ao idoso,

neste caso pode ser um importante aspecto para a manutenção da sua saúde. Mas sabe-se que a sobrecarga de trabalho também pode influenciar negativamente na saúde da pessoa idosa. Em ambos os serviços percebe-se, na fala dos idosos que exercem atividade remunerada, que estes, em muitas situações, colocam o trabalho à frente da própria saúde. Muitos relatam que não participam, por exemplo, de grupos de prevenção de doenças e promoção da saúde por estarem envolvidos com compromissos relativos às atividades remuneradas exercidas. Assim, constata-se que o trabalho, no caso dos entrevistados no mercado informal, interfere na forma como os idosos acessam e utilizam os serviços de saúde.

Todos os idosos entrevistados, tanto nos ESF's como nos postos de saúde, informaram que o acesso ao serviço de saúde se deu através de busca espontânea, ou seja, procuraram o serviço por seus próprios meios, sem encaminhamento de outro profissional ou serviço. Percebe-se que em ambos os serviços os motivos que levam os idosos a procurarem os mesmos são semelhantes. Os motivos que levaram ao tratamento nos serviços pesquisados consistem basicamente em exames de rotina com enfoque para a prevenção de doenças. Também se constata a busca por tratamento para doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, para dores na coluna e nas articulações, para problemas cardíacos, problemas respiratórios, como bronquite e asma, realização de curativos e tratamento de fraturas, bem como o diagnóstico e acompanhamento de doenças como câncer, Parkinson e ansiedade/depressão. Com isso, se verifica o amplo escopo de atendimento da atenção básica em saúde, que envolve o diagnóstico, tratamento e prevenção de uma variada gama de doenças.

Além disso, os entrevistados relataram como motivos para o tratamento no serviço o bom atendimento, a gratuidade do serviço prestado e o fácil acesso para a realização de exames considerados de rotina. Estes motivos revelam três dimensões do acesso em saúde: a dimensão simbólica expressa na percepção positiva dos idosos sobre o atendimento; a dimensão econômica através da gratuidade da atenção que facilita o acesso à saúde; e a dimensão técnica referente à facilidade de acesso a exames que reflete a organização técnica desta ação. Destaca-se a importância do SUS como um sistema público universal em saúde, já que muitas pessoas, e entre elas os idosos, o possuem como principal meio de acesso à saúde.

Em relação às patologias que acometem os idosos, as de maior prevalência são os transtornos mentais, especialmente síndrome depressiva e demências. Além disso, as de origem orgânica, como doenças cardiovasculares, neurológicas, respiratórias e o câncer atingem em grande número as pessoas idosas. É importante salientar que tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, à dependência. Doenças como a depressão e a demência estão entre as principais causas de incapacidades em idosos, além de sequelas de advindas de lesões funcionais permanentes e irreversíveis (LEITE, 2009, p. 98).

Destaca-se que “o envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias” (BRASIL, 2006a, s. p.). Este processo pode ser vivenciado com autonomia e independência, mas também com dependência e com doenças características desta etapa da vida. Assim, torna-se importante ações em saúde do idoso, tanto assistenciais quanto de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Nas ESF's os idosos relataram utilizar atendimento de enfermagem, médico e odontológico, além das visitas domiciliares e atividades grupais. Nos postos de saúde os idosos relataram que no momento estão utilizando apenas atendimento médico e de enfermagem. Nas ESF's os profissionais envolvidos no cuidado são: ACS, ASB, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico e técnicos de enfermagem. Nos postos de saúde os profissionais envolvidos no cuidado em saúde são enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Diante disso, percebe-se que as ESF's apresentam um modelo de atenção à saúde, através das atividades que desenvolvem e da estrutura da equipe, mais integral ao cuidado à saúde, incorporando, entre outros aspectos, o ACS, que atua diretamente nos territórios adstritos.

Nas ESF's nenhum dos idosos entrevistados relatou ir acompanhado por familiares nos atendimentos. Nos postos de saúde três idosos relataram irem acompanhados aos atendimentos devido à sua situação de saúde. Todos os idosos relataram sentirem-se acolhidos nos atendimentos, bem como valorizados e respeitados. Nas ESF's o atendimento prestado pela equipe foi avaliado como bom por oito idosos e como ótimo por dois idosos. Nos postos de saúde o atendimento prestado pela equipe foi avaliado por oito idosos como bom e para dois idosos como ótimo. Esta percepção positiva do atendimento pode estar relacionada à dimensão simbólica do acesso à saúde através das representações sociais dos idosos sobre o SUS, bem como está atrelada aos resultados da Política Nacional de Humanização (PNH), que também reflete a dimensão política do acesso à saúde.

Criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a PNH objetiva nortear as práticas de atenção e gestão do SUS. A humanização refere-se à corresponsabilidade entre os atores presentes no cuidado, ao vínculo entre profissionais e usuários, à garantia de direitos dos usuários e ao usuário ser protagonista no sistema de saúde. A humanização também se refere a melhores condições de trabalho aos profissionais, que devem atuar como cogestores deste. Assim, a humanização deve transversalizar toda a rede de atenção em saúde (BRASIL, 2003b). Ressalta-se entre os idosos entrevistados o forte vínculo estabelecido com os profissionais dos serviços.

