

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PPGA – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE

Priscila Saraiva Nunes

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO NO RS:
A PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS**

Porto Alegre

2006

PRISCILA SARAIVA NUNES

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO NO RS:
A PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2006

PRISCILA SARAIVA NUNES

**PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO NO RS:
A PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentando ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Políticas Públicas com Gestão Estratégica em Saúde.

Conceito Final.....

Aprovado em.....de.....de.....

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus queridos pais *Jorge Roberto Nunes* e *Maria José Saraiva Nunes* e a minha avó *Benedita Alves* como uma demonstração de amor e gratidão.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a meu Deus, fiel e justo que me concede o privilégio de concluir mais uma etapa na minha vida, sei que não paramos por aqui, pois Ele é poderoso pra fazer infinitamente mais além de tudo que pedimos ou pesamos. Agradeço a minha amada família meus pais e minhas irmãs Karina e Jamily pelo apoio e em especial agradeço a minha amiga Rosilda. E a todos que contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

Este trabalho objetiva descrever como esta sendo implementada a Política Nacional de Saúde do Idoso no Rio Grande do Sul sob a ótica dos atores envolvidos nesse processo. A pesquisa com abordagem qualitativa utilizou-se da pesquisa documental e de entrevistas semi-estruturadas, foi realizada no ano de 2006 no Rio Grande do Sul. Ficou constatado que os atores classificam como Ineficazes as ações implementadas para prestar assistência a essa população, negativa é a maneira como é vista por 50% dos atores a implementação e implantação dessa política e os outros 50% apesar de identificarem problemas nesta fase a considera positiva, que as opiniões acerca da consonância da assistência com a PNSI se dividem, pois 50% acreditam que elas são adequadas e os outros 50% classificam as como inadequadas e por fim, que todos os atores estão de acordo com o funcionamento e estrutura desta política. É fundamental conhecer as opiniões e percepções dessas pessoas, que atuam fazendo parte desse processo, podendo em algumas ocasiões interferir nos resultados esperados trazendo avanços ou retrocesso nesta fase de suma importância para a população idosa que é a implementação da PNSI.

Palavras chaves: Políticas Públicas - idosos - gestão em saúde – sistema único

ABSTRACT

This objective work to describe as this being implemented the National Politics of Health of the Aged one in the Rio Grande Do Sul under the optics of the involved actors in this process. The research with qualitative boarding was used of the documentary research and of half-structuralized interviews, it was carried through in the year of 2006 in the Rio Grande Do Sul. He was evidenced that the actors classify as Inefficacious the implemented actions to give assistance to this population, refusal is the way as it is seen by 50% of the actors the implementation and implantation of this politics and the others 50% although to identify to problems in this A stage considers positive, that the opinions concerning the accord of the assistance with the PNSI if divide, therefore 50% believe that they are adjusted and the others 50% classify as the inadequate ones finally and, that all the actors are in accordance with the functioning and structure of this politics. It is basic to know the opinions and perceptions of these people, who act being part of this process, being able in some occasions to intervene with the waited results bringing advances or retrocession in this phase of utmost importance for the aged population that is the implementation of the PNSI.

Words keys: Public politics - aged - management in health - only system

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEI – Conselho Estadual do Idoso

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FETAPERGS – Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia

ISMA-BR – International Stress Management Association no Brasil

ONU – Organização das Nações Unidas

PEA – População Econômica Ativa

PEI - Política estadual do Idoso

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF – Programa da Saúde da Família

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SES - Secretária Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	11
Capítulo I O Envelhecimento da População Brasileira	13
1.1 A Evolução da população idosa no Rio Grande do Sul.....	18
1.2 O Idoso do Rio Grande do Sul.....	23
Capítulo II Políticas Públicas: seus Objetivos e suas Metas.....	32
2.1 A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.....	35
2.2 Política Nacional de Saúde do Idoso: PNSI.....	38
2.2.1 Promoção do Envelhecimento Saudável.....	39
2.2.2 Manutenção da Capacidade Funcional.....	39
2.2.3 Assistência às Necessidades do Idoso.....	41
2.2.4 Reabilitação da Capacidade Funcional.....	42
2.2.5 Capacitação de Recursos Humanos Especializados.....	42
2.2.6 Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e a estudos e pesquisas.....	43
2.3 A Política Nacional de Saúde do Idoso no Rio Grande do Sul.....	46
2.4 A importância da Avaliação no Contexto Políticas Públicas.....	47
Capítulo III PNSI: Uma Abordagem sob a ótica dos Atores Envolvidos no processo de implantação.....	50
3.1 Os atores como Sujeitos da Avaliação.....	52
3.1.1 Visão dos Atores Acerca das Ações Implementadas para Beneficiar a População idosa e os Resultados Obtidos.....	53
3.1.2 Percepção dos atores quanto à implementação da PNSI.....	55

3.1.3 A Opinião dos Atores Acerca da Assistência ao idoso em Consonância com a PNSI.....	57
3.1.4 Percepção do ator quanto à estrutura e funcionamento da PNSI.....	60
3.2 Considerações Finais.....	64
CONCLUSÃO.....	67
Referências Bibliografias.....	68
Apêndice.....	74
Anexos.....	91

INTRODUÇÃO

A realização dessa pesquisa se deveu a necessidade de compreendermos e conhecermos, o que está sendo feito na área da saúde para beneficiar a população idosa do Rio Grande do Sul, que está crescendo a ponto de modificar os padrões de mobi-mortalidade e a estrutura dos mecanismos de seguridade social.

A Política Nacional de Saúde do idoso criou condições para promover a longevidade com qualidade de vida, ela é o instrumento que o setor de saúde passou a dispor, é uma iniciativa importante a fim de atender as demandas advindas de um seguimento etário que requer uma atenção específica e especializada. Esse crescimento não é privilégio apenas do Rio Grande do Sul, mas está ocorrendo em todo Brasil e também no mundo, os gaúchos vivem em média 71,6 anos, o estado possui alta proporção de população com 65 anos ou mais idade.

Poucos estudos há sobre esse assunto, porém, pesquisadores apontam para um caminho sem retorno.

É importante reconhecer que a ¹PNSI o é resultado da luta de pessoas que estão preocupadas em proporcionar para todo cidadão o direito de envelhecer com dignidade e saúde. Acreditamos que a sua homologação é um avanço no cenário social, político e de saúde no Brasil. Entretanto, observamos que com frequência as políticas públicas ficam fadadas no papel. Acreditamos que para isso não ocorrer, é necessário o comprometimento e o engajamento por parte dos envolvidos na sua implementação, fiscalização. E do público alvo que a utiliza.

O aumento da procura pelos serviços de saúde por parte dos idosos é devido à necessidade de tratamento de doenças crônicas degenerativas. Por isso nesta fase ele tem carência de um atendimento por uma equipe multidisciplinar, que lhe proporcione um atendimento adequado e de qualidade, além disso, o apoio familiar é fundamental.

E dessa forma, propomos descrever sob a ótica dos atores envolvidos o modo como PNSI está sendo implementada, e se está adequada ao atendimento da população idosa do Rio Grande do Sul. .

¹ Política Nacional de Saúde do Idoso

O conhecimento da estrutura e do funcionamento da PNSI é de suma importância, para que as ações previstas nas Diretrizes dessa política possam ser cumpridas efetivamente. O desconhecimento por parte dos atores envolvidos, pode trazer resultados negativos e, conseqüentemente prejudiciais aos idosos.

CAPÍTULO I

1. O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Tema envelhecimento vem sendo abordado com maior frequência, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. De acordo com as pesquisas realizadas no Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente recente e não há muitos estudos sobre este assunto. Entretanto, os poucos estudos brasileiros existentes apontam, de forma recorrente, que o processo de envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível – diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas – e enfatizado a importância dos estudos sobre a população idosa. (ARAÚJO, 2006).

Ocorre que até o final deste século, a expectativa de vida da população terá aumentado em 20 anos. A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX que, juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico envelhecimento da população mundial. O envelhecimento das populações começou em épocas diferentes, em países diferentes e vem evoluindo em proporções variantes. A ²ONU divide os idosos em três categorias: os pré-idosos (entre 55 a 64 anos); os idosos jovens (entre 65 a 79 anos); e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos). Estes, com mais de 80 anos são na sua maior parte, do sexo feminino. Mello, Filho afirma que:

“O envelhecimento é um processo que não se refere só às condições físicas e orgânicas de um sujeito, mas tem relação com o discurso social em que esse sujeito está inserido, a ideologia que permeia e se infiltra na relação com o discurso desse sujeito com o seu próprio *Eu*, seus ideais e seus objetos. Envelhecer não é apenas um processo natural cujo determinante é o tempo cronológico; é uma desconstrução e construção do edifício identitário de um sujeito psíquico, ser particular, individual, igual e diferente de si mesmo em certos momentos, igual e diferente dos seus semelhantes em muitos e vários momentos” (2004, p. 234).

² Organizações das Nações Unidas

Entretanto Mello (2004) acredita que:

“O próprio conceito de Envelhecimento é bastante complexo e não se atém à questão cronológica. Independente desta é considerado velho aquele que não pode, por alguma razão, produzir dinheiro e consumir os bens de consumo que lhe são ofertados.” (2004, p 233)

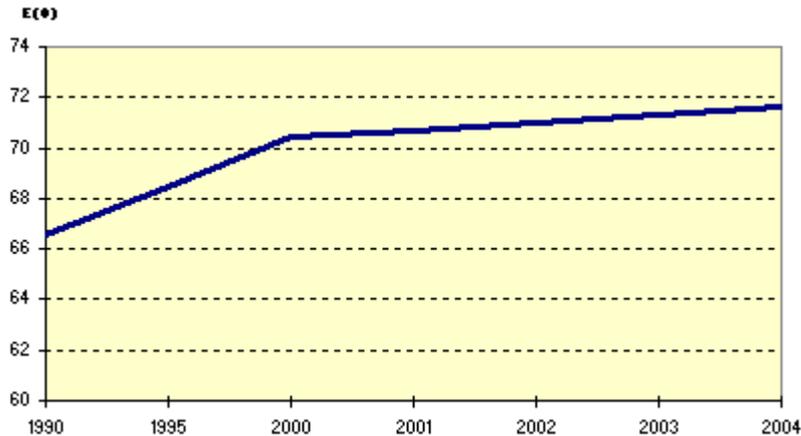
No Brasil o processo de transição demográfica vem ocorrendo de maneira rápida ocasionando um aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa, que vem alterando a pirâmide populacional. Até os anos 60 todos os grupos etários registravam um crescimento praticamente idêntico; a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento.

Segundo Veras (1988), o Brasil ocupava no ano de 1950 o 16º lugar no *ranking* mundial, com 2,2 milhões de idosos. Em 1985, essa população aumentou para 8,9 milhões, colocando o Brasil no 11º lugar. No ano de 2025, o país deverá estar ocupando o sexto lugar no *ranking*, com uma população acima de sessenta anos estimada em 33,8 milhões. No período compreendido entre o ano de 1950 e 2025, a população brasileira terá aumentado cinco vezes, enquanto o número de idosos será quinze vezes maior. Mello Filho a seguir declara que:

“A questão do envelhecimento tem se tornado crucial na atualidade, na medida em que as pesquisas demográficas apontam para um acréscimo significativo da população idosa, como resultado do aumento da expectativa do tempo de vida média do ser humano neste início de século. Se para a primeira infância a sociedade vem se preparando ao longo dos últimos anos através de dispositivos como creche, berçário, etc., o mesmo não vem acontecendo no que se refere ao acolhimento das pessoas idosas, que se tornam um problema tanto para as políticas governamentais (saúde Pública e Previdência) quanto para as famílias. Estas, principalmente, sofreram mudanças radicais: predominando as famílias como poucos elementos, os adultos voltados para o mercado de trabalho, para a competição, para a sobrevivência, não tendo muitas vezes tempo nem recursos financeiros para dar assistência aos seus velhos” (2004, p. 233).

Gráfico 1

Esperanças de Vida ao Nascer – 1990-2004



Fonte: IBGE, 2000

Vários pesquisadores chegaram à conclusão que, embora grande parte da população ainda viva na pobreza nos países menos desenvolvidos, certas conquistas da medicina moderna como, por exemplo, os avanços médicos (assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros) contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população; esta ampliação está associada à elevação da qualidade do nível de vida.

Apesar de muito longe do ideal, se compararmos hoje com trinta ou quarenta anos atrás percebe-se uma melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito mais adequadas que anteriormente.

Entretanto Veras (1995) assegura que a partir de 1930 as doenças infecciosas e parasitárias eram responsáveis pela maioria dos óbitos, mas com a descoberta dos antibióticos essas mortes tiveram uma diminuição, um fator que contribuiu para isso foi à melhoria nas condições de saneamento básico da população, levando a um aumento na sobrevivência das idades mais jovens e uma diminuição da mortalidade infantil. A autora segue esclarecendo que:

“... à medida que as nações se modernizam, tendem a aprimorar suas condições sociais, econômicas e de saúde. As condições de vida anteriormente favoráveis à disseminação de doenças infecciosas e parasitárias foram rapidamente substituídas por condições de vida mais salubres e tecnológicas médicas aperfeiçoadas (...) a teoria da transição epidemiológica se concentra nas complexas mudanças nos padrões de saúde e doença” (1994, p.28).

Para Moreira (2001), o processo de envelhecimento inicia-se com o declínio nas taxas de fecundidade, comum em países com baixos níveis de fecundidade. O envelhecimento pelo topo da pirâmide é um processo experimentado nos países desenvolvidos em constante envelhecimento, próprio das populações que já atingiram níveis reduzidos de fecundidade e taxas de mortalidade em permanente declínio. E por sua vez vem ocorrendo em países subdesenvolvidos que se encontra em processo de desenvolvimento. A Portaria do Ministério da Saúde nº1. 395 certifica-se que:

“Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, também ocorreu um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idoso na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverão crescer 105%; e as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025” (1999, p. 3).

A homogeneização nos índices de idosos em longo prazo é previsto com o declínio nos níveis de fecundidade. Tomando-se o período de 1950-2050 o que se observa é que as regiões que possuem o mais lento processo de envelhecimento populacional no Brasil é o Norte, Nordeste e Sudeste. Essa morosidade no envelhecimento populacional se deve aos altos níveis de fecundidade dessas regiões, enquanto no sudeste existe um constante rejuvenescimento da população devido ao fluxo migratório para essa região.

Identificamos através da abordagem do autor que a queda nos níveis de fecundidade determina de fato o envelhecimento da população brasileira. Nas regiões Norte e Nordeste esse processo ocorrerá de forma mais acentuada e nas regiões Sul e Sudeste terá menor impacto. Já o impacto da mortalidade é sutil em todas as regiões e de menor expressão do que o efeito das migrações.

Tabela 1- Expectativa de vida ao nascer para ambos os sexos no Brasil.

Anos	Expectativa de vida ao nascer
1900	33,7
1910	34,0
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2
1960	55,9
1980	63,5
2000	68,6
2020	72,1
2025	75,3

Fonte. Veras, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1994. p.224

O crescente aumento da expectativa de vida ao nascer da população mundial, apesar de extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. Observa-se uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, se comparado ao de homens de mais de 60 anos de idade, já constitui uma contingente expressivamente maior há muito. Da mesma forma, a proporção de mulheres idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maiores esperança de vida ao nascer e esta diferença está ao redor de sete anos e meio (PORTARIA nº. 19, de 30 de setembro de 1998).

O aumento da expectativa de vida ao nascer para a mulher foi mais significativo do que para o homem. Ao lado de diferenças biológicas como, por exemplo, o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana – Veras (1988) esclarece acerca das várias explicações para tais diferenças:

- 1) Diferença de exposição às causas de risco de trabalho.
- 2) São observadas, entre os indivíduos do sexo masculino, taxas maiores por causas de morte denominadas “externas” (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios entre outros).
- 3) Diferenças no consumo de tabaco e álcool – Apesar do aumento do consumo do fumo e da bebida alcoólica pela mulher nos dias atuais, estes produtos continuam sendo muito mais consumidos pelos homens.
- 4) Diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades físicas – As mulheres são, em geral, mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem (Lewis 1985).
- 5) Assistência médico-obstétrica – Hoje é mais comum que no passado, quando a mortalidade relacionada à maternidade estava entre as mais importantes causas de mortes das mulheres e na atualidade é relativamente baixa. (1988, p. 391).

A autora conscientemente refere-se quanto à importância de aprender a viver com um grupo que cresce a mercê de uma cruel realidade caso nada seja realizado a fim de unir esforços para mudar a realidade em que se encontram os idosos brasileiros,

“O Brasil, onde por um longo período enfrentaremos ainda uma importante demanda de recursos para as áreas de educação e médico-sociais a fim de fazer frente às necessidades da parcela jovem da população, terá de conviver com um novo grupo populacional a demandar recursos: os idosos. Assim é importante que as ações do Ministério da Saúde e da Previdência Social estejam cada vez mais preparadas para o crescimento desse grupo etário, já que a questão médico-social do idoso, particularmente a mulher, em face de sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer às condições adequadas para vivê-la”. (1988 p. 395)

1. 1 A Evolução da População Idosa no Rio Grande do Sul

O ritmo de crescimento da população do Rio Grande do Sul foi muito intenso (3,26% ao ano), levando aproximadamente 20 anos para dobrar o volume populacional. Já nas décadas de 1980 e 1990, a população do Estado aumentou apenas 30%. A população do Rio Grande do Sul tem crescido a taxas decrescentes a partir da década de 50, quando apresentava uma taxa de 2,57 ao ano, sendo que na década de 1990, cresceu apenas 1,21%.

"No início do século, um gaúcho recém-nascido esperaria viver em média 43,9 anos. Em 2000, a expectativa de vida da população do Rio Grande do Sul era de 71,6 anos, ou seja, os gaúchos de hoje vivem em média 27,7 anos mais do que os do início do século. O ganho em número de anos vivido pela população do Rio Grande do Sul foi acentuado até a década de 50. Entre 1950 a 1970, houve uma redução no ritmo de crescimento desse indicador, voltando a crescer em ritmo mais acelerado entre 1970 a 1990." (JARDIM, 2001, P. 62)

População total e taxas de crescimento anual da população do Rio Grande do Sul e do Brasil — 1900-2000

ANOS	POPULAÇÃO TOTAL		TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL (%)	
	RS	BR	RS	BR
1900	1 149 070	17 438 434	2,50	1,98
1920	2 182 713	30 635 605	3,26	2,86
1940	3 320 689	41 236 315	2,12	1,50
1950	4 164 821	51 944 397	2,29	2,34
1960	5 366 720	70 992 343	2,57	3,17
1970	6 664 891	94 508 583	2,19	2,90
1980	7 773 837	121 150 573	1,55	2,51
1991	9 138 670	146 917 459	1,48	1,77
2000	10 187 798	169 799 170	1,21	1,62

Fonte: JARDIM, Maria de Lourdes Teixeira, BANDEIRA, Marilene Dias, Um século de população no Rio Grande do Sul 1900-2000. p 59. Porto Alegre FEE, 2000.

