



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Políticas de saúde no Brasil voltadas para a atenção à
saúde do idoso: situação atual nos Estados do Nordeste
brasileiro.**

Mayana de Abreu Seixas Silva

Salvador (Bahia)
Outubro, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl SONIA ABREU, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Silva, Mayana de Abreu Seixas

Políticas de saúde no Brasil voltadas para a atenção à saúde do idoso: situação atual nos Estados do Nordeste brasileiro / Mayana de Abreu Seixas Silva. (Salvador, Bahia): MAS, Silva, 2016

VIII, 71 fls.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professor orientador: Jairnilson Silva Paim

Palavras chaves: 1. Envelhecimento populacional 2. Assistência Integral à Saúde do Idoso. 3. Políticas públicas. 4. Saúde da pessoa idosa I. Paim, Jairnilson Silva. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Políticas de saúde no Brasil voltadas para a atenção à saúde do idoso: situação atual nos Estados do Nordeste brasileiro.

Mayana de Abreu Seixa Silva

Professor orientador: **Jairnilson Silva Paim**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Maio, 2016

Monografia: *Políticas de saúde no Brasil voltadas para a atenção à saúde do idoso: situação atual nos Estados do Nordeste brasileiro*, de **Mayana de Abreu Seixas Silva**.

Professor orientador: **Jairnilson Silva Paim**

COMISSÃO REVISORA:

- **Jairnilson Silva Paim** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Saúde Coletiva I- Instituto de Saúde Coletiva.
- **Lívia Angeli Silva**, Professora da Coordenação Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
- **Victor Luis Correia Nunes**, Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Membro suplente - Juliana Amaral da Coordenação Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2016.

Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo (de Paulo Freire).

Aos Meus Pais, **Alicio Seixas**
e Rosana Abreu, Aos Meus
Irmãos **Diego e Daniel** e Aos
Meus amigos

EQUIPE

- Mayana de Abreu Seixas Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: mayanabreu@yahoo.com.br;
- Jairnilson Silva Paim, Professor do Departamento de Saúde Coletiva I- Instituto de Saúde Coletiva.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Saúde Coletiva (ISC)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **Jairnilson Silva Paim Silva**, pelos ensinamentos acadêmicos constantes e por me apresentar a beleza da Saúde Coletiva.
- ◆ À comissão revisora, Professora **Lívia Angeli Silva**, Professor **Victor Correia**, Professora **Juliana Amaral**, pelas orientações que ajudaram no aprimoramento deste trabalho.
- ◆ Ao meu pai **Alicio Carlos Seixas Silva**, minha mãe **Rosana de Abreu Silva**, aos meus irmão **Diego de Abreu Seixas Silva** e **Daniel de Abreu Seixas Silva**, os quais sempre serviram de inspiração e me deram força para conquistar os meus objetivos.
- ◆ À ha amiga **Elita Pereira Araújo** que me deu muito suporte no dia a dia para que esse trabalho fosse concretizado.
- ◆ Aos meus amigos, que junto com meus pais e irmãos, me ajudam a amadurecer todos os dias e me oferecem o carinho mais puro que me fortalece.
- ◆ Aos meus colegas que contribuíram de alguma forma para a elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. INTRODUÇÃO	5
IV. METODOLOGIA	10
V. RESULTADOS	13
V.1. Finalidade	13
V.2. Análise e monitoramento	15
V.3. Simultaneidade dos papéis	17
V.4. Arenas e canais	19
V.5. Assimilação, contraposição	20
V.6. Marcos institucionais	20
V.7. Formulação dos referenciais éticos	21
V.8. Promoção do envelhecimento saudável	22
V.9. Atenção integral e integrada à saúde do idoso	24
V.10. Estímulo às ações intersetoriais	26
V.11 Divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS	27
VI. DISCUSSÃO	30
VII. CONCLUSÕES	50
IX. SUMMARY	51
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
XI. APÊNDICE	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADROS

- QUADRO 1** – Finalidade da Política de Saúde em estados do Nordeste, Salvador, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015. 14
- QUADRO 2** – Simultaneidade dos papéis políticos e econômicos pela PNSPI, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015. 18
- QUADRO 3** – Promoção do envelhecimento saudável, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015. 23
- QUADRO 4** – Atenção Integral e Integrada a saúde do idoso, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015. 26
- QUADRO 5** – Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015. 28

I.RESUMO

Introdução: A transição demográfica vem aumentando a população idosa e modificando o olhar dos governantes e da sociedade em relação a saúde do idoso. O envelhecimento ativo foi definido pela OMS como uma nova forma de entendimento sobre o envelhecer com mais qualidade a partir da otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança. Sendo assim, criaram-se políticas públicas em diversos locais no mundo, e aqui no Brasil, vivenciamos novas propostas, aprimoradas com o tempo. Entre as mais recentes está a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada em 2006 a qual preconiza uma atenção adequada e digna aos idosos. **Objetivos:** O estudo tem como objetivo geral analisar a inclusão da PNSPI na agenda das Secretarias Estaduais de Saúde do Nordeste brasileiro nos dias atuais. São objetivos específicos: a) investigar as SES de cada Estado nordestino no sentido de verificar se incorporaram o tema da saúde do idoso em suas agendas políticas institucionais; b) descrever os componentes da PNSPI considerando os programas de ação e planos estaduais de saúde de cada estado nordestino; c) e analisar a utilização das diretrizes da PNPSI nas ações desenvolvidas pelas SES. **Metodologia:** É uma pesquisa de corte transversal que analisa os Planos Estaduais de Saúde (PES) e Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) disponibilizados pelas Secretarias de Saúde Estaduais (SES). A análise, utilizando como fontes de dados os sites oficiais das SES, foi realizada por meio de sete critérios, acrescidos de quatro dimensões específicas da PNSPI. **Resultados:** Foram analisados 11 Planos Estaduais de Saúde e 24 Relatórios Anual de Gestão em busca de dados referentes ao tema saúde do idoso. Os documentos foram selecionados sendo referentes aos anos de 2006 até 2013. A SES do Maranhão não disponibilizou nenhum relatório no do estudo. As Secretarias da Bahia e de Pernambuco, foram as maiores fornecedoras de informações. O critério que aborda "Arenas e canais", "Assimilação e contraposição" , "Marcos Instiruicionais" e "Formulação de referenciais éticos" foram os mais pobres em dados. **Conclusão:** Embora tenha havido algumas limitações no estudo, foi possível descrever os componentes da PNSPI e relacioná-los com as agendas estaduais de saúde. **Palavras-chave:** Envelhecimento populacional; Assistência Integral à Saúde do Idoso; Políticas públicas; Saúde da pessoa idosa.

II. OBJETIVOS

PRIMÁRIO

O estudo tem como objetivo geral analisar a inclusão da PNSPI na agenda das Secretarias Estaduais de Saúde do Nordeste brasileiro nos dias atuais.

SECUNDÁRIOS

1. Investigar as SES de cada Estado nordestino no sentido de verificar se incorporaram o tema da saúde do idoso em suas agendas políticas institucionais.
2. Descrever os componentes da PNSPI considerando os programas de ação e planos estaduais de saúde de cada estado nordestino.
3. Analisar a utilização das diretrizes da PNPSI nas ações desenvolvidas pelas SES.

III. INTRODUÇÃO

A partir do final da década de 80, o mundo começou a modificar o seu olhar sobre a saúde do idoso, dando cada vez mais relevância ao tema. Uma transição demográfica que continua acontecendo até os dias atuais (a população global está ficando mais idosa) chamou a atenção mundial para a questão. Assim, organizações internacionais, governos federais, estaduais e municipais têm discutido o tema em vários âmbitos e promovido conferências e planos de ação que sejam compatíveis com as profundas mudanças sociais, culturais e econômicas que estão e continuarão acontecendo (Veras, 2009).

Os gerontologistas definem o envelhecimento como um processo de redução biológica estrutural e funcional do sujeito que acontece de forma insidiosa e lenta após a maturação sexual e aquisição do fenótipo adulto. Durante este novo período da vida, muitas alterações metabólicas, bioquímicas e fisiológicas ocorrem como mudanças compensatórias atuando para manter a homeostasia (Goldman et al, 2009). De Lethbridje-Çjku et al (2003) , concluíram que até os 85 anos, a idade é substancialmente menos importante como fator prognóstico de mortalidade quando comparada as condições como: características sócio demográficas, hábitos de saúde, fatores de risco cardiovascular, doenças clínicas e subclínicas, incapacidade física e comprometimento cognitivo, e fatores de risco. Assim, é importante frisar que o envelhecer não é uma condição patológica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs o conceito de “envelhecimento ativo” cuja ideia propõe um envelhecer com qualidade de vida a partir da otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança. Assim, o “envelhecimento ativo” não só combate à ideia de que a velhice é uma “doença biológica”, como também, o falso pensamento de que expressa uma “doença social”, econômica e cultural. Este processo permite melhorias tanto individuais quanto coletivas a partir do momento em que promove a consciência de bem-estar físico, social e mental do sujeito ao longo de sua vida, e que este participe da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, contribuindo da sua melhor forma para a comunidade. Segundo o texto, a palavra "ativo" refere-se à participação nas questões sociais, econômicas,

culturais, espirituais e civis, de forma continuada, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de participar da força de trabalho (OMS, 2005).

Atualmente o mundo está passando por um quadro demográfico de envelhecimento crescente da população a partir da redução nas taxas de fertilidade e no aumento da longevidade, mesmo com a diminuição da expectativa de vida em alguns países da África e Estados recém-independentes devido ao aumento de doenças cardiovasculares e pela violência. Entre 1970 e 2025, um crescimento de 223% no número de pessoas idosas é previsto (OMS, 2005). A ONU prevê uma população com dois bilhões de idosos em 2050 representando 20% da população global. O local onde vivem, gênero, idade, são fatores importantes na realidade do idoso e afetam os direitos humanos desses cidadãos, os quais são muitas vezes estigmatizados como “não produtivos” ou “irrelevantes”. Essa nova estrutura demográfica, desafia questões culturais, econômicas e sociais. Como exemplo de desafio econômico observa-se um relatório divulgado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) o qual informa que 48% dos aposentados e pensionistas de todo o mundo não recebem benefícios e 52% recebem benefícios inadequados. Assim, com o aumento da população idosa, problemas como estes poderão aumentar e não se pode deixar estes idosos e os que estão por vir receberem uma assistência deficiente (<http://nacoesunidas.org/>).

Outro acontecimento demográfico a ser considerado é o envelhecimento dos países em desenvolvimento, os quais estão passando por um processo de mudança da pirâmide etária com o aumento de 440 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no período entre 2002 a 2025. Assim, é esperado que em 2050, cerca de 80% da população idosa estará nos países em desenvolvimento. O que torna este quadro preocupante é a velocidade de crescimento populacional nesses países que não está em consonância com o crescimento socioeconômico. O envelhecimento rápido nesses países está sendo acompanhado pelas modificações nas estruturas familiares, as migrações urbanas dos jovens em busca de trabalho, a inserção gradativa da mulher no mercado de trabalho, ao crescimento da violência, problemas econômicos, entre outros acontecimentos, que desfavorecem o cuidado ao idoso pela falta de pessoas disponíveis para cuidar deste quando necessário, a garantia de segurança e a aquisição de verbas para implementação de políticas de saúde, por exemplo (OMS, 2005).

Um ponto importante que torna necessário a adaptação das redes de saúde com estrutura para um país idoso é o fato das diferentes características que este possui quando comparado ao

jovem ou adulto de meia-idade que portam as mesmas doenças. Os idosos podem possuir sinais e sintomas não específicos, um risco de fragilidade e incapacidade aumentado. A comorbidade, a fragilidade e a incapacidade, apesar de entidades clínicas distintas, se relacionam, sendo a comorbidade fator de risco para a fragilidade, que juntas são fatores de risco para incapacidade. Portanto, uma rede de saúde voltada somente para pacientes jovens e adultos, é incompatível e despreparada para atender o idoso (OMS, 2005).

Nos países em desenvolvimento, um dos desafios enfrentados é a chamada de carga dupla de doenças, as quais englobam doenças transmissíveis e não transmissíveis, principais causas de incapacidade, morbidade e mortalidade (OMS, 2005). No entanto, na maioria dos países em desenvolvimento, está havendo uma transição epidemiológica traduzida pelo rápido crescimento das doenças não transmissíveis (DNT's) e a saída do padrão de doenças transmissíveis. Além disso, em 2020, é previsto que a carga de doenças não transmissíveis, doenças mentais e lesões irão aumentar para aproximadamente 78% e, por isso, políticas, programas e ações intersectoriais devem ser implementadas para conter essa explosão de doenças não transmissíveis crônicas (Murray et al, 1996). Assim, é importante o investimento de pesquisas nestas áreas visando combater esse quadro, já que 85% da população mundial e 92% da carga de doença concentra-se em países de baixa e média renda que no entanto, só contribuem com 10% dos gastos mundiais em pesquisas na área de saúde (OMS, 2005).

Dentre algumas ações já realizadas mundialmente está a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. A ação a favor do envelhecimento continuou em 2002, quando a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid. Objetivando desenvolver uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI, a Assembleia adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Ação pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. Suas recomendações específicas para ação dão prioridade às pessoas mais velhas e desenvolvimento, melhorando a saúde e o bem-estar na velhice, e assegurando habilitação e ambientes de apoio (<http://nacoesunidas.org/>).

A OMS participa dessas ações comprometendo-se a promover o “envelhecimento ativo” em conjunto com os programas de desenvolvimento e, assim, convoca os Estados-

membros, as organizações não-governamentais, as instituições acadêmicas e o setor privado a promoverem o desenvolvimento de ações que enfrentaram os desafios de uma sociedade em processo de envelhecimento. Fatores como transição epidemiológica, modificações rápidas no setor de saúde, mudanças nos padrões familiares, desigualdades sociais, problemas econômicos, urbanização, não podem deixar de ser considerado por todos estes setores para elaboração dessas ações (OMS, 2005).

No Brasil, o envelhecimento acentuado da estrutura etária da população se tornou bastante perceptível no fim do século XX e o país ocupará a sexta posição no maior número de pessoas idosas no mundo até 2025 (Moreira, 2009). A esperança média de vida ao nascer no Brasil era, em 2009, de 73,1 anos de idade. A vida média ao nascer, de 1999 para 2009, obteve um incremento de 3,1 anos (<http://www.ibge.gov.br/>). Assim, as políticas sociais para os idosos têm sido discutidas e criadas no intuito de preparar a sociedade para essa realidade.

Em 1994, foi formulada uma política nacional voltada para o idoso no Brasil, embora já houvesse ações governamentais de cunho caritativo e de proteção direcionadas para esta população nos anos 70 (Fernandes et al, 2012). A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto n. 1948, de 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, ao criar condições para promover sua autonomia, sua integração e sua participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Brasil, 1994; Fernandes et al., 2012). Em 1999, foi publicada através da Portaria GM/MS n. o 1.395, a Política Nacional de Saúde do Idoso a qual estabeleceu diretrizes essenciais para a definição ou a redefinição de programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa (Brasil, 1999; Miyata et al, 2005). Em 2006, foi formalizada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com diretrizes e estratégias definidas, buscando garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira (Brasil, 2006a).

Em 2012, um importante passo foi dado pelo Ministério da Saúde no intuito de promover ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde da população idosa. Assim, foram criados mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e foi determinada às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção das providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a

organização e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão estas redes (Brasil, 2002a).

Miyata et al (2005) realizaram um estudo dos estados brasileiros e de algumas capitais, concluindo que as ações na atenção à saúde dos idosos no Brasil encontram-se muito aquém do previsto pela PNSI e no Estatuto do Idoso. Relataram que apenas 10% dos 74 Centros de Referências propostos pelo PNSI haviam sido criados. Além disso, só o estado de Minas Gerais havia conseguido uma integralização de qualidade das metas estabelecidas pela Política. Entre o período desse estudo e o momento atual, políticas foram construídas, leis foram criadas, programas foram elaborados e metas foram estabelecidas. Nesse sentido, considerando a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa, aprovada em 2006, quais de suas diretrizes e ações participam, atualmente, da agenda das Secretarias Estaduais de Saúde do Nordeste?

IV. METODOLOGIA

A pesquisa envolve um estudo descritivo de corte transversal tendo como unidade de análise as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) do Nordeste brasileiro. Foram utilizadas como fontes de dados os sites das SES em 2015 e, a partir desses, acessaram-se os Planos Estaduais de Saúde e Relatórios de Gestão.

A União, estados, Distrito Federal e municípios, têm como responsabilidade utilizar esses instrumentos de gestão a fim de aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde. Eles são adaptáveis às particularidades de cada esfera administrativa (Brasil 2006a; Brasil 2002c).

Nesse sentido, os planos estaduais de saúde (PES) são documentos de intenções políticas, diagnóstico, estratégias e metas e traduzem as prioridades determinadas nas agendas estaduais de saúde. Isso ocorre por meio de um fluxo de interação entre ambos os instrumentos, determinado pela Portaria n.º 5.548/GM/MS, em 12 de Abril de 2001¹. As agendas são o início do processo de programação e os planos estabelecem uma previsão dos mecanismos necessários para a realização das prioridades. Eles possuem uma periodicidade quadrienal de elaboração e devem ser submetidos na íntegra aos conselhos estaduais de saúde para aprovação (Brasil, 2005a; Brasil 2002c, Brasil 2011b).

É importante salientar que os PES possuem como integrantes a Programação Anual de Saúde (PAS) e essa anualiza as metas e prevê a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (Brasil 2013b). A partir deles são elaborados os relatórios anuais de gestão (RAGs), os quais divulgam e avaliam os resultados obtidos. Além disso, os RAGs sistematizam as informações, funcionando como prestação de contas e servindo de subsídio para a construção de novas agendas estaduais de saúde. Consequentemente, são importantes para a elaboração e revisão dos planos estaduais de saúde, funcionando como um dispositivo de retroalimentação. Eles são elaborados anualmente e obrigatoriamente submetidos aos conselhos e comissões intergestores para referendamentação (Brasil 2002c, Brasil 2011b).

Segundo o Pacto pela Saúde, os instrumentos de gestão, utilizados na presente pesquisa, devem traduzir as diretrizes do SUS e as necessidades da população. Também é documentada a importância de se implementar e difundir uma cultura de planejamento, institucionalizando e

¹Hoje existe a Portaria n.º 2.135, de 25 de Setembro de 2015, a qual estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

fortalecendo as respectivas áreas responsáveis. Assim, pode-se legitimá-los como instrumentos estratégicos e qualificar as ações do SUS para subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores.

Logo, considerando a importância e dinâmica desses instrumentos de gestão, eles foram selecionados como objetos de análise para este estudo.

Após a coleta, os dados qualitativos foram processados e analisados mediante matrizes (Apêndice 1), considerando, inicialmente, sete critérios como os mais relevantes para a construção e dinâmica de gestão da política de saúde. Conforme a metodologia sugerida por Fleury e Ouverney (2008), tais critérios são: [1] a definição da finalidade de uma política, a qual busca atingir objetivos no intuito de promover o bem-estar e proteger contra riscos sociais; [2] a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes de analisar, monitorar condições sociais e estimular a elaboração de estratégias e metas para uma ação efetiva; [3] os efeitos na política e na economia desempenhado pelos planos e ações de uma política de saúde; [4] a utilização de arenas, canais e rotinas para conduzir estratégias e planos de ações; [5] as múltiplas relações de poder, nas quais diferentes atores sociais estão inseridos, e ocorrem através da assimilação, contraposição e compatibilização dos projetos sociais; [6] os marcos institucionais desenvolvidos, reproduzidos e transformados que sustentam a política; [7] a formação de referências éticas e valorativas no âmbito da justiça e igualdade, fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, e de elementos culturais e comportamentais.

Foram adicionadas quatro dimensões para a análise específicas da PNSPI, identificadas nos sites das secretarias estaduais de saúde. A saber: [1] Promoção do envelhecimento saudável a qual objetiva a preservação da capacidade funcional e autonomia dos idosos; [2] Atenção integral e integrada baseada nos direitos, necessidades, preferências e habilidades dos idosos, com redes bem organizadas; [3] Estímulo às ações intersetoriais as quais buscam garantir a integralidade através de uma parceria governamental e não-governamental a favor da população idosa; [4] Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS adaptadas a realidade de cada região e cultura.