Quanto à infraestrutura material e o número de profissionais, nas ESF's três avaliaram como regular e sete como boa. O espaço físico é relatado pela maioria dos entrevistados como o ponto que necessita de maior melhoria, principalmente quanto à sua ampliação. Nos postos de saúde três idosos relataram que a infraestrutura material e o número de profissionais é regular, enquanto que sete consideram que é boa. Os idosos que utilizam os serviços que não possuem enfermeiro relatam a necessidade de agregar este profissional à equipe. Nos postos de saúde também se percebe a necessidade de ampliação e adequação do espaço físico para melhor atender a população. Nesta questão constata-se a necessidade de adequação do espaço físico e a ampliação do número de profissionais, isto é percebido tanto na fala dos idosos usuários da atenção básica como dos profissionais que atuam neste nível de atenção.

Os idosos, tanto nas ESF's como nos postos de saúde, relataram terem suas demandas resolvidas pelos serviços. Nas ESF's seis idosos não participam de atividades em grupo. Os motivos que levam a não participação são: falta de tempo, devido ao exercício de atividade remunerada e a falta de interesse em participar deste tipo de atividade. Quatro idosos relataram participar de atividades grupais, três frequentam grupo para diabéticos e hipertensos e um, além do grupo de hipertensos e diabéticos, participa do grupo de caminhada e de bem-estar, o qual realiza ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Nos postos de saúde nenhum idoso relatou a participação em grupos no serviço. Alguns postos não oferecem atendimento em grupo. Nos demais serviços os idosos não participam por falta de tempo, devido ao trabalho e a falta de interesse em atividades em grupo. Observa-se que as escolhas e as preferências dos idosos interferem no acesso e na utilização das ações e serviços em saúde.

Quanto à participação em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, quatro idosos usuários das ESF's relataram participação através das atividades grupais, enquanto que os demais afirmaram que não participam. Nos postos de saúde nenhum idoso relatou participação em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Tanto nas ESF's como nos postos de saúde não se constatou idosos participantes no Conselho Municipal de Saúde ou no Conselho Municipal do Idoso, como em nenhum outro tipo de Conselho Comunitário. Neste âmbito, também se percebe uma dificuldade de acesso no que diz respeito à participação popular na gestão das políticas públicas de saúde, ou seja, sua dimensão política.

Nas ESF's cinco idosos relataram utilizarem outros serviços da rede como os hospitais do município, plantão de urgência e emergência e postos de saúde. Nos postos de saúde sete idosos relataram utilizarem outros serviços da rede, como consultas com especialistas através da central de marcação, hospitais do município, outros postos de saúde, CAPS II e plantão de urgência e emergência. Observa-se que os idosos usuários da atenção básica em saúde também

utilizam os demais níveis de atenção à saúde, como a atenção especializada e a alta complexidade, o que (re)afirma a importância do SUS como principal meio para o acesso à saúde pela população idosa.

Nas ESF's nenhum idoso relatou dificuldade em acessar o serviço. Nos postos de saúde três idosos relataram que as dificuldades para acessar o serviço referem-se às filas para conseguir marcar atendimento e a demora para as consultas. Os demais não relataram dificuldades para acessar o serviço. Em geral os idosos relatam dificuldades em acessar atendimento com especialistas, ou seja, ações e serviços de saúde compreendidos no nível de atenção especializada ou secundária. Este fato aponta para a fragilidade dos demais níveis de atenção à saúde quanto à organização da atenção à saúde do idoso.

Nas ESF's seis idosos deram sugestões para aprimoramento do serviço, sendo elas a necessidade de priorização do idoso no atendimento, ampliação do espaço físico para atendimento em grupos, fornecimento de mais materiais e equipamentos para o atendimento em saúde, ampliação do número de profissionais já existentes no serviço, e contratação de profissionais da área da Educação Física e Fisioterapia. Nos postos de saúde cinco idosos deram sugestões para o aprimoramento do serviço. Foi citada a necessidade de consultas agendadas com prioridade para o idoso e a ampliação do espaço físico e do número de profissionais, principalmente de médicos.

Nas ESF's oito idosos relataram que o ponto positivo do serviço é o bom atendimento prestado pela equipe, referindo-se ao cuidado dispensado pelos profissionais, reforçando o vínculo destes com os profissionais. Dois idosos relataram as consultas agendadas e conseqüentemente a não existência de filas como ponto positivo do serviço. Nos postos de saúde sete idosos relataram como ponto positivo o atendimento humanizado da equipe. Outros três idosos relataram os seguintes pontos positivos: a priorização do idoso nos atendimentos, a facilidade de acesso ao serviço e as consultadas agendadas por telefone.

Percebe-se, através das entrevistas realizadas com os idosos usuários da atenção básica em saúde de Santa Cruz do Sul, as quatro dimensões analíticas do acesso à saúde (econômica, técnica, política e simbólica). Os idosos relatam, em sua maioria, uma boa percepção quanto ao acesso e utilização das ações e serviços da atenção básica. No entanto, alguns idosos ainda referem dificuldades quanto ao acesso, que se expressa na existência de filas para conseguir atendimento e a demora para as consultas. Também se percebe dificuldades no acesso à participação popular nos conselhos de direitos. Mesmo assim, as informações demonstram que o SUS e, em especial, a atenção básica em saúde, são importantes dispositivos de acesso à saúde pelos idosos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada vez mais há estudos reconhecendo a saúde, incluindo sua dimensão territorial, como central nas discussões sobre desenvolvimento regional. A saúde constitui-se, entre outros aspectos, como um indicador para a análise do grau de desenvolvimento de países, estados e regiões. No entanto, a saúde relaciona-se de forma bem mais ampla com o desenvolvimento regional, como, por exemplo, ao propiciar a redução das desigualdades em saúde, possibilitando acesso gratuito a toda a população; ao interferir na ocupação territorial, já muitas pessoas migram conforme as suas necessidades de saúde, considerando que os serviços são distribuídos conforme a regionalização da saúde; ao definir investimentos no setor saúde, gerando empregos diretos e indiretos; entre outros.