Segundo ³IBGE (2000), o Rio Grande do Sul é o segundo estado brasileiro em número de idosos e o primeiro em expectativa de vida. Segundo a ONU, ultrapassar o percentual de 7% já colocaria o estado em sinal de alerta para requerer recursos financeiros a fim de executar ações, especialmente sobre as

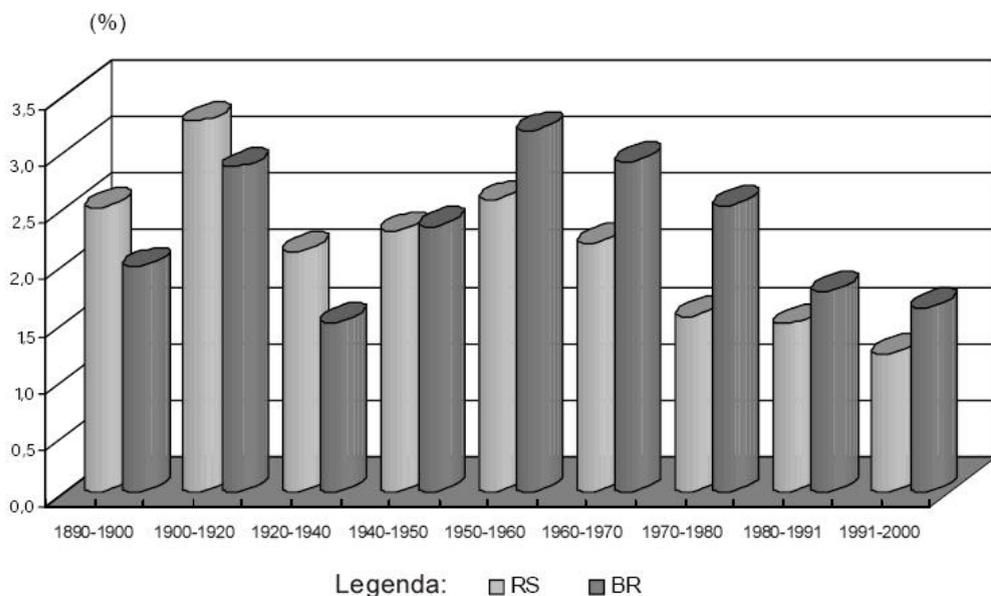
³ Instituto de Geografia e Estatística

políticas nas quais incidem o envelhecimento, ou seja, Assistência Social, Saúde, Educação Previdência Social.

O Rio Grande do Sul apresenta um dois maiores níveis de expectativa de vida ao nascer do Brasil. A expectativa de vida ao nascer é um dos principais indicadores de qualidade de vida de uma população. Já que essa estatística é o resultado das condições médico-sanitárias da população. De fato no século passado, os avanços na medicina foram significativos. Além dos grandes progressos na medicina, contribuíram para maior expectativa de vida da população o aumento das condições de saneamento básico, a disseminação da cobertura de prevenção de doenças, o maior controle de doenças transmissíveis, a maior cobertura de imunização e, de uma maneira geral, a disseminação do acesso aos serviços de saúde.

“Esses avanços nas condições médicas e sanitárias, associado à melhorias dos níveis educacionais foram preponderantes para o aumento da expectativa de vida da população ao nascer, já que aumentou a chance sobrevivência em todas as faixas etárias. Assim o controle de doenças parasitárias e infecciosas contribuiu para a redução de mortalidade infantil, a redução da mortalidade materna e das guerras diminuiu a mortalidade dos jovens adultos, e o controle das doenças aumentou a chance de os idosos viverem mais”. (JARDIM, 2001 p. 63).

Gráfico 2 - Taxa de crescimento anual da população total do Rio Grande do Sul e do Brasil 1900-2000

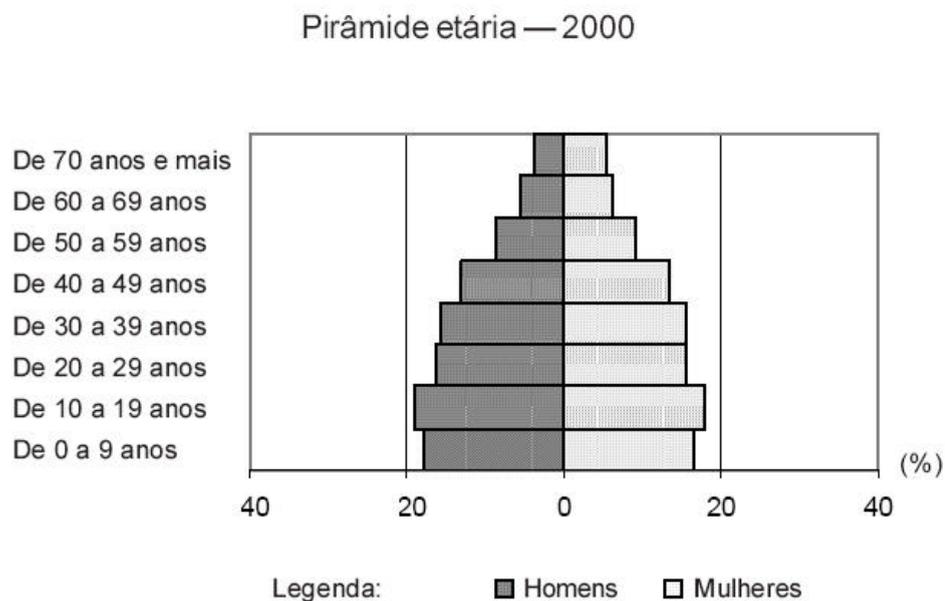


Fonte: JARDIM, Maria de Lourdes Teixeira, BANDEIRA, Marilene Dias, Um Século de População do Rio Grande do Sul 1900-2000, Porto Alegre FEE 2000, p.60.

A queda da taxa de fecundidade nos últimos anos tem sido provocada por alguns fatores como maior escolaridade da população feminina o que permite acesso maior a informação e também o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho tem facilitado esta modificação da fecundidade. Este fato pode ser observado em forma conjunta no Brasil e no RS até o censo de 2000. Concomitantemente ser observado com a redução da fecundidade esta a redução da mortalidade feral e infantil

A análise da estrutura etária por sexo, representada graficamente pela pirâmide, sintetiza a evolução dos componentes da dinâmica demográfica: mortalidade, fecundidade e migração. Ao longo do século XX, houve um acentuado estreitamento da sua base larga, assumindo a forma de uma pêra, ou seja, um maior contingente populacional nas idades intermediárias.

Gráfico 3 - Pirâmide etária da população do Rio Grande do Sul



Fonte: JARDIM, Maria de Lourdes Teixeira, BANDEIRA, Marilene Dias, Um Século de População do Rio Grande do Sul 1900-2000, Porto Alegre FEE 2000, p.68

Tabela 2- População residente de 50 a 80 anos ou mais no Estado do Rio Grande do Sul

Pessoas residentes – 50 a 59 anos	917.748	habitantes
Pessoas residentes – 60 a 64 anos	333.552	habitantes
Pessoas residentes – 65 a 69 anos	268.550	habitantes
Pessoas residentes – 70 a 74 anos	205.485	habitantes
Pessoas residentes – 75 a 79 anos	131.986	habitantes
Pessoas residentes – 80 anos e mais	125.544	habitantes

Fonte: IBGE censo demográfico 200

Tabela 3 - População residente de 40 a 80 anos ou mais e sexo, 2006 RS

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
50 a 59	471.800	511.167	982.967
60 a 69	291.470	351.688	643.158
70 a 79	145.989	211.450	357.439
80 e +	46.391	89.722	136.113
Ignorada	-	-	-
Total	1.668.738	1.915.267	1.916.935.7

Fonte: IBGE 2006

Sob o ponto de vista de Herédia (2000) é interessante analisar a relação de sexo na população do Rio Grande do Sul de 60+ (sessenta e mais) anos que mostra o número de homens por 100 (cem) mulheres na população desta faixa etária no Estado. Podemos constatar que ela vem diminuindo progressivamente desde 1970 (87,2%) até o ano 2000 (74,26%) o que indica que o processo de envelhecimento no Estado é eminentemente feminino, com todos os agravantes que esta situação apresenta. A autora observa que as mulheres constituem maioria nas idades mais elevadas, já que as mulheres, em média, vivem mais que os homens, situação esta

que pretende ser explicada pela ⁴ISMA-BR num estudo recente, indicando que vivem mais porque tem mais facilidade para verbalizar suas emoções, têm mais conscientização das suas condições físicas e emocionais, procurando ajuda quando é necessário, tem mais disciplina na prática regular de técnicas de relaxamento.

1.2 O idoso do Rio Grande do Sul

O Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul realizou um em 1997 um estudo intitulado “Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida”, onde aparecem os seguintes dados:

- 18,09% são analfabetos;
- 46,07% não têm o ensino primário completo;
- 19,77% concluíram o ensino primário;
- 15,70% moram sozinhos;
- 42,9% dormem sozinhos;
- 43,55% dormem com cônjuge ou acompanhantes;
- 13,39% com os filhos, netos ou acompanhantes;
- 79,80% vivem com familiares;
- 13% ainda trabalham;
- 34,36% não se aposentaram
- 45,06% se aposentaram com mais de 60 anos;
- 33,84% relatam que a audição “não funciona muito bem”;
- 5% ouvem com muita dificuldade;
- 20% têm dificuldade de mastigação.

Os dados apresentados pelo ⁵CEI do Rio Grande do Sul, mostram o perfil dessa população específica e também da uma sucinta amostra da qualidade de vida desses cidadãos.

⁴ International Stress Management Association no Brasil

⁵ Conselho Estadual do Idoso

Tabela 4- Mortalidade proporcional por idade prop. de óbitos (%) por UF e Faixa Etária UF: RS Período: 2003

55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos e mais
6,7	8,29	9,92	11,56	11,39	23,7

Fonte: IBGE – 2003

Tabela 5 - Esperança de vida 60 anos de idade para ambos os sexos, proporção de idoso masculino, feminino e ambos os sexos, razão de dependência ambos os sexos e índice de envelhecimento para cada 100 indivíduos jovens no estado do Rio Grande do Sul.

Variável	1991	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Esperança de vida 60 anos ambos os sexos	18,31	18,42	18,52	20,58	20,72	20,84	20,96	21,08	18,31	18,42
% proporção de idosos ambos os sexos	8,9	9,7	9,9	10,1	10,2	10,5	11,0	10,8	11,0	11,1
% proporção de idoso masculino	9,9	10,8	11,3	11,5	11,5	11,8	12,2	12,2	12,4	12,6
% Proporção de idoso feminino	7,9	8,5	8,5	8,6	8,8	9,1	9,6	9,4	9,5	9,6
% razão de dependência ambos os sexos	14,6	15,6	15,9	16,0	16,3	16,5	17,1	16,9	17,1	17,2
Envelhecimento para cada 100 jovens	29,7	34,8	35,7	37,5	37,2	40,1	42,4	43,3	44,5	45,8

Fonte: IBGE Projeções demográficas preliminares

Nota: Até 2003, as esperanças de vida à idade 60 [E (60)] foram extraídas das projeções das populações das Unidades da Federação elaboradas em 1997/1998, as quais não levavam em consideração os dados recentes do Censo Demográfico 2000 e das estatísticas vitais correspondentes ao triênio 1999-2001. Além disso, a hipótese adotada sobre a trajetória da mortalidade nesta revisão do conjunto das projeções apresenta um comportamento evolutivo mais otimista que o anterior.

O Rio Grande do Sul é um dos Estados brasileiros que possui alta proporção de população de 65 anos e mais. Enquanto no Brasil ela representa 5,85%, no Estado é de 7,20%. Nos municípios gaúchos variam de 3,40% em Candiota na região da Campanha a 15,66% em Colinas no Vale do Taquari (ATLAS SÓCIO ECONÔMICO DO RS, on-line set/2006).

A ⁶PUCRS realizou interessante Projeto desenvolvido com a população acima de 60 anos. ⁷O Projeto Idosos de Porto Alegre têm a coordenação do Instituto de Geriatria e ⁸Gerontologia, com o apoio do Hospital São Lucas. Este estudo será o primeiro a apontar as mudanças ocorridas em um intervalo de dez anos na Capital gaúcha. As 120 questões foram elaboradas há dez anos pelo conjunto de Universidades, inclusive a PUCRS e foi aplicado o mesmo instrumento da pesquisa de 1995 conduzida pelo Conselho Estadual do Idoso. Os idosos de Porto Alegre são ativos, têm qualidade de vida e autonomia para realizar suas atividades sem auxílio. Cresce o interesse por atividades recreativas, culturais e religiosas que, além de proporcionarem lazer, funcionam como redes de solidariedade favorecendo outras pessoas.

Do total, 89,7% dos idosos demonstraram ser independentes. “Isso serve para valorizar o idoso, mostrar que o envelhecimento não é sinônimo de estar incapacitado”, resume a Vice-Diretora da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia, Marion Creutzberg. Uma das áreas de destaque deste Projeto é o levantamento das alterações físicas com o passar da idade para a comparação com medidas de referência utilizadas pela Arquitetura. Medidas às vezes simples podem significar mais conforto e prevenir fraturas. Mais adiante serão sugeridas normas adequadas a esse público que sirvam de parâmetro para profissionais da Arquitetura, Engenharia e governantes. Esses resultados, inéditos no Brasil, trarão condições para um dimensionamento mais adequado das residências, dos ambientes, dos transportes e da acessibilidade em geral para os idosos. Na área da Psicologia, a professora da Faculdade de Psicologia, Irani Argimon, salienta que “os

⁶ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

⁷ Dados retirados do Jornal Zero Hora matéria exibida dia 12/07/2006 RS por GONZATO, Marcelo

⁸ Área de conhecimento específico voltada para o estudo do envelhecimento em perspectiva mais ampla, em que são considerados não apenas os aspectos clínicos e biológicos, mas também as suas condições e determinações psicológicas, sociais, econômicas e históricas.

vínculos sociais e a ocupação da mente ajudam a conservar a memória e a auto-estima e evitar a demência e a depressão” **(PAIM, 2005)**

A pesquisa deve servir de base para a decisão de estratégias de ação, prevenção de doenças e campanhas educativas. Há expectativa de que os resultados ajudem a definir políticas para esse público cada vez mais longo. Segundo o IBGE a expectativa de vida em Porto Alegre é de 71,4 anos. Os investigadores terão à disposição um banco de dados gigantesco.

A partir da experiência, a PUCRS participará de pesquisas em outras capitais, como Manaus, Fortaleza e Salvador, com a mesma metodologia. O questionário poderá ser adaptado à população indígena. O diretor do IGG e coordenador do projeto, Antonio Carlos de Souza, diz que eles terão meio milhão de respostas que se tornarão base para outros estudos sobre idosos do Rio Grande do Sul e do País” (PAIM, 2005).

Em Porto Alegre, Capital do Rio Grande do Sul pode-se observar através de dados preliminares da pesquisa ora citada neste capítulo que homens e mulheres são independentes, ativos e satisfeitos com a sua qualidade de vida.

O projeto Idosos de Porto Alegre, do ⁹IGG da PUCRS com o apoio do Hospital São Lucas, ouviu 1.164 idoso selecionados com base em critérios estatísticos de janeiro a julho de 2006. Uma das conclusões prévias é que a população com mais de 60 anos é menos dependente do que se pode imaginar.

- 68,2 % vivem com independência;
- 21,5% manifestam dependência moderada;
- E um em cada dez idosos precisa de ajuda freqüente para viver.
- O Percentual de pessoas que sofrem necessidade severa de amparo, exigindo presença constante de outra pessoa, não chega a 1%. Essa disposição reflete na qualidade de vida.
- A pesquisa mostra outros dados de relevância identificados na população idosa da Capital.
- Obesidade:
- 34,6% apresentam índice corporal aceitável;
- 44,2% apresentam obesidade média;

⁹ Instituto de Geriatria e Gerontologia

- 19,2% apresentam obesidade moderada e
- 0,9% obesidade severa.
- Medicação:
 - 85,71% usam remédio de forma contínua;
 - 14,29 não fazem uso de medicação.
- Tipos de remédios mais usados pelos entrevistados:
 - 62,3% sistema cardiovascular;
 - 34,5% analgésicos antiinflamatório;
 - 20,8% sistema nervoso central e
 - 10,9% hipoglicemiantes (diabetes).

- Socialização. Os idosos deram notas em uma escala de 4 a 20 para avaliar suas vidas nas seguintes áreas:
 - 15,4 relações sociais;
 - 14,5 física;
 - 14,8 psicológica e
 - 13,5 meio ambiente.
- Sexo:
 - 37,56% mantêm relações sexuais o restante não mantém ou não se referiu ao assunto.
- Dos que matem relações:
 - 21,2 Usam com alguma frequência usam preservativos e
 - 78,8% Não usam preservativos.

Como se pode perceber através de pesquisas, o Brasil tem experimentado transformações epidemiológicas, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infecto contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10% destas mortes. (PORTARIA nº. 1.395/GM dez.99).

De acordo com os dados fornecidos na Portaria (n.1.395/GM dez/99), o oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares:

“Em 1950, estas eram responsáveis por 12% das mortes, representando hoje mais de 40% do total de mortes. Em menos de 40 anos, o Brasil passou a ter um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um perfil caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados”. (1999, p.45)

“Essa Mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura como um desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares nesta população são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que de outras faixas etárias”.

Em virtude de várias pesquisas sabe-se que o idoso, em função das doenças crônico-degenerativas, aumenta sua demanda por bens e serviços de saúde e, com o aumento deste contingente, aumenta também os desafios para os governos, sociedade e familiares. Levando em consideração que o idoso é uma pessoa que muitas vezes é portador de doenças crônicas múltiplas que durante ao longo da sua vida vai requerer um acompanhamento com equipes multidisciplinares muitas vezes com intervenções contínuas. E impreterivelmente terá que contar com o apoio de sua família ou instituições que deverão acolher o idoso com dignidade.

Segundo análise realizada por Nunes (1999) dos dados do ¹⁰DATASUS de 1997 identifica que o custo de tratamento com pacientes idosos (acima do 60 anos) não é mais caro do que o tratamento com os mais jovens.