Durante as visitas aos sites das Secretarias de Saúde, iniciada no mês de Março de 2015 e finalizada no mês de Outubro de 2015, notou-se que alguns sites como o da Bahia, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Norte disponibilizaram virtualmente os relatórios anuais de gestão (RAG)

e planos estaduais de saúde (PES), de forma que a busca pelos documentos foi de fácil realização. No entanto, poucos dados foram disponibilizados pelos sites dos estados de Alagoas Paraíba, Piauí, Sergipe, Rio Grande do Norte. Os relatórios e planos estaduais do estado Maranhão não foram encontrados. Alguns sites foram atualizados após esse período, modificando a forma de acesso, e novas informações foram adicionadas ou excluídas.

V. RESULTADOS

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa vem sendo implementada, nos últimos anos com a participação dos estados (unidades federadas), através de instituições como Secretarias Estaduais de Saúde (SES), responsáveis pela sua execução junto aos municípios. Desse modo, a análise comparativa nos diferentes estados da região Nordeste, pode indicar o grau de institucionalização dessa política (Fleury e Ouverney, 2008).

A seguir, são apresentados resultados obtidos nas SES do Nordeste, considerando os sete passos sugeridos pelos autores citados para a análise de políticas, associada as quatro dimensões específicas para o estudo de Política de Saúde da Pessoa Idosa.

V. 1 Finalidade.

Toda política de saúde possui objetivos a concretizar, buscando garantir promoção do bem estar de uma sociedade, orientada por valores, e determinando a forma de alocação de recursos e estratégias a serem executadas. Como finalidade, a PNSPI propõe “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde” (Brasil, 2006, p.3).

Sendo assim, quando se analisam os relatórios disponibilizados nas SES, pode-se notar esta coerência entre o que está sendo planejado nos estados do Nordeste e os objetivos da PNSPI. No Ceará, por exemplo, foi referida a necessidade de Ações Priorizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado que garantissem a atenção integral à saúde de pessoa idosa com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção a prevenção (PES 2012-2105, pág. 101).

Já na Bahia, foi apresentado o compromisso de promoção do envelhecimento ativo e saudável ampliando ações de cuidado integral através do SUS e o trabalho para a implantação de uma Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI) (RAG, 2013, pág.81).

Pernambuco mostrou uma evolução de compromissos, observando-se que além do objetivo de implantar a atenção integral à saúde do idoso, mediante a promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde nos diversos níveis de assistência, proposto em 2007, o estado adicionou o propósito de implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa em 2008, com a proposta de promover um Envelhecimento Ativo e a participação social em tal processo (PES 2007, pág. 54; PES 2008, pg 116).

Quadro 1 – Finalidade da Política de Saúde em estados do Nordeste, Salvador, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015.

ALAGOAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5 protocolos clínicos assistenciais integrados de doenças crônicas não transmissíveis, saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso (PES 2012 - 2015, pág. 80).
BAHIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano, promovendo o Envelhecimento Ativo e Saudável. ➤ Implantação de uma Política Estadual da Saúde do Idoso em andamento.
CEARÁ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantia da atenção integral à saúde de pessoa idosa.
MARANHÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
PARAÍBA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar e ampliar as ações de promoção para a atenção à saúde do idoso.
PERNAMBUCO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar a atenção integral à saúde do idoso mediante a promoção, prevenção e recuperação. ➤ Proposta de implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.
PIAUI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantar e implementar política nacional da pessoa idosa. ➤ Implementar as ações de competência estadual referentes à Política de Atenção à saúde do Idoso.
RIO GRANDE DO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
SERGIPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acompanhamento dos indicadores relativos à Saúde do Idoso. ➤ Promover o envelhecimento ativo e saudável. ➤ Garantia da Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa.

Compromissos que agreguem o direcionamento de recursos orçamentários voltados, tanto para a implementação da PESPI com apoio técnico aos municípios, quanto ao funcionamento com efetividade de centros de referência estadual a saúde do idoso, são de grande importância. Na Bahia, metas programadas em relação a essas duas ações, tiveram uma execução superior e igual a 100%, da meta programada (RAG, 2013, pág. 217). Já em Pernambuco, a falta de recursos comprometeu a implantação de Serviços de Referência à Saúde do Idoso em 11 Regionais de Saúde do Estado (RAG, 2010, pág.53).

Alagoas apresentou como meta, a elaboração e implantação de 5 protocolos clínicos e assistenciais integrados sobre doenças crônicas não transmissíveis, saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso (PES 2012 - 2015, pág. 80).

Sergipe apresentou, também, o objetivo de realizar o acompanhamento dos indicadores relativos à Saúde do Idoso e promover o envelhecimento ativo e saudável, além do propósito de apoiar e coordenar a implantação das Academias da Saúde, articuladas com a Estratégia Saúde da Família dos municípios, instrumentalizando a abordagem das equipes quanto à prevenção e promoção da saúde (RAG 2012, 3o Quadrimestre, pág. 51).

O Estado do Piauí estabeleceu como meta implantar mecanismos efetivos de cogestão inter-federativa de políticas públicas, tais como a política nacional da pessoa idosa, conforme prioridades definidas no pacto pela saúde. Assim, objetivou-se também, implementar as ações de competência estadual referentes à Política de Atenção à saúde do Idoso, como por exemplo, reduzir o número de quedas em idosos (PES 2012-2015, pág. 40, 46, 47). A Paraíba, também objetivou implementar e ampliar as ações de promoção para a atenção à saúde do idoso (PES 2008- 2011, pág.88).

Entretanto, dados relativos a essa dimensão não foram encontrados nos relatórios e planos estaduais das Secretarias de Saúde dos estados de Alagoas, Maranhão e Rio Grande do Norte (Quadro 01).

V. 2 Análise e Monitoramento.

Para que uma política seja implementada e seus objetivos concretizados, são necessários, planos, instrumentos e técnicas que possibilitem a análise e o monitoramento de condições sociais de uma população, no sentido de reestabelecer as metas e estratégias necessárias à

efetuação da política. Logo, a articulação entre o institucional, operacional, gerencial e financeiro, pode contribuir para a viabilidade da política diante da realidade apresentada (Fleury e Ouverney, 2008).

Em Pernambuco, a Gerência de Saúde do homem e do idoso atua no aperfeiçoamento dos sistemas de informação de maneira a possibilitar melhor o monitoramento que permita analisar as melhores alternativas para tomada de decisões. Como exemplo, a implantação das Cadernetas de Saúde da Pessoa Idosa foi acompanhada e avaliada com a participação das Gerências Regionais de Saúde (GERES) (RAG 2009, pág. 63). A Caderneta teria contribuído para uma melhor assistência desta população conforme resultados do I Encontro Estadual de Saúde da Pessoa Idosa:

"Este instrumento possibilita o atendimento na referência e na urgência, fornecendo subsídios para criação de indicadores e possibilitando o planejamento das ações coletivas e individuais tanto por parte da equipe de saúde como também pelo gestor" (RAG 2008, pág. 43).

Em 2011, um dos compromissos de Pernambuco foi monitorar 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Federal de Fernando de Noronha, avaliando os serviços existentes e a implantação da PESPI (PES, 2011, pág. 117).

Na Bahia para levantamento das demandas e necessidades de saúde da população, além da Análise de Situação de Saúde (Asis), utilizaram-se bancos de dados construídos com base nas propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde (7.500 propostas) e das plenárias territoriais do PPA participativo (350 propostas). Essas propostas, foram sistematizadas por “compromisso” e subsidiaram o processo de validação e priorização das iniciativas e, conseqüentemente, o delineamento das ações que compõem este plano. Portanto, seria a partir desses dados, que se desenvolveriam iniciativas prioritárias e compatíveis com as necessidades mais urgentes da população (PES 2012-2015, pág. 104).

Em Sergipe, ocorreu a realização de visitas às Instituições de Longa Permanência em parceria com a Vigilância Sanitária, sendo realizadas em pelo menos 30% das instituições (Relatório 3o quadrimestre de 2012, pág. 51).

Não foram encontrados nos outros estados do Nordeste dados referentes a este tópico.

V. 3 Simultaneidade dos papéis.

Diversos efeitos políticos e econômicos podem ser desencadeados por uma política de saúde, movimentando recursos financeiros ou até mesmo sustentando politicamente grupos que estão no poder. Também é válido lembrar que uma política envolve remuneração de profissionais, produção e distribuição de medicamentos, manutenção de unidades, constituindo um setor de grande impacto na economia de um país (Fleury e Ouverney, 2008).

Compromissos que agreguem o direcionamento de recursos orçamentários voltados, tanto para a implementação da PESPI com apoio técnico aos municípios, quanto ao funcionamento com efetividade de centros de referência estadual a saúde do idoso, são de grande importância. Na Bahia, metas programadas em relação a essas duas ações, tiveram uma execução superior e igual a 100%, da meta programada (RAG, 2013, pág. 217). Já em Pernambuco, a falta de recursos comprometeu a implantação de Serviços de Referência à Saúde do Idoso em 11 Regionais de Saúde do Estado (RAG, 2010, pág.53) .

O financiamento para que se ponha em prática a política é de extrema relevância, devendo ser definido e pactuado com os estados. Assim, a dinâmica econômica deve ser direcionada a fim de possibilitar os recursos necessários para a valorização de um cuidado humanizado ao indivíduo idoso (Brasil, 2006a).

Entre esses recursos encontram-se aparelhagem diagnóstica, distribuição de cartilhas educativas, cartazes e a criação da Caderneta de Saúde do Idoso. Na Bahia, por exemplo, houve apoio técnico para execução de ações voltadas a saúde do idoso nos municípios de Ilhéus e Itabuna com disponibilização de cartilhas, além da reativação do serviço da densitometria óssea no CREASI, realizando exames para diagnósticos de osteoporose, entre outras patologias (RAG 2011, pág. 73, RAG 2013, pág. 82). Pernambuco, Ceará e Bahia, apresentaram a implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, havendo alguns empecilhos para efetividade dessa ação, como foi o caso de Ceará que em 2010, tinha como meta a distribuição de 919.914 cadernetas, mas ofereceu apenas 406.360 (44,2%). Observou-se também que os 184 municípios desenvolveram ações de Atenção ao Idoso com oferta de insumos estratégicos, e o destaque à distribuição de material instrucional (RAG 2010, pág.63).

Quadro 2 – Simultaneidade dos papéis políticos e econômicos pela PNSPI, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015.

ALAGOAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
BAHIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Operação do centro de referência estadual de atenção à saúde do idoso. ➤ É importante registrar ainda a reativação do serviço de densitometria óssea. ➤ Disponibilização de 400 cartilhas de orientação nos municípios e Ilhéus e Itabuna. ➤ Acesso ao Programa de Medicamentos Excepcionais.
CEARÁ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa.
MARANHÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
PARAÍBA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distribuição das cadernetas de saúde da pessoa. ➤ Elaborar e implantar Projeto de Atendimento Oftalmológico para Idosos.
PERNAMBUCO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantar Serviços de Referência à Saúde do Idoso em 11 Regionais de Saúde do Estado. ➤ Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais (PROEME).
PIAUI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações
RIO GRANDE DO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoiar a implantação da caderneta do idoso .
SERGIPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantação e implementação da Caderneta da Pessoa Idosa.

O Rio Grande do Norte apresentou como meta apoiar a implantação da caderneta do idoso em 100% dos municípios (PES de 2012-2015, pág. 113).

A Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe incluiu no seu planejamento e agendou com o Ministério da Saúde a implementação da Caderneta da Pessoa Idosa, a qual foi concretizada (segundo relatórios trimestrais de saúde, RAG 2012, RQ1, pág. 38; RAG 2012, RQ3, pág. 51), no entanto a meta não foi alcançada. A Paraíba visou garantir a distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa (PES 2008- 2011, pág.88). Além disso, propôs a elaboração e

implantação do Projeto de Atendimento Oftalmológico para Idosos, de acordo com o Projeto Nacional “OLHAR BRASIL”, atendendo 50% de pessoas acima de 60 anos, até 2011 (PES 2008- 2011, pág.88).

Os medicamentos excepcionais² são insumos geralmente de alto custo, cuja dispensação atende a casos específicos, e que podem ser financiados pelo governo possibilitando a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso, nesse caso (BRASIL, 1998). Na Bahia, foi em 2010 que pacientes do CREASI passaram a ter acesso ao Programa de Medicamentos Excepcionais – PROMEX - o qual atende e fornece medicamentos para o tratamento de patologias como Alzheimer, dislipidemia, distonia, Parkinson e Osteoporose (RAG 2010, pág. 116). Já em Pernambuco existe o PROEME, Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais implantado através da Gerência de Assistência Farmacêutica em parceria com a Gerência de Saúde do Idoso (RAG 2009, pág. 49).

Maranhão e Piauí não apresentaram dados relativos a essa dimensão (Quadro 2).

V. 4 Arenas e Canais.

Existem espaços específicos nos quais se manifestam relações de poder que afetam o processo de formulação e execução de planos, programas e estratégias das políticas, além de decisões no que se refere à alocação de recursos. Esses espaços são chamados de “arenas”, ambientes institucionais e organizacionais onde se entrelaçam atores e interesses sociais através dos mecanismos de participação e controle social, mecanismos de formação da vontade política, de negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos em um sistema descentralizado de saúde (Fleury e Ouverney, 2008).

Essas “arenas” são exemplificadas como reuniões de Conselhos Municipais e Estaduais e ocorrem através de programações pré-estabelecidas. Como exemplo, Pernambuco se comprometeu em 2007 a promover dois encontros estaduais de gestores municipais e equipes de PSF para discussão da Política de Assistência ao Idoso (PES 2005-2007, pág. 55).

O controle social possibilita inserir temas de atenção à população idosa nas conferências Municipais e Estaduais de Saúde. Por isso, é relevante estimular a inclusão e participação dos próprios idosos nessas Conferências. Na Bahia, uma das demandas da sociedade por meio das

² Medicamentos excepcionais deixaram de se chamar assim, e passaram a ser denominados Medicamentos Essenciais como consta na Portaria nº1.554, de 30 de julho de 2013.

conferências de saúde e do Plano Plurianual Participativo é a implantação da PESPI, que está em processo de efetuação (PES 2012, pág. 104-106).

Não foram encontrados dados para esse tópico nos sites dos demais estados.

V. 5 Assimilação, contraposição.

Na política existe um processo de luta, conflitos e contraposição de projetos tornando-a um produto constante de confrontação a partir de padrões institucionalizados de relações. Estas estabelecem previamente a posição dos atores e a distribuição de poder e orientam a ação dos grupos. Por isso, deve-se considerar para a elaboração da política, macroprocessos sociais, assim como, processos institucionais que podem facilitar ou obstruir a implementação da política (Fleury e Ouverney, 2008).

As Gerências Regionais de Saúde(GERES) de Pernambuco compartilham a responsabilidade quanto a PESPI, mobilizando os municípios e propiciando agilidade, contribuindo para ultrapassar o número de municípios programados. Além disso, as Secretarias de Desenvolvimento Social e Cidadania e de Desenvolvimento Econômico Turismo e Esporte teriam contribuído para implementação da Casa do Idoso. No entanto, quando foi proposto o objetivo de qualificação de 35 cuidadores formais e informais, sendo oferecido e divulgado para a I GERES, essa meta foi suspensa em 2010 por tempo indeterminado, após orientação da Secretaria de Executiva de Gestão de Trabalho - Ministério da Saúde, justificada por ela estar criando uma nova classe trabalhista.(RAG 2010, pág. 51).

A Bahia iniciou em 2007, a elaboração de uma Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa a qual está em processo de implementação e que mobilizou a SESAB, junto a sociedade civil, o Conselho Estadual do Idoso, Ministério Público, universidades, dentre outros, para concretizar a sua formulação (RAG 2007, pág.83).

Assim, as informações referentes a esse item foram encontradas apenas nos sites das Secretarias de Saúde da Bahia e Pernambuco.

V. 6 Marcos Institucionais.

Uma política pode gerar a difusão de informações e valores que serão de grande impacto cultural, político e social. Resultam nos marcos institucionais, fundamentais para sustentar ações

e programas de uma política, além de regularem e delimitarem tal política e de interligarem ativamente ao sistema de proteção social (Fleury e Ouverney, 2008).

Com vistas a promover o "envelhecimento ativo e saudável", a SESAB, a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), através da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e a Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), se organizam para ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano (RAG, 2013, pág. 68). Dentro da SESAB, existe a Área Técnica da Saúde do Idoso com a seguinte proposta:

"[...] busca atender ao idoso através de avaliação multidimensional, por equipe interdisciplinar, com vistas à manutenção ou recuperação da sua saúde física, mental e funcional, adequando seus déficits às novas realidades, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar" (<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/>).

Em Pernambuco, a Gerência no âmbito da Pessoa Idosa, tem como meta o envelhecimento ativo e saudável. Essa vem contribuindo para a oferta de um cuidado mais qualificado e integral a pessoa idosa, a qual representa 9,93% da população pernambucana com 60 anos ou mais, estatística levantada a partir dos dados da Pesquisa da População Idosa de Pernambuco/2010 (<http://portal.saude.pe.gov.br/>).

Não foram achados dados referentes a esse tópico nos outros estados.

V. 7 Formulação dos referênciais éticos.

Um outro aspecto que deve ser considerado na análise de uma política de saúde é a formação de referênciais éticos e valorativos a partir de um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais gerados pela política e que são capazes de resultar em novos conceitos e formas de percepções socioculturais. A definição de referênciais culturais que afetam o padrão das relações sociais, na produção e divulgação de informações científicas sobre Saúde, na construção e difusão de valores cívicos são alguns dos impactos sociais que podem ser gerados pela implementação da política (Fleury e Ouverney, 2008).

A implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI), em Pernambuco, "visa assegurar os direitos à saúde nos três níveis de atenção, criando condições para promover a

autonomia e a independência, pautada nos princípios e diretrizes do SUS" (RAG 2008, pág. 43). Apenas esse estado apresentou algum dado relativo a essa dimensão.

V.8 Promoção do Envelhecimento saudável.

Para um envelhecimento saudável que preserve a capacidade funcional e autonomia, três componentes são essenciais: menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo com a vida. Para isso, é importante incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal (Brasil, 2006a).

Assim sendo, existem serviços preventivos como a imunização de idosos em conformidade com a Política Nacional de Imunização. Campanhas contra a gripe, por exemplo, dando atenção a vacinação da população acima de 60 anos é de extrema importância para a prevenção de complicações, entre elas, a mais grave, pneumonia. Estados como Ceará, Pernambuco e Bahia, vem estabelecendo metas de cobertura vacinal a cada ano preocupados com a vulnerabilidade dos idosos.

O governo pernambucano, informou que algumas campanhas vacinais, são realizadas em conjunto com os municípios. Além disso, disponibiliza recursos como seringas e distribui as vacinas para que esses municípios executem a ação (RAG 2011, pág. 72). Nesse contexto, foi implantado, entre 2012 e 2015, o calendário de vacina do idoso (PES 2012-2015, pág. 121). Na Bahia, entre 2005 e 2009, a Campanha de Vacinação contra Influenza Sazonal apresentou uma adesão cada vez maior com o crescimento da cobertura vacinal, alcançando a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde de 80% (RAG 2009, pág. 216).

O Rio Grande do Norte (RN), Paraíba e o Piauí (PI), estabeleceram metas relativas a imunização. O RN objetivou a garantia da cobertura vacinal contra Influenza em 80% dos idosos; e o PI pretendeu vacinar anualmente, cerca de 70% da população com 60 anos ou mais, contra influenza (PES 2012-2015, pág.113; PES 2012 - 2015, pág. 61, respectivamente). A Paraíba apresentou a intenção de vacinar, anualmente, 70% da população idosa (PES 2008-2011, pág.88).

Quadro 3 – Promoção do envelhecimento saudável, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015.

ALAGOAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
BAHIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Campanha de Vacinação dos Idosos. ➤ Implantados o calendário de vacinação do idoso. ➤ Construção do projeto e oficina de qualificação de profissionais de saúde voltado à sexualidade e violência do Idoso.
CEARÁ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações
MARANHÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
PARAÍBA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vacinar, anualmente, a população idosa.
PERNAMBUCO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Campanhas Nacional de Vacinação. ➤ Confeccionar e distribuir material instrucional sobre prevenção às DST/HIV/AIDS/HTLV. ➤ Realização das oficinas, seminários, capacitações, atendimentos e campanhas.
PIAUI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Campanha Vacinal.
RIO GRANDE DO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantir a cobertura vacinal contra Influenza.
SERGIPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.

É de grande importância entender a necessidade de conscientização dos idosos através da informação e apoio à prática sexual de forma segura reduzindo preconceitos em relação ao envelhecimento como algo patológico e exclusivamente limitador. Ações em torno da prevenção de DST não devem ser menos relevantes para a população idosa. Logo, a distribuição de materiais instrucionais, realização de oficinas, seminários sobre DST/HIV/HTLV se tornam componentes preponderantes para a prevenção na saúde. A Bahia registrou em 2012, a tendência à elevação da taxa de incidência de Aids na população idosa e em 2013, foi elaborado um projeto e realizada oficina de qualificação de profissionais de saúde voltada á sexualidade do idoso através do convênio com o Ministério da Saúde (RAG 2013, pág. 81). Pernambuco também

promoveu seminários, oficinas e campanhas em torno desse assunto saindo de 33% de alcance da meta em 2010 para 100% em 2011 (RAG 2010, 2011, pág.50 e pág.87, respectivamente).

Não foram encontrados dados referentes a esse tópico nos documentos analisados dos outros estados do Nordeste (Quadro 3).

V.9 Atenção Integral e Integrada à saúde do idoso.

Para que a pessoa idosa tenha acesso a uma atenção integral e integrada é necessário que essa se construa baseada nos direitos, necessidades, preferências e habilidades do usuário e um sistema de saúde com redes bem organizadas e capazes de oferecer infraestrutura física adequada, insumos e profissionais qualificados pessoal (Brasil,2006a).

Os municípios e regionais executam inspeções e inquéritos, como os que foram feitos em Pernambuco em 2011, os quais tinham finalidade de detectar infecção tuberculosa (RAG 2011, pág. 102). Ceará conseguiu atingir 100% de inspeção das Instituições de Longa Permanência do Idosos (ILPI) ³ cadastradas em 2009, porém em 2010, não apresentou dados referentes a esse tópico (RAG 2009,pág. 54, 2010). Já na Bahia, entre 2008 e 2009, houve um decréscimo da inspeção, caindo de 83,33% para 60% respectivamente (RAG 2009, pág. 144) . A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte, também se preocupou em inspecionar as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), colocando como meta a garantia anual da fiscalização de 100% das instituições de longa permanência cadastradas no Estado (PES 2012 - 2015, pág. 113).

O Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso - CREASI, foi criado no ano de 1994 na Bahia, e é resultado das propostas do Programa Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – PROSI, atualmente identificado como Área Técnica da Saúde do Idoso – ATSI. Tem o objetivo de oferecer à comunidade um serviço especializado na saúde do idoso frágil e também a interlocução com outras instituições a fim de fortalecer o debate sobre as ações setoriais, formando profissionais para atuação em equipes interdisciplinares. O CREASI é formado por

³ As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) foram definidas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia como "[...] estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio". Ainda pela mesma definição: "[...] Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário" (Christophe, 2007, p.23).

médicos, assistentes sociais, enfermeiras, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de odontologia, auxiliares de Enfermagem, técnicos de enfermagem, técnico de patologia, técnicos em radiologia e funcionários da área administrativa, compondo uma equipe multiprofissional (<http://www.saude.ba.gov.br/>) . Em 2011, foi reinaugurado o serviço de odontologia e em 2013, houve a “assistência a 64 cuidadores através do programa de apoio ao cuidador do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI, com 534 atendimentos e uma média de 8,34 atendimento/cuidador” (RAG 2011, 2013, pág. 73, pág 81, respectivamente).

O Rio Grande do Norte, no item referente a promoção da atenção integral à saúde das populações por ciclo e gênero apresentou como um de seus objetivos implementar a política estadual de atenção a saúde da pessoa idosa (PES de 2012-2015).

Quadro 4 – Atenção Integral e Integrada a saúde do idoso, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015.

ALAGOAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
BAHIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspeção ILPIs. ➤ Programa de apoio ao cuidador do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso.
CEARÁ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentual de ILPIs cadastradas, inspecionadas.
MARANHÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
PARAÍBA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantar Centros de Referência à Saúde Integral da Pessoa Idosa. ➤ Promover ações para articular o Programa de Saúde do Idoso com os Programas Saúde da Família /Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde
PERNAMBUCO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar inquéritos tuberculínicos em Instituições de longa permanência.
PIAUI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações
RIO GRANDE DO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fiscalização das instituições de longa permanência (ILPI).
SERGIPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.

A Paraíba apresentou como meta implantar 4 Centros de Referência à Saúde Integral da Pessoa Idosa nas 04 macrorregiões de saúde (PES 2008- 2011, pág.88). A Secretaria de Saúde do Piauí (SESPI) apresentou como metas implementar as ações de competência estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso, apoiando as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) na implantação do programa de atenção ao portador de doenças de Alzheimer e Mal de Parkinson e na implantação de protocolo de atenção ao idoso. Assim, procurou garantir o acompanhamento, dentro de um projeto terapêutico integral, a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na rede de serviços estadual e reduzir a proporção de internação por diabetes em idosos (PES 2012-2015, pág. 55).

Não foram identificados nos sites das SESs de Alagoas, Maranhão, Piauí e Sergipe informações quanto a essa dimensão.

V.10 Estímulo às ações intersetoriais.

Para que haja a integralidade das ações de uma política se faz necessário uma parceria governamental e não-governamental que trabalhe em prol da população idosa. Essa parceria deve considerar as necessidades locais, corrigindo distorções e potencializando a rede de solidariedade (Brasil, 2006a).

Na Bahia, foi realizado em 2010, um curso em parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para 42 cuidadores familiares com o objetivo de facilitar o cuidado prestado pelos cuidadores e de apoiar - los no processo do cuidado (RAG 2007, pág. 83; RAG 2010, pág. 116). Também foi realizado o treinamento de profissionais da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos que atuam no Núcleo de Direitos Humanos (NUDH), abordando questões relativas ao Envelhecimento e Violência contra a Pessoa Idosa; (RAG 2009, pág. 264).

Em Pernambuco, tem-se a Gerência de Saúde do Homem e do Idoso promovendo uma articulação intersetorial, em especial, com o setor da Educação, objetivando novas formas de pensar e agir no âmbito da atenção de saúde ao idoso. Em 2011, ocorreu o Encontro/Fórum Anual Estadual de Saúde da Pessoa Idosa em parceria com os Municípios, Universidades, Secretarias Estaduais, Conselhos e Instituições, tendo em vista o fortalecimento do envelhecimento ativo (PES 2005-2007, pág. 55; PES 2008-2011, pág. 118).

Somente foram encontrados informações relativas ao item nos sites desses dois estados.

11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

Medidas com a finalidade de potencializar a divulgação de informações sobre a atenção a pessoa idosa, adaptadas a realidade de cada região e cultura do país sendo direcionadas a gestores, profissionais de saúde e conselheiros contribuem para uma política mais efetiva. Sendo assim, a educação em saúde nos serviços de referência, distribuição de materiais institucionais relativos a saúde integral do idoso, qualificação de profissionais, oficinas de atualização e prevenção de Osteoporose, quedas e fraturas, são algumas das ações promovidas pelos estados da Bahia, Pernambuco e Ceará (RAG BA 2012, pág. 69; RAG CE 2008, pág. 55; RAG CE 2007, pág.23). No último relatório divulgado pela SESAB, houve registro da realização de palestras, seminários e feiras de saúde sobre “Envelhecimento Ativo” e no último relatório divulgado por Pernambuco há o registro que foi realizado o 1º Curso de Qualificação de Cuidadores de Idosos no período de 2008 -2011. (RAG 2013, pág. 82, PES 2012-2015, pág. 39) .

As Secretarias dos Estados do Rio Grande do Norte e Sergipe também promoveram a capacitações de profissionais ligados a saúde do idoso, divulgação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa à profissionais e a população interessada, e a capacitação em atenção domiciliar. Como exemplo, a Secretaria de Saúde de Sergipe teve o apoio da FUNESA para a elaboração da Capacitação dos Cuidadores de Idosos, tendo como principal resultado em 2014 o encerramento do Curso em Saúde do Idoso nas 07 regiões, com certificação de 140 alunos (RQ1 2014, pág. 96). Além disso, registrou como meta a produção e reprodução de materiais de informação, educação e comunicação sobre Saúde do Idoso, com 100% de materiais programados² (RQ2 2014, pág.38).

O Rio Grande do Norte objetivou programar cursos para Cuidadores de Idosos, oferecendo também para os membros das equipes multiprofissionais e capacitações em Gerontologia (PES 2008-2011, pág.71, PES, 2012-2015, pág. 61). Já o Piauí, delineou como diretriz, apoiar as SMSs na capacitação de técnicos dos serviços com vistas a garantir o acolhimento preferencial ao idoso respeitando a classificação de risco em 100% nas unidades de saúde (PES 2012-2015, pág. 55).

Quadro 5 – Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Salvador, Bahia, 2015.

ALAGOAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
BAHIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de palestras, seminários e feiras de saúde sobre “Envelhecimento Ativo”. ➤ Foram desenvolvidas ações de educação em saúde nos serviços de referência. ➤ Foram distribuídos materiais institucionais referentes à saúde integral do idoso.
CEARÁ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de seminários sobre atendimento a idosos para os profissionais da saúde. ➤ Capacitação de profissionais de saúde. ➤ Realização da Oficina de Prevenção de Quedas e Osteoporose. ➤ Educação continuada na saúde do idoso para profissionais da atenção básica. ➤ Curso de Especialização em Geriatria
MARANHÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sem informações.
PARAÍBA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar oficinas de acolhimento à Pessoa Idosa.
PERNAMBUCO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar oficinas regionais de sensibilização e atualização com profissionais sensibilizados. ➤ Estabelecimento de linhas de cuidados para a população idosa.
PIAUI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoiar as SMS na capacitação de técnicos dos serviços com vistas a garantir o acolhimento preferencial ao idoso.
RIO GRANDE DO NORTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cursos para Cuidadores de Idosos. ➤ Capacitações em gerontologia.
SERGIPE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Curso em Saúde do Idoso. ➤ Produzir e reproduzir materiais de informação, educação e comunicação sobre Saúde do Idoso.

A Paraíba propôs a realização e organização de 12 oficinas de acolhimento à Pessoa Idosa, junto a Estratégia Saúde da Família/ESF (PES 2008- 2011, pág.88).

Não foram encontradas informações referentes a esse tópico nos sites do Maranhão e Alagoas (Quadro 5).

VI.DISSCUSSÃO

Uma política de saúde, como componente de um sistema, visa promover a seguridade social e o bem-estar através de atividades, relações, processos e instrumentos vinculados a estimulação das responsabilidades públicas (Fleury & Ouverney, 2008). Sendo assim, a PNSPI proposta pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde, como instituições públicas responsáveis pela sua implementação, articulam-se para que planos a favor da redução da vulnerabilidade e dos riscos sociais dos idosos sejam desenvolvidas. Os Planos de Saúde, Relatórios de Gestão Anual e a Agenda Estadual são alguns dos instrumentos de gestão e podem ser utilizados como mecanismos facilitadores para tal implementação e, complementarmente, como ferramentas para análise, acompanhamento e avaliação.

1. A incorporação do tema saúde do idoso nas agendas.

Foi destacado que as políticas públicas que haviam sido elaboradas, passaram a dar visibilidade a um segmento populacional pouco notado pela saúde pública - os idosos e idosas com dependência funcional elevada (Brasil, 2006a). No entanto, foi considerado a necessidade da atualização de uma política relacionada à saúde do idoso, a partir da conclusão do processo de revisão e atualização da Portaria nº1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que instituía a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Assim, a implementação da PNSPI foi estabelecida como objetivo do Pacto pela Saúde através da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e institucionalizada pela Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.

Araújo et al. (2011), ao discutirem, à luz da literatura, restabeleceu que a adoção de programas de promoção da saúde, quando usados como estratégia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde do idoso, representam uma estratégia eficaz. No entanto, procurou-se, identificar objetivos e ações estaduais que poderiam contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável, em consonância ao que foi preconizado pela PNSPI.

Durante o processo da política, os problemas de saúde expressam demandas organizadas por grupos sociais, os quais sensibilizam outros grupos para atender suas reivindicações. No entanto, nem todos os problemas entram nas agendas. Mesmo sendo reconhecidos como problemas, não ganham espaço nos processos decisórios (Pinto et al, 2014). Lotufo e Miranda

(2007) observaram que existe uma incompatibilidade, muitas vezes, entre o que é formulado e as ações tomadas na realidade, justificada pelo surgimento de demandas imediatas que desviam o foco da programação. Consequentemente, existe uma heterogeneidade de instrumentos de planejamento, desenvolvidos internamente nas secretarias, e uma desintegração entre os mesmos, utilizando-se outros meios para a condução dos programas em curso. Sendo assim, muitas vezes, os instrumentos de gestão são utilizados de forma indevida.

A partir disso, considera-se que podem haver demandas voltadas para a saúde do idoso que estão excluídas do processo decisório. Há, também, a possibilidade de existirem planos e ações voltados para a saúde dos idosos que não foram inseridos nos PES e RAGS disponibilizados nas SES, assim como, metas existentes nos PES que não foram executadas.

No Brasil, a estrutura decisória em saúde é fundamentada nos seguintes instrumentos, processos e arenas: (1) mecanismos de participação social e controle social, representados pelos conselhos de saúde; (2) mecanismos de formação da vontade pública, as conferências de saúde, pelas quais participam gestores e atores organizados da sociedade civil reunidos em espaços de formação das estratégias; (3) mecanismos de negociação e pactuação entre os entes governamentais, em que tem como arenas principais os consórcios de saúde, a comissão intergestora bipartite e tripartite, onde a sociedade civil não possui capacidade decisória (Fleury e Ouverney, 2008).

No entanto, Lotufo e Miranda (2007) registraram que, na maioria dos casos os secretário de saúde estaduais, possuem papel preponderante na tomada de decisões. Isso, muitas vezes, traduz uma divisão de trabalho com a centralização e monopólio do poder sobre a formulação e tomada de decisões por parte dos gestores (Baptista e Rezende, 2011).

Existem fragilidades na participação social, a partir do momento em que os conselhos estaduais de saúde atuam muito mais como instâncias de referendamentação do que propriamente da formulação dos planos estaduais (Lotufo e Miranda, 2007). Foi possível identificar na literatura a precariedade da participação da população idosa na tomada de decisões, assim como, nesta pesquisa, lacunas nos registros coletados referentes ao tema, as quais serão discutidas mais adiante.

No momento de implementação de uma política é possível visualizar quem são os atores que a apoiam, o que cada grupo disputa e quais seus interesses. São estabelecidos novos pactos, que podem ter a participação dos mesmos atores presentes na formulação ou não. Além disso

ocorre um novo processo decisório, uma nova elaboração da política voltada para sua aplicabilidade mais imediata (Pinto et al., 2014).

Há pelo menos três razões para que a implementação gere tantas possibilidades de mudanças na política inicialmente desenhada como: (1) o baixo compromisso político dos governantes com essa etapa, apenas estabelecendo a formulação como ônus, do qual prestam contas; (2) a divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam, sendo os últimos capazes de identificar os pontos-chaves da operacionalização; (3) a própria complexidade do processo, que demanda conhecimento sólido e prévio das diversas variáveis determinantes para o processo político, e que possuem comportamento independente e não linear, mesmo quando controladas (Baptista e Rezende, 2011).

Essas variáveis podem ser condições técnicas, políticas, econômicas, sociais e a forma de execução de atividades. Dentre as condições técnicas estão a elaboração dos instrumentos de gestão referidos nesse estudo com participação das áreas técnicas para que haja adesão dos agentes necessários ao seu processo de implementação. Sendo assim, são importantes o sistema gerencial, os sistemas de informação, sistemas logísticos e operacionais, dentre outros, assim como, o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão política e o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política (Pinto et al., 2014).

Por fim, o estudo identificou algumas programações referentes a saúde do idoso presentes nos PES e ,posteriormente, registradas com realizações nos RAGs. No entanto, quando os objetivos são pouco definidos, as estratégias não são bem explicitadas e há uma ausência de análise de viabilidade, comprometem-se os resultados alcançados e constata-se a fragilidade no momento de implementação (Pinto et al., 2014).

Algumas diretrizes da PNSPI, não foram evidenciadas nos documentos coletados e algumas metas e ações tiveram descrições pobres. Assim, foi possível apenas afirmar a introdução do tema saúde do idoso nos discursos de cada estado nordestino, não garantindo uma incorporação apropriada da PNSPI nas agendas das Secretarias do Nordeste Brasileiro.

2. Autonomia, independência e outras formulações sociais.

A dimensão "Formulação dos referenciais éticos", apenas foi aludida por Pernambuco, e mesmo assim, de forma superficial, citando autonomia e independência como uma das finalidades da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, a qual ainda não foi institucionalizada. A promoção desses dois valores é primordial para a PNSPI, como já referido no presente estudo. Enquanto a autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais no cotidiano, conforme seus próprios interesses e princípios, a independência é compreendida como a competência para executar funções diárias, ou seja, viver independentemente na comunidade com alguma ou sem ajuda de outros (OMS, 2002).

Saquetto et al (2013), resgatam a associação da dependência física ou social com a diminuição ou perda da autonomia no contexto gerontogeriatrico, o que reforça o estereótipo de que todo idoso dependente tem autonomia comprometida. Isso contribui para se desconsiderar, muitas vezes, a pessoa idosa como coordenadora do seu próprio processo existencial e sua relevância ao incumbir-se nas suas decisões . Portanto, é importante que as políticas de saúde voltadas para os idosos promovam a compreensão desses dois conceitos, tanto pelos idosos, como por profissionais de saúde e familiares. Nesse sentido, é importante entender o processo de senescência, suas limitações e modificações, sem deixar de preservar, estimular e respeitar a autonomia dos idosos.

Dentre as palestras registradas nos RAGS, houve algumas com o tema "Política de Saúde da Pessoa Idosa" ou "o Envelhecimento Ativo", a exemplo de Pernambuco. Essas sugerem que a autonomia e a independência estiveram presentes em seus conteúdos. Contudo, não se pode afirmar que ambos os valores foram devidamente abordados diante da insuficiência de informações.

Outro ponto importante como resultado da formulação de significados sociais pelas políticas públicas, são os novos conceitos e formas de percepções socioculturais referentes a sexualidade dos idosos. Sabe-se que, atualmente, segundo a literatura, que os idosos estão cada vez mais propícios aos riscos de infecção pelo vírus HIV, sendo necessário elaborar estratégias para se diminuir os estigmas em relação à vida sexual das pessoas idosas (Santos e Assis, 2011). Jesus et al (2014), registraram um crescimento de casos no estado do Maranhão, a partir do ano

de 2002, e foi aludida a necessidade de ações educativas que sejam capazes de contribuir para a prevenção e cuidado prestado pelos profissionais. A ausência da disponibilização dos RAGS e PES desse mesmo estado na sua secretaria, impossibilita a verificação de ações importantes que poderiam e deveriam ser tomadas diante dessa realidade, preconizadas pela PNSPI.

Somente alguns estados registraram projetos e oficinas de qualificação dos profissionais voltados a sexualidade do idoso, distribuição de materiais instrucionais, capacitações e seminários, as quais são ações que podem ajudar na melhoria da qualidade de vida do idoso.

Do mesmo modo Minayo (2007) registrou sobre a lenta incorporação do tema violência nas agendas de saúde, sendo analisado como um processo "tímido", incluindo a violência contra os idosos. Alves (2008), concluiu que, muitas vezes, os idosos acabam sendo vítimas da violência, fruto de interpretações equivocadas da velhice, considerando o envelhecimento um processo de vida negativo. Assim, se fazem necessários aparelhos institucionais, ações e metas registradas e implementadas, capazes de promover a melhoria da atenção voltada aos idosos vítimas da violência. Poucos estados elaboraram programações e executaram atividades nesse âmbito, através de oficinas, projetos, seminários, monitoramento, capacitação e ações intersetoriais.