A saúde proporciona bem-estar à população, sendo essencial para a qualidade de vida em todas as faixas etárias. No Brasil, a população idosa vem ganhando destaque devido ao seu aumento significativo. Neste contexto de crescimento, torna-se necessário investir na atenção à saúde do idoso, já que muitos irão contar com o sistema público como principal meio de acesso à saúde. A saúde constitui uma condição de cidadania, um direito universal, como preconizado na lei 8.080, que insistiu o SUS e os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Porém, ainda não há total coerência entre as práticas realizadas no sistema público e os princípios do SUS.

Este estudo consistiu em uma análise sobre a PNSPI em Santa Cruz do Sul e na 13ª CRS. Como objetivos específicos buscou-se conhecer a implementação da PNSPI no município e região pesquisada, bem como verificar o acesso e a utilização das ações e serviços de saúde pelos idosos à atenção básica em saúde e identificar a organização da atenção básica em saúde, no que se refere especificamente à saúde do idoso no município de Santa Cruz do Sul.

Os dados secundários apresentados nesta pesquisa demonstram o aumento da população idosa no Brasil, RS, 13ª CRS e no município de Santa Cruz do Sul. Os dados demográficos apontam o aumento significativo de mulheres, processo denominado de feminilização da velhice, decorrente, entre outros fatores, da maior utilização dos serviços de saúde pelas mulheres. Os dados secundários demonstram a concentração de idosos no meio urbano, fato que pode indicar a migração devido à maior facilidade de acesso à saúde neste meio. Percebe-se o aumento da expectativa de vida, sendo que Santa Cruz do Sul apresenta esperança de vida ao nascer superior as demais escalas pesquisadas, o que pode ser reflexo da qualidade de vida e do desenvolvimento do município, já que este apresenta IDH considerado alto. O município

destaca-se por ser referência para os demais municípios da 13ª CRS, concentrando em seu território mais da metade dos serviços de saúde da região.

A saúde do idoso está garantida na PNSPI e em outras políticas públicas. No entanto, percebe-se que há uma distância entre o estabelecido nos documentos oficiais e a realidade da população, no que diz respeito à saúde do idoso. Constata-se que, tanto no município como na região estudada, não há uma política de saúde da pessoa idosa implementada em sua integralidade, como previsto na lei nº 2.528, de 2006, que institui a PNSPI.

Atualmente, o Conselho Municipal do Idoso está trabalhando para implementar a PNI através da lei nº 8.842, de 1994, uma política criada há vinte e um anos no Brasil e que ainda não está concretizada no nível municipal pesquisado. Quanto à PNSPI percebe-se que, tanto em Santa Cruz do Sul como na 13ª CRS, não há uma discussão entre os gestores para a sua efetiva implementação. Observa-se que há, até mesmo, um desconhecimento quanto às responsabilidades institucionais previstas na PNSPI para os diferentes níveis de gestão. A gestão possui papel fundamental, mas para a efetivação da PNSPI é necessário unir os diversos atores que compõem o SUS, ou seja, usuários, profissionais, gestores e controle social, para que haja de fato um cuidado integral à saúde da pessoa idosa. A PNSPI pode ser considerada uma política recente, sendo sua criação neste formato em 2006, mas cabe lembrar que esta é uma revisão da PSI criada em 1999.

Assim, constata-se a necessidade de aproximação entre a etapa de formulação e implementação das políticas públicas, para que haja redução do tempo entre estas duas etapas, tornando realidade os direitos dos cidadãos brasileiros. Também se faz necessário que haja o acompanhamento e avaliação das políticas para que o que seja determinado no nível nacional seja realizado de fato nos municípios. A saúde do idoso precisa ganhar visibilidade na agenda pública, tanto no município como na região pesquisada.

Em Santa Cruz do Sul constata-se que o controle social, através do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal do Idoso, é pouco atuante quanto à saúde do idoso. Neste contexto, torna-se evidente a importância de fortalecer o controle social para que este seja representativo dos diferentes segmentos da sociedade e que trabalhe em prol da efetivação das políticas públicas, em especial as relativas à saúde do idoso. Da mesma forma, é preciso fortalecer outros espaços de participação popular na gestão pública como as Conferências de Saúde e as Conferências do Idoso no nível federal, estadual e municipal. É necessário que, cada vez mais, sejam abordados temas relativos ao envelhecimento populacional nas Conferências de Saúde e que as Conferências do Idoso integrem diferentes setores, entre eles o da saúde, para a discussão das prioridades para a população idosa.

Esta pesquisa destacou, entre os diferentes aspectos que compõem a PNSPI, a atenção básica em saúde, primeiro nível de atenção à saúde que envolve um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como coletivo. Como pôde ser percebido neste estudo, este nível de atenção envolve uma ampla gama de tratamentos para as diversas doenças que podem acometer os idosos e a população em geral, como também prevê o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção.

Em Santa Cruz do Sul, constata-se que a organização da atenção básica em saúde ainda prioriza a saúde da mulher, da criança e do adolescente, tendo a saúde do idoso pouco destaque nas ações desenvolvidas. O cuidado em saúde do idoso deve envolver tanto os idosos independentes e autônomos quanto os frágeis e dependentes, prestando atenção contínua e articulada com os demais níveis de atenção à saúde. Desta forma, cabe à atenção básica em saúde planejar e realizar ações envolvendo a saúde do idoso em sua área adstrita, conforme orienta o Ministério da Saúde. No entanto, ainda são incipientes ações em saúde específicas aos idosos no município.