Ocorre que o idoso devido às doenças crônicas passa a necessitar de um tratamento com freqüência. Observa-se que em uma de suas conclusões, o autor propõe melhoras na qualidade dos serviços de saúde como a substituição da quantidade de internações pela qualidade desse serviço. Assim esta medida, juntamente com os programas preventivos domiciliares de saúde como o ¹¹PSF dentre outros não implica necessariamente em elevar as despesas públicas com saúde. De acordo com a pesquisa realizada por Araújo, (2001) os problemas crônicos de saúde relatados pelos idosos com maior freqüência foram: coração 16,8%, hipertensão 26,4%, deficiência ósteo-muscular (17,8%) e diabetes (11,9%).

¹⁰ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

¹¹ Programa da Saúde da Família

A autora diz que também foram mencionados embora com menor frequência, problemas respiratórios, digestivos e neuropsiquiátricos.

O idoso, mesmo tendo maior propensão de conviver com problemas de saúde, não o incapacita física e emocionalmente. A importância do indicador sobre restrição de atividade por conta de problema de saúde relaciona-se com a capacidade de manutenção das atividades rotineiras, independentemente da condição de saúde. A existência do problema de saúde não necessariamente incapacita a pessoa para as atividades do dia-a-dia que, mesmo doente, tem possibilidade de ter uma boa qualidade de vida. Por enquanto, são poucas as informações disponíveis nas pesquisas domiciliares para construir um indicador sobre incapacidade. A pesquisa sobre padrões de vida / IBGE levanta algumas informações que possibilitam a construção de uma *proxy* deste indicador: Do total das pessoas idosas que referiram problema de saúde, 34,1% delas deixaram de realizar as atividades normais por conta deste problema.

Os idosos procuraram o serviço de saúde em maior proporção do que as pessoas dos demais grupos etários. Em 1997, 39,9% deles procuraram atendimento médico. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que a observada em caso de doenças não-crônicas (28,9% e 8,1%, respectivamente).

Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul mostrou que os pacientes idosos hospitalizados não recebiam adequada assistência médica e psicossocial.

Grande parte desses pacientes apresentava problemas típicos da terceira idade, tais como incontinência urinária, instabilidade postural, incapacidade para caminhar, demência, delírio e depressão, os quais não haviam sido diagnosticados ou tratados adequadamente. O estudo mostrou também que nenhum idoso apresentou somente um problema de saúde. Dos pacientes investigados, 75% apresentavam pelo menos três intercorrências médicas concomitantes e 50% padeciam, simultaneamente, de sete ou mais problemas de saúde.

No Rio Grande do Sul 90% dos idosos recorrem ao ¹²SUS no intuito de ter suas necessidades atendidas.

¹² Sistema Único de Saúde

Herédia, (2000) fala que em se tratando de escolaridade dos idosos do Rio Grande do Sul, predominam os que cursaram o primário incompleto, seguidos pelos analfabetos e por idosos com primário completo.

“Quanto mais velhas as cortes, maior será a proporção de pessoas sem qualquer nível de escolaridade ou com primário incompleto, situação que reflete as condições sociais do período de início de século XX, época em que as possibilidades de acesso à educação eram extremamente desiguais, privilegiando as elites e, nelas, os homens em prejuízo das mulheres. A possibilidade educacional há mais de sessenta anos atrás, mesmo na zona urbana, era baixa” (2000, p.5).

É certo que a pouca escolaridade dos idosos pode ser um fator que intensifica as desigualdades e dificuldades para acompanhar as transformações do mundo contemporâneo, mas não abandonando a importância do saber informal, presente nessa população como, por exemplo, a cultura oral que é transmitida de geração em geração.

Quanto à fonte de renda do Idoso do Estado, a autora mostra o seguinte quadro, que a maioria dos idosos encontra-se, por força de sua situação ocupacional, fora da ¹³PEA. Mais 2,83% desenvolve suas atividades no setor agrícola e 1,99% o faz no setor de comércio de mercadorias.

Números indicam que 34,36% de idosos que não se aposentaram dado significativo para essa categoria que tem 60 anos ou mais. Dos aposentados, o motivo de sua aposentadoria é em primeiro lugar a idade, seguido de tempo de serviço”.

Segundo IBGE (2001), 40% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar per capita menor que um salário mínimo. Na população pesquisada encontramos 55% com renda de dois salários mínimos, 31% vivem com um salário mínimo e 14% com três salários mínimos. No que diz respeito à renda do idoso Herédia (2000) acrescenta que:

“...à renda do idoso, 49,08% recebem entre um salário mínimo e menos de dois salários. Dos pesquisados, 10,41%, não possuem renda pessoal. É interessante ressaltar que dos que possuem renda, aproximadamente 47,6% declararam que ela serve para aumentar o orçamento familiar, por serem uma renda segura e mensal” (2000. p. 9

¹³ População economicamente ativa

Tabela 11 - Distribuição dos idosos segundo a idade da aposentadoria

Idade/anos	percentual
Menos de 40	1,46
41 a 44	1,11
45 a 48	3,92
49 a 52	7,48
53 a 56	9,52
57 a 60	28,94
61 a 64	14,1
65 a 68	20,53
68 +	8,38
Não sabe/ não respondeu	4,56

Fonte: Relatório preliminar da pesquisa “O Idoso do Rio Grande do Sul” p.35 Um dado que chama a atenção, é que a idade em que a maioria dos idosos iniciou as atividades laborais remuneradas foi primeiro entre 11 a 14 anos, em segundo lugar entre 15 a 18 anos e, em terceiro lugar, acima de 23 anos.

CAPÍTULO II

2. POLÍTICAS PÚBLICAS: SEUS OBJETIVOS E SUAS METAS

Acerca das Políticas Públicas é necessário evidenciar o que é abordado por ela, assim como, sua definição, para que tenhamos uma visão crítica de sua estrutura e da ideologia que respalda seu conteúdo.

“Políticas Públicas é um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade)”. Bobbio (1983, p.1318)

Sendo as Políticas públicas um instrumento de ação governamental, visa coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para que seus objetivos mais relevantes politicamente sejam alcançados. Além disso, é possível dizer que a ela é a materialização (em lei, norma, serviço, produto) do conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores, a partir das demandas advindas da sociedade ou do interior do próprio Estado, ¹⁴*inputs*. Schmidt afirma que:

“Assim, simplificando um pouco, é possível afirmar que o governo dedica grande parte de suas atividades à tentativa de satisfazer as demandas que lhes são dirigidas pelo atores sociais e políticos e à busca por apoio de base para viabilização das mesmas. São na relação entre os atores sociais e governamentais, quando ocorre aos interessados expressar democraticamente seus pontos de vista que há abertura para a política encontrar espaço para resolver ou ao menos manter dentro de limites pré-estabelecidos, os conflitos na sociedade”. (2006, p. 13)

¹⁴ Quantidade que entra absorção, aquilo que é posto ou aplicado.

De acordo com o autor é constatado que as políticas públicas podem ser de cunho econômico, administrativo, social. Sendo que as políticas sociais são aquelas voltadas às garantias fundamentais e envolvem os serviços de educação, saúde, previdência; ela é uma estratégia de intervenção e regulação do Estado no que diz respeito à questão social, por isso, ela é instrumento social de ação coletiva que viabiliza a concretização dos direitos sociais previstos em Lei.

Sabendo - se que as políticas públicas surgem a partir da demanda da sociedade, ao longo dos anos no Brasil nota-se que inúmeros foram os fatores que influenciaram a criação e implementação delas, como: forte desemprego, exclusão e desigualdade, alterações na estrutura familiar, nos ciclos de vida (diminuição da mortalidade infantil, envelhecimento da população desequilíbrios ambientais dentre outros fatores).

Para o Estado é importante estar atento às demandas que surgem advindas da sociedade, essas mesmas variadas podem ser categorizadas, como novas demandas que são aquelas advindas do surgimento na cena política de novos atores ou antigos atores que agora ganham peso para pressionar o poder político, mas também por novos problemas ou antigas questões que agora ganham peso, como a questão ambiental.

Um outro tipo são as recorrentes, que estão sempre retornando à cena política, como constatamos todos os dias a exemplo dos sem-tetos, mesmo nos dias atuais, ou ainda mais nos dias de hoje, inúmeras invasões ocorrerem por todo o país, porque ou são mal resolvidas ou não por não serem resolvidas, uma vez que as ações governamentais adotadas não foram suficientes para sanar de uma vez esse problema. Schmidt acrescenta que:

“Por vezes um problema pode existir por muito tempo, mas por questões variadas, nunca chega a ascender à agenda real de discussão política. Isso pode ocorrer por questões culturais, de ganhos e perdas no campo político, ou por interesses de atores de forte peso envolvidos na discussão. Para uma demanda social se tornar um problema político, para que ascenda a categoria input a ser atendido de forma prioritária pela agenda governamental, é indispensável que ela seja capaz de mobilizar ação política de grupos ou atores relevantes no cenário político”. (2006, p. 16)

Através do modelo que o autor apresenta pode-se demonstrar o ciclo que envolve o processo como se dá às questões políticas e técnicas.

As decisões em políticas públicas representam apenas as intenções de solucionar os problemas que poderão ser expressas em determinações legais: **resoluções, decretos, princípios constitucionais, leis e outros instrumentos.** Entretanto, o processo envolto por uma política pública é permeado por questões políticas que transcendem as questões puramente técnicas presentes no ciclo:

Demanda ? agenda ? formulação ? decisão ? implementação ? avaliação de um programa.

Devido a esse ciclo, nem todas as políticas definidas serão realmente implementadas e, mesmo as implementadas, podem alcançar resultados diferentes daqueles que foram originalmente propostos.

É necessário observar que há uma divisão se tratando de construção e implementação de políticas públicas. Uma vez que o indivíduo que formula uma política pública não é o mesmo que irá implementá-la. Geralmente os executores estão em contato direto com os usuários, o que os tornam conhecedores dos verdadeiros anseios da população.

Toda política pública tem pré-estabelecidos seus alvos, metas e objetivos, nela vem explicitado o que deve ser feito e quais os caminhos devem ser percorridos, para que seja alcançado o que está proposto como propósito basilar.

No entanto, essas definições não garantem que seus objetivos sejam alcançados. Ao tratar sobre a avaliação de políticas públicas, Arretche assegura que:

“Há uma distância clara entre a política conforme planejada e a política que realmente chegará ao seu público alvo, e que esta distância não diz respeito a fatores de ordem moral ou ética, que possam ser atribuídos a interesses escusos de formuladores e implementadores. Na verdade essa distância é uma contingência da implementação, que pode ser em grande parte explicada pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores no contexto econômico, político e institucional em que operam”. (2000, p. 01)

A fase da implementação pode envolver dificuldades maiores quando se trata de programas de políticas, caso recorrente na Saúde Pública. No momento da implementação podem ocorrer conflitos com programas já estabelecidos; quanto às prioridades das atividades; o destino dos recursos; o remanejamento de pessoal;

reorganização funcional; na compatibilização ou substituição dos programas (antigo e novo); as dificuldades em organizar a implementação entre os entes federados e a difusão do conhecimento entre os aplicadores. Existe também a necessidade da compreensão dos objetivos a serem alcançados com o novo programa, o que pode ser muito difícil por envolver muitas vezes a mudança do paradigma reinante: a mudança de paradigma do funcionalismo, da população e do conteúdo da política.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO E O ESTATUTO DO IDOSO

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade.

Segundo as pesquisas citadas no primeiro capítulo deste trabalho sobre o envelhecimento da população brasileira, ele se evidencia por um aumento da participação do contingente de pessoas maiores de 60 anos de 4% em 1940, para 9% em 2000. Além disso, a proporção da população acima de 80 anos tem aumentado, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, o que significa que a população considerada idosa também está envelhecendo, os idosos representam o segmento que mais cresce. O Ministério da Saúde informa na Portaria/MS nº. 1.395 que:

“No Brasil em 1900, a expectativa média de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40 era de 39 anos; nos anos 50, aumentou para 43,2 anos e, na década de 60, para 55,9 anos. De 1960 a 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos. Ou seja, foram acrescentados vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982.” (1999 p. 3)

Ainda sobre o assunto Kalache (1987) afirma que há um aumento na longevidade do brasileiro porque nos anos 80 a 2000 a expectativa de vida era de 68,5, já nos anos de 2000 a 2025 supõem-se que a estimativa aumentará para 80 anos, para ambos os sexos. O ¹⁵MS, Portaria nº. 1395 acrescenta que:

¹⁵ Ministério da Saúde

“Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, também ocorreu um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idoso na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverão crescer 105%; e as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025” (1999, p. 3).

“Verifica-se que o atendimento aos idosos pelo SUS é deficiente e a sociedade está despreparada, dado o número de idosos que corresponde a 7,3% da população atual, mas que, em 2025, passará para 15%”. (NOVAES, 2000, p.13)

Veras (2004) afirma que: as políticas dirigidas especificamente para este segmento etário devem ser desenhadas e implementadas com urgência, se quisermos evitar mais uma catástrofe anunciada e que alternativas como centros de convivência são modelos inovadores de atenção, que podem ser considerados encorajadores em relação ao custo/benefício.

Nesse momento, diante das menções realizadas no capítulo anterior, podemos perceber que as políticas públicas formam instrumentos de ação governamental, para alcançar metas e objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados para um seguimento da sociedade ou um espaço geográfico.

Assim, tornam-se possível descrevermos alguns desses instrumentos da ação governamental, voltados a uma parcela da população tão importante no contexto social e político do nosso país, uma vez que os idosos de acordo com inúmeras pesquisas representam hoje um seguimento, uma faixa etária que mais cresce, não só no Brasil, mas no mundo.

As Políticas Públicas de atenção aos idosos se relacionam com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Um marco importante dessa história foi a Constituição Federal de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania (com ciência – velhice).

A Constituição de 1988 passa a garantir um conjunto de direitos sociais, no instante em que garante o que está expresso no Capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de Seguridade Social, como “um conjunto

integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. A inclusão da previdência, da saúde e da assistência no âmbito da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania. Antes, esses direitos eram restritos à população beneficiária da previdência.

“Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social’ CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988 título VIII, Capítulo II, Seção I, artigo 194).

A partir do momento em que ocorreu a transformação no modelo da seguridade social a legislação brasileira procura se adequar às orientações dessa Lei. Em 1994 a Lei 8.842 ¹⁶PNI foi estabelecida e, conseqüentemente normas para os direitos sociais dos idosos brasileiros, a fim de garantir a autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa Lei assim como tantas outras é o resultado de reivindicações da sociedade, na qual composta por idosos ativos; aposentados; professores universitários; profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento que elaboraram um documento que se transformou no texto base da Lei.

Esta Lei foi regulamentada pelo Decreto nº. 1948 de 03 de Julho de 1996, definindo a atuação do governo e indicando ações específicas das áreas envolvidas. Mas ainda há um sério agravante, pois existe um distanciamento entre a Lei e a realidade dos idosos no Brasil. Foi olhando para essa realidade que houve a necessidade de se aprovar o Estatuto do idoso, Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, a fim de consolidar os direitos já assegurados na Constituição Federal, sobre tudo tentando proteger o idoso em situação de risco social. Somente após sete anos tramitando no Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política

¹⁶ Política Nacional do Idoso

Nacional do Idoso, Lei de 1994 que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO: PNSI

O Ministério de Estado de Saúde, considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso aprova a ¹⁷PNSI (Portaria/MS nº. 1395 de dezembro de 1999), ela é o instrumento de que o setor de saúde passa a dispor, pois, estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou redefinição dos programas, planos, projetos e atividades da atenção integrada às pessoas no processo de envelhecimento e à população idosa (GORDILHO, 2000). Em sua introdução, assume que o principal problema que idoso pode apresentar é a perda da ¹⁸capacidade funcional, prejudicando seu estilo de vida.

“ Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar à promoção do envelhecimento saudável, a preservação e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”. (PORTARIA/MS nº. 1395/99).

Nessa política é possível identificar alguns pontos primordiais, um deles é quando admiti que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes da terceira idade pelo SUS não se traduzem em benefícios para os idosos, Portaria nº. 1.395/1999 revela que:

“Estudos têm demonstrado que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em seu benefício. O idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação” (1999, p. 5).

¹⁷ Política Nacional de Saúde do Idoso

¹⁸ Perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das atividades básicas diárias .

Outro ponto de grande relevância é a detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá colocar em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. Assim mostra que o melhor caminho é diagnosticar através de exames precoces as doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus e osteoporose. O documento determina um conjunto de ações que se colocados em práticas vão prevenir uma série de problemas como, a perda da independência, da autonomia e o isolamento social. A política Nacional de Saúde do Idoso propõe algumas diretrizes básicas:

2.2.1 Promoção do envelhecimento saudável.

A execução dessa diretriz abrangerá o desenvolvimento de ações educativas e informativas continuadas, de orientações aos idosos e aos indivíduos que estão envelhecendo, quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamento nocivo à saúde. Desenvolvidas em todos os níveis de atuação do SUS.

2.2.2 Manutenção da capacidade funcional

A fim de promover a manutenção da capacidade funcional, serão favorecidas as ações que visam à prevenção de perdas funcionais, em dois níveis específicos:

Prevenção de agravos à saúde – com ações de prevenção voltadas para vacinação e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados a exemplo, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial e osteoporose, cujo progresso poderá colocar em risco as habilidades e a autonomia dos idosos – mediante o desenvolvimento de atividades específicas, entre as quais destacam – se:

- Antecipação de danos sensoriais, com pesquisa precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;

- Utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos (riscos de quedas, perdas cognitivas, violência e maus tratos);
- Prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- Prevenção de deficiências nutricionais;
- Avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com a vista à prevenção de perda da dependência e autonomia;
- Prevenção de isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais (clubes, associações, grupos de convivência entre outros).

Esta política além de dar continuidade às ações no âmbito de atenção básica, a prestação de assistência alcançará os âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa política assistência. Para tal deverá ser estabelecido um modelo específico, de modo a alcançar-se um impacto expressivo na assistência, em particular nas taxas de internação.

A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para a depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. A orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deverá possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, levando a alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional, compreendendo informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos à saúde e acerca das ações de reabilitação precoce – ou “preventiva” – e corretiva.

No âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá ser pautada na participação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiras, fonoaudiólogos, psicólogos entre outros profissionais). Os pacientes que demandem

internações hospitalares de longa permanência deverão ser submetidos à tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando aumento do sofrimento do paciente idoso e também o aumento no custo dos serviços de saúde. A assistência domiciliar deverá ser incluída obrigatoriamente nos serviços alternativos no momento que houver necessidade de internação prolongada. Assim o atendimento do idoso enfermo que reside em instituições, como, por exemplo, asilos terão as mesmas características da assistência domiciliar.

Deverá ser instituída, a implantação do hospital dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar.

Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, utilização de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação e de orientação para cuidadores não justifiquem a permanência em hospitais.