3. Os marcos institucionais e a política estadual em destaque.

Os marcos institucionais são reguladores de uma política de saúde, assim como, são motivados por referenciais éticos e valorativos, e por isso, é importante considerar os fatores que influenciam na autonomia e na independência, a fim de combater o que mais fragiliza tais valores. Esses fatores são: escolaridade, acesso aos serviços de saúde, desenvolvimento da tecnologia médica, melhoria das condições socioeconômicas, fatores que causam a diminuição do sensorio, da consciência, racionalidade e inteligência (Prahyba e Veras, 2008; Loch, 2002).

Além disso, existe uma reciprocidade entre a dimensão aludida anteriormente e esta, já que os marcos institucionais também exercem influência sobre os valores referenciais, legitimando-os e redefinindo as relações sociais. Sendo assim, é muito importante que as leis, estruturas organizacionais do sistema de saúde, a relação entre entes da federação, entre outros tipos de marcos, sejam revisados e modificados. Isso, devido ao processo de formação de novos valores ao longo do tempo que requerem a sua ratificação através de novos marcos.

Como responsabilidades institucionais definidas pela PNSPI, cabe aos gestores, em todos os níveis, "prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa". Entre os compromissos listados para o gestor estadual está a elaboração de normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS (Brasil,2006a). Moraes, Gabriel, Luís et al. (2015), relataram a ausência de uma Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI) definida por Lei no Estado da Bahia. Isso também foi constatado nos dados coletados neste estudo.

Contudo, é válido ressaltar que, na Bahia, o Estado possui uma Política Estadual do Idoso institucionalizada pela Lei Nº 20.435/2013, em 2013, e que esta propõe ações previstas pela PNSPI. Exemplifica-se: "criar serviços alternativos de saúde, dentre eles casas-lares e hospitais-dias", além de objetivar divulgar essa Política Nacional (Bahia, 2013, pág.6). Portanto, a futura institucionalização da PESPI na Bahia pode ser vista como um possível resultado do processo dinâmico e complexo de desenvolvimento, reprodução e da transformação de marcos institucionais inerentes a uma Política de Saúde.

Foi possível encontrar registro de ações que tiveram participação dos conselhos estaduais, os quais são resultado de processos institucionais. Borges e Faleiros (2009) discutem a institucionalização dos Conselhos de Saúde Estaduais, afirmando que embora eles tivessem sido criados, não foram estabelecidos por Lei Estadual. Ainda no estudo aludido, 21 dos 23 Conselhos Estaduais analisados, passaram por discussões nas Assembleias Legislativas e foram institucionalizados, e outros 2, como no Ceará, por Decretos. Ou seja, determinados pelos chefes do executivo (presidentes, governadores e prefeitos).

Em contrapartida, a criação da Política Nacional do Idoso, ao mesmo tempo que "estimula" a participação dos Conselhos no aprimoramento da saúde para essa população, sofreu o veto, consecutivas vezes, do capítulo referente a institucionalização do Conselho Nacional de Direito do Idoso (Telles, 2010). Isso parece paradoxal, na medida em que o desenvolvimento das Políticas, está fortemente ligado as pressões populares, que questionam a teoria isolada das ações, e exigem a prática, a implementação.

4. Os conselhos e a participação social em suas arenas e seus conflitos.

Desde a década de 70, durante o processo de luta pela redemocratização brasileira, houve o crescimento da mobilização de organizações populares em busca de promover o poder de acesso e controle da sociedade sobre questões governamentais. Nesse contexto, desenvolveu-se a participação social, a qual se baseia em uma sociedade mais atuante na consolidação de direitos individuais e sociais. Sendo assim, ressalta-se a Constituição de 1988 e a sua relevância na institucionalização e ampliação dos espaços de democracia participativa dentro do próprio Estado. Isso permitiu que a sociedade pudesse atuar, através dos processos decisórios, nas políticas de saúde.

Nesse contexto, ocorreu a criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), em 1985, a qual liderou o Movimento de Aposentados Pensionistas e conferiu visibilidade a "questão da velhice" em nível nacional, apesar de existirem outros movimentos sociais (Borges e Faleiros, 2009). Após esse período, ocorreram inúmeros conflitos de interesses e processos que fazem parte do desenvolvimento de Marcos Institucionais, como já foi mencionado nesse texto. Com a Lei N^o 8.842/94, a Política Nacional do Idoso foi institucionalizada, e previu a criação do Conselho Nacional do Idoso, fazendo referência aos Conselhos Estaduais e Municipais.

Apenas em 2002, houve a regulamentação do Conselho Nacional de Direito do Idoso e, a partir daí, junto aos conselhos estaduais e municipais, têm buscado estratégias de mobilização social e de participação efetiva nas políticas (Telles, 2010). Esses se tornaram componentes institucionais, capazes de filtrar e alterar os padrões de seletividade de demandas, representando a população idosa nos diferentes níveis governamentais (Esperidião, 2014).

Porém, no presente estudo, a escassez de dados relativos aos Conselhos impediu uma análise, mesmo que breve, da importância dessas organizações para saúde. Apenas presume-se que tenha havido sua participação nos processos de elaboração do Plano Plurianual Participativo (PPA - P), citado pela Bahia e Ceará. É através do PPA-P que o governo apresenta suas diretrizes estratégicas para a sociedade. Assim, pode-se debatê-las e ouvir as necessidades, problemas e sugestões da população, as quais poderão ser incluídas na hora de definir as ações e programas de governo (Bahia, 2011). Isso pode ocorrer através das conferências e da presença dos

Conselhos nesses espaços. Como exemplo, a PESPI da Bahia é relatada no PES de 2012 como demanda por meio das conferências de saúde e pelo PPA-P.

Esses instrumentos de participação e controle social que fundamentam a estrutura decisória da política do Brasil, possuem arenas específicas. Junto a eles, existem os mecanismos de negociação e pactuação entre os entes governamentais, envolvidos em um sistema descentralizado de saúde. Nesse, a sociedade civil não tem capacidade decisória (Fleury e Ouverney, 2008). Em geral, foi evidenciado uma precariedade de informações referentes a essa dimensão nesses documentos.

Embora, muitas vezes, haja um consenso nacional sobre haver uma Política voltada para a saúde da pessoa idosa, ao aprofundarmos o debate, apareceram muitos pontos de conflitos. A implementação da PESPI na Bahia se deu a partir da mobilização entre SESAB, sociedade civil, Conselho Estadual do Idoso, dentre outros setores, segundo o RAG de 2010. No entanto, Morais, Gabriel, Luís, et al (2015), ao mesmo tempo que identificaram uma aliança entre o Conselho Municipal e os movimentos sociais, sindicatos, associações e pastorais, ressaltaram que o representante do Conselho Municipal de Saúde, apontou a própria gestão como um oponente para a implementação da política.

Os processos de assimilação, contraposição e compatibilização de diferentes projetos sociais se fazem presentes não somente nesses espaços oficiais, como também fora deles. Representantes da gestão na Bahia viram como maior obstáculo para essa política questões de recursos humanos e financeiros (Morais, Gabriel, Luís, et al 2015).

No presente estudo, foi possível identificar apenas no RAG de 2010 de Pernambuco, conflito de relações entre diferentes setores, o qual impediu a capacitação de 35 cuidadores de idosos. Sendo assim, notamos uma dificuldade no rastreamento de dados relativos a dimensão "assimilação e contraposição", além da completa ausência do registro de conflito entre projetos políticos diferentes relativos a saúde do idoso. Portanto é necessário a utilização de mecanismos alternativos de investigação, capazes de identificá-los com mais precisão.

5. Objetivos, estratégias e diagnóstico.

No presente estudo, foi possível identificar alguns elementos fundamentais para uma política de saúde: (1) através das finalidades das PNSPI e PESPI relatadas nos RAGS e PES, objetivos da política; (2) estratégias de capacitação de profissionais, ações intersetoriais, imunização, investimentos na melhoria de recursos para atenção, entre outros; (3) e registro de dados epidemiológicos e demográficos, como informações de diagnóstico. No entanto, como já aludido, esses recortes da realidade não permitem, suficientemente, a compreensão das complexidades relacionadas as dimensões "arenas e canais" e "assimilação e contraposição".

A PNSPI, dispõe como uma das responsabilidades institucionais, a determinação de instrumentos e indicadores capazes de acompanhar e avaliar o impacto de implantação/implementação da mesma. Isso visa sistematizar o processo de forma contínua, em busca de verificar o alcance do seu propósito, além de estimular eventuais adequações que se fizerem necessárias. São indispensáveis critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específica que evidenciem, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores na qualidade de vida do idoso (Brasil, 2006a).

Foi possível evidenciar nos RAGS, atividades de diagnóstico da realidade, através de meios avaliativos e de monitoramento, como: a verificação das taxas de internação hospitalar, promoção de testes PPD em ILPIs, assim como visita a essas em parceria com a Vigilância Sanitária, utilização das cadernetas de saúde como ferramentas de avaliação e acompanhamento, aproveitamento dos bancos de dados de demandas advindas das conferências municipais de saúde, implementação do Sistema de informações em Diabetes e Hipertensão, e elaboração de quadros de diagnósticos da saúde da população.

Além disso, ações intersetoriais foram realizadas, como a elaboração do perfil epidemiológico em parceria com unidades de ensino superior, em PE. Foi verificado o objetivo de aperfeiçoamento dos sistemas de informação a fim de permitir a tomada de decisões coerentes com a situação de saúde do estado. Essas ações são condizentes com os objetivos da PNSPI relativos a acompanhamento e avaliação que, no entanto, não disponibilizaram os "critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específica" (Brasil, 2006a, p.15) requisitados pela política, impossibilitando a sua análise.

A PNSPI preconiza a necessidade de diagnósticos através de instrumentos gerenciais baseados em levantamentos de dados implementados pelos gestores municipais e estaduais. Esses necessitam conter informações sobre a capacidade funcional e sócio-familiares da pessoa idosa a fim de promover a elaboração de planos locais de ações para combater as dificuldades inerentes a complexidade a saúde do idoso (Brasil, 2006a).

Os RAGS e PES registraram a distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas Secretarias Estaduais de saúde de alguns estados. A caderneta é instrumento do Pacto pela Vida e tem como objetivo qualificar a atenção ofertada pelo SUS à população idosa, sendo utilizada pela equipe de saúde, familiares, idosos e cuidadores (Brasil, 2014; Brasil, 2006b). Sendo assim, ela serve de meio para compor o Plano de Cuidado que deve ser construído, em conjunto, por esses agentes sociais. Ela coleta informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, condições de saúde, hábitos de vida, vulnerabilidades, sendo capazes de promover um acompanhamento avaliativo a longo prazo. Além disso, oferta orientações para autocuidado, distribuídos em tópicos descritivos que permitem instruir de forma simplificada, porém não menos importante, o idoso sobre seus direitos, uso, armazenamento e acesso aos medicamentos, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividade física e sexualidade (Brasil, 2014).

Foi registrado no RAG 2008 de Pernambuco a contribuição da Caderneta para melhor assistência da população idosa nesse estado. Sua SES evidenciou a utilização da caderneta, não só como instrumentos para qualificar a atenção ambulatorial local, mas como meio de monitoramento da mesma. Em 184 municípios do estado, mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, foram aplicados questionários e a caderneta foi implementada, a fim de se realizar uma avaliação da implementação da PESPI, devido a uma ausência de "monitoramento *in loco*".

Portanto, a caderneta pode ser considerada multifuncional, tendo função de monitoramento, educacional e redutora de vulnerabilidades, incentivando a participação e relacionamento entre todos os agentes ativos na saúde do idoso. Contudo, ela é apenas um dos instrumentos capazes de estimular a atenção integral e está inserida em um contexto complexo de articulação entre níveis de atenção primária, secundária e terciária e ações de natureza de promoção, prevenção e recuperação.

Portanto, ao se elaborar, as Agendas Estaduais, os Planos Estaduais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão, é necessário que haja o reconhecimento desses instrumentos como

alguns dos mecanismos desenvolvidos para o funcionamento do SUS, de seus programas e ações, nos seus diferentes níveis (Brasil, 2005a). Assim, eles podem ser aperfeiçoadores do funcionamento do sistema de saúde.

6. A avaliação como diagnóstico para uma ação mais regionalizada.

A partir de 1990, com a influência do Movimento da Reforma Sanitária, promoveu-se a descentralização político-administrativa do setor de saúde no Brasil e foi reconhecida a importância de se considerar a diversidade das realidades municipais e estaduais para que as decisões, como planejamento e financiamento, sejam tomadas (Andrade, et al, 2000). Logo, existem mecanismos de pactuação e negociação entre os gestores dos SUS e meios de controle social afim de fortalecer o processo de descentralização e respeitar as particularidades locais. Os instrumentos de gestão são alguns dos resultados desses mecanismos e estão descritos no Pacto de Gestão como possibilitadores de grandes avanços na saúde da população brasileira. (Brasil, 2005a; Brasil 2006b).

Lotufo e Miranda (2007), verificaram que o Ministério da Saúde possui deficiências no que se refere a interação com o processo de formulação de políticas estaduais. Existem dificuldades para se considerar as diferenças regionais, pois ainda haveria uma conduta ministerial, excessivamente normativa, uniforme e rígida, que, muitas vezes, trata de forma indistinta as situações complexas e condições diversas. Sendo assim, procurou-se verificar se as ações realizadas e metas referidas nos RAGs e PES analisados, de cada estado, se houve o estabelecimento de metas voltadas para as realidades regionais.

Foi possível verificar como meta a implementação de políticas estaduais de saúde da pessoa idosa, assim como, perfis epidemiológicos dos estados pelas suas respectivas SES, e citações de PPA-particivo, por alguns estados, o que se sugere objetivos elaborados e ações realizadas, mais regionalizadas e específicas. Por exemplo, na Bahia, evidenciou-se no RAG de 2009, o aumento do registro de casos de tétano e o incentivo a vacinação contra o mesmo nas consultas habituais de saúde.

7. Atenção integral e as redes

A análise de uma política pode ser realizada objetivando aprimorar ações voltadas para uma atenção integral e integrada dos idosos. A integralidade, como princípio do SUS, pode ser definida como práticas voltadas para a promoção, prevenção e assistência de doentes. Implica a sistematização de ações que devem ser desenvolvidas para o enfrentamento de problemas e atendimento das necessidades de saúde (Texeira et al. 2014).

Após a aprovação do Congresso Nacional e sanção do Presidente da República, o Estatuto do Idoso em 2003, a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 definiu a responsabilização do SUS na garantia da atenção integrada a população idosa, devendo essa ser realizada em todos os níveis de atenção (Brasil, 2006a).

Portanto, a equipe de saúde da família proporciona, também, a entrada na rede estadual de atenção à saúde do idoso (Brasil, 2002a). Sendo assim, essa deve realizar uma atenção especial para a pessoa idosa, visando ofertar medidas de proteção específica, identificação precoce de agravos mais frequentes, intervindo e objetivando a reabilitação, a fim de se evitar a sua apartação do convívio familiar e social (Brasil, 2002a). Isso é importante para o equilíbrio físico e mental do idoso, assim como para a promoção de sua autonomia e independência.

A SES da Paraíba destacou em seu planos estaduais de saúde a importância de articular o Programa de Saúde do Idoso, com Programas Saúde da Família/Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, objetivando a integração assistencial. No entanto, os documentos não detalham como isso seria feito. No RAG de 2011, a garantia da atenção integral está introduzida como finalidade da PESPI, além de ter a Gerencia de Saúde do Homem e do Idoso atuando na promoção, prevenção, assistência e recuperação e priorizando a atenção primária, segundo PES de 2013. Contudo, ainda há uma escassez no detalhamento dessas ações, impossibilitando a coleta de dados mais precisa sobre essa articulação setorial.

De acordo com a portaria que aprova a PNSPI, a prática de cuidados às pessoas idosas requer uma abordagem interdisciplinar e multidimensional que leve em consideração fatores físicos, psicológicos e sociais, além do ambiente no qual esse está inserido. Para isso, é importante a vigilância de todos os membros da equipe de saúde e a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem direcionados a saúde do idoso. Sendo assim, é indispensável

uma visão diferenciada e uma capacitação desses profissionais direcionada para que essa população tenha uma atenção de qualidade.

Nos documentos analisados das SESs de alguns estados foi possível encontrar objetivos e ações voltadas para a atenção integral do idoso. Elas realizaram ações de capacitações de profissionais como cuidadores, gerontologistas, coordenadores municipais voltados para essa área, entre outros. Em conjunto, executaram, por exemplo, oficinas que abordaram os mais diversos temas como sexualidade, violência, prevenção de osteoporose, quedas e fraturas, palestras, seminário e feiras sobre o "Envelhecimento ativo". Essas ações buscam qualificar o atendimento dos profissionais de saúde voltado para a população idosa e, conseqüentemente melhorar o serviço integral oferecido.

Silvestre e Neto (2003) afirmam que é importante a atenção à saúde do idoso estar presente nos cursos de especialização em saúde da família, e contextualizada a condição familiar e social da pessoa idosa. No entanto, a luz do mesmo estudo, o que ocorre no Brasil, é uma formação básica de graduação e pós-graduação distantes das necessidades nacionais, o que dificulta uma atenção primária capacitada para encarar as especificidades da população que passa pelo processo de envelhecimento.

Em 2002, através da Norma Operacional de Assistência à saúde⁴, foram criados mecanismos para a organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à saúde do idoso. Essas redes de saúde são regionalizadas e capazes de articular entre gestores estaduais e municipais ações e serviços de saúde qualificados. Deveriam preconizar a acessibilidade, integralidade e resolutividade na atenção a saúde, havendo uma boa relação custo/benefício em consonância com a qualidade da assistência oferecida (Solla e Paim, 2014).

A necessidade de parcerias entre gestão estadual e municipal, se deve ao fato de os municípios, em sua maioria, não conseguirem garantir o acesso para toda população sozinhos e precisarem de suporte para que a atenção integral seja concretizada. Por isso, dentro das redes surgem os centros de referência que procuram atender aos problemas de saúde com complexidades diferentes das que surgem no cuidado básico. Dessa forma os serviços básicos

⁴ Existe a Portaria no 4.279, mais recente, de 30 de Dezembro de 2010 que determina as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não especifica as redes de atenção ao idoso como a Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002.

cobrem os menores contingentes populacionais, de forma descentralizada e perto dos indivíduos que necessitam. Enquanto que a atenção especializada nos centros de referência é ofertada a um grupo mais amplo, hierarquizada e regionalizada, com serviços concentrados nos polos regionais (Solla e Paim, 2014).

Os centros de referência de atenção ao idoso devem dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde, de forma integral e integrada. Além disso, deve oferecer internação hospitalar, ambulatório especializado, Hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade. A Portaria n.º 702/GM, de 12 de abril de 2002, estabeleceu o número máximo de centros que deve ser implementado por estado, baseado em critérios como população geral e idosa, necessidades de cobertura assistencial, mecanismos de acesso e fluxos de referência e contra-referência, nível de complexidade dos serviços, integração com a rede de atenção básica e Programa Saúde da Família, entre outros (Brasil, 2002a).

No estudo de Miyata et al, (2005), foram registrados centros de referências voltados para assistência ao idoso apenas nos Estados de Alagoas, Bahia e Sergipe, sem detalhar a quantidade. Já no presente estudo, apenas foi mencionada a existência do CREASI, na Bahia. Ainda no estudo de Miyata et al, (2005), a Bahia não oferecia serviços PSF Domiciliar, capacitação de recurso humanos e de cuidadores, o que comprometia a qualidade do centro de referência. No entanto, atualmente, foi possível detectar, tanto no site da SES quanto nos RAGS e PES, ações e metas referentes a esses itens, exceto PSF domiciliar, o que pode indicar esta melhoria no cuidado.

A PNSPI preconiza a incorporação da atenção domiciliar, aliando-a a condição de fragilidade do paciente e, posteriormente, avaliando os recursos locais para lidar com ela, de modo a qualificar o cuidado. Além disso, é importante que se promova uma participação conjunta e interligada entre a família e a equipe de cuidados, resultando em uma rede de cuidado ao idoso frágil.