Destaca-se a caderneta de saúde da pessoa idosa como um importante instrumento no cuidado à saúde, sendo responsabilidade dos profissionais da atenção básica preencher e entregar aos idosos este documento. A caderneta de saúde da pessoa idosa foi entregue aos idosos do município pesquisado. Porém, não se nota a utilização desta pelos idosos, nem mesmo ações dos profissionais, para que a caderneta seja incorporada ao cuidado em saúde.

Percebe-se que o cuidado ao idoso na atenção básica em saúde ainda é fragmentado. São praticamente nulas as ações intersetoriais envolvendo o idoso no município. Assim, pauta-se a intersetorialidade como fundamental ao cuidado integral à saúde do idoso, visando a proteção social deste e a redução das desigualdades sociais. Com isso, observa-se que é necessário avançarmos na visão intersetorial para a implementação da PNSPI, o que significa integrar setores e políticas públicas.

Com isso, se faz necessário um olhar especial da gestão e do controle social para a organização da atenção básica em saúde no que se refere à saúde do idoso, já que este nível de atenção é responsável pelo cuidado de uma ampla gama de doenças que podem acometer os idosos. É imprescindível o investimento financeiro por parte da gestão para a ampliação e qualificação das ações na atenção básica. Porém, é notável que o orçamento destinado pelo Estado ainda é mínimo diante das necessidades de saúde da população brasileira.

Aos profissionais se faz necessário maior participação em atividades de EPS relativas à saúde do idoso, para que as ações desenvolvidas sejam cada vez mais consoantes com os princípios do SUS. Neste sentido, destaca-se a responsabilidade da esfera estadual e municipal

na realização de atividades de EPS para os profissionais da área da saúde. Destaca-se também necessidade de participação dos usuários idosos no controle social e no encaminhamento de críticas e sugestões aos serviços de ouvidoria do SUS, a fim de ampliar o acesso e qualificar a organização da atenção básica em saúde.

Em Santa Cruz do Sul, contata-se que os idosos possuem uma visão positiva quanto ao acesso e utilização os serviços da atenção básica em saúde, bem como à gratuidade deste tipo de serviço, destacando a importância do SUS. Os idosos referem forte vínculo com os profissionais dos serviços da atenção básica em saúde, o que pode estar atrelado à PNH. No entanto, os idosos também relatam dificuldades em alguns serviços, como a existência de filas para os atendimentos e a demora para obter as consultas. Além disso, destacam a necessidade de priorização do idoso nos atendimentos e a necessidade de ampliação da infraestrutura material e do número de profissionais nos serviços. Também se observa, entre os idosos entrevistados, baixa participação em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como nos conselhos de direitos.

Esta pesquisa demonstrou através da revisão da legislação brasileira – referente às políticas públicas que abordam a saúde do idoso – um histórico de avanços na conquista de direitos. Porém, o estudo demonstra contradições entre o construído/planejado nas políticas públicas, especificamente na PNSPI, e o vivenciado no setor saúde nas escalas pesquisadas. Estas contradições indicam que os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade não estão plenamente consolidados, após vinte e cinco anos de sua criação.

Considera-se ainda que é necessário a construção de uma agenda que permita consagrar os objetivos da reforma sanitária no Brasil e que, dentre outros aspectos, incorpore a saúde como um direito universal fundamental para compreendermos o desenvolvimento regional. Diante disso, faz-se pertinente costurar o elo entre saúde e desenvolvimento regional, já que ambos se aproximam, entre outros aspectos, ao referirem-se sobre a qualidade de vida da população. A saúde e o desenvolvimento regional são temas relacionados e têm muito a contribuir para a construção, implementação e avaliação de políticas públicas na área da saúde e do envelhecimento no Brasil.

Afirma-se que as demandas advindas do processo de envelhecimento populacional constituem um desafio contínuo. A sociedade deve estar preparada para dar conta das necessidades deste segmento. É necessária a intervenção junto à população mais jovem para que esta tenha um envelhecimento ativo e saudável, destacando-se assim a necessidade de políticas públicas tendo em vista o envelhecimento e não apenas a pessoa idosa. Enfim, os caminhos a serem trilhados são muitos na construção de um cuidado integral ao idoso.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco. *Saúde e Desenvolvimento local: Princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- ALVES, Álvaro Marcel. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/74/214>>. Acesso em: 7 jun. 2013.
- ARAÚJO, M. A. S.; BRITO, C.; BARBOSA, M. A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. *Revista Geriatria & Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 122-25, 2008. Disponível em <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numero3/artigo06.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2014.
- AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. Envelhecer no Brasil. In: _____. (Org.). *Envelhecimento Humano: Realidade Familiar e Convívio Social de Idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)*. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2012. P. 19-30.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup.* São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BELON, A. P.; BARROS, M. B. A. Esperança de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 877-87, mai. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n5/06.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- BOARETTO, R. C.; HEIMANN, L. S. Conselhos de Representação de Idosos e Estratégias de Participação Social. In: SIMSON, O. R. M. V.; NERI, A. L. (Orgs.). *As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil*. 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2006. P. 105-125.
- BRANDÃO, Carlos. Desenvolvimento, Territórios e Escalas Espaciais: levar na devida conta as contribuições da economia política e da geografia crítica para construir a abordagem interdisciplinar. In: RIBEIRO, M. T. F.; MILANI, C. R. S. (Orgs.). *Compreendendo a complexidade sócio-espacial contemporânea: o território como categoria de diálogo interdisciplinar*. Salvador: Editora da UFBA, 2008. P. 01-21.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Decreto nº 6.047, de 22 de fevereiro de 2007. *Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Regional e dá outras providências*. Brasília, DF, 22 fev. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/D6047.htm>. Acesso em: 24 ago. 2014.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília, DF, 19 out. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 28 mai. 2014.