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

O idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatório, hospitais, laboratórios, plano de saúde, entre outros), na conformidade que estabelece as seguintes Leis: nº. 8.842/94 art. 4, inciso VIII, p. 2, *“Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família”* e DECRETO nº. 1948 de jul/96, art. 17 p. 3, *“O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços a população”*.

A Portaria GM/MS nº. 280/99, garante ao idoso uma autorização para acompanhantes familiar em hospitais públicos e privados conveniados ou contratados pelo SUS.

2.2.3 Assistência às necessidades de saúde do idoso

As ações no contexto da reabilitação da capacidade funcional comprometida terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual se buscará prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas para não comprometer sua autonomia.

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

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

2.2.4 Reabilitação da capacidade funcional comprometida

O apoio ao desenvolvimento de recursos humanos especializados em gerontologia e geriatrias para prestar atenção integral às pessoas com 60 anos e mais, constitui a diretriz que passará todas as demais definidas nesta Política, configurando mecanismo privilegiado de articulação intersetorial, de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em qualidade e quantidade adequadas, e cujo provimento é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Esse componente deverá merecer atenção especial, sobretudo no tocante que define a Lei nº. 8.080/90.

“Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”.
Parágrafo único “Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições”. (Art. 14, parágrafo único, p.6)

2.2.5 Capacitação de recursos humanos especializados

No âmbito de apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (pacientes, familiares, comunidades e lideranças), buscar-se-á desenvolver uma parceria entre

os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos, responsáveis pelos cuidados diretos necessários às suas atividades da vida diária e pelo seguimento das orientações emitidas pelos profissionais. Tais parcerias, como mostram estudos e pesquisas sobre o envelhecimento em dependência, configura a estratégia mais atual e menos onerosa para manter e promover a melhoria da capacidade funcional das pessoas que se encontram neste processo.

A assistência domiciliar aos idosos cuja capacidade funcional está comprometida demanda orientação, informação e assessoria de especialistas.

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônico-degenerativa com a qual está eventualmente lidando, bem como informações sobre como acompanhar o tratamento prescrito.

Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador.

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

Dessa parceria, deverão resultar formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como a participação mais adequada das pessoas envolvidas com alguém em processo de envelhecimento com dependência.

2.2.6 Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e a estudos e pesquisas

Na PSNI o apoio a estudos, a pesquisas e inovação científica e tecnológica deverá ser levado a efeito pelos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia,

resguardadas, nas áreas de conhecimento de suas especialidades, as particularidades de cada um.

Esses Centros deverão se equipar, com o apoio financeiro das agências de ciência e tecnologia regionais e ou federais, para organizar o seu corpo de pesquisadores e atuar em uma ou mais de uma linha de pesquisa. Tais grupos incumbir-se-ão de gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população de mais de 60 anos de idade, em conformidade com esta Política.

Caberá ao Ministério da Saúde e ao Ministério Ciência Tecnologia, em especial, o papel de articuladores, com vistas a garantir a efetividade de ações programadas de estudos e pesquisas desta PNSI.

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

LINHAS
Perfil do idoso nas diferentes regiões do Estado;
Capacidade funcional no envelhecimento;
Educação, promoção de saúde e qualidade de vida no envelhecimento;
Vulnerabilidade social no envelhecimento;
Modelos de cuidados – assistência ao idoso e avaliação do impacto.

A PNSI lista a competência das várias áreas e seus respectivos órgãos, estimulando a articulação dos ministérios setoriais visando a sua implantação. São nove os órgãos que compõem este plano: Ministério da Previdência e Assistência Social, da Educação, da Justiça, Cultura, do trabalho e Emprego, da Saúde, do Esporte e Turismo, Transporte, Planejamento e Orçamento e Gestão.

Com isso aparece na relação do que competem as entidades públicas importantes obrigações como estimular a criação e locais de atendimento aos idosos, centros de convivência, casas-lares, oficinas de trabalho, atendimento

domiciliares e outros; apoiar a criação de universidades aberta para a terceira idade e impedir a discriminação do idoso e sua participação no mercado de trabalho.

Nesta política também se encontra explicitado quais as responsabilidades dos gestores, seja da esfera federal, governamental e municipal.

Pois a cada um deles cabe desempenhar atividades que vise não somente a implementação dessa política, mas que garanta que cada cidadão dessa faixa etária tenha suas necessidades atendidas com eficácia, efetividade, eficiência, identificando se os impactos esperados de fato estão sendo positivos ou não em relação à população que esta sendo dirigida.

Uma vez que, essa pesquisa tem como objetivo descrever como está sendo implantada a Política Nacional de Saúde do Idoso no Rio Grande do Sul sob a ótica dos atores envolvidos nesse processo, faz-se necessário minúciar nesse capítulo as responsabilidades do Gestor Estadual – Secretária Estadual de Saúde.

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional;
- Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta Política;
- Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva política de saúde do idoso;
- Acompanhar o cumprimento de normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares, bem como de serviços hospitalares geriátricos;
- Estabelecer cooperação com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas ao treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e promover esta cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, de modo a capacitar recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso;
- Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução da política estadual de saúde do idoso;
- Adequar os serviços de saúde com a finalidade do atendimento às necessidades específicas da população idosa;
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes;

- Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a implementação, avaliação ou reorientação das questões relativas à saúde do idoso;
- Promover a adoção de práticas e hábitos saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação;
- Promover o fornecimento de medicamentos, próteses e órteses necessários à recuperação e à reabilitação de idosos;
- Estimular e viabilizar a participação de idosos nas instâncias de participação social;
- Estimular a formação de grupos de auto ajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto;
- Criar e estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital-dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso e
- Prover o Sistema Nacional de Informação em Saúde com dados respectivos e análises relacionadas à situação de saúde e às ações dirigidas aos idosos.

2.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DE IDOSO NO RIO GRANDE DO SUL

Observamos que a implantação e a implementação não são possíveis de maneira isolada, mas em consonância com as três esferas de governo, pelo estabelecimento de vários mecanismos e estratégias, o estatuto exige dos gestores e atores envolvidos novos papéis e responsabilidades.

No Rio Grande do Sul a PNSI esta está sendo estruturada dentro dos aspectos legais. Em 11 de agosto de 1988, através do Decreto nº. 32.989, foi criado o Conselho Estadual do Idoso, com a finalidade de estabelecer diretrizes de Políticas Públicas para o idoso no Estado do Rio Grande do Sul.

Esse Conselho nasceu de reivindicação de 20 entidades e órgãos públicos e da aspiração dos idosos para alcançar seus direitos como cidadãos (DECRETO nº. 32.989/88).

No entanto, a Política Estadual do Idoso no Rio Grande do Sul foi aprovada através da Lei 11.517 de 26 de julho de 2006 em cumprimento ao disposto no artigo

82, inciso IV, da Constituição do Estado, seu objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover uma autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (RESOLUÇÃO nº 227/05 ¹⁹CIB/RS).

No tocante ao disposto na PNSI que responsabiliza a Secretaria Estadual de Saúde quanto a elaborar, coordenar e executar a política estadual de saúde do idoso, consoante a esta Política Nacional (PORTARIA, nº 1.395/GM de 1999) em 13 de dezembro de 2005 foi aprovado tanto pelo CES como pela a CIB o documento formal dizendo qual era a Política Estadual de Saúde do Idoso no Rio Grande do Sul.

Em 30 de novembro de 2005 através da resolução Nº. 237/05 – CIB/RS foi aprovada a Política Estadual de Saúde do Idoso com o propósito de:

“Promoção de um estado de Saúde das pessoas Idosas com a finalidade de alcançar a máxima expectativa de vida, ativa e de qualidade, junto à família e a comunidade, mantendo a capacidade funcional (habilidades físicas e mentais) para assegurar a autonomia e a independência”.

As Leis mencionadas a cima foram obviamente desenvolvidas para atender uma população específica. Essas Leis precisam ser compreendidas e acompanhadas pelos atores envolvidos no processo de implantação e implementação.

2.4 Importância da Avaliação no Contexto da Política Pública

É fundamental questionar sobre a integridade, a qualidade e a integração das intervenções determinadas nessas leis que visam a melhor qualidade no atendimento das necessidades específicas de uma faixa etária que cresce cada vez mais no país.

Inúmeras podem ser as definições encontradas para avaliação, mas nós iremos ficar com a apresentada por Contandriopoulos (1997), que formulou umas das definições mais simples e abrangentes, segundo o autor, a avaliação pode ser

¹⁹ CIB Comissão Intergestora Bipartite

considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Cabe aqui ressaltar o que a autora Zulmira (2005), expõe sobre abordagem, níveis, dimensões, critérios e indicadores para avaliação,

“Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem na definição dos níveis e atributos, bem como a seleção de critérios, indicadores e padrões”. (2005 p. 20).

Segundo PAIM (2002) a avaliação de políticas, programas e projetos podem recortar todos os níveis do sistema de saúde. As políticas de saúde podem ser consideradas como ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da população, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Por fim, Vieira-da-Silva (1999), embora a avaliação de políticas frequentemente envolva a avaliação de programas, a distinção entre essas duas dimensões das práticas pode ser necessária para fins analíticos.

Os indivíduos desenvolvem necessidades de serviços de saúde. Essas necessidades podem ser objetos de graus distintos de controle, a saber, controle de causas, de riscos ou de danos que dependem do estágio de desenvolvimento da história de um agravo à saúde e das características do modelo assistencial (PAIM, 1999).

Nesse caso os atributos considerados como relevantes para essa avaliação são as seguintes:

- Relacionados com o efeito das ações; eficácia, efetividade e impacto.
- Relacionados com a adequação das ações e conhecimento técnico - científico vigente: qualidade técnico - científica.
- Relacionados com o processo de implantação das ações: avaliação do grau de implantação e (ou) avaliação do processo análise de implantação estudo que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações.

- Características relacionadas entre os agentes das ações: usuário x profissional (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos), profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho) e gestor x profissional (relações sindicais e de gestão).

CAPÍTULO III

3. PNSI: UMA ABORDAGEM SOB A ÓTICA DOS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Uma análise de implantação de uma política como a PNSI é relevante para avaliação de programas de saúde porque permite ao pesquisador estudar os processos relacionados à operacionalização dos mesmos.

O processo de implantação de programas de reorganização da atenção à saúde pode envolver a participação dos diversos profissionais, promove a integração entre os mesmos e os gestores, de tal forma, que o próprio desenvolvimento das relações interpessoais pode passar a ser um resultado relevante.

Ocorre que, usuários dos serviços de saúde, os representantes da população e os profissionais da área e gestores dos serviços têm objetivos e percepções distintas em relação aos serviços de saúde e, geralmente, dão prioridade aos aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde.

Misoczky e Bordin (2004) declaram que é coerente afirmar que os serviços de saúde podem ser avaliados a partir de diferentes perspectivas, sendo que, essas determinam os rumos da avaliação. Existem diferentes grupos interessados nos resultados das intervenções sociais. A execução das políticas públicas envolvem diferentes atores sociais, que atuam dentro das organizações, por isso a diversidade e as divergências de ponto de vista, precisam ser levadas em consideração no processo avaliativo. Além disso, se coloca de forma cada vez mais relevante a perspectiva daqueles que estão do lado de fora, os usuários, beneficiários ou destinatários dos programas, dos projetos ou dos serviços.

Cada ator social, ao se colocar como sujeito da avaliação, traz seus próprios valores, que se traduzem em diferentes objetivos relativos aos serviços de saúde e, conseqüentemente, em diferentes critérios de avaliação.

Considerando a importância da PNSI, a Seção de Saúde do Idoso; os Conselhos estaduais de Saúde e do Idoso e os Usuários como participantes da

implantação e implementação das ações específicas dessa Lei se fez necessário um trabalho de pesquisa, objetivando descrever a ótica de cada um desses atores.

Para a análise dos dados seguimos as orientações de Gomes (1996). A técnica utilizada foi a da análise de conteúdo, que segundo o autor, tanto se refere à verificação de hipótese e/ou as questões da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. *“As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa”* (1996, p.74).

Os dados foram analisados pela delimitação da unidade de registro por meio da escolha de frases utilizadas pelos atores, entretanto todo o contexto foi levado em consideração, para que a análise fosse feita de forma que atendesse o que foi proposto no trabalho. Os critérios de análise foram: Por meio de quadros descrevermos o conteúdo da mensagem que foi dividido por categorias, buscando identificar o grau de compreensão dos atores envolvidos sobre o assunto em discussão.

Em relação às ações buscamos descrever a visão dos atores quanto aos resultados das ações implementadas para beneficiar a população idosa. Para isso usamos quatro indicadores para demonstrar a visão de cada um, usaremos o conceito:

- a) **Eficaz**, quando se tratar de uma visão que leve a identificar que o resultado input,
- b) **Ineficaz** quando no decorrer do processo as ações adotadas proporcionarem a viabilização de bons resultados.

Quanto à percepção da implantação da PNSI o critério utilizado foram as categorias:

- c) **Positivo** se sob a ótica do ator o processo e resultado da PNSI forem eficazes e eficientes,
- d) **Negativo** quando se der o inverso do positivo.

Quanto à opinião dos atores acerca da assistência prestada ao idoso do Rio Grande do Sul em consonância à PNSI o critério utilizado será:

- e) **Adequada** quando indicar eficácia e eficiência na assistência prestada aos idosos, segundo as diretrizes da PSNI,

- f) **Inadequada** referindo-se a ineficiência e ineficácia da assistência prestada ao idoso, segundo as diretrizes da PNSI.

Quanto à percepção que os atores têm em relação à estrutura e funcionamento da PNSI, as categorias utilizadas foram:

- g) **Satisfatório**, quando demonstrar que tem conhecimento da estrutura e funcionamento da política e concorda com a mesma.
- h) **Insatisfatório** o inverso do satisfatório.

3. 1 Os Atores como Sujeitos da Avaliação

Os próximos passos deste é identificar e descrever qual a real percepção que os atores envolvidos no processo de implantação e implementação têm a respeito da Legislação 8.842/94, que dispõe sobre os direitos à saúde de todos os idosos.

Durante toda a pesquisa percebemos que a política é uma tentativa de atender as necessidades específicas de um grupo, uma sociedade, de Estado ou de uma Nação. Entretanto, se tratando de um instrumento governamental ela deve estar em consonância com a realidade pela qual foi instituída.

Uma vez que, as políticas não são implementadas por seu elaborador, cabe aos executores, órgãos fiscalizadores e seus usuários se apoderarem do conteúdo da mesma, seja para criar programas e projetos a fim de desenvolver suas diretrizes, ou acompanhar e avaliar os resultados, para exigir que seus direitos assegurados por Lei possam ser terminantemente respeitados.

A PNSI como um instrumento governamental orienta o gestor no momento de tomar decisões em relação à saúde do idoso. Acreditamos que ela deve passar por um processo de avaliação, a partir de várias perspectivas.

Para Misoczky e Bordin (2005) quando se avalia estamos realizando uma avaliação da qualidade de alguma coisa, uma vez que avaliar é emitir um juízo de valor sobre os atributos dessa coisa, seja ela uma ação, objeto, uma idéia, uma pessoa, entre outras.

Vejam os seguintes atores, que atuam em diferentes organizações, entretanto estão diretamente envolvidos nesse assunto PNSI seja como executor, como fiscalizador ou usuário.

3.1.1 Visão dos atores acerca das ações implementadas para beneficiar a população idosa e os resultados obtidos

Ator I

No depoimento, podemos perceber através das opiniões expostas, que ela considera as ações implementadas até o presente momento para beneficiar a população idosa **eficazes**. Pois ao abordar o assunto ela reconhece que o estado do Rio Grande do Sul vem avançando gradativamente na implantação da PNSI, através de vários programas. No entanto, reconhece que há muito por se fazer, mas acredita que com a conscientização e sensibilização dos governantes, e dos profissionais da área de saúde, da sociedade e do próprio idoso, será possível que eles adquiram o respeito e a dignidade almejada nas entrelinhas da Lei. Ela ainda afirma várias vezes que um dos maiores entraves para implementação da política e a execução de diretrizes é a escassez de dotação orçamentária, já que nenhum outro ponto crítico tem sido motivo, para que o propósito da Lei 8.842 não seja alcançado.

I. C (Coordenadora da Seção de Saúde do Idoso RS)

Ator II

A insatisfação é explícita no depoimento dela quando afirma que as ações que estão sendo implementadas não atendem as necessidades dos idosos, não traz benefícios, sendo **ineficientes**, uma vez que apesar de ser determinado em Lei, que o idoso deve ter um atendimento diferenciado, prioritário, especializado, ele ainda entra na vala comum em pé de igualdade com todos os outros cidadãos no momento de receber assistência. ***“A maior dificuldade que o idoso encontra em primeiro lugar, é porque não há um serviço específico que priorize o idoso no seu atendimento, ele entra na vala comum, praticamente em todos os setores de acesso, principalmente no SUS ele não tem prioridade no atendimento. O***

idoso e os demais integrantes da população estão no mesmo pé de igualdade.

E eu acho que neste caso deveria haver um traçado mais direcionado a área do idoso, especificamente com um atendimento diferenciado”.

M. H. B (Conselho Estadual de Saúde)

Ator III

Verificamos através do depoimento que ele julga as ações implementadas até o presente momento, **ineficazes**. Percebemos isto quando relaciona inúmeras restrições encontradas pelo idoso no momento em que ele recorre aos serviços de saúde e mesmo com seus direitos assegurados por lei ele tem que se submeter a horas, dias, meses ou ano esperando para conseguir uma internação, uma consulta com especialista ou outros serviços de saúde. (...) ***“no Brasil todos podem ter acesso a ele (SUS), no entanto existem as restrições, um exemplo é o número de leitos no momento da hospitalização, na fila de espera, apesar de que o idoso tem prioridade, se chegar muitos idosos no mesmo instante terão que esperar. Então, me parece que a maior dificuldade é chegar a um local para consultar-se, ser atendido de imediato, e se necessitar de hospitalização não ficar esperando por uma disponibilidade de leito”.***

E. B (Conselho Estadual do Idoso)

Ator IV

No depoimento observamos que o ator está insatisfeito com as ações que estão sendo implementadas, no entanto as considera **ineficazes**, porque não suprem a demanda que os idosos geram como clientes do SUS. Diante da sua experiência como presidente e também como usuário que tem contato com centenas de idosos que usam a rede pública de saúde ele se mostra totalmente descontente (conforme seu depoimento) com o descaso do setor público e dos gestores em relação a saúde do idoso. ***“Há falta de interesse e de entrosamento das três esferas de governo, (Federal, Estadual e Municipal). Seus interesses estão voltados a outros que não trazem benefícios aos idosos”.***

I. (FETAPERGS)

Quadro 1 - Categoria: visão dos atores acerca das ações implementadas para beneficiar a população idosa e os resultados obtidos

ATORES	INDICADOR
Coordenadora da Seção de Saúde do Idoso do Estado do RS	EFICAZ
Presidente do Conselho Estadual de Saúde	INEFICAZ
Presidente do Conselho Estadual do Idoso	INEFICAZ
Presidente da Federação de Aposentados e Pensionistas do RS	INEFICAZ

3.1.2 Percepção dos atores quanto à implementação da PNSI

Ator I

No depoimento percebemos que a percepção do ator em relação à implementação da PNSI é **positiva**, ele identificou os pontos que julga serem importantes para implementação dessa política e que em alguns momentos vêm ocorrendo, entretanto reconheceu as falhas e as deficiências presentes no Estado em relação ao cumprimento das Diretrizes que norteiam a PNSI. No seu ponto de vista, essa política é necessária, pois auxilia nas tomadas de decisões, define prioridades e os responsáveis pela execução das ações previstas em Lei. (...) **“O Rio Grande do Sul vem avançando gradativa na implantação da PNSI através de vários programas”**. (...) **“A principal estratégia para ampliar tanto o acesso às ações de saúde como a assistência é o Programa de Saúde da Família”**.