O cuidado domiciliar é um dos instrumentos de atenção básica que possui caráter complexo e não tem finalidade de baratear custos. Ele requer a orientação, informação dos cuidadores, e profissionais capacitados em saúde do idoso, constituindo um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Além disso, não objetiva transferir responsabilidades para a família quando cuidadora, sendo que o Estado permanece sendo o

responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa, além de qualificar o suporte familiar (Brasil, 1999; Brasil, 2002a).

Souza et al (2006) afirmaram que idosos e cuidadores precisam do PSF domiciliar, e que esse deve ser visto como um direito, sendo um canal de aprendizado e facilitador da construção da cidadania do idoso no contexto da família. Foi registrado, também, que as necessidades dos idosos se relacionavam com a falta de preparo dos cuidadores e, portanto, se torna indispensável a capacitação desses, a fim de ser planejado em conjunto as ações familiares e da equipe, como já foi supracitado. Essas ações, inicialmente, devem demandar menos custos significativos para o Programa através da sensibilização da família, esclarecimentos sobre o processo de envelhecimento, entre outros.

Sendo assim, notou-se que algumas SES analisadas promoveram a capacitação de cuidadores através dos centros de referência, assim como, das unidades básicas de saúde. Foram realizadas oficinas de atendimento domiciliar para gestores de hospitais estaduais e gestores municipais, distribuição de materiais instrucionais referentes a saúde do idoso, entre outras práticas educativas para a equipe de saúde, cuidadores e idosos, a fim de se qualificar a assistência domiciliar.

Ainda à luz de Souza et al (2006), foi constatada a necessidade da elaboração de uma Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI). Já no atual estudo, é importante ressaltar que a SES da Bahia apresentou no RAG de 2011, a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, embora essa ainda não esteja institucionalizada.

Miyata et al (2005), embora não tenham registrado assistência domiciliar às pessoas idosas feita pelas secretarias estaduais, mostraram que em Salvador esse cuidado foi desenvolvido e que gerou eficiência nas ações de prevenção aos agravos na saúde dos idosos, através da Secretarias Municipal de Saúde de Salvador.

Lima et al (2013) referiram que a assistência domiciliar ao idoso pode trazer benefícios dentro da própria dinâmica do serviço de saúde, para os pacientes e familiares, por meio da redução de internações hospitalares, melhora das relações entre idoso e parentes, humanização do atendimento, conforto e comodidade, facilidade de acesso para o profissional, segurança no atendimento e facilidade na realização de exames.

No entanto, ela enfrenta dificuldades em casos de patologias mais severas que necessitam de um cuidado mais especializado e integral, a qual carece, muitas vezes, de uma variedade

maior de profissionais de saúde e preparados e melhor estrutura. Isso eleva os custos e despesas com o cuidador, além de ser necessária a adequação domiciliar e ter maior risco de indisponibilidade da família (Lima, et al 2013).

Existe o consenso entre diversas especialidades científicas de que a vivência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui mais para o seu bem-estar (Camarano e Pasinato, 2004). No entanto, além dos que habitam no ambiente familiar, existem idosos que vivem nas instituições de longa permanência. Elas são alternativas de cuidados para as pessoas mais frágeis e muito dependentes na realização de tarefas básicas da vida diária, e que, por diversos motivos médicos-sociais, não podem viver em suas residências (Ferreira et. al, 2014).

O envelhecimento populacional em concomitância com as mudanças sociais que alteram a estrutura familiar e suas condições, principalmente nas grande cidades, acabam acarretando o acolhimento de idosos em instituições (Christophe, 2007). Costa et al (2013), concluíram que é necessária uma reestruturação das diversas instituições, para que haja uma melhora da qualidade de vida do idoso residente nas mesmas, sendo ela digna e autônoma.

Além disso, Ferreira et al (2014), afirmaram que as ILPI deveriam ser a última opção de assistência, porém, ainda sim, deveriam deixar de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrarem a rede de assistência à saúde. Sendo assim, uma das diretrizes da PNSPI preconiza a implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em ILPIs.

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA / RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, estabelece o padrão mínimo de funcionamento das longas Instituições de Longa Permanência para Idosos. Elas compõem a rede de habitação e a de serviços de assistência social (Ferreira et. al, 2014).

Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou um relatório que dizia haver cerca de 0,14% do total de idosos brasileiros em instituições. Esse número é muito menor do que era esperado, pois havia muitos "asilos" não cadastrados e clandestinos (Brasil, 2002b). Além disso, muitas instituições funcionavam em precárias condições e com cuidados insuficientes. Muitos idosos passavam o tempo sem atividades e privacidade (Brasil, 2002b).

Foram relatados nos RAG e PES porcentagens de ILPIs fiscalizadas, sendo que as inspeções foram incompletas e, somente no caso do Ceará, completa em 2008 e 2009, com relação a quantidade total de ILPIs registrada por estado. Contudo, a supervisão não foi

detalhada nos relatórios. Isso limitou o conhecimento sobre as condições sanitárias, sociais, estruturais, entre outras, em que as instituições se encontravam. Não foi possível constatar se estavam de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA / RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Além disso, não pôde ser estudada a interação entre o PSF e as ILPIs através dos registros dos RAGs e PES.

8. As ações intersetoriais como potencializadoras da atenção integral, assim como da promoção do envelhecimento ativo.

Outro meio para se potencializar a atenção integral ao idoso, é a organização do cuidado intersetorial, a qual estimula uma assistência provida de novas visões paradigmáticas e de mudanças organizacionais, tanto nos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade. Segundo a PNSPI, ela "evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade" (Brasil, 2006a, p.10).

As políticas de saúde, podem compreender áreas da saúde, previdência e assistência social, abarcando questões de bem-estar social, educação, habitação, entre outros (Fleury e Ouverney, 2008; Pinto et al, 2014). Portanto, a PNSPI, preconiza em suas diretrizes referentes a articulação intersetorial, ações que visam a integração institucional que possam viabilizar "a consolidação de compromissos multilaterais" (Brasil, 2006a, p. 13).

Foram elaborados como objetivos da política, metas relativas a educação, previdência social, assistencial social, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transporte, justiça e direitos humanos, esporte e lazer e, ciência e tecnologia (PNSPI). Assim, a articulação entre esses setores fundamentais poderia desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Na análise dos resultados, foi possível identificar ações referentes as metas estabelecidas presentes nos temas supracitados da PNSPI, articulando a saúde do idoso com as universidades, secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, Conselhos Estaduais, Ministério Público, por exemplo. Importante ressaltar que em algumas ações, as instituições envolvidas no processo não foram citadas, sendo relatadas como "em parceria com instituições e unidades de ensino superior..", "dentre outros...", o que impossibilita visualizar, através dos RAGs e PES disponibilizados, todas entidades envolvidas nas intervenções.

Houve, também, ausência de atitudes relativas aos objetivos de articulação intersetorial da PNSPI, como metas referentes ao "trabalho e emprego", "transporte" e "desenvolvimento urbano". Além disso a Política preconiza "a discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política" (Brasil, 2006a, p.13). Essas Universidades Abertas a Terceira Idade (UNATIs) não foram citadas em nenhum momento nos documentos analisados. Elas podem ser importantes ferramentas favorecedoras a desconstrução de estereótipos e preconceitos ligados a velhice. Estimulam a autoestima e a cidadania, além de incentivar a autonomia, independência, reinserção social do idoso, buscando um envelhecimento saudável (Veras e Caldas, 2004).

Em 2010, a Lei nº 12.213, de 20 de janeiro, institui o Fundo Nacional do Idoso, a qual destina fundos aos " programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Ela autoriza "deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso" (Brasil, 2010) e modifica a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que se refere a essa dedução. Essa lei possui abrangência econômica, política e social e é importante ressaltar que os fundos do idoso contam, também, com recursos governamentais por meio da seguridade social, provenientes de organismos e governos estrangeiros e outras fontes não especificadas por Lei (Brasil, 2010).

O Artigo 4º define que " É competência do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - CNDI gerir o Fundo Nacional do Idoso e fixar os critérios para sua utilização". No entanto, Alcântara e Giacomini (2013), evidenciaram através da experiência do CNDI, na gestão 2010-2012, que esse órgão federal e seus congêneres sofrem com a falta do exercício deliberativo determinado por lei. Não dispõe de recursos próprios, não delibera sobre o orçamento, não têm autonomia para publicar resoluções nem é consultado sobre decisões tomadas pelo gestor (Alcântara e Giacomini, 2013, p147). Além disso, Rozendo e Justo (2012), identificaram falhas quanto a participação da população idosa no CNDI, analisando a sua composição definida pelo Decreto nº 5.109. O artigo critica a representação majoritária, no que diz respeito a composição não estatal, de entidades prestadoras de serviços, categorias profissionais e ONGs. Portanto, os idosos acabam sendo excluídos dos Conselhos e políticas que lhes interessam. Eles são impedidos de serem maioria e dependem daqueles que se interpõem como seus representantes e porta-vozes.

Na literatura, foi possível identificar que a vacina contra influenza resulta em benefícios para os idosos, diminuindo complicações associadas à gripe, a incidência da doença, assim como sua severidade, a qual é considerada uma das maiores causas de hospitalização e óbitos. Portanto, foi também verificada a tendência a queda nas internações e redução do percentual de relatos de pneumonias e internações hospitalares, entre vacinados em relação a não vacinados (Santos et al, 2014).

Santos et al (2014) sugerem motivos pela não adesão dos idosos às campanhas de vacinação como: a crença de que provoca reação, por considerarem desnecessárias, motivos religiosos e filosóficos, e pela falta de informação e orientação. No entanto, é imprescindível que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação de escuta e de orientação adequada, esclarecendo dúvidas, e desconstruindo mitos e preconceitos sobre as vacinas necessárias e seguras preconizadas (Rodrigues et al, 2014).

O presente estudo constatou que quase todas as secretarias apresentaram em seus relatórios e planos de gestão, metas e ações de imunização, com destaque para a vacina contra influenza. Foi possível identificar o relato de implantação do calendário do idoso através do RAG 2013 da SES de Pernambuco. No entanto, assim como as outras secretarias, ela não disponibilizou dados da cobertura vacinal referentes as outras vacinas disponibilizadas pela rede pública e presentes no calendário do idoso, como a pneumocócica, preconizada pela OMS, a tríplice bacteriana e hepatite B.

O Estado também tem influenciado no consumo de medicamentos pelos idosos, os quais representam a faixa etária que mais utiliza-os e que, no entanto, apresentam dificuldades para compreender e cumprir a farmacoterapia de forma coerente ou em terem acesso a mesma (Baldoni et al, 2014). Embora tenha ocorrido aumento no acesso aos serviços de saúde no Brasil, com investimentos referentes à aquisição desses produtos pelo Estado (passaram de 5,8% para 12,5% entre 2003 e 2010, segundo orçamento do Ministério da Saúde), ainda existe uma realidade de acesso incompatível com os direitos do idoso referentes a aquisição de medicamentos (Baldoni et al, 2014).

Sendo assim, se fazem necessárias ações que favoreçam a implementação de políticas que otimizem os serviços de acesso oferecidos pelas farmácias ambulatoriais através do incentivo pelos gestores públicos. Assim como devem haver ações para melhorar as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, tanto verbais quanto escritas, e a promoção do uso

racional de medicamentos por parte dos idosos e da educação sanitária (Baldoni et al, 2014; Both et al, 2015). Mesmo assim, considerando toda a importância do acesso a medicamentos, apenas algumas SES (BA, PE e CE) evidenciaram em seus relatórios a criação de programas de medicamentos voltados para os idosos, sem nenhuma menção a ações educativas voltadas para a imunização consciente.

VII. CONCLUSÕES

1. Foi possível constatar nesse estudo, como a análise de uma política pode ser complexa e dinâmica e, por isso, exige uma riqueza da disponibilização de dados para melhor abordagem e melhor contribuição à literatura.

2. A PNSPI, se mostrou uma conquista importante e sua implementação ainda apresenta dificuldades que dependem da interação entre os agentes políticos, da organização dos serviços, do planejamento, de suas estratégias, do monitoramento, dos marcos institucionais construídos, financiamento, dentre outros. As lacunas evidenciadas nos documentos de análise sobre a assimilação e contraposição, assim como, participação social, formulação dos referenciais éticos e novos marcos, no Nordeste, indicou a importância de mais estudos capazes investigarem essas dimensões.

3. Foi possível constatar a inserção do tema saúde do idoso nos discursos das SES, com exceção do Maranhão e uma precariedade de informações disponibilizadas pelas SES dos outros estados, limitando o percurso metodológico. PE e BA foram os maiores destaques, fornecedores de melhores e mais informações. Também foi possível descrever os componentes da PNPSI e relacioná-los com dimensões estabelecidas para análise.

4. Ressalta-se a relevância da participação do idoso nesse processo, como algo necessário e que ainda é rara ou pouco registrada. Além disso, torna-se importante notar a saúde do idoso, sendo um processo natural e universal, devendo ser interesse de todos. Logo, a análise dessa política, assim como de outras, não deve se restringir aos pesquisadores, mas envolver os cidadãos, pois através dela é possível desenvolver cotidianamente o diálogo e construir coletivamente alternativas e estratégias que contemplem a busca de melhorias do desempenho do Estado e das organizações públicas de saúde.

VIII.SUMMARY

Theoretical foundation: Demographic transition is increasing elderly population and it is changing the look of governments and society in relation to health of the elderly. Active ageing has been defined by the World Health Organization (WHO) as a new form of understanding about the age with more quality through optimizing opportunities for health, participation and security. Therefore, it is been created public policies in different locations around the world, and here in Brazil, we experience new proposals, improved with time. Among the most recent, it is the National Health Policy for the Elderly (PNSPI), enacted in 2006 which calls for a proper and dignified care to the elderly. **Objectives:** The study has the general objective to analyze the inclusion of PNSPI on the agenda of the State Health Secretariats (SES) of the Brazilian Northeast today. Specific objectives are: 1. to investigate the SES of each Northeastern State and verify if it is been incorporated the old health issue in its institutional policy agendas; 2. describe the components of PNSPI considering the action programs and state health plans of each northeastern state; 3. and analyze the use of PNSPI guidelines on the actions developed by the SES. **Methodology:** It is a cross-sectional survey that analyzes the State Health Plan (PES) and Management Annual Reports (RAGs) made available by the State Health Secretariats (SES). The analysis using data sources at the official sites of SES was carried through seven criteria, plus four specific dimensions of PNSPI. **Results:** It were analyzed 11 State Health Plans and 24 Annual Management Reports in search of data on the health theme of the elderly. The documents were selected, choosing those ones by the years 2006 to 2013. The Maranhão's SES did not provide any report on the study. The Departments of Bahia and Pernambuco were the largest suppliers of information. The criterion that addresses "Arenas and channels", "Assimilation and contrast", "Institutional marks " and "Formulation of ethical reference points" were the poorest data. **Conclusion:** Although there were some limitations in the study, we describe the components of PNSPI and relate them to the state health agendas. **Keywords:** Demographic Aging; Comprehensive Health Care; Public Policies; Health of the Elderly.

IX.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alves CML. Rompendo com o silêncio: uma breve análise sobre violência familiar contra idosos em São Luís, Maranhão. *Revista Kairós*. São Paulo, 2008, 11(2), p. 81-94.

1. Alcântara, A.de O. & Giacomini, K.C. Fundo Nacional do Idoso: Um instrumento de fortalecimento dos Conselhos e de garantia de direitos da pessoa idosa. *Revista Kairós Gerontologia*, 2013, 16(1), p. 143-166.

2. Andrade LOM, Pontes RJS, Junior TM. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8 (1-2).

3. Araújo LF, Coelho CG, de Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2011, 30(1), p.80–6.

4. Bahia. Governo do Estado. Plano Plurianual Participativo 2012-2015, a Bahia de todos nós, na mesma direção, Salvador, Bahia, Abril/2011. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/ppaparticipativo/PPA_P2012/Cartilha_PPA_Participativo_2012_2015.pdf

5. Bahia. Governo Estadual da Bahia. Projeto de Lei nº 20.435: Política Estadual da Pessoa Idosa. Salvador, Bahia, 2013, p.6. Disponível em: www.al.ba.gov.br/docs/Proposicoes2013/PL__20_435_2013_1.rtf

6. Baldoni,A.O; Dewulf,W.L.S; Santos, V; Reis,TM; Ayres, L.R. Dificuldades de acessos aos serviços farmacêuticos pelos idosos, *Revista de Ciências Farmacêuticas básicas e aplicada*, 2014, p.615-21.
7. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos, RA.; Baptista, TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.138-172. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
8. Borges APA, Faleiros VP. Representação da população idosa na luta por seus direitos no Brasil. O caso dos conselhos estaduais do idoso [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2009.
9. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, Elizabete Viana de (org.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p.1131-1141.
10. Both, JS, Kaufman C, Ely LS, Dall'agnol, R, Rigo MPM, Teixeira, MFN, Castro, LC. Cuidado farmacêutico domiciliar ao idoso; análise de perfil e necessidade de promoção e domiciliar ao idoso; análise de perfil e necessidade de promoção e educação em saúde. *Caderno Pedagógico*, 2015, p. 66-84.
11. (b)Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão dos Direitos Humanos. V Caravana - Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil, Março de 2002. DF: Brasília, 2002. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/documentos/relatorios/idosos.html>

12. Brasil. Ministério Do Bem-Estar Social. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm

13. (a) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1999.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 3ª edição, 2014.

16. (b) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº399, de 22 de Fevereiro de 2006. Dispõe do Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

17. (a) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1554, de 30 de Julho de 2013. Dispõe sobre regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº87, de 05 de fevereiro de 2003. Dispõe
Disponível em: www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/ProgramaNacionaldeImunizacoes.doc

19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.135, de 25 de Setembro
de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de
Saúde (SUS). Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

20. (b)Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2135, de 25 de Setembro
de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de
Saúde (SUS). Disponível em
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html

21. (a)Brasil. Ministério da Saúde. Pacto de Gestão. Garantindo saúde para todos (versão
preliminar). DF: Brasília, 2005, p.6. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf

22. (c)Brasil. Ministério da Saúde. SUS, Instrumentos de gestão em saúde. DF: Brasília,
2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf.

23. (a)Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002. Redes
Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3ª Edição, DF: Brasília, 2014. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf
25. Brasil. Ministério Do Bem-Estar Social. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm
26. (b) Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de Julho de 2011, regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
27. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.213, de Janeiro de 2010. Fundo Nacional do Idoso. DF: Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm
28. (a) Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011, 11 de outubro de 2011.
29. Camarano AA, Pasinato TM. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_16_Cap_08.pdf

30. Christophe M. Instituições de longa permanência para idoso no Brasil: Uma opção de cuidados de longa duração, 2007 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2007, p.163.
31. Costa MCNS, Mercadante EF. O idoso em ILPI(Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. *Revista Kairós Gerontologia*. São Paulo, 2013, 16(2), p. 209-22.
32. De Lethbridge-Cejku M, Vickerie J. Sumary Health statistics for U.S adults: National Health Interview Survey, 2002. *Vital and Health Statistics*, July, 2004, p.16-23.
33. Esperidião MA. Controle Social do SUS: Conselhos e Conferências de Saúde. In: Paim, JS, Almeida-Filho, N. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: editora medBook, 2014, p.245 - 59.
34. Fernandes, MTO, Soares SM.; O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2012, 46(6).
35. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. . Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais, *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2014, p.911.
36. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 23-64.

37. Goldman, L, Ausiello D; Cecil Medicina – Adaptado a realidade brasileira, Elsevier Editora LTda, 23ª edição, 2009.
38. Jesus SMC, Caldas AJM, Côrrea RGCF, Soares DL, Pereira LFB, Aquino DMC. Características dos idosos com HIV/AIDS notificados no estado do Maranhão. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 2014, 15(2), p. 276-279.
39. Lima AA, Spagnuolo RS, Patrício KP. Revendo estudos sobre assistência domiciliar ao idoso, *Psicologia em estudo*, 18(2), Maringá, 2013, p.343-351.
40. Loch J. A. Princípios da biótica, Kipper D. J. Uma introdução à bioética, temas de pediatria Nestlé, 2002, 67(2), p.12-19.
41. Lotufo M, Miranda AS. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias de estaduais de saúde. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, 2007, 41(6) p. 1143-63.
42. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007, 11(sup), p. 1259-67.
43. Miyata DF, Vagetti GC, Fanhani HR, Pereira JG, Andrade OG. Políticas e programas na atenção a saúde do idoso: um panorama nacional, *Arq. Ciên. Saude Unipar*, Umuarama, 2005.