_____. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF, 19 out. 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528aprovaapoliticanacionaldesaudedapessoaidosa.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2014.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre a regulamentação, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde*. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. 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*. Brasília, DF, 04 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 16 mai. 2014.

_____. Ministério da Integração Nacional. *A PNDR em dois tempos: A experiência apreendida e o olhar pós 2010*. Brasília, DF: Editora do MIN, 2010. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/desenvolvimentoregional/pndr2/>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Banco de dados agregados do CNES*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=00>. Acesso em: 28 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portal do Departamento de Atenção Básica*. 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 22 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_marco_teorico.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 11 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM. *Política de Saúde do Idoso*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 14 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 702 de 12 de abril de 2002. *Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_19_envelhecimento_saude_idoso.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. P. 19-42.

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

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda política. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. P. 253-292.

CAMPOS, M. B.; BARBIERI, A. F. Considerações teóricas sobre as migrações de idosos. *Rev. bras. estud. popul.*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 0, p. 69-84, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982013000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jun. 2014.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 5, n. 1, p. 235-256, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/3585>>. Acesso em: 14 out. 2014.

CENSO demográfico 2010. Banco de Dados agregados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF: Editora do IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010ETRD.asp>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Cidades. Rio Grande do Sul – Santa Cruz do Sul. *Informações completas*. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431680&search=rio-grande-do-sul|santa-cruz-do-sul>>. Acesso em: 23 jun. 2014.

COSTA, Carlos Gabriel. Imigração alemã e fumicultura: A Colônia de Santa Cruz (RS) no Período Imperial Brasileiro. *Spartacus*, Santa Cruz do Sul, v.1, n. 1. Disponível em: <http://www.unisc.br/site/spartacus/edicoes/012007/costa_carlos_gabriel.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2014.

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. *Revista Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 437-444. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200028>. Acesso em 15 ago. 2014.

CURY, Carlos Roberto Jamil. *Educação e Contradição*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery – Rev. de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2014.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ETGES, Virginia Elisabeta. Desenvolvimento Regional Sustentável: o território como paradigma. *Revista REDES*, Santa Cruz do Sul, v. 10, n. 3, set./dez. 2005.

ETGES, V. E.; DEGRANDI, J. O. Desenvolvimento Regional: a diversidade regional como potencialidade. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional*, Blumenau, v. 1, n. 1, p. 85-94, out. 2013. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/3649>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

FERNANDES, A. T.; CASTRO, C.; MARON, J. *Desafios para implementação de políticas públicas: intersectorialidade e regionalização*. Brasília, DF: 2013.

FLORES, Murilo. A identidade cultural do território como base de estratégias de desenvolvimento – um estado da arte. In: _____. *Territórios com identidade cultural*. São Paulo: Rmisp, 2006. P. 01-30.

GADELHA, C. et al. Saúde e Desenvolvimento. *Informe CEIS*, Rio de Janeiro, n. 2, ano 2, p. 01-13, dez. 2011. Disponível em: <http://twilshare.com/uploads/Informe_CEIS_2_Saude_e_Developolvimento%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2014.

GONDIM, G. M. M. et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 237-255.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.161-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

KILSZTAJN, S.; SILVA, D. F. Distribuição regional dos serviços de saúde no Brasil. In: KILSZTAJN, S.; DOWBOR, Ladislau (Orgs.). *Economia social no Brasil*. 1 ed. São Paulo: SENAC: 2001. P. 215-240.

LEITE, Marinês Tambara. Envelhecimento humano: novas e velhas demandas no campo da saúde. In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz (Org.). *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva*. Ijuí: Editora da UNIJUÍ, 2009. P. 95-105.

LENCIONI, Sandra. A incorporação da fenomenologia e do marxismo no estudo regional. In: _____. *Região e Geografia*. São Paulo: EDUSP, 1999. P. 147-173.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-80, mai./ago. 2009. Disponível em: <<http://cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1173/792>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

LIMA, Samuel do Carmo. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: NOGUEIRA, H.; REMOALDO, P. C. A. (Orgs.). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*. Lisboa: Edições Colibri, 2012. P. 31-46.

LOUVISON, M. C. P. et al. Uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. *Revista do CEBES*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 7-13, 2007. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Use_e_acesso_dos_servicos_de_saude.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2014.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. *Contribuição à crítica da economia política*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Hucitec, 1987.

MARZZITELLI, Edna. Conhecendo o materialismo histórico e o marxismo: conhecendo Marx. In: V ENCONTRO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E MARXISMO, 2011, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2011. Disponível em: <http://www.5ebem.ufsc.br/trabalhos/eixo_01/e01b_t008.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2013.

MASSON, Gisele. *Materialismo Histórico e Dialético: uma discussão sobre as categorias centrais*. Ponta Grossa: Práxis Educativa, 2007.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 41-50.

MINAYO, Maria Cecília. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (Orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P. 23-41.

MONTAÑÉS, M. C. M. et al. Qualidade de Vida no Envelhecimento. In: AREOSA, Silvia Virginia Coutinho (Org.). *Envelhecimento Humano: Realidade Familiar e Convívio Social de Idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. P. 65-82.