Ator II

Notamos que sua percepção em relação à implantação da PNSI é **negativo**. Em seu depoimento chama a atenção, para alguns aspectos, como por exemplo, a forma tímida e precária como os atores responsáveis pela implementação dessa Lei estão atuando. Os resultados positivos só irão aparecer no momento em que as ações forem trabalhadas de maneira conjunta em todos os setores da sociedade e nas três esferas de governo. (...) **“Quanto à articulação para implementar a PNSI, eu acho que ela é precária e um pouco tímida”**. (...) **“Que as ações deveriam ser mais conjuntas de todos os setores da sociedade, para que isso efetivamente se concretize. (...) se não houver uma mobilização social forte e uma chamada pública ela realmente não acontece”**.

Ator III

No depoimento identificamos que o ator considera implementação da PNSI é **positiva**. O ator afirma que diversas ações estão sendo desenvolvidas, a fim de executar as diretrizes dessa política. Entretanto, durante a entrevista foi possível perceber que os entraves por ele apontados encontram-se na fase de implementação. O ator identifica como ponto estratégico para alcance dos objetivos o envolvimento e compromissos dos técnicos e também a realização de foro permanente, que proporciona aos envolvidos a oportunidade de avaliar, discutir, opinar sobre as ações e estratégias adotadas, em todos os níveis de assistência, por isso ele sente-se à vontade para afirmar que hoje a estratégia prioritária é: **“... a capacitação dos profissionais de saúde”**. **“... eu percebo que esta política é que mais esta encaminhando no sentido de ser implementada, eu percebo mais movimento, mais envolvimento técnico, mais resultados”**.

Ator IV

O ator como representante dos usuários dos idosos, em seu depoimento afirma que desconhece a PNSI na íntegra, suas diretrizes e propósito. Mas a percepção que tem da implantação da PNSI é **negativo**. Prova disso é que levando em consideração a sua experiência, o convívio direto com os usuários e conhecendo de perto as necessidades e o tipo de atenção à saúde que os idosos recebem, ele

afirma categoricamente que não vê melhoras na assistência. Ele não vê nenhuma evolução, classifica as ações como tímidas e não reconhece a PNSI como um instrumento para alcançar os objetivos da população idosa. ... ***“Sei que algum trabalho vem sendo realizado pela Secretaria de Saúde do Estado, mas muito tímido não atende a necessidade do idoso do Rio Grande do Sul. Não tenho conhecimento, mas vejo que há uma necessidade urgente de melhora na qualidade do atendimento dos idosos riograndense”.***

Quadro 2 - Categoria: percepção dos atores quanto a implementação da PNSI

ATORES	INDICADOR
Coordenadora da Seção de saúde do idoso do estado do RS	POSITIVA
Presidente do Conselho estadual de saúde	NEGATIVO
Presidente do conselho estadual do idoso	POSITIVA
Presidente da federação de aposentados e pensionistas do RS	NEGATIVO

3.1.3 Opinião dos atores acerca da assistência ao idoso em consonância com a PNSI

Ator I

Podemos identificar que a opinião dele, é que a assistência prestada aos idosos no Rio Grande do Sul é **adequada**, pois está em harmonia com A PNSI, apesar da falta de recursos orçamentários, do compromisso e do interesse de

alguns gestores e até mesmo da população interessada. **“... Uma outra forma de articulação da Secretária de Saúde no município é o trabalho simultâneo e harmônico que deve ser desenvolvido em parcerias com todas as organizações não governamentais a fim de desenvolver as ações de saúde nos locais de residência de cada idoso.”** (...) **“Como os gestores responsáveis por essas políticas públicas não estão sensibilizados, ou ainda não tenham talvez todo o conhecimento da dimensão que deveriam ter sobre as políticas públicas voltadas para essa população idosa, isso demora por ser implantado”.** (...) **“Porem a dotação orçamentária não é suficiente para dar uma cobertura integral às necessidades dos idosos...”** (...) **“Mas os idosos estão esquecendo dos seus deveres, esses deveres que, serem responsáveis pelo cuidado básico da sua própria saúde...”**

Ator II

O propósito principal da PNSI é à promoção do envelhecimento saudável, à preservação e melhoria da capacidade funcional entre outros, no depoimento do ator observamos que a opinião dele é que a assistência prestada ao idoso é **inadequada**, pois, não estar em consonância com a PNSI. Esta opinião se torna visível no momento em que o ator menciona nas seguintes frases: **...”Na verdade o CES tem se debatido muito com essa questão da área do idoso principalmente com a questão do deficiente físico idoso, temos encontrado uma grande dificuldade, que não há assim uma atenção especial dos gestores públicos em relação a esta questão de implementação. Nós esperamos que agora através de uma ação conjunta do CES com os outros Conselhos de Políticas intersetoriais de saúde, nós consigamos uma agilização nesse processo de implantação.”** (...) **“A maior dificuldade que o idoso encontra em primeiro lugar é porque não há um serviço específico que priorize o idoso no seu atendimento”.** (...) **“Na verdade os setores que deveriam abordar esse aspecto e incentivar a eficácia das ações eles não estão desenvolvendo um papel que realmente venha a contemplar essa questão como prioritária e que são cidadãos que merece toda a nossa atenção e consideração e estão tratando com certa timidez que a meu juízo é um assunto de grande relevância”.**

Ator III

Observamos que o ator em seu depoimento considera a assistência prestada ao idoso **adequada**. Em alguns momentos ela demonstra até certo entusiasmo quanto aos serviços e assistência, entretanto faz uma crítica acerca das dificuldades enfrentadas por eles. ... ***“O Sistema Único de Saúde é maravilhoso, no Brasil todos podem ter acesso a ele, no entanto existem as restrições, um exemplo é o número de leitos no momento da hospitalização, na fila de espera, apesar de que o idoso tem prioridade, se chegarem muitos juntos terão que esperar. Então me parece que a maior dificuldade é chegar a um local para consulta, ser atendido de imediato e se necessitar de hospitalizar que não necessite de esperar uma disponibilidade de leito”***.

Ator IV

Podemos identificar no depoimento do ator e que ela considera a assistência **inadequada**, em muitos momentos demonstra sua insatisfação, pois é sabedor da existência de uma política criada especificamente para essa faixa etária, entretanto não identifica nenhuma mudança, transformações, avanços quanto a assistência. sua indignação é manifestada no momento em que ele relata que ao percorrer o estado ele se depara com idosos passando por piores dificuldades. Assim, podemos concluir, que realmente ele não vê consonância entre a assistência e a PNSI, pois não adianta ter um instrumento e não se apropriar dele, colocando-o em prática. ***“... são imensas, uma delas é que não há hospitais em Porto Alegre, a exemplo os hospitais Beneficência Portuguesa, Hospital Espírita e Belém Velho estão na eminência de fecharem as portas e o governo diz que não tem dinheiro para ajudá-los. Então ao contrario de abrir hospitais estamos fechando, isso é uma grande preocupação para a população idosa que necessita desse serviço”***. (...) ***“se realmente não ficar só na conversa como ocorre à maioria dos projetos que ocorre no estado, eu acredito que seria de grande importância, as universidades trabalhando em conjunto, criando novos hospitais, ajudando os hospitais do interior que nesse momento estão fechando as portas por falta de recursos financeiros, esse é um caminho para a saúde pública do estado”***.

Quadro 3 - Categoria: opinião dos atores acerca da assistência ao idoso em consonância com a PNSI

ATORES	INDICADOR
Coordenadora da Seção de Saúde do Idoso do Estado do RS	ADEQUADA
Presidente do Conselho Estadual de Saúde	INADEQUADA
Presidente do Conselho Estadual do Idoso	ADEQUADA
Presidente da Federação de Aposentados e Pensionistas do RS	INADEQUADA

3.1.4 Percepção do ator quanto à estrutura e funcionamento da PNSI

Ator I

Durante a entrevista o ator demonstrou uma **satisfação** em relação à estrutura e funcionamento da PNSI, uma vez que durante todo seu discurso não há observações e críticas negativas. No entanto, as críticas e as observações tiveram um outro enfoque, como por exemplo, que apesar de todo aparato, ou seja, das Leis e em especial a PNSI, não é garantido ao idoso do Rio Grande do Sul que ele será beneficiado,.De acordo com a sua percepção os responsáveis por essa implementação não estão sensibilizados, ou não têm o conhecimento necessário ou não se deram conta da dimensão e da importância da implementação da PNSI. Ele afirma que há uma distância entre a homologação de uma legislação e sua implementação, na maioria das vezes torna-se um processo moroso. Ele em seu depoimento acrescenta que a implantação depende de decisões políticas, que

devem ser aliadas a recursos orçamentários, técnicos, que possuem uma visão da realidade dessa população.

“... Os direitos dos idosos que estão expressos na Lei Nacional, Lei Estadual e Estatuto do idoso, estão aí, mas não estão assegurados, nesse sentido temos dever de implantar uma série de ações e programas para que lentamente através de um esforço conjunto nós possamos implementar essa política”. “(...) Como os gestores responsáveis por essas políticas públicas não estão sensibilizados, ou ainda não tenham talvez todo o conhecimento da dimensão que deveriam ter sobre as políticas públicas voltadas para essa população idosa, isso demora por ser implantado. Por outro lado há uma legislação, mas entre a legislação ser homologada e implementada demora muito tempo, então por muitas vezes se passam cinco ou dez anos e as coisas permanecem no papel devido a ser um processo moroso. Esse processo de implementação depende de decisões políticas que devem ser aliadas a recursos orçamentários, se isso não existir as políticas públicas não avançam. Por outro lado se os técnicos que são escolhidos para desenvolverem as políticas não tiverem uma visão da realidade, das necessidades dessa população e não tiverem todas as outras condições de decisão política e apoio orçamentário não poderão implementar a política”.

Ator II

Durante a entrevista observamos que ele está **satisfeito** quanto à estrutura e funcionamento da PNSI, em nenhum momento ela explicita um entendimento contrário que levem a acreditar que não concorde como esta política, tão pouco em relação ao seu propósito e diretrizes, mas deixa subentendido que o idoso por ser um grupo etário que necessita de cuidados específicos deve mesmo ter seu direito respeitado quanto ao atendimento prioritário. O ator afirma que as articulações que devem acontecer entre as três esferas de governo, Conselhos, sociedade, Instituições entre outras, a fim de executar as ações e projetos que forem criados para cumprir uma diretriz da PNSI. Por outro lado, que tem como finalidade acompanhar e avaliar a implantação da Política. De acordo com ele a implementação da PNSI, com uma melhor articulação poderá alcançar resultados

positivos. ***“... eu acho que nesse caso deveria haver um traçado mais direcionado a área do idoso especificamente com um atendimento diferenciado. (...) quanto à articulação entre os diferentes setores visando a implantação da PNSI eu acho que ela é precária, ela é um pouco tímida. (...) O CES, ainda tem uma ação precária e tímida em relação ao idoso. No colegiado há apenas uma entidade que representa os idosos do estado no Conselho que é a Federação de Aposentados e Pensionistas, acredito que com uma articulação melhor poderemos então ter um resultado positivo, no sentido de se todos se engajarem na luta e na defesa do direito dos idosos quanto cidadão.***

Ator III

Podemos observar que sua percepção quanto à estrutura e funcionamento é **satisfatória**, basta observar que seu posicionamento frente a essa política é positivo. O ator volta seu olhar para pontos que julga importantes para obtenção de bons resultados, ele faz críticas a algumas estratégias que estão sendo adotadas, faz observações quanto à falta de consciência por parte de alguns dirigentes, (gestores) que ignoram o que está explícito em trabalhos de técnicos envolvidos em pesquisa na área do envelhecimento, que identificam uma alteração na pirâmide etária, crescimento desse seguimento etário ocasionando transformações em todo contexto social brasileiro. Por esses motivos acreditamos que ele tem uma visão favorável da PNSI. ***“... então uma política para o idoso, então no que diz respeito à saúde é diferente, pois assim como a assistência para uma criança é diferente assim para o idoso também é, e isto que não é percebido, parece que nós podemos ter uma política para a saúde, e para todos e resolver o problemas dos idosos, mas isto não é verdade. Falta esta consciência por parte dos nossos dirigentes, para atender a demanda não só da população, mas a especificidade que vem sendo abordada, anunciada por todos os técnicos envolvidos em estudos e pesquisas na área do envelhecimento. (...) se eu levar em consideração a educação, lazer, assistência e outras, eu percebo que esta política é que mais esta encaminhando no sentido de ser implementada, eu percebo mais movimento, mais envolvimento técnico, mais resultados. (...) quanto ao impacto eu gostaria que fosse absorção real da demanda existente,***

que todos os idosos possam dizer: precisei de um medicamento ele estava disponível; precisei de um exame mais complexo, mais caro e ele foi possível independente de ter um conveio específico”.

Ator IV

Durante o depoimento observamos que a percepção do ator é satisfatória quanto à estrutura e funcionamento da PNSI, entretanto faz algumas críticas ao afirmar que para alcançar bons resultados a política tem que sair do papel, e tem que haver um trabalho em conjunto entre os governos, as instituições e a sociedade para obtenção de resultados positivos e avanços. Mostra-se otimista. ***“... Falta de interesse das três esferas de governo, falta de entrosamento entre o Governo, Estado e Município. Interesses voltados a outros que não trazem benefícios aos idosos. (...) Eu desconheço qualquer tipo de ação que venha sendo desenvolvido pelas universidades e pelo Estado no sentido de conscientizar a população sobre o envelhecimento. (...) Se realmente não ficar só na conversa como ocorre à maioria dos projetos que ocorre no estado, eu acredito que seria de grande importância, as universidades trabalhando em conjunto, criando novos hospitais, ajudando os hospitais do interior que nesse momento estão fechando as portas por falta de recursos financeiros, esse é um caminho para a saúde pública do estado”.***

Quadro 4 - Categoria percepção do ator quanto à estrutura e funcionamento da PNSI

ATORES	INDICADOR
Coordenadora da Seção De Saúde do Idoso Do Estado do RS	SATISFATÓRIO
Presidente do Conselho Estadual De Saúde	SATISFATÓRIO
Presidente do Conselho Estadual Do Idoso	SATISFATÓRIO
Presidente da Federação de Aposentados e Pensionistas do RS	SATISFATÓRIO

3.2 Considerações Finais

Ao observarmos os dados acima percebemos que durante as entrevistas os atores demonstraram uma boa aceitação da Política Nacional de Saúde do Idoso, prova disso, é que em não identificamos críticas quanto à estrutura, funcionamento, diretrizes, ideologia entre outros aspectos.

Nota-se um contentamento eles acreditam que a PNSI possa ser uma intervenção social importante e relevante para a população idosa do Rio Grande do Sul.

Por outro lado, ao se referirem as ações e serviços de saúde prestados hoje no estado a população idosa, os atores explicitam uma insatisfação e um descontentamento. Vejamos alguns comentários sobre esse assunto:

*“(...) Temos encontrado uma grande dificuldade, pois não há uma atenção especial dos gestores públicos em relação a este assunto **implementação**”.*

“(...) A maior dificuldade que o idoso encontra em primeiro lugar é porque não há um serviço específico que priorize o idoso no seu atendimento”.

“(...) Minha expectativa como uma pessoa otimista é que se nós fizermos uma boa mobilização social com engajamento dos setores envolvidos não só os setores públicos, mas as instâncias institucionais como são os conselhos, eu acho que as perspectivas são boas.”

“(...) Falta de interesse das três esferas de governo. (...) Interesses voltados a outros que não trazem benefícios aos idosos.”

“(...) Sei que algum trabalho vem sendo realizado pela Secretaria de Saúde Estado, mas muito tímido não atende a necessidade do idoso do Rio Grande do Sul.”

“(...) Se realmente não ficar só na conversa como ocorre à maioria dos projetos que ocorre no estado, eu acredito que seria de grande importância.”

“(...) As maiorias dos idosos não possuem plano de saúde 90% deles procuram o SUS, que a meu ver vem piorando a cada dia então o grau de satisfação é baixíssimo. Não estamos satisfeitos com o atendimento que estamos recebendo através do SUS.”

“(...) as estratégias importantes para a sua implementação são, primeiramente sensibilizar os gestores municipais, os coordenadores das políticas em ações de saúde nas coordenadorias regionais de saúde que por sua vez repassam aos municípios.”

“(...) Esse processo de implementação depende de decisões políticas que devem ser aliadas a recursos orçamentários, se isso não existir as políticas públicas não avançam.”

“(...) Eles têm o direito de ter acesso a todas as ações de saúde de atenção básica, média e alta complexidade. Porém a dotação orçamentária não é suficiente para dar uma cobertura integral às necessidades dos idosos.”

“(...) Nós só vamos implantar essa política quando houver profissionais preparados, melhor qualificados sobre o processo de envelhecimento.”

“(...) No que diz a respeito ao centro de referência, que esta previsto em portaria, não vejo acontecer, não vejo o menor movimento, o Rio Grande do Sul esta parado.

“(...) Nós estamos nos deparando com uma dificuldade, que faz com que diga que não é nada fácil acompanhar essa execução, pois se você procura na área da saúde você vai procurar o que foi gasto com especificamente com idoso não há como, pois os investimentos são

computados de forma conjunta não tem esta especificidade na dotação orçamentária.”

Todos estes fatos nos conduz a chegarmos à conclusão que para os atores os entraves estão concentrados na fase da implementação da PNSI, pois, é nesse momento que são realizadas as ações, planejadas as estratégias pelas instituições, grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, com o objetivo de cumprir as prerrogativas já estabelecidas nas diretrizes da PNSI.