44. Morais A, Gabriel A, Luís A, Garcez E, Toutsis I, Oliveira M, Souza M, Rosas M, Abreu M, Rodrigues N, Roch PV, Fonseca R, Reis V, Brito V. Análise da política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI) no município de Salvador, Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2015.
45. Moreira RS, Alves MSCF, Silva AO. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 2009, 30(4).
46. Motta LB, Aguiar CA. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro; integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2007, 12(2), p. 363-72.
47. Murray CJL, Lopez AD. Evidence-based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 1996, volume 274, p. 740- 743.
48. OMS(2002). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde, 1ª edição traduzida para o português, 2005.
49. Parahyba MI, Veras R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre idosos no Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2008, 13(40), p. 1257-64.
50. Pinto ICM, Vieira-da-Silva LM, Batista TVI. Ciclo de uma política pública de saúde; problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e

avaliação. In: Paim, JS, Almeida-Filho, N. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: editora medBook, 2014, p. 69-81.

51. Rodrigues, CL, Kobiraki CM, Gonçalves EMS, Lucio LM, Iannarelli M, Mercadante EF, Lodovici FMM. A relevância da imunização para longevidade e a necessária anuência de indivíduos do “programa acompanhante de idosos”, *Revista Kairós Gerontologia*, 2014, 17(4), p. 31-48.

52. Rozendo A, Justo JS. "Fundo Nacional do Idoso" e as políticas de gestão do envelhecimento da população brasileira. *Psicologia Política*, 2012, 12(24).

53. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: Despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011, 14(1), p.147-57.

54. Santos EI, Trigueiros GL, Coutinho LP, Mazoni TE, Bernades MMR, Santos VO. Imunização do idoso na América latina: revisão integrativa de literatura. *Unopar científica ciências e biológica e da saúde*, 2014, 16(3), p. 221-27.

55. Saquetto M, Schittino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Filho DLG. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso, *Revista bioética*, 2013, 21(3), p. 518-24.

56. Silvestre JA, Neto MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003, 19(3), p. 839-47.

57. Solla, JJSP, Paim JS. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade; desafios para organização do cuidado no sistema único de saúde, In: Paim, JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: editora medBook, 2014, p. 343-71.
58. Souza WGA, Pacheco WNS, Martin JJ, Barra DCC, Nascimento ERP. Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2006, 35(4).
59. Texeira CF, Souza LEPF, Paim JS. Sistema Único Saúde (SUS). A difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva; teoria e prática*. Rio de Janeiro: editora medBook, 2014, p. 121-137.
60. Telles JL. A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã; A violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social, debatedores discussants, *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Setembro de 2010, 15(6), p. 2669-71.
61. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista saúde pública*. Rio de Janeiro, 2009, 43(3), p. 548 – 54.
62. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, temas livres, 2004, 9(2), p. 423-32.
63. Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJZ. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2010, 34(1).

Sites visitados:

1. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/SIS_2010.pdf
2. <http://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>
3. <http://nacoesunidas.org/em-2050-idosos-serao-dois-bilhoes-de-pessoas-ou-20-de-toda-a-populacao-mundial-diz-onu/>
4. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/16216-saude-da-pessoa-idosa-sus-combate-sedentarismo-e-estimula-a-autonomia-e-a-participacao-social>
5. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>
6. <http://www.saude.al.gov.br/>
7. <http://www.saude.ba.gov.br/>
8. <http://www.saude.ce.gov.br/>
9. <http://www.saude.ma.gov.br/>
10. <http://www.saude.pb.gov.br/>
11. <http://portal.saude.pe.gov.br/>
12. <http://www.saude.pi.gov.br/>
13. <http://saude.se.gov.br/>
14. <http://www.saude.rn.gov.br/>

Documentos analisados:

1. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2007.
2. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2008.
3. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2009.
4. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2010.
5. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2011.
6. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2012.
7. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado da Bahia, 2013.
8. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado do Ceará, 2006.
9. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado do Ceará, 2007.
10. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado do Ceará, 2008.
11. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado do Ceará, 2009.
12. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado do Ceará, 2010.
13. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Pernambuco, 2008.
14. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Pernambuco, 2009.
15. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Pernambuco, 2010.
16. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Pernambuco, 2011.
17. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 1º Quadrimestre, 2012.

18. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 2ºQuadrimestre, 2012.
19. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 3ºQuadrimestre, 2012.
20. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 1ºQuadrimestre, 2013.
21. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 2ºQuadrimestre, 2013.
22. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 3ºQuadrimestre, 2013.
23. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 1ºQuadrimestre, 2014.
24. BRASIL, Relatório de Gestão, Secretaria da saúde do Estado de Sergipe, 2ºQuadrimestre, 2014.
25. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Alagoas ,Gestão 2012-2015.
26. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado da Bahia ,Gestão 2007-2010, 2009.
27. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado da Bahia ,Gestão 20012-2015, 2012.
28. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Ceará ,Gestão 2012-2015.
29. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Paraíba, Gestão 2008-2011.
30. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Pernambuco, Gestão 2005-2007.
31. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Pernambuco, Gestão 2008-2011.
32. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Pernambuco, Gestão 2012-2015.
33. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Piauí, Gestão 2012-2015.
34. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Rio Grande do Norte, Gestão 2012-2015.
35. BRASIL, Plano Estadual de Saúde, Secretaria da saúde do Estado do Rio Grande do Norte, Gestão 2012-2015.

X. APÊNDICE

APÊNDICE 1. Matriz de registro, processamento e análise de dados qualitativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, 2005-2013.

	ALAGOAS
1. Finalidade.	
2. Análise e Monitoramento	
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	
3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa:	DIRETRIZ 1 – META – Baseada na Política Nacional de Saúde →Elaborar e implantar 05 protocolos clínicos e assistenciais integrados sobre doenças crônicas não transmissíveis, saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso (PES 2012-2015).
I. Recursos de melhoria para atenção.	
II. Medicamentos excepcionais.	
III. Equipe Multiprofissional.	
4. Arenas e canais.	
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	
5. Assimilação, contraposição.	
6. Marcos Institucionais.	
7. Formação de referenciais éticos.	
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável:	
I. Imunização	
II. Prevenção de DST	
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa:	
I. ILPI	
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	
I. Política Estadual de Saúde a Pessoa Idosa.	
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS:	
I. Formação e educação de	

profissionais.	
	BAHIA
1. Finalidade.	<p>- PROGRAMA: 110 - Envelhecimento Ativo → Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o Envelhecimento Ativo e Saudável (RAG 2012)</p> <p>ENVELHECIMENTO ATIVO (110) → Ampliar as ações de cuidado integral ao ser humano no Sistema Único de Saúde – SUS, promovendo o envelhecimento ativo e saudável. → orçamento da SESAB indica uma execução de 67,4% (RAG, 2012).</p>
2. Análise e Monitoramento	<p>- deve-se atentar que o registro de casos em idosos e jovens do sexo masculino demonstra que maior atenção deve ser dada a esses grupos, nas consultas habituais nas unidades de saúde, aproveitando-se as oportunidades para vacinação contra o tétano (RAG 2009).</p> <p>- Para levantamento das demandas e necessidades de saúde da população, além da Asis, utilizaram-se bancos de dados construídos com base nas propostas advindas das Conferências Municipais de Saúde (7.500 propostas) e das plenárias territoriais do PPA participativo (350 propostas). Essas propostas, categorizadas em cada diretriz do PES 2012-2015, foram sistematizadas por “compromisso” e subsidiaram o processo de validação e priorização das iniciativas e, conseqüentemente, o delineamento das ações que compõem este plano (PES, 2012).</p> <p>PROGRAMA BAHIA SAUDÁVEL: FUNDAMENTOS, PROBLEMATIZAÇÃO E PRIORIZAÇÃO (..)Quadro 1 – Síntese do diagnóstico da situação de saúde da população – Estado da Bahia – 2010 -• Elevada taxa de detecção de hanseníase; Tendência à elevação da taxa de incidência de Aids e de declínio da taxa de incidência de tuberculose; Principais causas de internação: sexo masculino – insuficiência cardíaca e pneumonias; sexo feminino – diarreias infecciosas seguidas de insuficiência cardíaca, pneumonias, doenças hipertensivas, acidente vascular cerebral e asma (PES 2012).</p>
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	<p>- Para o setor saúde, há um grande desafio a ser alcançado: será preciso agregar qualidade de vida aos anos vividos, levando a um impacto importante na economia e na sociedade, o que induz à necessidade de se estabelecer políticas públicas que possam fazer frente a este fenômeno (PES, 2012).</p> <p>- Compromisso 4.1 - Este compromisso agrega duas ações orçamentárias que tratam do apoio técnico aos municípios para a implementação da política estadual do idoso e a operação do centro de referência estadual de atenção à saúde do idoso, as quais tiveram uma execução superior e igual a 100%, da meta programada, respectivamente (RAG, 2013).</p>
<p>3.* Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa:</p> <p>I. Recursos de melhoria para atenção.</p>	<p>- implantou a caderneta da pessoa idosa. (RAG, 2007).</p> <p>- Ressalta-se também que o Governo do Estado colocou em funcionamento o serviço de densitometria óssea para atender os pacientes cadastrados na unidade.” (RAG, 2007).</p> <p>- Foram distribuídas as cadernetas da pessoa idosa para os 417 municípios e atendidos no Centro de Referência à Pessoa Idosa (RAG, 2008).</p> <p>- O Governo do Estado investiu cerca de R\$ 305 mil em ações de apoio técnico a 342 municípios de 24 Dires e ações de capacitação para o desenvolvimento da atenção à saúde da população idosa de modo integral e com equidade (RAG, 2008).</p> <p>- Treinamento e sensibilização de 786 profissionais de saúde em questões relativas à saúde do idoso em 26 encontros promovidos pela SESAB. No período de 2007 à 2009 foram capacitados cerca de 1.560 profissionais no Estado da Bahia em mais de 70 encontros realizados; (RAG, 2009).</p> <p>- Disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para os 417 municípios (RAG, 2009).</p> <p>- É importante registrar, nesse período, a distribuição de Cadernetas da Pessoa Idosa para os 417 municípios baianos (RAG, 2010).</p> <p>- Em 2010 foram capacitados 1.207 profissionais para o desenvolvimento de ações de atenção integral à pessoa idosa em todo o Estado, entre estes 247 cuidadores (RAG, 2010).</p> <p>- É importante registrar ainda a reativação do serviço de densitometria óssea que já realizou 704 exames (RAG, 2011).</p> <p>- Outros 30 profissionais foram qualificados para notificação de casos de violência contra</p>

	<p>idosos e atenção às vítimas (RAG, 2012).</p> <p>- Um recurso utilizado nesse esforço foi Caderneta de Saúde do Idoso, aplicada em 100 municípios baianos (RAG, 2012).</p> <p>- Em 2012 foram qualificados 150 profissionais da Rede SUS na Atenção ao Idoso nas instituições de longa permanência (RAG, 2012).</p> <p>- Apoio técnico para implementação de ações voltadas a saúde do idoso nos municípios de Ilhéus e Itabuna com disponibilização de 400 cartilhas de orientação (RAG, 2013).</p>
II. Medicamentos excepcionais.	<p>- dispensados medicamentos excepcionais aos 13.078 pacientes cadastrados para o tratamento de Alzheimer, dislipidemia, osteoporose, Parkinson, entre outros (RAG, 2008).</p> <p>Cadastramento para a dispensação de Medicamentos Excepcionais para 16.605 idosos de todo o Estado (Alzheimer -4.569; Dislipidemia - 1.213; Osteoporose - 7.441; Parkinson - 3.309; Toxina Botulínica – 73) (RAG, 2009).</p> <p>- Neste ano, 19.395 pacientes cadastrados no Centro de Referência Estadual em Saúde do Idoso para terem acesso ao Programa de Medicamentos Excepcionais (RAG, 2010).</p> <p>- No Programa de Medicamentos Excepcionais – Promex, foram cadastrados 1.519 pacientes e atendidos a 49.717 pessoas para o tratamento de patologias com alzheimer, dislipidemia, distonia, parkinson e osteoporose (RAG, 2011).</p> <p>- Demandas da sociedade por meio das conferências de saúde e do PPA-Participativo →Ampliação da disponibilidade de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica (PES, 2012 – 2014).</p>
III. Equipe Multiprofissional.	<p>- Creasi ... consultas em 2007, nas seguintes categorias: medicina (geriatria, ortopedia, psiquiatria e clínica médica), enfermagem, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, odontologia e nutrição (RAG, 2007).</p> <p>- O Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso ... re-inauguração do serviço de odontologia, em novembro, que deverá realizar procedimentos de média complexidade, além de procedimentos básicos (RAG, 2011).</p>
4. Arenas e canais.	
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	<p>- ...Esta tem trabalhado para a implantação de uma Política Estadual da Saúde do Idoso ...Demandas da sociedade por meio das conferências de saúde e do PPA Participativo→Implantação da Política Estadual de Saúde do Idoso; (PES 2012).</p>
5. Assimilação, contraposição.	
6. Marcos Institucionais.	<p>- Este compromisso tem no âmbito da SESAB, a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), através da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC) e a Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), o principal executor (RAG, 2012, 2013).</p> <p>Objetivo Específico 8.2: Implantar políticas de atenção integral à saúde por ciclo de vida e gênero (..)Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (RAG 2011)</p> <p>- ..Esta tem trabalhado para a implantação de uma Política Estadual da Saúde do Idoso...Demandas da sociedade por meio das conferências de saúde e do PPA Participativo→Implantação da Política Estadual de Saúde do Idoso; (PES 2012).</p> <p>Programa Envelhecimento Ativo / 110, PPA-2012-2015 Política Estadual da Saúde do Idoso implantada; Cuidado às doenças mais prevalentes implementado no processo de envelhecimento; Promoção e cuidado em saúde implementados para populações em processo de envelhecimento; Linha do Cuidado ao Idoso Frágil organizada; Trabalhadores da saúde qualificados na Atenção Geriátrica e Gerontológica. Promoção e cuidado em saúde implementados para populações em processo de envelhecimento (PES 2012).</p>

7. Formação de referenciais éticos.	-
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização	<p>- A campanha de vacinação contra gripe... objetivando imunizar a população maior de 60 anos contra influenza e prevenir complicações, entre elas a mais grave, a pneumonia... com cobertura vacinal de 87,62% e homogeneidade de 98,08% (RAG 2007).</p> <p>- A série histórica de cobertura vacinal contra Influenza mostra uma tendência de elevação a cada ano, com a adesão do idoso a vacinação (RAG 2007).</p> <p>- Cobertura Vacinal com influenza em pessoas > 60 anos → COB% 87,6 (RAG, 2008).</p> <p>- Com relação a proteção de pessoas acima de 60 anos, a Campanha de Vacinação contra Influenza sazonal apresenta uma adesão cada vez maior, o que pode ser constatado pela crescimento da cobertura vacinal entre o período de 2005 a 2009, alcançando a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (80%) (RAG, 2009).</p> <p>- A XIV Campanha de Vacinação de influenza incluiu as puérperas e o acesso na atenção primária para as pessoas portadoras de doenças crônicas além dos profissionais de saúde, crianças menores de dois anos, gestantes, idosos e indígenas e pessoas privadas de liberdade (RAG, 2013).</p>
II. Prevenção de DST	<p>- Tendência à elevação da taxa de incidência de Aids e de declínio da taxa de incidência de tuberculose (PES 2012).</p> <p>- Construção do projeto e oficina de qualificação de profissionais de saúde voltado à sexualidade e violência do Idoso através de convênio junto ao Ministério da Saúde (RAG 2013).</p>
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	<p>- Percentual de instituições de longa permanência para idosos (ILPI): Inspeccionadas → Índice alcançado de 60%. (RAG, 2009)</p> <p>- ... os municípios e as regionais realizaram inspeções em 62 (60,7%) Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Em 2008, das 102 instituições existentes, 85(83,33%) foram inspeccionadas (RAG, 2009).</p>
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	<p>- Centro de Referência para Atenção à Saúde do Idoso – Creasi ... produtividade de 3.181.476 atendimentos e consultas em 2007 (RAG, 2007).</p> <p>- O Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso cadastrou, em 2011, 1.154 idosos nos ambulatórios especializados. (RAG, 2011).</p> <p>- O exercício registra 95.515 atendimentos no Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – Creasi – a pessoas idosas que necessitaram de atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia (RAG, 2012).</p> <p>- O Programa de Apoio ao Cuidador, executado pelo Creasi atendeu 742 cuidadores em 2012 (RAG, 2012).</p> <p>- Assistência a 64 cuidadores através do programa de apoio ao cuidador do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI, com 534 atendimentos e uma média de 8,34 atendimentos/cuidador (RAG, 2013).</p>
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	<p>- Iniciou-se também o processo de formulação da política estadual de saúde da pessoa idosa, numa mobilização da SESAB com a sociedade civil, o Conselho Estadual do Idoso, Ministério Público, universidades, dentre outros. (RAG, 2007).</p> <p>Quadro 7, pagina 139 → Treinamento Intersetorial (RAG, 2008).</p> <p>- a SESAB assume como um dos importantes objetivos na Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010, a implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (RAG, 2009).</p> <p>- Realização de curso em parceria com a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para 42 Cuidadores Familiares com o objetivo de facilitar o cuidado prestado pelos cuidadores e de apoiar os cuidadores no processo do cuidado (RAG, 2010).</p> <p>- Realização da semana de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa em parceria com a Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, com o objetivo de conscientizar e orientar a população idosa sobre as diversas formas de violência; a longevidade como um triunfo da sociedade (PES, 2013).</p>

	<p>- Elaboração de documento para potencializar as ações intersetoriais de atenção integral à saúde da pessoa Idosa no âmbito de SUS (RAG, 2013).</p>
<p>11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.</p>	<p>- Com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento de patologias mais prevalentes, realizou-se o seminário estadual de medicamentos excepcionais para idosos, para um público de 120 pessoas, entre elas profissionais médicos de 30 municípios.” (RAG, 2007)</p> <p>- promoveu dois seminários de atualização no tratamento das demências e no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa (RAG, 2007).</p> <p>- foram realizados 4 cursos de especialização num total de 262 profissionais nas áreas de gerontologia e saúde da família (RAG, 2007).</p> <p>- O quadro 07 demonstra as oficinas e eventos realizados pelo CREASI até outubro de 2008 (RAG, 2008).</p> <p>- Quadro 7, página 139 → Treinamento Intersetorial (RAG, 2008).</p> <p>- Sensibilização de profissionais do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) para o fluxo de notificação de casos de violência (RAG, 2009).</p> <p>- Realização de um curso de atualização em Alzheimer em parceria com o CREASI para 30 profissionais de saúde da unidade e do Hospital Geral Roberto Santos; Realização de curso para cuidadores para pessoa idosa em Itanhém em parceria com o Conselho Municipal de Saúde e com o Centro de Assistência Social, com a participação de 115 pessoas; Participação no IX Congresso Interdisciplinar na Assistência Domiciliar Participação na “I Oficina para Estruturação da Rede Metropolitana de Assistência Integral às Pessoas em Situação de Violência e Notificação de Violência Doméstica e Sexual na Saúde” (RAG, 2010).</p> <p>- Foram desenvolvidas ações de educação em saúde nos serviços de referência em 37 municípios baianos. Nesse trabalho foram distribuídos 3.800 materiais institucionais referentes à saúde integral do idoso (RAG, 2012).</p> <p>- Foram desenvolvidas ações de educação em saúde nos serviços de referência em 37 municípios baianos. Nesse trabalho foram distribuídos 3.800 materiais institucionais referentes à saúde integral do idoso (RAG, 2012).</p> <p>- Construção do projeto e oficina de qualificação de profissionais de saúde voltado à sexualidade e violência do Idoso através de convênio junto ao Ministério da Saúde; Realização de palestras, seminários e feiras de saúde sobre “Envelhecimento Ativo”; Realização de palestras, seminários e feiras de saúde sobre “Envelhecimento Ativo” (RAG, 2013).</p>