NETTO, Matheus Papaléo. O Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P. 02-12.

NOGUEIRA, H.; REMOALDO, P. C. A. Variações e desigualdades socioterritoriais em saúde. In: _____. (Orgs.). *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Edições Colibri. Lisboa. 2012. P. 11-27.

NOGUEIRA, H.; REMOALDO, P. C. A. Desigualdades na saúde *versus* desigualdades no desenvolvimento. In: _____. (Orgs.). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri, 2010. P. 121-141.

OLIVEIRA, A. D. et al. A intersetorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-103, jun. 2014. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21278/15556>>. Acesso em 13 nov. 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946)*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 19 mai. 2014.

_____. *Dados de 2006*. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

_____. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* /World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2014.

ONU. Organização Das Nações Unidas. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento* Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2014.

PINHEIRO, R.; BARROS, M.; MATTOS, R. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *População residente, por situação, sexo e grupos de idade*. Brasília, DF: PNAD/IBGE, 2013. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=261&z=pnad&o=3&i=P>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Banco de dados agregados do PNUD, 2010*. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2012/2015*. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2014.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panam Salud Publica*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-68, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

_____. O dinheiro e o território. In: Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFF. *Território, Territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. Niterói: PPGeo-UFF/AGB-Niterói, 2007. P. 10-21.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SEN, Amartya. *O desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, A.; KLIKSBERG, B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo. Companhia das Letras. 2010.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Bases Teórico- Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais*. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001. V. 4.

_____. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VEIGA, K. C. G.; MENEZES, T. M. O. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in)visibilidade da atenção à saúde do idoso. *Rev Esc de Enf*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 761-768, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a19.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

VIANA et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. *Revista São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2014.

WATANABE, H. A. W. Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). In: _____. et al (Orgs.). *Rede de Atenção à Pessoa Idosa*. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta, 2009. P. 22-30. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume3_Redde_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de Entrevista do Coordenador da PNSPI na 13ª CRS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____ 3. Sexo: () feminino () masculino
4. Escolaridade: _____ 5. Profissão: _____
6. Há quanto tempo está no cargo de gestor? _____
7. Já trabalhou anteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS)? _____
8. Se sim, há quanto tempo e em que setor/cargo? _____

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

9. Como os municípios que compõem a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde se articulam para a implantação e supervisão das ações em torno da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?
10. Quais os mecanismos e normas técnicas para operacionalização desta política na região?
11. Quais são os recursos orçamentários e financeiros para implementação desta Política na região?
12. Quais são as estratégias e metas a serem alcançadas por esta Política na região nos próximos anos?
13. A 13ª CRS promove a articulação intersetorial para a efetivação desta Política na região? Com quais setores? Através de quais ações?
14. A 13ª CRS vem implementando ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e qualificação para os profissionais da Atenção Primária em saúde do idoso na região? Se sim, quais?

15. Quais são os instrumentos e indicadores utilizados pela 13ª CRS para o acompanhamento e a avaliação da implantação/implementação desta Política?
16. A 13ª CRS realiza ações de divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para gestores municipais, profissionais e comunidade? Se sim, que tipo de ações e com quais parceiros?
17. Como você analisa a organização e funcionamento da Atenção Primária da região no que se refere à saúde do idoso?
18. Desde a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006, quais são os avanços que você percebe desta Política na região?
19. Enquanto Coordenador da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa da 13ª CRS, quais são os desafios para a implementação desta política na região?
20. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

ANEXO B - Roteiro de Entrevista do Gestor Municipal

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____ 2. Sexo: () feminino () masculino
3. Escolaridade: _____ 4. Profissão: _____
5. Há quanto tempo está no cargo de gestor municipal? _____
6. Já trabalhou anteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS)? _____
7. Se sim, há quanto tempo e em que setor/cargo? _____

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

8. Há no município o Conselho Municipal do Idoso? Desde quando? Enquanto controle social, quais são as atuações do Conselho Municipal na gestão municipal? Quais entidades/órgãos participam do Conselho Municipal do Idoso?
9. O município realiza as Conferências Municipais do Idoso? Desde quando? Com que frequência?
10. A participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada? Se sim, através de quais mecanismos?
11. Há a Política Municipal do Idoso? E a Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa?
12. Quais serviços e ações o município oferece aos idosos considerando o direito universal e integral à saúde?
13. Há no município ações de saúde específicas para os idosos dependentes?
14. Há no município ações específicas voltadas para os cuidadores de idosos?
15. Há no município Instituições de Longa Permanência (ILP)? Quantas? Privadas e/ou públicas? Caso sejam públicas, qual o apoio institucional da gestão municipal com a ILP?