De uma forma subjetiva os atores declaram que as decisões em políticas públicas são permeadas por vontade política que ultrapassa as questões puramente técnicas. Todos eles estão envolvidos no processo de implementação seja como elaborador, executor ou como usuário, quanto pessoa possuem características específicas, e por isso a forma como vêem e compreendem essa política também é diferente e com isso incorrem num risco de alterar o foco e o objetivo estabelecidos na PNSI, as prioridades não são as mesmas, a apropriação do conteúdo não é a mesma. Entretanto, independentemente do cargo ou função desempenham estão encontrando as mesmas dificuldades para implementar a PNSI. Vejamos: definir as atividades para realizar as ações; o destino do recurso orçamentário, o remanejamento e capacitação de pessoal; a difusão do conhecimento para sensibilizar os gestores, mudança de paradigmas do funcionalismo, da população e dos gestores.

CONCLUSÃO

A Política Nacional de Saúde do Idoso sob a ótica dos atores entrevistados e envolvidos no processo de implementação é uma iniciativa importante e fundamental para proporcionar aos idosos bem – estar e um envelhecimento com qualidade de vida. Fato perceptível nos depoimentos, uma vez que os atores demonstram uma satisfação quanto à estrutura e funcionamento dessa política. No entanto, foi possível percebermos que a percepção deles em relação à implementação da PNSI é negativa para dois atores e positiva para outros dois. Entretanto notamos que apesar do resultado divergente todos sem exceção direcionam os entraves da PNSI para as ações que ocorrem na fase de implantação desta política, comprometendo os avanços e os resultados, pois de acordo com eles os passos dados estão lentos, há falta interesse dos gestores, a dotação orçamentária é inadequada entre outros aspectos mencionados durante as entrevistas.

Observamos que os entrevistados têm posicionamento divergente acerca das ações implementadas pra dar assistência aos idosos, alguns acreditam que elas estão em consonância com a PNSI e outros não. Isso nos leva a concluir que essa divergência é decorrente das influencias que cada ator traz das suas experiências por atuarem em órgãos diferentes e desempenharem atividades distintas. Todos esses fatores nos conduzem a chegarmos à conclusão de que há muito por se fazer, que estamos no início de uma longa caminhada para que os idosos tenham suas necessidades atendidas e seus direitos respeitados. Acreditamos que nessa fase o empenho, a vontade política e a mobilização da sociedade civil é a chave para proporcionar benefícios aos idosos de hoje e aos que vão envelhecer. Pensamos que sem comprometimento das três esferas de governo realmente nada sairá do papel porque que a PNSI não é um fim em si mesma, cabe a cada um em seu cargo ou função assumir a sua parcela de responsabilidade para com esse grupo.

Notamos que uns dos instrumentos importantes para ajudar no processo de implementação é a avaliação que identificará o que esta sendo realizado e é satisfatório e o que há para transformar. Por fim, é possível afirmar que esses atores necessitam de mais informações, entrosamento e de uma equipe qualificada que possam apoiá-los nesse processo, de luta e de criatividade onde há momentos que só ela é a grande aliada frente à falta de dotação orçamentária adequada.

Referências Bibliográficas

ARAUJO, Tereza Cristina Nascimento.; ALVES, Maria Isabel Coelho. Rev. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 3. n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-59282000000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 15 set 2006.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9. 2003.

ATLAS Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/atlas.asp?menu=311>>. Acesso em 25 de set 2006.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.

BRASIL. Decreto-lei nº. 1.948, de 03 de julho de 1996, que regulamenta a lei 8.842, sancionada em 04 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providencias”.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política Nacional do Idoso, cria o Conselho nacional do Idoso e dá outras providencias.

BRASIL. Lei nº. 10741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providencias.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 1997.

BOBBIO, N., Matteucci. N., Pasquino, G. Dicionário de Política. Ed. Universidade de Brasília, 1983. 1318 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. **Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1997. p 79-86.

COOK, James. F.S.; AMADIO, Kátia. F.; RODRIGUES, Eduardo.E. Dicionário Compacto Inglês-Português-Inglês, Ed. RIDEEL.

GOMES, Romeu.; MINAYO, Maria. Cecília. S.; DESLANDES, S. F., NETO, Otavio. Cruz. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis, RJ. Vozes, 1996, p. 67.

GORDLHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao Idoso.** Rio de Janeiro: UnATI; 2000.

HARTZ, Zulmira, Maria de.; SILVA, Ligia, Maria, Vieira da. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. 275p.

HEREDIA, Olga. Collinet. O Idoso Urbano no Rio Grande do Sul. In XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 2002, Ouro Preto Minas Gerais. Anais eletrônico...Rio de Janeiro: ABEP, 2002. Disponível em:<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=028&busca=Pesquisar&palavraChave=heredia&listaCadernos=028&x=8&y=11>. Acesso em: set, 2006.

INSTITUTI BRASILEIRO DE GEOGRAGIA E ESTATISTICA – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> . Acesso em: agost. 2006

JARDIM, Maria de Lourdes. Teixeira. Evolução da População do Rio Grande do Sul. In: ACCURSO, Jorge. S. (Coord.). **O Rio Grande do Sul e Sua População**. Porto Alegre 2002. Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser. n. 51.III série.

KALACHE, Alexandre.; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. Envelhecimento da população Mundial: Um novo desafio. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005&lng=en&nrm=iso Acesso em agosto de 2006

MELLO, Júlio Filho de.; BURD, Miriam (Org) **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 234 p.

MISOCZKY, Maria Ceci.; BORDIM, Ronaldo (Org). **Gestão Local em Saúde: Práticas e Reflexões**. Porto Alegre, Dacasa, 2004. 236p.

MOREIRA, Morvan de Mello. Envelhecimento da população brasileira. Porto Alegre: CRE-Sesc 2000. Disponível em: < <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc>> acesso em: 20 de set 2006.

NOVAES, Maria Helena. Psicologia da Terceira Idade: Conquistas Possíveis e Perdas Necessárias. Rio de Janeiro 2000, ed. NAU, 128p.

NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: Muito além dos 60: Os Novos idosos brasileiros. Ana Amélia Camarano (org), Rio de Janeiro: IPEA, dez/1999, p. 345-366.

PAIM, J.S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P. 473-488.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma no Brasil**. Salvador CEPS-ISC, 2002.

PORTO, Mayla. A Política Nacional do Idoso: Um Brasil para todas as idades. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Acesso em 26 de julh. 2006

RIO GRANDE DO SUL. Resolução nº. 227/05 – CIB/RS, de 13 de dezembro de 2005. Aprova a Política Estadual de Saúde do Idoso e dá outras providencias.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº. 32.989, de 11 de outubro de 1988. Cria o Conselho Estadual do Idoso e dá outras providencias.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº. 11.517, de 26 de julho de 2000. Institui a Política Estadual do Idoso e dá outras providências.

SCHMIDT, Vera Viviane. Sociedade Civil Organizada, Políticas Públicas e Políticas de Saúde no Brasil. **Revista Interthesis: Revista Internacional Interdisciplinar**, Santa Catarina, v.III n.º jan-jun 2006. Disponível em: <<http://www.interthesis.cfh.ufsc.br/interthesis5/index.htm>>. acesso em 15 de set.2006.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Set 2006.

VERAS, R.P. (Orgs.) Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: UnATI. Relumbre Dumará. 1995. 95p.

VERAS, R.P. País Jovem de Cabelos Brancos: A saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relumbre Dumará. 1994.224.p.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Set 2006.

VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Set 2006. .

VERAS, Renato Peixoto e CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. Saúde coletiva. [on-line]**. abr./jun. 2004, vol.9, no.2 [citado 31 Julho 2006].Disponível em: <<http://www.scielo.br/> Acesso em: 04 ago. 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação do Processo de Descentralização das Ações de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 331-339 1999.

Referencias Bibliográficas Consultadas

ALMEIDA, Alexandre. Nunes. A Demanda por Serviços de Saúde dos Idosos no Brasil em 1998. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2000, Caxambu, Minas Gerais. Anais eletrônico...Rio de Janeiro: ABEP, 2002.

Disponível

em:<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=086&busca=Pesquisar&caderno_id=086&busca=Pesquisar&listaCadernos=028&palavraChave=proje%E7%F5es&x=7&y=7>. Acesso em set, 2006.

ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A.; VALLA, Victor Vincent. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out 2006. doi: 10.1590/S1413-81232004000300010.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 1997. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Out 2006. doi: 10.1590/S0034-89101997000200014.

FORUM 2005, Construindo a Participação Cidadã do Idoso: Garantindo Direitos, Conquistando Qualidade de Vida. Disponível em: <<http://www.dtr2002.saude.gov.br>> Acesso em: 28 jul. 2006.

GUIMARAES, Renato Maia. Proteção e saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública.** vol.21. n. 3. p.274-275, Jun. 1987.

HALLAL, Ana Luiza Curi; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Time trends in cancer mortality in Rio Grande do Sul, Brazil, 1979-1995. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 3, 2001. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2001000300004&lng=en&nrm=iso>. Access on: 25 Oct 2006. doi: 10.1590/S1415-790X2001000300004.

HEREDIA, Olga. Collinet. Rio Grande do Sul: Modificações na sua Estrutura Etária. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 2002, Ouro Preto Minas Gerais. Anais eletrônico... Rio de Janeiro: ABEP, 2002. Disponível em:<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=028&busca=Pesquisar&palavraChave=heredia&listaCadernos=028&x=8&y=11>. Acesso em: set, 2006.

JARDIM, Maria de Lourdes. Teixeira. Atualização das Projeções e Estatísticas populacionais para o Rio Grande do Sul e seus Municípios. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 2002, Ouro Preto Minas Gerais. Anais eletrônico...Rio de Janeiro: ABEP, 2002. Disponível

em:<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=028&busca=Pesquisar&palavraChave=heredia&listaCadernos=028&x=8&y=11>. Acesso em: set, 2006.

JARDIM, Maria de Lourdes. Teixeira. Metodologia de Estimativas e Projeções populacionais para as Áreas Menores: A Experiência do Rio Grande do Sul. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2000, Caxambu, Minas Gerais. Anais eletrônico...Rio de Janeiro: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=086&busca=Pesquisar&caderno_id=086&busca=Pesquisar&listaCadernos=028&palavraChave=proje%E7%F5es&x=7&y=7>. Acesso em set, 2006.

MOREIRA, Morvan de Melo. Envelhecimento da População Brasileira: Aspectos Gerais. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/doc/text/pop2001-5.doc>.

PAIM, J.S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. Introdução à crítica ao planejamento de saúde. Salvador: Universidade Federal de Bahia – Departamento de Medicina Preventiva, 1982.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO. Epidemiologia e saúde. Rio Janeiro: MEDSI, 2003, P. 600.

RODRIGUES, Rosalina A. P. **Como cuidar dos Idosos**. 3ª edição, Campinas, SP: Papirus, 2002.

SILVA, Solange. Teles. Políticas públicas de sustentabilidade urbana. São Paulo. Disponível em: < [http:// www.espum.gov.br](http://www.espum.gov.br)>. Acesso em: agost, 2006.

SITES CONSULTADOS

<http://www.ibge.gov.br>

<http://www.ipea.gov.br>

<http://www.scholar.google.com/>

<http://www.scielo.br>

www.portal.saude.gov.br

www.opas.org.br

<http://www.periodicos.capes.gov.br>

<http://www.abep.org.br>

<http://www.techway.com.br>

<http://www.unati.uerj.br>

<http://www.conciencia.br>

<http://www.interthesis.cfh.ufsc.br>

<http://www.scp.rs.br>

<http://www.fundaj.gov.br>

<http://www.datasus.gov.br>

<http://www.nepp.unicamp.br>

<http://www.senado.gov.br/paulopaim/>

<http://www.saude.rs.gov.br>

APÊNDICE

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ATOR I – I. C. C
Secretaria da Saúde do Estado do RS Departamento Assistência Social
Seção de Saúde do Idoso.
Agosto de 2006

1. Quais foram os passos dados até o presente momento no sentido de implementar a PNSI com eficiência e eficácia no Rio Grande do Sul?

Eu iniciei aqui na Secretária de Estadual da Saúde em outubro de 2003, e tão logo que chegamos nós começamos a estudar a Política Nacional do Idoso Lei 8842 de 94, o Decreto Lei 1948 de 96 e também a Legislação Estadual sobre a Política de Saúde do Idoso.

A partir da apropriação do conhecimento da legislação e da organização do Estado em relação às políticas públicas de saúde no ciclo de vida como saúde da mulher, saúde da criança, do adulto e do idoso, a gente iniciou a elaboração de um plano de trabalho, para realmente efetivar um documento que colocassem bem claros quais eram as diretrizes da PESI, os princípios e as principais ações de acordo com a PNSI.

Após esse momento sentimos a necessidade de buscarmos no estado a Coordenadora estadual da Política do idoso como um todo. Dessa forma deu início a uma articulação com a Secretária de Assistência Social juntamente com a Coordenação da Política Estadual do Idoso. Porque na legislação 11517 diz claramente que quem coordena a Política Estadual do Rio Grande do Sul é a Secretária Estadual de Assistência Social a Cidadania e Trabalho através de uma Coordenação. Mas que todas as secretarias e órgãos públicos deveram efetivar a sua política específica.

Foi a partir desse momento então que a saúde tentou elaborar um documento, onde além das diretrizes, além dos princípios articulados com a política Nacional Saúde do Idoso nós também estabeleceríamos quais seriam as estratégias para a implantação de uma Política Estadual, bem como implantar essa política nos municípios.

Por outro lado nós sabemos que a Política Nacional e a própria Estadual de Saúde do Idoso elas são bem recentes, existe a legislação, mas ainda não é suficiente porque não esta regulamentada em nível de estado, em 2003 a 2005 houve um grande avanço nesse sentido, pois em 13 de dezembro de 2005 foi aprovado tanto pelo CES como pela a CIB o documento formal dizendo qual era a Política Estadual de Saúde do Idoso.

Agora, as estratégias importantes para a sua implementação são, primeiramente sensibilizar os gestores municipais, os coordenadores das políticas em ações de saúde nas coordenadorias regionais de saúde que por sua vez repassam aos municípios.

Outra estratégia muito importante é a articulação com a FAMOURS, com o SESI e demais instituições não governamentais para sensibilizar a todas as pessoas responsáveis por essa política para que haja uma implementação em conjunto.

Uma estratégia fundamental é a capacitação de recursos humanos na área de saúde, pois não se implementa uma política se não tiver profissionais capacitados onde eles se apropriem primeiramente de todo um conhecimento sobre o processo de envelhecimento, sobre as principais etapas de envelhecimento, sobre as principais etapas do envelhecimento e sobre as necessidades dessa população.

O Rio Grande do Sul é o segundo estado do país em número proporcional de idosos e onde a longevidade ela é significativa, mas apesar disso esse idosos tem uma série de necessidades básicas que até hoje não foram atendidas.

Os direitos dos idosos que estão expressos na Lei Nacional, Lei Estadual e Estatuto do idoso, estão aí, mas não estão assegurados, nesse sentido temos dever de implantar uma série de ações e programas para que lentamente através de um esforço conjunto nós possamos implementar essa política.

2. O que a você atribui o número ainda escasso de Políticas Públicas voltadas ao idoso?

Como os gestores responsáveis por essas políticas públicas não estão sensibilizados, ou ainda não tenham talvez todo o conhecimento da dimensão que deveriam ter sobre as políticas públicas voltadas para essa população idosa, isso demora por ser implantado.

Por outro lado há uma legislação, mas entre a legislação ser homologada e implementada demora muito tempo, então por muitas vezes se passam cinco ou dez anos e as coisas permanecem no papel devido a ser um processo moroso. Esse processo de implementação depende de decisões políticas que devem ser aliadas a recursos orçamentários, se isso não existir as políticas publicas não avançam. Por outro lado se os técnicos que são escolhidos para desenvolverem as políticas não tiverem uma visão da realidade, das necessidades dessa população e não tiverem todas as outras condições de decisão política e apoio orçamentário não poderão implementar a política.

3. O que esta sendo feito para mudar a visão da sociedade em relação ao envelhecimento?

Estão sendo feito vários esforços para mudar a visão cultural em relação ao envelhecimento, pois até pouco tempo uma pessoa com 50 ou 60 anos se aposentava, no entanto tinha menor expectativa de vida. Hoje com a longevidade maior devido aos avanços da tecnologia, avanço da ciência e os próprios avanços sociais o idoso vive mais e deveria viver mais, porem com qualidade de vida. Mas para isso é importante que toda visão cultural sobre o envelhecimento seja modificada.

Sob o ponto de vista de ser humano o idoso é igual a qualquer outra pessoa humana, como criança, adolescente, ele tem o seu potencial de desenvolvimento, ele tem o seu potencial de educação, seu potencial de ocupação. E é preciso oferecer condições melhores para que ele possa

ser um idoso ativo, produtivo, não em relação ao mercado de trabalho, mas em questão de ocupação, em se sentir útil em algumas atividades adaptadas para suas reais necessidades.

E o outro ponto é tirar todos os estigmas negativos em relação à velhice, isso hoje não é mais verdadeiro. Se compararmos as novas as novas gerações com os idosos atuais, nós vemos que esse ciclo vai se repetir sempre dentro de um contexto histórico diferenciado e cada vez melhor.

Então quando um idoso hoje se aposenta com 60 anos ele deve ser preparado para sobreviver mais 20, 30 ou 40 anos, ele deve ter um outro tipo de atividade, ele deve ter condições para continuar se desenvolvendo culturalmente, socialmente, intelectualmente etc.

4. Quais as maiores dificuldades encontradas pelo o idoso do estado do Rio Grande do Sul para ter acesso às ações e serviços de saúde?

A grande maioria dos idosos do Rio Grande do Sul utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS), os que não utilizam o SUS utilizam o sistema complementar de saúde através de convênios ou instituições privadas. Eles têm o direito de ter acesso a todas as ações de saúde de atenção básica, média e alta complexidade. Porém a dotação orçamentária não é suficiente para dar uma cobertura integral às necessidades dos idosos, eles necessitam de consultas a cada três meses, regulares se nada ocorrer em questões de urgência e emergência dentro desse período, eles necessitam de medicamentos de uso contínuo, e os medicamentos são caros porque todo idoso é portador de um a cinco problemas de saúde, e eles utilizam em torno de três a quatro tipos de medicamentos, diariamente. Necessitam de exames complementares com maior frequência e esses exames como raios-X e sistemas gráficos que são mais caros eles tem menor acesso.