	CEARÁ
1. Finalidade.	<p>PES → Ações Priorizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado → Garantia da atenção integral à saúde de pessoa idosa, pessoas com deficiência e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção a prevenção (PES 2012).</p> <p>Diretriz – 5</p> <p>12 – Ampliação do acesso da população idosa e portadores de doenças crônicas as ações e serviços qualificados e organizados em rede de atenção (PES 2012).</p>
2. Análise e Monitoramento	<p>Implementação do Sistema de informação em Diabetes e Hipertensão nos 184 municípios; implantação da avaliação de risco para Diabetes nos próximos 10 anos em todas as Microrregiões (RAG, 2008).</p>
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	
<p>3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção.</p>	<p>Ademais, realiza pesquisas destacando-se na UFC àquelas voltadas para Doenças e Agravos não Transmissíveis, mais especificamente Hipertensão e Diabetes, Violência contra o Idoso (PES) Ações Priorizadas no Processo de Planejamento Participativo e Regionalizado → Construir “Centros de Convivência de Idosos”(PES 2012).</p> <p>caderneta do idoso em 73 municípios cearenses.</p> <p>Implantação e implementação do serviço de atenção à saúde do idoso em 130 municípios.</p> <p>Implantação de Centros de Atenção ao Idoso nas Macrorregiões de Saúde do Ceará.</p> <p>Implantar a Saúde do Idoso através das ações de prevenção e detecção precoce do Câncer de próstata (RAG, 2007).</p>

	Implantação da Caderneta da Pessoa Idosa 100% dos Idosos → Meta: 919.914; Realizado: 406.360; 44,2%.
II. Medicamentos excepcionais.	dispensação de medicamentos de alto custo para 1.200 e 1.800 idosos, respectivamente (RAG, 2008).
III. Equipe Multiprofissional.	
4. Arenas e canais.	Cita metas alocadas no Planejamento Participativo e Regionalizado (PES 2012).
4* . Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	
5. Assimilação, contraposição.	
6. Marcos Institucionais.	
7. Formação de referenciais éticos.	
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização	A meta do Estado é superior a preconizada pelo Ministério da Saúde que é de 70% no mínimo. Além dos trabalhos realizados pelas equipes de PSF, existe uma conscientização por parte da população idosa das complicações da gripe, uma vez que a faixa etária acima de 60 anos é a mais vulnerável (RAG, 2006). 2006 → 91,00% (RAG, 2006). vacina contra Influenza → 87,3% (2009).
II. Prevenção de DST	
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), cadastradas e inspecionadas → 100% (RAG, 2008, 2009). Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas, inspecionadas → Ausência de resultado (RAG, 2010).
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	Estruturação do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso no HGCC (RAG, 2007). Implantação do Centro de Referência ao Idoso do Município de Barbalha (RAG, 2008). Construção de Centro de Atenção a Saúde do Idoso/Itapipoca (RAG, 2010).
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.	Educação continuada na saúde do idoso para profissionais da atenção básica, e Curso de Especialização em Geriatria, visando a formação de especialista; acompanhamento da atenção ao idoso nas Unidades de Referência (RAG, 2007). realização da oficina do Atendimento Domiciliar para os gestores dos hospitais do Estado em Fortaleza e gestores de municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; Realização da Oficina de Prevenção de Quedas e Osteoporose para 60 profissionais da área da Saúde e participação da SESA na II Conferência Estadual da Pessoa Idosa...(RAG, 2008). Ainda neste Programa concluíram residência 88 médicos e foram formadas 1.588 pessoas dentro das tipologias discriminadas a seguir... Cuidador de Idoso (32) (RAG, 2008). No programa Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS foram capacitadas 1.180 pessoas nas seguintes áreas ...Curso de Gerontologia (26); Curso de Neonatologia (11); Curso de Geriatria (44); (RAG, 2008). Realização de seminários sobre atendimento a idosos para os profissionais da saúde dos 184 municípios e para os profissionais dos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS (RAG, 2010). Capacitação de 2.807 profissionais de saúde (RAG, 2010). Observou-se que os 184 municípios desenvolveram ações de Atenção ao Idoso com oferta de insumos estratégicos, e o destaque à distribuição de material instrucional (RAG, 2010).

	PARAÍBA
1. Finalidade.	DIRETRIZ Nº 6: PROMOÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO <ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar e ampliar as ações de promoção para a atenção à saúde do idoso (PES 2008- 2011, pág.88).
2. Análise e Monitoramento	➔ Sem informações.
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	➔ Sem informações.
3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar e implantar Projeto de Atendimento Oftalmológico para Idosos, de acordo com o Projeto Nacional “OLHAR BRASIL”, atendendo 50% de pessoas acima de 60 anos, até 2011 (PES 2008- 2011, pág.88). ➤ Garantir a distribuição das CADERNETAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA, do Programa Nacional, a 100% dos municípios paraibanos contra a gripe (PES 2008- 2011, pág.88).
II. Medicamentos excepcionais.	➤ Sem informações.
III. Equipe Multiprofissional.	➤ Sem informações.
4. Arenas e canais.	➔ Sem informações.
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	➤ Sem informações.
5. Assimilação, contraposição.	➔ Sem informações.
6. Marcos Institucionais.	➔ Sem informações.
7. Formação de referenciais éticos.	Sem informações.
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização	➤ Vacinar, anualmente, 70% da população idosa (PES 2008- 2011, pág.88).
II. Prevenção de DST	➔ Sem informações.
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover ações para articular o Programa de Saúde do Idoso com os Programas Saúde da Família /Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, com vistas à integração assistencial das atividades de todas as equipes de PACS e PSF (PES 2008- 2011, pág.88).
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implantar 04 Centros de Referência à Saúde Integral da Pessoa Idosa, nas 04 macrorregiões de saúde (PES 2008- 2011, pág.88). ➤ Implantar 04 Centros de Referência à Saúde Integral da Pessoa Idosa (PES 2008- 2011, pág.88).
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	➔ Sem informações.
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar 12 oficinas de acolhimento à Pessoa Idosa, através da Estratégia Saúde da Família/ESF (PES 2008- 2011, pág.88). ➤ Organizar o processo de 12 oficinas de acolhimento à Pessoa Idosa, junto a Estratégia Saúde da Família (PES 2008- 2011, pág.88).

	PERNAMBUCO
<p>1. Finalidade.</p>	<p>4.3.4 Saúde da Pessoa Idosa Diretrizes: Implementar a atenção integral à saúde do idoso mediante a promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de assistência, visando a melhoria da qualidade de vida e reintegração social (PES, 2007).</p> <p>. SAÚDE DO IDOSO. OBJETIVO: Coordenar, acompanhar e avaliar no âmbito do Estado os serviços oferecidos com base na Política Nacional (...)(RAG, 2008, 2009, 2010, 2011).</p> <p>A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa atua no fortalecimento das ações nos municípios, objetivando, o envelhecimento ativo e a participação social (PES, 2011).</p>
<p>2. Análise e Monitoramento</p>	<p>Foi iniciado o processo de implantação, informando e mobilizando os municípios sobre a importância da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (RAG, 2008).</p> <p>Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, por GERES, bem como acompanhar e avaliar os resultados de seu preenchimento (PES 2008)</p> <p>Detectamos em avaliação e acompanhamento prévio e com o resultado do I Encontro Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para uma melhor assistência desta população (RAG, 2008).</p> <p>Foi aplicado o PPD (Teste Mantoux) em 92 pacientes idosos das instituições de longa permanência. Como instrumento estratégico para o atendimento e acompanhamento da saúde dos idosos, foi implantada a caderneta da pessoa idosa em todos os municípios de Pernambuco (RAG, 2008).</p> <p>Considerando o período de 2003 a 2008, pode-se verificar que a Taxa de Internação Hospitalar por Fratura de Fêmur apresenta crescimento positivo nos primeiros quatro anos da série estudada (21,4%), tendo seu comportamento mudado a partir do ano de 2006, ano em que apresentou a maior taxa (13,5 internações por 10.000 hab. com idade acima de 60 anos), decrescendo até 2008 (10,1/10.000 hab.), apresentando neste segundo período uma redução de 25,6%. Ressalta-se que esta redução implica em ganhos consideráveis em relação à prevenção de incapacidades e óbitos em idosos, ficando inclusive 28% abaixo da meta pactuada para o ano (RAG 2008).</p> <p>Considerando o período de 2003 a 2009, pode-se verificar que a Taxa de Internação Hospitalar por Fratura de Fêmur apresenta crescimento positivo nos primeiros quatro anos da série estudada (21,4%), tendo seu comportamento mudado a partir do ano de 2006, ano em que apresentou a maior taxa (13,5 internações por 10.000 hab. com idade acima de 60 anos), decrescendo até 2009 (7,8/10.000 hab.), apresentando neste segundo período uma redução de 42,4%. Ressalta-se que esta redução implica em ganhos consideráveis em relação à prevenção de incapacidades e óbitos em idosos, ficando inclusive 56% abaixo da meta pactuada para o ano. (RAG 2009)</p> <p>Considerando o período de 2003 a 2010, pode-se verificar que a Taxa de Internação Hospitalar por Fratura de Fêmur apresenta crescimento positivo nos primeiros quatro anos da série estudada (21,4%), tendo seu comportamento mudado a partir do ano de 2006, ano em que apresentou a maior taxa (13,5 internações por 10.000 hab. com idade acima de 60 anos), decrescendo até 2010 (8,6/10.000 hab.), apresentando neste segundo período uma redução de 36%. Ressalta-se que esta redução implica em ganhos consideráveis em relação à prevenção de incapacidades e óbitos em idosos. Houve redução de 1,1% de 2009 para 2010, quando a meta preconizada pelo MS foi de, pelo menos, 2%. Em relação à meta pactuada pelo Estado para o ano de 2010 (10,1%), PE ficou 15% abaixo da meta. (RAG 2010)</p> <p>Considerando o período de 2003 a 2011, pode-se verificar que a Taxa de Internação Hospitalar por Fratura de Fêmur apresenta crescimento positivo nos primeiros quatro anos da série estudada (21,4%), tendo seu comportamento mudado a partir do ano de 2006, ano em que apresentou a taxa de 13,5 internações por 10.000 hab. com idade acima de 60 anos, decrescendo até 2010 (8,6/10.000 hab.); no entanto, observa-se um aumento no ano 2011 (13,5/10.000 hab.), indicando uma variação positiva de 57%, quando comparados os anos 2010 e 2011. Em relação à meta pactuada pelo Estado para o ano de 2011 (10,1%), PE ficou 25,2% abaixo da meta (RAG 2011)</p>

	<p>Monitorar os 185 municípios do Estado, com o objetivo de avaliar os serviços existentes e a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. → Meta executada através da implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e monitorada através de questionários, devido à insuficiente equipe de monitoramento (RAG, 2009). o Guia de orientação para o Agente Comunitário de Saúde com finalidade de detectar riscos domiciliares de quedas (RAG, 2009).</p> <p>Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, por GERES, bem como acompanhar e avaliar os resultados de seu preenchimento. → Meta executada através da implantação nos anos de 2007 e 2008 e implementação no ano de 2009. O monitoramento foi realizado através de questionários enviados por meio das GERES aos 185 municípios, obtendo respostas de 124 municípios. Segundo SIAB de junho/2009 existiam 425.796 idosos cadastrados (RAG, 2009).</p> <p>Traçar o Perfil Epidemiológico da população idosa no Estado de Pernambuco em parcerias com instituições e unidades de ensino superior, fazendo revisão a cada 2 anos contemplando as 11 GERES (intersectorialidade) (PES 2008) → Meta concluída em 2010, através da apresentação da Pesquisa do Perfil Sócio Epidemiológico da Pessoa Idosa do Estado durante o III Encontro Estadual de Saúde do Idoso realizado em 25/11/2010 (RAG, 2010).</p> <p>Monitorar os 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha → Meta em execução. O acompanhamento ocorreu por meio de questionário e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Meta executada através da implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, nos anos de 2007 e 2008, e implementação no ano de 2009 e 2010. E, monitorada através de questionários enviados aos 185 municípios através da GERES (RAG, 2010).</p> <p>Encaminhamento de instrumento (questionários) aos 184 municípios do Estado e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, não sendo possível a realização do monitoramento in loco devido à insuficiente equipe de monitoramento (RAG, 2011).</p> <p>Monitorar os 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, com o objetivo de avaliar os serviços existentes e a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. (PES 2008, 2011).</p> <p>Traçar o Perfil Epidemiológico da população idosa no Estado de Pernambuco em parcerias com instituições e unidades de ensino superior, fazendo revisão a cada 2 anos contemplando as 11 GERES. (intersectorialidade) (PES 2008, 2011).</p> <p>A Gerência de Saúde do Homem e do Idoso atua no desenvolvimento de ações de promoção → Aperfeiçoamento dos sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão (PES, 2013).</p>
<p>3. Simultaneidade dos papéis políticos.</p>	
<p>3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção.</p>	<p>Protocolo de atendimento e o cartão do idoso Implantação/implementação de “Centros-Dia” (PES 2005).</p> <p>Capacitar 1.990 profissionais de saúde para o atendimento a população idosa na atenção básica, secundária e terciária, em parceria com Secretarias Estaduais envolvidas com a Política do Idoso. (PES 2005).</p> <p>Implantar 300 leitos domiciliares para pessoas idosas (PES 2008).</p> <p>Implantar centros permanentes para cirurgias de cataratas (PES 2008).</p> <p>Assessorar os municípios na implantação de coordenações municipais de saúde do idoso (PES 2008).</p> <p>Realizar treinamento para capacitação de técnicos multiplicadores municipais para formação de cuidadores de idosos nas GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h (PES 2008).</p> <p>Foi realizada capacitação na área de Saúde do Idoso para os profissionais do Hospital Alcides Codeceira ... totalizando 41 participantes (RAG, 2008).</p>

	<p>Nas viagens para implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas Regionais, foram feitas avaliação e acompanhamento das Cadernetas que tinham sido implantadas anteriormente - 2007 (RAG, 2008).</p> <p>Conseguimos concluir o processo de implantação nas demais GERES – 2008 (RAG, 2008).</p> <p>Realizar capacitação para os coordenadores municipais da saúde do idoso, equipes dos PACS/PSF e demais profissionais que atuam com esta população nas 11 GERES, inclusive em relação à Reabilitação Baseada na Comunidade – RBC em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h (RAG 2009, 2010; PES 2008). Em 2011, a meta não foi executada, pois " Meta não executada; aguardando posicionamento da Escola de Saúde Pública-ESP-PE A RBC foi direcionada a Área Técnica da Pessoa com Deficiência, e será executada por aquela Coordenação (RAG 2011).</p> <p>Qualificar 30 profissionais no curso de cuidador do idoso → Meta não pactuada no PES, mas realizada com Recurso oriundo da Portaria MS1996/2007 devido à necessidade do serviço (RAG, 2010).</p> <p>Devido ao baixo retorno nas respostas foi estabelecido o envio de projetos com justificativas para liberação das cadernetas, a partir de 2011 (RAG, 2011).</p> <p>Implantar Núcleo Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PES 2012).</p>
II. Medicamentos excepcionais.	<p>Programa Estadual de Medicamentos Excepcionais (PROEME) implantado através da Gerência de Assistência Farmacêutica em parceria com esta Gerência de Saúde do Idoso (RAG, 2009).</p>
III. Equipe Multiprofissional.	<p>Criar modelos assistenciais que se adequem aos novos perfis de pacientes crônicos, idosos e fora da possibilidade terapêutica, oportunizando uma assistência humanizada, contínua e integral dentro do ambiente familiar, acompanhado pelas unidades de atenção primária e equipes de retaguarda que garantam o atendimento e cuidados ao paciente (RAG, 2007).</p> <p>Implantar serviços de reabilitação domiciliar por GERES, para idosos, composto por equipe interdisciplinar e multidisciplinar em parceria com o NASF (PES 2008). → Meta não executada (RAG, 2009).</p>
4. Arenas e canais.	<p>Promover 2 encontros estaduais de gestores municipais e equipes de PSF para discussão da política de assistência ao idoso (PES, 2007).</p> <p>A Política como documento está em tramitação legal, porém suas diretrizes foram pautadas e esclarecidas nas reuniões e as ações principais executadas (orientação de atendimento ao idoso nos níveis de assistência, implantação da Caderneta, sensibilização dos profissionais, orientação aos agentes comunitários de saúde e outros) (RAG, 2008).</p>
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	
5. Assimilação, contraposição.	<p>Implantar a Casa do Idoso em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania e de Desenvolvimento Econômico Turismo e Esporte (RAG, 2007).</p> <p>Política Estadual de saúde da pessoa idosa. → Inicialmente foi pensado em municípios sede focalizando esse trabalho, porém, as GERES, mobilizando os Municípios, propiciou agilidade, contribuindo para ultrapassar o número de municípios programados (RAG, 2008). Concomitantemente ao processo de implantação da PESPI, identificamos um articulador em cada município para ficar responsável pela Saúde do Idoso (RAG, 2008).</p> <p>Meta em execução em parceria com ESPPE com o objetivo de qualificar 35 cuidadores formais e Informais com carga horária de 250h (RAG, 2009).</p> <p>Realizar treinamento para capacitação de técnicos multiplicadores municipais para formação de cuidadores de idosos nas GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h → Meta parcialmente executada em parceria com Escola de Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE com o objetivo de qualificar 35 cuidadores formais e informais com carga horária de 250h. O</p>

	<p>curso foi oferecido e divulgado para a I GERES, tendo sido realizada seleção prévia tanto dos docentes, como dos discentes, teve início em dezembro de 2009 e conclusão em 2010.</p> <p>Sugestão: Esta meta está suspensa por tempo indeterminado, tendo em vista orientação da Secretaria Executiva de Gestão de Trabalho - Ministério da Saúde, de não realização por estar criando uma nova classe trabalhista. Apoiamos a iniciativa municipal para realização do curso de cuidadores familiares (RAG, 2012).</p>
<p>6. Marcos Institucionais.</p>	<p>Implantar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. (PES 2008)</p> <p>(..) a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de garantir a atenção integral e melhoria da qualidade de vida na perspectiva da promoção, prevenção e manutenção da Saúde desta população, nos diversos níveis de assistência, objetivando o envelhecimento ativo e a participação social (RAG, 2008, 2009, 2010, 2011).</p> <p>Foi iniciado o processo de implantação, informando e mobilizando os municípios sobre a importância da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (RAG, 2008).</p> <p>A partir da publicação da Portaria GM nº 1944, de 27 de agosto de 2009, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a Gerência de Saúde do Homem e do Idoso tem como objetivo: Coordenar, acompanhar e avaliar no âmbito do Estado os serviços oferecidos com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com a finalidade de garantir a atenção integral e melhoria da qualidade de vida na perspectiva da promoção, prevenção e manutenção da saúde desta população, nos diversos níveis de assistência - Ver pág.50 (RAG 2009).</p> <p>Em 2009, a Política foi implementada através da realização do II Encontro Estadual da Saúde do Idoso como também das Oficinas de Atualização na Saúde do Idoso e Oficinas do Programa Chapéu de Palha (RAG, 2009).</p> <p>Implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa nos 185 municípios de Pernambuco (RAG, 2009).</p> <p>Em 2010, a Política foi implementada através da realização do “III Encontro Estadual da Saúde do Idoso”, realizado dia 25/11/2010... Considera-se que a Política está implantada em todo o Estado (RAG, 2010).</p> <p>A Gerência de Saúde do Homem e do Idoso atua no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a atenção primária (PES 2012)</p> <p>A Gerência de Saúde do Homem e do Idoso atua no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a atenção primária. Com a implantação do Programa pretende-se ampliar o atendimento qualificado às vítimas de violência nos 11 Hospitais Regionais do Estado, realizando capacitações e ações específicas para a notificação de violências e acidentes contra idosos (PES, 2013).</p> <p>Formular a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, garantindo recortes de cor/raça, etnias, gênero e orientação sexual (PES 2012)(RAG, 2013)</p>
<p>7. Formação de referenciais éticos.</p>	<p>A implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI) visa assegurar os direitos à saúde nos três níveis de atenção, criando condições para promover a autonomia e a independência, pautada nos princípios e diretrizes do SUS (RAG 2008).</p>
<p>8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização</p>	<p>Vacinar anualmente 70% da população de 60 anos e mais contra Gripe. Implantar e implementar os calendários vacinais do adolescente, adulto e idoso (RAG, 2007).</p> <p>“A vacinação foi realizada na Mobilização para Campanha Nacional de Vacinação do Idoso e no Dia “D” Campanha Nacional de Vacinação do Idoso” → Todo Estado foi beneficiado (RAG, 2008).</p> <p>As Campanhas de Vacinação contra Poliomielite tem como objetivo principal impedir a reintrodução dos vírus da poliomielite no país. E a Campanha da Influenza seria diminuir o número de complicações respiratórias em Idosos (RAG, 2009).</p> <p>Campanha de Vacinação dos Idosos (Influenza Sazonal) - 80% (RAG, 2009).</p>