16. Os serviços de saúde para os idosos do município se localizam em que área do município (urbano e/ou rural)? São desenvolvidas ações de saúde para os idosos residentes na área rural?
17. O setor saúde desenvolve ações de prevenção de doenças e promoção da saúde para os idosos do município, visando o envelhecimento ativo e saudável? Quais?
18. Em sua opinião, como está o acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde pelos idosos?
19. O município desenvolve ações intersetoriais, visando à integralidade de atenção à saúde do idoso? Cite algumas ações intersetoriais e com quais setores.
20. O município oferece ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no que se refere ao cuidado do idoso para os profissionais que trabalham na rede do Sistema Único de Saúde? Que tipo de ações de EPS?
21. O município promove ações de divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS? Se sim, de que forma essas ações estão sendo divulgadas para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa?
22. Quais são os recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considerando que o financiamento do SUS é de competência das três esferas de governo?
23. O município possui instrumentos de acompanhamento e avaliação da Política de Saúde da Pessoa Idosa, que permitam verificar o alcance de seu propósito e o impacto sobre a saúde dos idosos? Se sim, quais?
24. Considerando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, quais os desafios do município para a efetiva implementação desta política?
25. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

ANEXO C – Roteiro de Entrevista dos Presidentes dos Conselhos Municipais do Idoso e de Saúde de Santa Cruz do Sul/RS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____
2. Sexo: () feminino () masculino
3. Escolaridade: _____ 4. Profissão: _____
5. Há quanto tempo atua no Conselho? _____
6. Que órgão/setor você representa? _____

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (PNSPI)

7. Há a Política Municipal do Idoso e a Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa em Santa Cruz do Sul?
8. Desde quando este Conselho atua em Santa Cruz do Sul?
9. Quais entidades/órgãos participam deste Conselho?
10. Com que frequência ocorrem às reuniões do Conselho? O Conselho realiza reuniões extraordinárias? Em que local são realizadas as reuniões do Conselho?
11. Como está a participação da comunidade nas reuniões do Conselho? Através de que mecanismos são divulgados as reuniões do Conselho?
12. O município realiza as Conferências Municipais do Idoso? Desde quando? Com que frequência?
13. Enquanto controle social, quais são as atuações deste Conselho na gestão municipal no que se refere à saúde do idoso?
14. A participação dos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada? Se sim, através de quais mecanismos?

15. Em sua opinião, como está a construção, implementação, acompanhamento e avaliação da PNSPI em Santa Cruz do Sul?

16. Como o Conselho se organiza para atuar no acompanhamento e avaliação da PNSPI em Santa Cruz do Sul?

17. Em sua opinião, como está o acesso, a utilização, a qualidade e efetividade das ações e serviços de saúde pelos idosos à atenção primária em saúde no município de Santa Cruz do Sul?

18. Considerando a PNSPI, quais os desafios do município para a efetiva implementação desta política?

19. Deseja fazer algum comentário, esclarecimento ou consideração?

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade:_____ 2. Sexo: () feminino () masculino
3. Escolaridade:_____ 4. Profissão:_____
5. Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____
6. Já trabalhou anteriormente no Sistema Único de Saúde (SUS)? _____
7. Se sim, há quanto tempo e em que setor/cargo? _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

8. Tipo de serviço: () Posto de Saúde () Estratégia de Saúde da Família
9. Localização: () Urbano () Rural
10. Número de profissionais do serviço: () Cirurgião-dentista () Enfermeiro () Médico ()
Técnicos de Enfermagem () Agentes Comunitários () Outros profissionais Quais? _____
11. População atendida: _____
12. Tipo de atividades desenvolvidas: _____

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

13. Em média, quantos idosos são atendidos por mês neste serviço? _____
14. Como você avalia a infraestrutura material e de profissionais em sua unidade para o desenvolvimento de ações em saúde do idoso?
() ótima () boa () regular () ruim () péssima
15. Quais profissionais você considera importante agregar a equipe técnica pensando na qualificação das ações em saúde do idoso?
() Assistente Social () Educador Físico () Fisioterapeuta () Nutricionista () Psicólogo ()
Outros, especificar: _____
16. São desenvolvidas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde para os idosos em seu serviço? () Sim () Não ()
Caso sim, cite quais ações: _____
17. O serviço realiza visita domiciliar a idosos dependentes? () Sim () Não
No momento, quantos idosos recebem este tipo de atendimento? _____

18. Quais profissionais realizam a visita domiciliar aos idosos dependentes?
() Cirurgião-dentista () Enfermeiro () Médico () Técnicos de Enfermagem () Outros: _____
19. Quais são as formas de acesso ao serviço pelos idosos? () Busca espontânea () Busca ativa () Por encaminhamento de profissionais da saúde () Por encaminhamento da rede () Outras formas de acesso, especificar: _____
20. Em sua opinião, quais são as principais demandas dos idosos que procuram o serviço?

21. Em sua opinião, como é a adesão dos idosos as ações desenvolvidas pelo serviço?

22. O serviço estabelece alguma condição para a inclusão/permanência do idoso às ações do serviço? () Sim () Não
Caso sim, quais? _____
23. Quais as principais dificuldades encontradas para trabalhar com esta população?

24. O que tem sido feito para superar estas dificuldades?

25. Você ou outro profissional de sua equipe participaram de eventos de Educação Permanente em Saúde do Idoso no último ano? () Sim () Não
Em sua opinião, a equipe está preparada tecnicamente para trabalhar com a saúde do idoso?
() Sim () Não
26. Em sua opinião, o serviço desenvolve ações intersetoriais visando à integralidade da atenção a saúde da pessoa idosa? () Sim () Não
Com quais setores? () Saúde () Assistência Social () Segurança Pública () Educação () Ministério Público () Defensoria Pública () Outros: _____
27. Como você avalia a organização e funcionamento da rede de atenção a saúde do idoso no município? () Suficiente para o volume da demanda () Cobertura parcial () Insuficiente () Inexistente
28. Você gostaria de acrescentar outras informações relevantes? () Sim () Não
Caso sim, especificar: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____
2. Sexo: feminino masculino
3. Escolaridade: Sem escolaridade Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo
4. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a)/com companheiro (a) Divorciado (a)/separado
5. Viúvo (a) Outro, especificar: _____
6. Tem filhos? Sim Não
7. Com quem vive? Sozinho (a) Com cônjuge ou companheiro (a) Com filho (a)
Outros, especificar: _____

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

8. Como você acessou esse serviço? Busca espontânea Busca ativa (por profissionais) Por encaminhamentos de profissionais da saúde Por encaminhamento da rede Outras formas, especificar: _____
9. O que o levou a buscar tratamento neste serviço?