Mas os idosos estão esquecendo dos seus deveres, esses deveres que, serem responsáveis pelo cuidado básico da sua própria saúde, são responsáveis pela administração correta de uma alimentação, de uma dieta, de fazer exercícios físicos, de atender uma série de orientações que os profissionais oferecem nas unidades básicas de saúde. Por outro lado eles participam pouco das atividades educativas, das atividades de lazer, cultura e esportes. Muitos dos idosos vivem confinados dentro das suas residências, ou então saem somente para o contato com a sociedade para algumas atividades extremamente necessárias. A mesma coisa é em relação às necessidades espirituais, os idosos desenvolvem esse aspecto de uma maneira unilateral, não tem convívio ou discussão maior sobre esse assunto, uma socialização dos seus problemas, ocasionando em muitos idosos a depressão, dificuldade de conciliar o sono, passam a utilizarem remédios antidepressivos, passam ter problemas de relacionamento da família, interiorizando essas situações ocasionando problemas em relação à saúde mental.

5. Como esta sendo realizado o processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva Política Nacional de Saúde do Idoso?

A Secretária Estadual de Saúde esta se articulando para implementar essa política com os diversos departamentos internos da própria Secretaria.

Com o departamento de assistência ambulatorial e hospitalar, com o departamento de vigilância sanitária e com o departamento de ações em saúde e esses três trabalham de maneira integrada para desenvolver as ações e programas voltados aos idosos.

Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde articula-se através das 19 Coordenadorias Regionais de saúde que pertencem a 19 localidades no estado. Em cada uma dessas coordenadorias existem pessoas responsáveis pela Política de Saúde do Idoso.

Essas equipes têm o dever, a responsabilidade de fazer toda uma integração com os 496 municípios do estado do Rio Grande do Sul, hora sendo multiplicador das informações, orientações e diretrizes, e hora desenvolvendo então atividades de capacitação, atividades de avaliação das ações desenvolvidas, enfim uma série de ações que são desenvolvidas no sentido de sensibilizar cada vez mais os municípios para que eles implementem essa Política.

Mas para isso é necessária dotação orçamentária das três esferas de governo e um planejamento anual na questão de objetivos, metas e diretrizes para desenvolver as ações.

Uma outra forma de articulação da Secretária de Saúde no município é o trabalho simultâneo e harmônico que deve ser desenvolvido em parcerias com todas as organizações não governamentais a fim de desenvolver as ações de saúde nos locais de residência de cada idoso.

Podemos dizer que os primeiros gestores responsáveis pelos idosos é o Prefeito municipal, o secretário municipal e os profissionais de saúde das unidades básicas dos municípios, seja de atenção básica ou especializada.

Somente no momento que o município não consegue atender as necessidades do idoso, é que tem a responsabilidade de encaminhar a um outro centro de referência para que eles tenham suas necessidades satisfeitas e seus problemas de saúde solucionados ou amenizados na medida do possível.

6. Qual é a sua percepção sobre a implantação da PNSI no Rio Grande do Sul?

O Rio Grande do Sul vem avançando gradativa na implantação da PNSI através de vários programas, como por exemplo, no programa que distribui medicamentos gratuitamente. Este programa esta sendo ampliado, a quantidade de medicamentos de uso contínuo a serem repassados aos municípios foi aumentado.

Na média complexidade que envolve consultas especializadas, e exames de diferentes naturezas, esta sendo realizado a cada ano uma avaliação. E à medida que passa por uma reavaliação, ocorrem modificações importantes para melhorar a cobertura e o acesso dos idosos a estes serviços.

No setor de hospitalização esta havendo uma melhoria.

Em Porto Alegre há dois centros de atendimento ao idoso o Hospital São Lucas da PUC e o Hospital Conceição.

No interior do estado do Rio Grande do Sul há hospitais que também estão preocupados com as questões de internação e atendimento especializado em ambulatório voltado para essa faixa

etária, por isso vários municípios estão recorrendo a parcerias para criar unidades especializadas em alguns hospitais do interior.

7. Quais são as estratégias que estão sendo utilizadas a fim de garantir à assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento e alcançar o propósito basilar da 8842/94?

A principal estratégia para ampliar tanto o acesso às ações de saúde como a assistência é o Programa de Saúde da Família. Em todos os 496 municípios temos o PSF trabalhando, em alguns municípios menores a cobertura do atendimento do PSF a população é de 100% e em outros municípios a cobertura chega a 70% a 80%.

O PSF realmente atende mensalmente a família do idoso e o próprio idoso e isso facilita, pois, o agente comunitário de saúde é o elo entre a família e a unidade básica de saúde. Dessa forma o idoso tem acesso à atenção básica. Porém em relação às consultas especializadas com o médico, enfermeira e odontólogo o PSF atende em média de 70% a 80% das famílias. E encaminha a um centro de referência, a uma unidade especializada aqueles casos que não tem condições de atender como urgência e emergência.

Em média complexidade os municípios estão realizando consórcios a fim de suprir a falta de recursos humanos, a falta de profissionais especializados para atender os idosos com problemas neurológicos como, por exemplo, seqüelas de AVC, Mal de Parkinson e outras doenças que exigem um acompanhamento especializado diariamente.

Em relação aos hospitais ainda existem problemas com o número de leitos, vagas para internações, principalmente no inverno onde ocorre a maior procura pelos idosos. Nesse período as emergências e urgências ficam lotadas, faltam leitos na UTI e faltam leitos nas Unidades de internações clínicas.

Fora desse período podemos dizer que o Rio Grande do Sul esta bem em relação ao número de leitos para atender a população idosa do estado.

8. Do seu ponto de vista estas estratégias são eficientes e eficazes para alcançar a população idosa do Rio Grande do Sul?

Não. Nós temos muita coisa a fazer, por exemplo, na questão de capacitação de recursos humanos nós estamos engatinhando. Há muito que fazer para capacitar na área de envelhecimento, geriatria e gerontologia.

Nós só vamos implantar essa política quando houver profissionais preparados, melhor qualificados sobre o processo de envelhecimento.

Um outro aspecto que temos muito para desenvolver é a assistência farmacêutica, que necessita de investimentos, necessita de revisão nas planilhas de medicamento a cada tempo.

Outra questão é orteses e próteses, os idosos não estão sendo atendidos nesse sentido, e sobre a questão da oftalmologia esta escassa, e também na questão do PSF é possível incrementar uma serie de ações sob o ponto de vista social, assistencial e educacional temos muitas ações a serem desenvolvidas, outro ponto fundamental e a sensibilização das universidades, próprias escolas

de formação de recursos humanos na área da saúde e nível médio, para se engajarem no processo de qualificação e capacitação de RH.

9. Quais as estratégias estão sendo utilizadas para atender a grande demanda dos idosos a e insuficiência de dotação orçamentária, de serviços especializados, de recursos qualificados e de material educativo?

Essas estão sendo trabalhadas da seguinte forma: Parcerias, é o termo mais adequado hoje. Então a parceria interna com as próprias políticas públicas, do departamento de ações de saúde, onde faz a divisão dos recursos orçamentários existentes, estamos solicitando para o próximo governo um incremento na dotação orçamentária, identificando as necessidades, a necessidade para a demanda e desde 2004 com parceria com a Secretária Estadual de Cidadania e trabalho, o SESC, a UFRGS e um escritório de advogados associados, em conjunto foram realizados 16 fóruns no interior do estado, onde discutimos o estatuto do idoso, como implementar este estatuto, tanto com o gestores municipais, estaduais, coordenadores de idosos e o próprio idoso. Porque é muito importante fazer uma divulgação do estatuto, dos direitos, dos deveres de cada um dos seguimentos envolvidos, a família, a sociedade, o idoso e o poder público. Isso é fundamental para poder mudar a cultura e dar visibilidade as necessidades das pessoas idosas. Por outro lado à legislação nacional atualmente de fevereiro para cá tem contribuído conosco no sentido de estabelecer nova legislação e colocar pela primeira vez o idoso como prioridade. Essa prioridade está sendo colocada como um adendo da legislação bem clara. E o governo federal está colocando dotação orçamentária para desenvolver as principais ações previstas nessa legislação. Assim da mesma forma a SES estamos trabalhando similarmente para aumentar a dotação orçamentária para ir ao encontro de outras necessidades que os idosos têm, ou para suprir demanda que até hoje não conseguimos atender.

Existe uma outra demanda importante que está aparecendo que são os maus tratos e a violência em relação do idoso. Da mesma forma a SES criou um grupo de trabalho que já definiu uma política estadual de enfrentamento a violência doméstica no ciclo de vida e com esse trabalho estamos buscando mais recursos financeiros para desenvolvermos as ações referentes a esse problema tão sério que atinge principalmente aos idosos que moram sozinhos ou que moram com a família, no entanto, mas que a família toma praticamente seus bens e seu salário mensal porque na confiança os idosos entregam seus cartões na confiança a familiares que os deixa passando necessidade.

Uma outra estratégia fundamental é a educação do idoso, a Secretária Estadual de Educação, tem muita coisa a fazer a acrescentar quanto à informação, educação e socialização, por isso estamos ampliando as parcerias.

10. Quais são os impactos que você espera com a implementação da PNSI no Estado do Rio Grande do Sul?

Que o idoso adquira o respeito e a dignidade, que só é possível através de educação e informação para a sociedade.

E outra coisa que esperamos é que o próprio idoso assuma a responsabilidade de reverter esta situação, que ele perdeu e não era necessário que chegasse o estatuto do idoso porque isso é um direito da pessoa humana.

O segundo é que esse idosos tenham satisfeitos suas necessidades quanto: alimentação, saúde mental e física e que eles possam viver em um ambiente sadio e sanitário e poder recuperar sua dignidade, sua funcionalidade e sua independência.

11. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificuldades presentes no momento de implantar e implementar a PNSI no Rio Grande do Sul?

Os facilitadores eu entendo que são o próprio gestor federal e sua equipe, que tinham uma decisão política de implantar a PNSI no Brasil e no estado do RS, por outro lado dificultadores foram: dotação orçamentária que é fundamental, uma decisão política e uma cobrança por parte dos gestores federais em relação aos gestores estaduais para realmente implementarem, essa política.

Desde que cheguei aqui na SES vejo que tive muitos fatores facilitadores para poder desenvolver o trabalho que nós desenvolvemos a chefia imediata, secretário estadual e a equipe técnica da PESI que é pequena, mas com dedicação e com vontade de realizar esse trabalho, todos se dedicaram para que isso fosse possível, então pode ver que em dois anos a gente conseguiu avançar muito, através de procedimentos legais já existentes, tirando do papel a legislação e implementando essa mesma legislação para que pudéssemos avançar politicamente, tecnicamente e com responsabilidade e parceria.

12. A PNSI atribui ao Gestor estadual à responsabilidade de elaborar, coordenar e executar a PESI. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificultadores encontrados no momento da elaboração da PESI?

Olha...eu achei a dificuldade porque desconhecia em grande parte a legislação. Até que se aproprie da legislação, até que se entenda, até que tu busques auxílio de pessoas da área jurídica, administrativa e técnica tu tens um bom caminho a percorrer, depois que nos apropriamos então nos fomos traçando um caminho, nesse momento não encontramos dificuldade para elaborar, a dificuldade está em implementar e consolidar a política, porque se você tem uma decisão política maior, e esse tramite todo nós percorremos só falta à dotação orçamentária que pra esse ano não tem maior do que já existiu anteriormente, então estamos fazendo todo um preparo de programas e ações específicas pra colocarmos no próximo PPA no próximo governo, porque se isso não for feito não vamos avançar. Então nós técnicos temos que estar bem instrumentalizados conhecendo bem todas essas questões plano diretor, plano de desenvolvimento, plano anual, PPA, para sabermos quais são os espaços que devemos ocupar no momento certo que devemos trabalhar para e apresentar os projetos, propostas, diretrizes as metas para que realmente cheguem aos gestores para que eles possam tomar suas decisões políticas, também estamos participando do Conselho Estadual do Idoso, nós estamos num processo de encaminhamento de documentos aos candidatos ao governo do estado para conscientizar, sensibilizar mostrando as grandes necessidades das

demandas dos idosos, necessidades de dotação orçamentária, de financiamento, capacitação de recursos humanos e todas as necessidades pra prestar assistência aos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao chegar à seção, nos primeiros três meses encontrei dificuldade para compor a equipe técnica, porque existiam apenas duas pessoas de nível superior e as duas que mais ou menos dominavam a legislação, então tivemos todo o trabalho de buscar recursos humanos junto à chefia imediata, ai após 7 ou 8 meses nós conseguimos admitir mais 2 funcionários de nível superior, e então apimentou a equipe e eficiência. Mas a dificuldade continua presente, pois a equipe é composta de uma enfermeira, uma psicóloga, uma terapeuta de família sanitaria, mas não há os profissionais médicos, nutricionista, assistência social, dentista na equipe e para fazer um bom trabalho é necessário ter uma equipe multidisciplinar, que cada um possa da uma visão global das necessidades do idoso porque a Política Nacional de Saúde do Idoso é uma política de direitos, e é uma política que tem que ser desenvolvida de uma forma harmoniosa, integral, trabalhando todos os aspectos das necessidades humanas dos idosos, pois já viveu uma vida, que são adultas que têm liberdade, que tem uma história de vida que tem que se tratada de uma maneira diferenciada principalmente da criança e adolescentes.

Ator II: M.H. L. S
Conselho Estadual de Saúde
Agosto 2006

1. Quais foram os passos dados até o presente momento pra implantar e implementar a Política Nacional de Saúde do Idoso no Rio Grande do Sul com eficiência e eficácia?

Bem... pelo anglo do controle social eu poderia dizer que acho que os passos estão muito lentos. Na verdade o CES tem se debatido muito com essa questão da área do idoso principalmente com a questão do deficiente físico idoso, temos encontrado uma grande dificuldade, que não há assim uma atenção especial dos gestores públicos em relação a esta questão de implementação. Nós esperamos que agora através de uma ação conjunta do CES com os outros Conselhos de Políticas intersetoriais de saúde nós consigamos uma agilização nesse processo de implantação.

2. A que você atribui o número ainda escasso de políticas públicas voltadas aos idosos?

Ao fato que lamentavelmente no nosso país o idoso não tem a respeitabilidade que ele merece ter. A falta de conscientização da própria população em atenção à questão do idoso, a questão da prevenção porque todos chegaram a uma idade mais avançada, e principalmente o descaso não só do setor público como inclusive dos próprios familiares em relação às pessoas com idade avançada.

3. O que está sendo feito para mudar a visão da sociedade em relação ao envelhecimento?

Nesse aspecto acho que avançamos um pouco, as campanhas publicitárias de conscientização de uma velhice com qualidade de vida tem estimulado a população de um modo geral, principalmente a população mais jovem a olhar com mais atenção e defender melhor a questão da política pública na área do idoso.

4. Quais as maiores dificuldades encontradas pelos idosos do Rio Grande do Sul para ter acesso às ações e serviços de saúde?

A maior dificuldade que o idoso encontra em primeiro lugar é porque não há um serviço específico que priorize o idoso no seu atendimento ele entra na vala comum praticamente em todos os setores de acesso principalmente no SUS ele não tem prioridade no atendimento, o idoso e os demais integrantes da população estão no mesmo pé de igualdade. E eu acho que nesse caso deveria haver um traçado mais direcionado a área do idoso especificamente com um atendimento diferenciado.

5. Como está sendo realizado o processo de articulação entre os diferentes setores do estado visando à implantação da Política Nacional do Idoso?

Quanto à articulação entre os diferentes setores visando a implantação da PNSI eu acho que ela é precária, ela é um pouco tímida. Na verdade os setores que deveriam abordar esse aspecto e incentivar a eficácia das ações eles não estão desenvolvendo um papel que realmente venha a contemplar essa questão como prioritária e que são cidadãos que merece toda a nossa atenção e consideração e estão tratando com certa timidez que a meu juízo é um assunto de grande relevância.

6. Qual é a sua percepção sobre a PNSI no Rio Grande do Sul?

Que as ações devam ser mais conjuntas de todos os setores da sociedade pra que isso efetivamente se concretize. Todos os programas e ações de saúde se não houver uma mobilização social forte e uma chamada pública ela realmente não acontece. Então se os movimentos sociais, se as entidades que defendem os interesses dos idosos em especial aqueles que apresentam deficiência física, se os Conselhos de Saúde, do Idoso, Conselho de Assistência Social se não se engajarem numa luta eficaz as questões não iram acontecer da forma que se esperam.

7. Quais são as estratégias que estão sendo utilizadas a fim de garantir a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento e alcançar o propósito basilar da Lei 8842/94 PNSI?

Desconhece

8. Do seu ponto de vista estas estratégias são eficientes e eficazes para alcançar a população idosa do Rio Grande do Sul?

Desconhece

9. Quais as estratégias estão sendo utilizadas para atender a grande demanda dos idosos e a insuficiência de dotação orçamentária, de serviços especializados, de recursos qualificados e de material educativo?

As estratégias que estão sendo utilizadas ao nosso juízo em termos de ações conjuntas a serem desencadeadas pelos conselhos que integram esta área do conselho do idoso e as políticas públicas de saúde e assistência social e uma grande mobilização social, no sentido de pressionar os governos para implementar políticas públicas que atendam as questões dos idosos.

10. Quais são os impactos que você espera com a implementação da PNSI no Estado do Rio Grande do Sul?

Penso que deve ser positivo. Minha expectativa como uma pessoa otimista é que se nós fizermos uma boa mobilização social com engajamento dos setores envolvidos não só os setores públicos, mas as instâncias institucionais como são os conselhos, eu acho que as perspectivas são boas. A expectativa de vida da população tem aumentado, portanto eu acho que os idosos têm o direito de se mobilizarem e fazer cumprir o que a lei diz.

11. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificultadores no momento de implantar e implementar a PNSI no Rio Grande do Sul?

Facilitador é a conscientização maior da população quanto ao direito dos idosos e respeito que se deve ter para com eles, da necessidade de implantação de políticas públicas. E dificuldade pra mim a maior é a questão financeira orçamentária. Mas não de falta de recursos e sim na qualidade do gerenciamento desses recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Presidente do Conselho de Saúde assumiu recentemente em 03 de agosto de 2006.

Segundo a Presidente do CES, ele tem uma ação precária e tímida em relação ao idoso. No colegiado há apenas uma entidade que representa os idosos do estado no Conselho que é a Federação de Aposentados e Pensionistas,

Acredita que deveria articular melhor esta questão, pra que pudessem então ter um resultado positivo, no sentido de se engajarem na luta e na defesa do direito dos idosos quanto cidadão.

ATOR III: E.B
CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO
AGOSTO 2006

1. Quais foram os passos dados até o presente momento no sentido de implementar a PNSI com eficiência e eficácia no Rio Grande do Sul?

Percebe-se que há uma vontade pela própria secretaria, entretanto não se vê uma implementação de recursos orçamentários para esse fim. Eu percebo um investimento muito grande

por parte da secretaria estadual em investimento de recursos humanos, para toda população, mas o destaque tem sido dado no sentido de que, ao iniciar o curso é introduzido elementos específicos da área do envelhecimento para a formação do profissional. Então esse é o destaque maior que eu percebo.