	<p>Realizar anualmente 3 Campanhas Nacional de Vacinação, sendo 2 contra Poliomielite (2 etapas) e 1 contra Influenza/Gripe(Idoso)→ Está Vacinação ocorre diante das datas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e acontece em todas as Salas de Vacinação do Estado e também em postos Volantes (RAG, 2010).</p> <p>Realizar anualmente 3 Campanhas Nacional de Vacinação, sendo 2 contra Poliomielite (2 etapas) e 1 contra Influenza/Gripe(Idoso).--> Esta ação é realizada em conjunto com os municípios. O Estado disponibiliza a seringa e faz a distribuição das vacinas e o município executa ação (RAG, 2011).</p> <p>Nesse contexto, foram implantados, além do calendário da criança, os calendários de vacinação do adolescente, do adulto e do idoso (RAG, 2013).</p>
II. Prevenção de DST	<p>01 palestra sobre “Sexo na Terceira Idade” Confeccionar e distribuir material instrucional sobre prevenção às DST/HIV/AIDS/HTLV para realização das oficinas, seminários, capacitações, atendimentos e campanhas conforme demanda, incluindo especificidades de grupos populacionais (idosos deficientes e outros). →Alcançamos 33% da Meta, pois estamos aguardando recebimento de alguns itens (RAG, 2010).</p> <p>Confeccionar e distribuir material instrucional sobre prevenção às DST/HIV/ Aids/HTLV para realização das oficinas, seminários, capacitações, atendimentos e campanhas conforme demanda, incluindo especificidades de grupos populacionais (idosos deficientes e outros). -> 100% (RAG, 2011).</p>
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	<p>Supervisionar 72 Instituições de Longa Permanência em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico Turismo e Esporte. (PES, 2007).</p> <p>Realizar 4 inquéritos tuberculínicos em Instituições de longa permanencia, com a finalidade de detectar a infecção tuberculosa → Em 27 a 31/03/2011 no Hospital Otávio de Freitas (RAG, 2011).</p>
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	<p>META Implantar 8 Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. (PES, 2007)</p> <p>Implantar Centro de Referência da Pessoa Idosa no Hospital Geral de Areias (PES 2008)</p> <p>elaborado projeto para implantação de Núcleos de Referência Especializada nas 11 Regionais de Saúde, para dar suporte em Geriatria aos Programas de Saúde da Família (RAG, 2009).</p> <p>Execução de projetos complementares de engenharia, planilhas orçamentárias e caderno de encargos, para o projeto de arquitetura da unidade de referência em atenção ao idoso (EM LICITAÇÃO) (RAG, 2011).</p>
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	<p>Encontro/Fórum Anual Estadual de Saúde da Pessoa Idosa em parceria com os Municípios, Universidades, Secretarias Estaduais, Conselhos e Instituições, tendo em vista o Fortalecimento do envelhecimento ativo: Realizado o I Encontro Estadual de Saúde do Idoso - Ampliando o Atendimento do Idoso no PSF, com 107 participantes ligados ao segmento. (RAG, 2008).</p> <p>Encontro/Fórum Anual Estadual de Saúde da Pessoa Idosa em parceria com os Municípios, Universidades, Secretarias Estaduais, Conselhos e Instituições, tendo em vista o Fortalecimento do envelhecimento ativo: Realizado o I Encontro Estadual de Saúde do Idoso (RAG 2009, 2011; PES 2008).</p> <p>...bem como a qualificação da rede de saúde nos diversos níveis de assistência de forma integrada, estabelecendo parcerias com o segmento do idoso, universidades, municípios e secretarias do Estado (PES, 2011).</p> <p>A Gerência de Saúde do Homem e do Idoso atua no desenvolvimento de ações de promoção... Promoção da articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir (RAG, 2013).</p>
13. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS.	<p>Orientação ao Atendimento ao Idoso nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. (PES, 2007).</p> <p>Realizar 6 cursos de “Cuidadores de Idosos” para 180 profissionais de saúde (PES, 2007).</p> <p>Realizar 48 palestras educativas para a população idosa, inclusive, as inseridas nos</p>

	<p>Programas Estruturadores de Governo, com o objetivo de promover o envelhecimento ativo (PES 2008)</p> <p>orientação quanto ao preenchimento do protocolo de medicamentos excepcionais para Alzheimer e Parkinson (RAG, 2008).</p> <p>Realizado o I Encontro Estadual de Saúde do Idoso - Ampliando o Atendimento do Idoso no PSF, com 107 participantes ligados ao segmento (RAG, 2008). Também foi realizada sensibilização em Saúde do Idoso...quatro oficinas “Como Envelhecer Bem”, para elevar os fatores de proteção à pessoa idosa...(RAG, 2008)</p> <p>Foram realizadas as palestras para população idosa, inclusive a inserida no Programa Chapéu de Palha, atingindo um total de 916 participantes: Política Pública do Idoso no Estado de Pernambuco - 30 participantes; Política da Saúde da Pessoa Idosa - 150 participantes; Presença de Câncer de Próstata - 100 participantes; “Dizer ou não dizer o diagnóstico do paciente de Alzheimer” - 100 participantes; Palestra sobre Envelhecimento Saudável - 30 participantes; Palestra sobre doenças prevalentes no Idoso - 100 participantes; Atividade Física e Envelhecimento - 20 participantes; Política Pública do Idoso - 60 participantes; Cuidados com a Saúde do Idoso nas Instituições de Longa Permanência - ILP - 60 participantes; Palestra sobre sexualidade alusiva ao dia de Enfrentamento contra AIDS - 50 participantes; Como Envelhecer Bem No Programa Chapéu de Palha: com o total de 226 participantes: Cabo - 95 participantes, Nazaré da Mata - 61 participantes, Moreno - 24 participantes, Vitória de Santo Antão - 46 participantes (RAG, 2008).</p> <p>Oficinas de Atualização em Saúde do Idoso, através da Oficina de Prevenção de Osteoporose Quedas e Fraturas em Idosos, realizada para os profissionais dos PSF e NASF, o qual teve como objetivo traçar linhas de cuidados e para tanto ficou instituído um Grupo Técnico, como também através do II Encontro Estadual de Saúde do Idoso (RAG, 2009).</p> <p>01 Oficina de Atualização na Saúde do Idoso e 02 Oficinas de Sensibilização de Capacitadores em Saúde do Idoso (RAG, 2010).</p> <p>01 palestra sobre “Envelhecimento Ativo” (no município do Igarassu); 01 palestra sobre “Envelhecimento Saudável” (RAG, 2010).</p> <p>01 palestra sobre o tema: ‘Sabendo mais sobre demências’, no NASCI (RAG, 2010).</p> <p>Foi ainda elaborada a cartilha “Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas: Como Prevenir?”, com o objetivo de levar informações à população geral, especialmente às pessoas idosas, acerca dos riscos e das ações preventivas relacionadas às quedas e fraturas, visando colaborar na redução de internações de pessoas idosas, por fratura de fêmur (RAG, 2011). Dias 18 e 20/10/2011- 120 idosos do Abrigo Cristo Redentor (em Jaboatão) confecção e distribuição de cartazes, folhetos informativos e cartilhas alusivas a campanha de prevenção de quedas e fraturas em pessoas idosas durante a sensibilização e mobilização social Caderneta de Saúde impantada nos anos de 2007 e 2008, e implementada no ano de 2009, 2010 e 2011 (RAG, 2011).</p> <p>Realizar 12 "Oficinas Regionais de Sensibilização e Atualização" para o desenvolvimento de ações em promoção e prevenção dos principais agravos de saúde da população idosa para as ESF, garantindo recortes de cor/raça, etnias, gênero e orientação sexual (PES 2012)</p> <p>12 Oficinas Regionais de Sensibilização e Atualização realizadas, com profissionais sensibilizados e atualizados para o estabelecimento de linhas de cuidados para a população idosa Realizado o 1º Curso de Qualificação de Cuidadores de Idosos (RAG, 2013).</p>
--	--

PIAUÍ	
1. Finalidade.	<p>EIXO 04 E 05 – GESTÃO DO SUS e PACTO PELA SAÚDE Implantar e implementar mecanismos efetivos de cogestão inter-federativa de políticas públicas, tais como política nacional da pessoa portadora de deficiência, política de atenção a saúde do adulto e do idoso, política nacional de alimentação e nutrição, dentre outras, conforme prioridades definidas no pacto pela saúde (PES 2012-2015).</p> <p>Integrar a atenção e o cuidado à saúde, de grupos populacionais prioritários por meio da implementação de ações direcionadas para o controle de danos e agravos; 15. Reduzir o número de quedas em idosos (PES 2012-2015).</p> <p>DIRETRIZ: Implantar e Implementar a Política de Promoção à Saúde --> 5 – Implementar as ações de competência estadual referentes à Política de Atenção à saúde do Idoso (PES 2012-2015).</p>
2. Análise e Monitoramento	
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	
<p>3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção.</p>	<p>DIRETRIZ: Implementar as ações de competência estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso META 2012-2015 DIRETRIZ: Implementar as ações de competência estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso META 2012-2015 1 – Apoiar as SMS na capacitação de técnicos dos serviços com vistas a garantir o acolhimento preferencial ao idoso respeitando a classificação de risco em 100% nas unidades de saúde (PES 2012-2015).</p> <p>2 – Priorizar a remoção do idoso em risco nos programas de remoção especial. 3 – Apoiar as SMS na implantação do programa de atenção ao portador de doenças de Alzheimer e Mal de Parkinson. 4 – Apoiar as SMS na implantação de protocolo de atenção ao idoso 6 - Reduzir a proporção de internação por diabetes em idosos. (PES 2012-2015, pág. 55)</p>
II. Medicamentos excepcionais.	
III. Equipe Multiprofissional.	
4. Arenas e canais.	
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	
5. Assimilação, contraposição.	
6. Marcos Institucionais.	
7. Formação de referenciais éticos.	
<p>8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização</p>	<p>DIRETRIZ: Prevenir e controlar as doenças imunopreveníveis 6– Vacinar anualmente, cerca de 70% da população com 60 anos e mais, contra influenza (PES 2012-2015).</p>
II. Prevenção de DST	
<p>9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI</p>	<p>5 – Garantir acompanhamento, dentro de um projeto terapêutico integral, a 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na rede de serviços estadual. (PES 2012)</p>
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	

10. Estímulo às atenções intersetoriais: I. Política Estadual de Saúde a Pessoa Idosa.	
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.	

	RIO GRANDE DO NORTE
1. Finalidade.	
2. Análise e Monitoramento	
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	
3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção	<p>METAS 2012-2015 Apoiar a implantação da caderneta do idoso em 100% dos municípios do RN. (PES 2012-2015). Implantar a caderneta do idoso em 100% dos municípios do RN --> 2010 -2011 . (2008-2011 PES).</p> <p>O Programa de Internação Domiciliar foi premiado com o Projeto Oficina de Tecnologia Assistiva Para Cuidadores de Idosos e Portadores de Necessidades Especiais –PID/RN, no Concurso Talentos da Maturidade – Categoria Programas Exemplares promovido pelo Grupo Santander Brasil/SA, em Novembro de 2009, na cidade de Campinas/SP (PES 2008-2011).</p> <p>Além disso, serão oferecidas para os membros das equipes multiprofissionais, capacitações em Cuidados Paliativos, Assistência ao Recém nascido de Baixo Peso e Gerontologia... (PES 2008-2011).</p>
II. Medicamentos excepcionais.	
III. Equipe Multiprofissional.	
4. Arenas e canais.	
4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	
5. Assimilação, contraposição.	
6. Marcos Institucionais.	<p>4.1.2 PROMOÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS POPULAÇÕES POR CICLO E GÊNERO OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Implementar a política estadual de atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente e jovem, da pessoa idosa e do homem; 2010-2011(PES 2008-2011).</p>
7. Formação de referenciais éticos.	
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização	<p>Garantir a cobertura vacinal contra Influenza em 80% dos idosos na faixa etária > 60 anos. → 2010 -2011 (2008-2011 PES).</p> <p>Atingir a meta de 80% de cobertura vacinal nas campanhas do idoso e 95% nas campanhas de vacinação da poliomelite. →2010 -2011 (2008-2011 PES).</p>

II. Prevenção de DST	
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	Garantir anualmente a fiscalização de 100% das instituições de longa permanência – ILPI cadastradas no Estado. → 2010 -2011 (PES 2008-2011).
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	
10. Estímulo às atenções intersetoriais:	
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.	<p>1.4.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR</p> <p>→Desse modo, com intuito de fomentar a Educação Permanente, serão programados juntamente com os setores competentes cursos para Cuidadores de Idosos, Portadores de Necessidades Especiais e Deficientes, dos diversos hospitais públicos e Oficinas de Tecnologia Assistiva, simultaneamente, podendo estas últimas serem realizadas em parceria com outras instituições que compõem a Rede de Atenção à Saúde (PES 2008-2011).</p> <p>Realizar através do PID 16 cursos e 20 Oficinas de Tecnologia Assistiva para Cuidadores de Idosos e Portadores de Necessidades Especiais 2010-2011(PES 2008-2011).</p> <p>→Realizar 8 cursos de qualificação do cuidado de pessoas idosas com dependência para 234 cuidadores. 2010-2011(PES 2008-2011).</p>

	SERGIPE
1. Finalidade.	<p>Objetivo: Realizar o acompanhamento dos indicadores relativos à Saúde do Idoso e promover o envelhecimento ativo e saudável. (RQ2 2012)</p> <p>DIRETRIZ 05. Garantia da Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa e dos portadores de doenças crônicas com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de Promoção e Prevenção.</p> <p>Objetivo: Apoio e coordenação da implantação das Academias da Saúde, articuladas com a Estratégia Saúde da Família dos municípios, instrumentalizando a abordagem das equipes quanto à prevenção e promoção da saúde. (RQ1 2013) (RQ2 2013) (RQ3 2013) (RQ1 2014) (RQ2 2014).</p>
2. Análise e Monitoramento	<p>Realização de visitas às Instituições de Longa Permanência em parceria com a Vigilância Sanitária (RQ1 2012).</p> <p>Realização de visitas às Instituições de Longa Permanência em parceria com a Vigilância Sanitária. → Visitas realizadas em pelo menos 30% das Instituições. →Meta cumprida (RQ2 2012).</p> <p>Visitas não realizadas. Não houve tempo hábil uma vez que a escolha do técnico responsável pela Saúde do Idoso ocorreu no final de Setembro (RQ3 2012).</p>
3. Simultaneidade dos papéis políticos.	Sem informações.
3. * Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade e atenção à saúde da pessoa idosa: I. Recursos de melhoria para atenção.	Planejamento e agendamento com o MS para capacitação dos profissionais dos municípios para implantação e implementação da Caderneta da Pessoa Idosa →Agendamento realizado →Metas não atingidas. Aguardando a nomeação de um técnico responsável pela Saúde do Idoso.; (R1Q 2012) →Meta não atingida. Não houve tempo hábil uma vez que a escolha do técnico responsável pela Saúde do Idoso ocorreu no final de Setembro (RQ3 2012)
II. Medicamentos excepcionais.	Sem informações.
III. Equipe Multiprofissional.	Sem informações.
4. Arenas e canais.	Sem informações.

4. * Estímulo a participação e fortalecimento do controle social.	Sem informações.
5. Assimilação, contraposição.	Sem informações.
6. Marcos Institucionais.	<p>Validação da Política Estadual do Idoso elaborada em 2011(versão preliminar), através da realização de Seminário (R1 Q 2012)</p> <p>Validação da Política Estadual do Idoso elaborada em 2011(versão preliminar), através da realização de Seminário → Política Estadual do Idoso validada. (RQ2 2012) → Meta não atingida. Não houve tempo hábil uma vez que a escolha do técnico responsável pela Saúde do Idoso ocorreu no final de Setembro. (RQ3 2012)</p> <p>Aprovar e implementar o Plano Estadual de PICs e Saúde da Pessoa Idosa no SUS/SE e implementar o Plano Estadual de DCNT → 100% dos municípios → 25% → A Área Técnica de Saúde do Idoso está sem um representante desde junho/2013, atrasando o calendário de implementação do Plano Estadual. (RQ2 2012)</p> <p>Estamos sem coordenação na Área Técnica de Saúde do Idoso (RQ3 2013).</p> <p>Estamos sem coordenação na Área Técnica de Saúde do Idoso (RQ 1 2014)(RQ2 2014).</p>
7. Formação de referenciais éticos.	
8. Promoção do envelhecimento ativo e saudável: I. Imunização	Sem informações.
II. Prevenção de DST	Sem informações.
9. Atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa: I. ILPI	Sem informações.
II. Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso.	Sem informações.
10. Estímulo às atenções intersetoriais: I. Política Estadual de Saúde a Pessoa Idosa.	
11. Divulgação e Informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores, e usuários do SUS: I. Formação e educação de profissionais.	<p>Elaboração do Plano de execução do Prêmio SUS em cordel SE, em parceria com a FUNESA, a área psicossocial, pessoas com deficiência e Saúde do Idoso. (RQ3 2012)</p> <p>Produzir e reproduzir materiais de informação, educação e comunicação sobre DCNT, PICs e Saúde do Idoso. → 100% de materiais programados → 0% → O processo criação de materiais de informação e educação e dos Boletins Informativos está programado para iniciar no 2º semestre. Projeto de criação de links para a página da SES na internet elaborado e aguardando aprovação da DAIS (RQ1 2013).</p> <p>O processo criação de materiais de informação e educação e dos Boletins Informativos deverá iniciar em outubro, juntamente com a implantação do projeto de criação de links para a página da SES, já elaborado e aprovado (RQ2 2013).</p> <p>Estamos sem coordenação na Área Técnica de Saúde do Idoso (RQ3 2013).</p> <p>Estamos sem coordenação na Área Técnica de Saúde do Idoso (RQ1 2014).</p> <p>Produzir e reproduzir materiais de informação, educação e comunicação sobre Saúde do Idoso. → 100% de materiais programados → 0% → Estamos sem coordenação na Área Técnica de Saúde do Idoso (RQ2 2014).</p> <p>Apoio na elaboração da Capacitação dos Cuidadores de Idosos, a ser realizado pela FUNESA. (RQ1 2012)</p> <p>Apoio a elaboração da Capacitação dos Cuidadores de Idosos, a ser realizado pela ETSUS/FUNESA. → Apoio realizado. → Não foi ainda realizada a Capacitação, pois ainda está em processo de elaboração pela ETSUS/FUNESA. (RQ2 2012)</p> <p>Meta cumprida parcialmente. Continua o processo de validação dos instrumentos de capacitação (RQ3 2012).</p> <p>OBJETIVO 2: Estruturar e manter a Escola Técnica de Saúde do SUS/ETSUS Monitorar a realização de 100% das ações de educação profissional (capacitação,</p>

	aperfeiçoamento), desenvolvidos pela ETSUS/FUNESA, previstas no Contrato Estatal da FUNESA. →PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS, NO QUADRIMESTRE, EM RELAÇÃO AO OBJETIVO PROGRAMADO: → Encerramento do Curso em Saúde do Idoso nas 07 regiões, com certificação de 140 alunos. (RQ1 2014)
--	--