10. Quais modalidades de atendimento você está recebendo?

11. Quais profissionais estão envolvidos nas modalidades de atendimento que você está recebendo? Cirurgião-dentista Enfermeiro Médico Técnicos de Enfermagem Agentes Comunitários Outros profissionais Quais? _____
12. Em seus atendimentos você é acompanhado por familiares? Sim Não
13. Você se sente acolhido nos atendimentos realizados neste serviço? Sim Não Caso não, porquê? _____
14. Você se sente valorizado e respeitado nos atendimentos? Sim Não Caso não, porquê? _____

15. Você tem suas demandas resolvidas por este serviço? () Sim () Não Caso não, porquê?

16. Você participa de grupos no serviço de saúde? () Sim () Não Se sim, quais? _____
17. Você já participou de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde para o idoso deste serviço? () Sim () Não Se sim, quais ações? _____
18. Você participa de conselhos de saúde locais ou conselhos comunitários?
() Sim () Não
Se sim, quais conselhos? _____
19. Como você avalia a infraestrutura deste serviço (espaço físico, equipamentos, número de profissionais, oferta de serviços)? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima
20. Como você avalia o atendimento prestado pela equipe deste serviço?
() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo
21. Você já recebeu ou recebe atendimento em outros serviços de saúde? () Sim () Não
Caso sim, em quais? _____
22. Quais as dificuldades que você encontra ao utilizar este serviço?

23. Quais as suas sugestões para o aprimoramento deste serviço?

24. Quais são os pontos positivos deste serviço?



Instituição: Universidade de Santa Cruz do Sul -
UNISC

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento
Regional – Mestrado

Endereço: Av. Independência, 2293 - Santa Cruz
do Sul/RS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde: os (des)caminhos para um cuidado integral”.

A pesquisa tem por objetivo compreender a construção, implementação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em especial o direito universal a saúde do idoso no que se refere à atenção primária em saúde, através do estudo de caso do município de Santa Cruz do Sul. Para tanto será utilizado um formulário de entrevista. Os resultados serão publicados somente em eventos científicos, sem identificação dos sujeitos que serão tratados de forma geral.

Declaro que recebi as informações pertinentes à pesquisa e estou ciente que fui informado:

- Do objetivo geral da pesquisa e dos procedimentos utilizados acima citados;
- Do caráter confidencial das informações, sendo preservado o sigilo rigoroso de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- Que posso receber respostas às perguntas ou esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- Que minha participação é voluntária e posso ter a liberdade de solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo a minha pessoa;
- Que não há riscos nos estudos para os participantes;

- Que não haverá despesas com a participação nesta pesquisa, bem como não haverá compensações financeiras;
- Os benefícios em participar da pesquisa estão relacionados à produção de conhecimentos científicos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, contribuindo para fomentar esta Política no município de Santa Cruz do Sul.

Declaro que recebi explicações claras sobre a pesquisa, todas registradas neste documento de consentimento. A pesquisadora respondeu e responderá, em qualquer momento do estudo, todos os meus questionamentos, até sanar minhas dúvidas. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado por mim e arquivado pela responsável pela pesquisa. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante: _____ Identidade: _____
Assinatura: _____ Data: ___/___/___

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Declaro que:

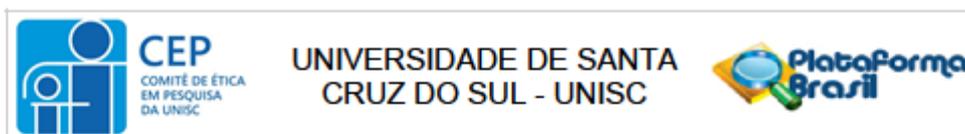
- Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa;
- Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade;
- O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Tenho o compromisso de utilizar os resultados obtidos para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa.

Diante de novas dúvidas ou considerações o participante poderá entrar em contato com a responsável pelo projeto, Psicóloga Carine Guterres Cardoso através do telefone (51) 98160123 ou através do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC, fone (51) 3717 7680.

Assinatura da pesquisadora responsável

Carine Guterres Cardoso

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde

Pesquisador: Carine Guterres Cardoso

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26743014.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 810.923

Data da Relatoria: 26/03/2014

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional é uma realidade em expansão no contexto mundial, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil.

Neste sentido, é necessário que o aumento da expectativa de vida seja acompanhado de um envelhecimento ativo e saudável. Desde os anos 90, com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), pauta-se a saúde do idoso como uma importante questão social do país, no entanto ainda há a necessidade de ampliar e qualificar as ações e serviços de saúde para os idosos brasileiros (COSTA; CIOSAK, 2009). Neste contexto, a presente pesquisa pretende construir conhecimentos acerca da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), em especial o direito universal a saúde do idoso no que se refere à atenção primária em saúde, através do estudo de caso do município de Santa Cruz do Sul. A pesquisa será realizada de março de 2014 a fevereiro de 2015. Este projeto está inserido na Linha de Pesquisa Estado, Instituições e Democracia do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a construção, implementação, acompanhamento e avaliação da PNSPI, em especial o direito universal a saúde do idoso no que se refere à atenção primária em saúde, através do estudo

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br