Há uma evolução na inclusão de medicamentos de uso continuado, a lista vai aumentando aos poucos, na medida em que se vão detequitando novas demandas ou outros, mas não se faz acompanhado dos recursos orçamentário, por exemplo, tem na lista, mas por falta de recursos não esta disponível a população.

No que diz a respeito ao centro de referencia, que esta previsto em portaria, não vejo acontecer, não vejo o menor movimento. O Rio Grande do Sul esta parado.

2. A que você atribui o número ainda escasso de Políticas Públicas voltadas ao idoso?

Parece que o Brasil não se deu conta que a nossa população esta envelhecendo, e vivemos como na década de 60 onde era muito grande o número de idosos, por outro lado, sendo uma realidade recente, se associam as tantas outras necessidades como portadores de deficiências e a outros grupos etários, ainda não foram incorporados como uma realidade que precisa ser vista com sua especificidade, então uma política para o idoso, então no que diz respeito à saúde é diferente, pois assim como a assistência para uma criança é diferente assim para o idoso também é, e isto que não é percebido, parece que nós podemos ter uma política para a saúde, e para todos e resolver o problemas dos idosos, mas isto não é verdade. Falta esta consciência por parte dos nossos dirigentes, para atender a demanda não só da população, mas a especificidade que vem sendo abordada, anunciada por todos os técnicos envolvidos em estudos e pesquisas na área do envelhecimento.

3. O que esta sendo feito para mudar a visão da sociedade em relação ao envelhecimento?

Percebo que o que esta sendo feito é a mudar a própria imagem do envelhecimento, até pouco tempo atrás quando pensava em velho, imaginava uma pessoa na cadeira de balanço, com cabelos brancos, com uma série de doenças, e isto estigmatizava, fazia com quem ninguém quisesse envelhecer ou prestasse atenção em quem tivesse envelhecendo. Essa imagem esta sendo revertida, hoje pelo avanço da medicina, tecnologia as pessoas podem envelhecer de uma forma diferente. Não que não haja doenças, não que não haja vontade de ficar em casa. Mas há diferentes maneiras de envelhecer, envelhecer com saúde, com atividade, com pleno controle das enfermidades, até Rubem Alves (filosofo) ele escreveu assim: doenças existem em qualquer idade, mas só que quando a gente é mais jovem elas vêm de passagem. São visitas e quando é idoso tem que se conviver com ela, aprender a viver com ela.

4. Quais as maiores dificuldades encontradas pelo o idoso do estado do Rio Grande do Sul para ter acesso às ações e serviços de saúde?

Bem... eu não estou diretamente acompanhando o atendimento, mas o que se houve fala é que não é fácil, para o idosos ter acesso. É marcação de consulta, não saber qual é o especialista que se deve procurar diante de tantas dificuldades, na hora. O Sistema Único de Saúde é maravilhoso, no Brasil todos podem ter acesso a ele, no entanto existem as restrições, um exemplo é o número de leitos no momento da hospitalização, na fila de espera, apesar de que o idoso tem prioridade, se chegarem muitos juntos terão que esperar.

5. Como esta sendo realizado o processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva Política Nacional de Saúde do Idoso?

Do que eu tenho conhecimento, no estado há um espaço, pois há no estado uma Coordenação estadual da Política Nacional do Idoso, então essa pessoa planeja anualmente a execução das políticas setoriais, junto com os representantes de secretarias, então a política de saúde do estado incorpora um plano de ação para a execução da política do idoso, isto no nível de planejamento, mas quanto à execução eu não percebo nenhum tipo de articulação.

6. Qual é a sua percepção sobre a implantação da PNSI no Rio Grande do Sul?

Percebo... eu não posso dizer assim, em que ponto ela é efetiva, em que ponto ela falha, mas se eu considero política do idoso uma política setorial, entre todas as políticas, se eu levar em consideração a educação, lazer, assistência e outras, eu percebo que esta política é que mais esta encaminhando no sentido de ser implementada, eu percebo mais movimento, mais envolvimento técnico, mais resultados.

7. Quais são as estratégias que estão sendo utilizadas a fim de garantir à assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento e alcançar o propósito basilar da 8842/94 PNSI?

8842 PNSI, quanto às estratégias, aqui no estado nos temos um foro permanente para implementação dessa Política, a nossa estratégia é manter a secretaria da saúde representada nesse foro pela Coordenadora da Seção de Saúde do Idoso no RS, e através desse foro são discutidas algumas estratégias e é por isso que eu sei que hoje uma das estratégias prioritárias é a capacitação dos profissionais de saúde, introduzindo o conteúdo sobre envelhecimento em todos os cursos. A nossa estratégia no estado para implementar a PNSI novas idéias, novas demandas, e com o envolvimento da secretária esses pontos ficam mais fáceis de ser resolvidos.

8. Do seu ponto de vista estas estratégias são eficientes e eficazes para alcançar a população idosa do Rio Grande do Sul?

Se for eficientes eu não sei, mas é o que se apresenta pra nós. Porque quando se fala em política, nenhuma política se torna efetiva se não houver a respectiva dotação orçamentária, e isso nós sabemos que não é a realidade brasileira. Por isso eu falo que a estratégia pode ser boa, a eficácia que se reflete no resultado não pode garantir, quer dizer, penso que não existiu um

investimento, mas esse é o meio que temos para cobrar, pressionar para que o governo preste atenção quanto a necessidade de investir para a implantação da PNSI.

9. Quais as estratégias estão sendo utilizadas para atender a grande demanda dos idosos, frente à insuficiência de dotação orçamentária, de serviços especializados, de recursos qualificados e de material educativo?

Como integrante de um conselho do idoso, não temos a responsabilidades pela execução, mas no caso eu penso que esta adotando é os executores, mas o que eu vejo, é a utilização de espaços já existentes, por exemplo, instituto de geriatria da PUC e transforma-lo em um centro de referencia de atendimento de idoso, pra mim é uma estratégia, porque você vai gasta menos, vai usar um recurso que já existe, não vai oferecer um serviço a mais. Isso é uma estratégia, mas eu não concordo com ela, pois eu gostaria que tivessem muitos centros de referencia, no estado serão 4 ou 5 apenas, todos a partir da de mudanças em serviços existentes em nunca em implementação, não sei se vai contemplar diferentes regiões do estado, ou se vão ser concentrados apenas em uma área, mas é isso que eu gostaria de chamar a atenção: é uma estratégia para insuficiência de recursos , é a mais adequada, não.

10. Quais são os impactos que você espera com a implementação da PNSI no Estado do Rio Grande do Sul?

O impacto eu gostaria que fosse absorção real da demanda existente, que todos os idosos possam dizer: precisei de um medicamento ele estava disponível; precisei de um exame mais complexo, mais caro e ele foi possível independente de ter um conveio específico.

11. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificuldades presentes no momento de implantar e implementar a PNSI no Rio Grande do Sul?

Eu não sou responsável pela execução da PNSI, mas quando eu vejo que todo investimento esta sendo feito para isso, a secretária nacional da saúde tem chamado com muita frequência os representantes do estado para acompanhar a implementação, no meu ponto de vista esse é um facilitador. Dificultador é que tem que implementar uma política mas não há recursos financeiros para alcançar esse objetivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conselho do idoso, ao falar das atividades, tenho a dizer que como conselho temos que prestar atenção nas políticas existentes, ao estatuto do idoso que foi recentemente criado e implantado aqui no estado. Quando a gente fala no nosso papel de acompanhar a execução das políticas, não é fácil. Os planos chegam ao conselho, mas o compromisso de cada secretaria do estado ao que será investido e por fim o que foi investido ao final de um exercício para execução do

atendimento, não é algo fácil, então nós estamos procurando investir mais nos mecanismos de acesso desse material, dotações orçamentárias, relatórios específicos para que possamos acompanhar a execução da política.

Nós estamos nos deparando com uma dificuldade, que faz com que diga que não é nada fácil acompanhar essa execução, pois se você procura na área da saúde você vai procurar o que foi gasto com especificamente com idoso não há como, pois os investimentos são computados de forma conjunta não tem esta especificidade na dotação orçamentária, para isso nós estamos fazendo através de um estudo de indicadores e revisão de planos e dotação, para pedir que todos os executores nos proporcionem os elementos que serão necessários para essa ação. Por outro lado estamos procurando agregar ao conselho maior número de entidades voltadas para o atendimento ao idoso, procurando ficar próximos para o acompanhamento das ações, nosso conhecimento, para que participem de discussões, a fim de nos auxiliar na indicação dos elementos necessários para formulação de políticas específicas para os idosos do estado. Porque se não for através das entidades não saberemos quais são as necessidades.

ATOR IV: I.A.M
FATAPERGS - Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas
AGOSTO 2006

1. Quais foram os passos dados até o presente momento no sentido de implementar a PNSI com eficiência e eficácia no Rio Grande do Sul?

Desconhece

2. A que você atribui o número ainda escasso de Políticas Públicas voltadas ao idoso?

Falta de interesse das três esferas de governo, falta de entrosamento entre o Governo, Estado e Município. Interesses voltados a outros que não trazem benefícios aos idosos. Citou como exemplo o seguinte caso:

A Federação tem um representante na Secretaria de Saúde, a FAPERGS recebe as Atas das reuniões que ocorrem lá. E um dos episódios mais comum é a procura do idoso por medicações na farmácia, este ao receber um não recorre em alguns casos a Federação que por sua vez nada tem a fazer. A Não ser o que já vem tentando fazer que seja procurar junto ao Senhor Prefeito do Município de Porto Alegre abrir uma farmácia popular, a fim de atender a população mais carente dessa cidade. No entanto o prefeito municipal não nos recebe já tentamos duas vezes através de ofícios acioná-lo. Mas não sei por qual motivo ele não nos recebe talvez porque não tenha interesse em abrir uma farmácia popular nesta cidade. Falta de interesse.

3. O que esta sendo feito para mudar a visão da sociedade em relação ao envelhecimento?

O que sabemos é que no ano que vem a Previdência Social sofrerá mais uma reforma em toda sua extensão, onde o idoso será novamente prejudicado. Segundo os dados do IBGE a idade média dos brasileiros passará para 72 anos e não haverá as chamadas aposentadorias precoces. Em cima disso a Confederação de Brasília esta se organizando para acompanhar esse processo.

Eu desconheço qualquer tipo de ação que venha sendo desenvolvido pelas universidades e pelo Estado no sentido de conscientizar a população sobre o envilecimento.

4. Quais as maiores dificuldades encontradas pelo o idoso do estado do Rio Grande do Sul para ter acesso às ações e serviços de saúde?

São imensas, uma delas é que não há hospitais em Porto Alegre, a exemplo os hospitais Beneficência Portuguesa, Hospital Espírita e Belém Velho estão na eminência de fecharem as portas e o governo diz que não tem dinheiro para ajudá-los. Então ao contrario de abrir hospitais estamos fechando, isso é uma grande preocupação para a população idosa que necessita desse serviço.

5. Como esta sendo realizado o processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, visando à implementação da respectiva Política Nacional de Saúde do Idoso?

Sei que algum trabalho vem sendo realizado pela Secretaria de Saúde Estado, mas muito tímido não atende a necessidade do idoso do Rio Grande do Sul.

6. Qual é a sua percepção sobre a implantação da PNSI no Rio Grande do Sul?

Não tenho conhecimento, mas vejo que há uma necessidade urgente de melhora na qualidade do atendimento dos idosos riograndenses.

7. Quais são as estratégias que estão sendo utilizadas a fim de garantir à assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento e alcançar o propósito basilar da 8842/94 PNSI?

Desconhece

8. Do seu ponto de vista estas estratégias são eficientes e eficazes para alcançar a população idosa do Rio Grande do Sul?

Desconhece

9. Quais as estratégias que estão sendo utilizadas para atender a grande demanda dos idosos, frente à insuficiência de dotação orçamentária, de serviços especializados, de recursos qualificados e de material educativo?

Desconhece

10. Quais são os impactos que você espera com a implementação da PNSI no Estado do Rio Grande do Sul?

Se realmente não ficar só na conversa como ocorre à maioria dos projetos que ocorre no estado, eu acredito que seria de grande importância, as universidades trabalhando em conjunto, criando novos hospitais, ajudando os hospitais do interior que nesse momento estão fechando as portas por falta de recursos financeiros, esse é um caminho para a saúde pública do estado.

11. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificultadores presentes no momento de implantar e implementar a PNSI no Rio Grande do Sul?

Desconhece

12. A PNSI atribui ao Gestor Estadual à responsabilidade de elaborar, coordenar e executar a PESI. Do seu ponto de vista quais foram os fatores facilitadores e dificultadores encontrados no momento da elaboração da PESI?

Desconhece

13. Como o idoso qualifica a assistência de saúde que eles estão recebendo no estado?

Essa pergunta é muito válida, o que eu tenho observado, é que no interior em muitos municípios as prefeituras ajudam, pois o aposentado hoje não tem condições de pagar um médico ou um plano de saúde médica. Então as nossas associações exemplo Cachoeira, Caxias, Pelotas e outros municípios que há organizações dentro das entidades que facilitam o acesso dos idosos as consultas e a pequenos procedimentos médicos, no entanto no que se refere à internação isso não há como providenciar.

As maiorias dos idosos não possuem plano de saúde 90% deles procuram o SUS, que a meu ver vem piorando a cada dia então o grau de satisfação é baixíssimo. Não estamos satisfeitos com o atendimento que estamos recebendo através do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A federação é composta por 4 diretores que se dividem em:

- ✓ Presidente
- ✓ 1º e 2º tesoureiro
- ✓ Secretário Geral

Trabalho totalmente voluntário. Somente as despesas com diárias são pagas aos 4 componentes quando há necessidade de se deslocarem a trabalho a qualquer outro município do Brasil.

Há hoje no Estado do Rio Grandes do Sul 1900, 000,00 aposentados e pensionistas pela previdência social. No país 24.000,000, 00 de aposentados e pensionistas.

Há 119 associações devidamente filiadas a Federação e a Confederação em Brasília.

Segundo o Presidente da Federação desde 1991 quando foi desvinculado o salário mínimo da Previdência Social, quem recebia a cima de um salário mínimo a cada ano que passa vem tendo seu beneficio defasado, achatado e quem ganha um salário mínimo tem um aumento maior. Há uma defasagem em alguns casos de 60% (ele citou como exemplo o seu próprio caso que se aposentou com 10 salários mínimos e hoje se encontra recebendo 5,5 salários mínimos e a cada ano que passa ele esta perdendo, recebe atualmente somente 40% do que deveria do seu beneficio).

Ele atribui esse fato a falta de respeito pela parte do governo para com os idosos, pois não há uma Lei no país que os protejas e a Lei que desvinculou do salário mínimo segundo de acordo com Presidente da Federação é infame, veio para prejudicar milhares e milhares de trabalhadores brasileiros que hoje na sua terceira idade, na sua velhice estão tendo os seus direitos desrespeitados e lamentavelmente não há a quem recorrer, pois esta Lei foi elaborada maldosamente para prejudicar esses trabalhadores.

Assim ao andar pelo estado e fora dele é comum encontrar aposentados que não ganham o suficiente para comprar seus remédios, comprar sua alimentação justamente na idade que mais precisam, há idosos que estão passando as mais primárias necessidades e não há aquém recorrer, pois entra governo e sai governo e cada um deles que entram só prejudicam o trabalhador.

ANEXO

Apresentação dos atores selecionados para a realização desta pesquisa.

Ator I – I.C.C, graduada em enfermagem pela a Escola de Enfermagem Madre Ana Moeller da Santa Casa de Misericórdia – Porto Alegre em 1972, Licenciatura Plena em Enfermagem, PUCRS, 1973; Especialista em Metodologia de Ensino Superior - UNISINOS, 1975. Mestre em Enfermagem - Saúde do Adulto e Idoso, UFRGS, 1980; Doutorado incompleto em Inovação Educacional, USC, Espanha, 2000; Especialista em Enfermagem em Saúde Coletiva, ABEN Nacional, 2005.

Cargos principais: Enfermeira Assistencial de 1972 a 1975; Enfermeira Profa. em Cursos de Enfermagem, 1973-1987 UNISINOS; 1997 até a presente data na ULBRA Canoas e Gravataí; Diretora do Curso de Enfermagem da ULBRA Canoas - 1985 a 1988; Diretora do Centro de Ciências da Saúde da ULBRA Canoas - de 1988 a 2000. Coordenadora do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí de 2005 até a presente data. Prof^a. Enfermeira Concursada pela Secretaria Estadual de Educação lotada no Programa de Enfermagem Escolar de 1979 até a presente data e cedida de 2001 a 2003 a Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido Diretora do Departamento das Ações em Saúde onde elaborou o Projeto do PSF e os demais programas de atenção integral á saúde; cedida de 2003 até a presente data à Secretaria Estadual da Saúde, lotada no Departamento de Ações em Saúde onde exerce a função de Chefe da Seção da Saúde do Idoso.

Ator II - M. H. L. S, 55 anos, Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - CES/RS / Gestão 2006/2008, Advogada; Assessoria Admnsitrativa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - Concursada.

Atividades desenvolvidas durante vida funcional: Assessora de Gabinete do Secretário; Coordenadora Adjunta da Assessoria Jurídica da Secretaria de Estado, conselheira do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pelo segmento dos Usuários, por entidade de Defesa do Consumidor e pela Conferencia Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB Regional Sul 3. Atualmente no exercício da Presidência do Colegiado Estadual para um mandato de 02 (dois) anos

Ator III - E.B, 50 anos, graduada em serviço social e mestrado em Ciências do Movimento Humano carreira profissional: de 1979 a 1999 no Ministério da Previdência e Assistência Social trabalhando desde a implantação do Programa de Atendimento ao Idoso pelo órgão federal até a descentralização da assistência social. Desde 1999 até a presente data na UFRGS, Faculdade de Educação Física com a coordenação do Projeto de Extensão *com idosos*.

Ator IV - I. A. M, 70 graduado em Administração na PUC. Funcionário 36 anos na CEEE.

Aposentado e atualmente presidente da Federação de Aposentados e Pensionistas do Rio Grande do Sul.

Tabela. Distribuição dos idosos segundo o grau de escolaridade.%

Escolaridade	Percentual
Analfabeto	19,77
Alfabetizado fora da escola	7,89
Primário incompleto	38,18
Primário completo	19,37
Ginásial incompleto	4,28
Ginásial completo	3,63
Complementar	0,96
Segundo incompleto	0,75
Segundo completo	2,37
Superior completo	0,32
Superior incompleto	2,17
Não sabe/ não respondeu	0,31

Fonte: Relatório Preliminar da pesquisa “O Idoso do Rio Grande do Sul.” p. 23

Com relação a composição familiar e relações sociais obteve-se importante informação, não esquecendo considerações fundamentais sobre a família como componente da estrutura social.