

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

TATIANE DE SOUSA OLIVEIRA GALVÃO

**ESTUDO DE UMA EXPERIÊNCIA: APOIO MATRICIAL EM SAÚDE DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

VITÓRIA

2014

TATIANE DE SOUSA OLIVEIRA GALVÃO

**ESTUDO DE UMA EXPERIÊNCIA: APOIO MATRICIAL EM SAÚDE DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a. Ms. Tânia Maria de Araujo

VITÓRIA

2014

TATIANE DE SOUSA OLIVEIRA GALVÃO

**ESTUDO DE UMA EXPERIÊNCIA: APOIO MATRICIAL EM SAÚDE DO IDOSO NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Ms. Tânia Maria de Araujo - Orientador

Prof^a. Camila Lopes Taquetti, FCSES

Assistente Social Sandra Maria Bissoli
Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES

Dedico este trabalho ao meu esposo Dalton, pelo incentivo, confiança, amor e companheirismo. Essa vitória é nossa.

Muito Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu DEUS por estar presente em todos os momentos da minha vida. Toda a honra e glória e louvor por mais essa conquista, por ter me sustentado e me dado forças pra eu persistir lutando para alcançar a vitória.

Aos meus pais, Neuza e Isac pelos ensinamentos e por acreditar em minhas conquistas. Obrigada por permitir o primeiro sorriso, as primeiras palavras, os primeiros gestos de carinho. Obrigada pela compreensão, apoio, segurança e APRENDIZADO. Por isso, e por muitas coisas que vocês são a razão da minha vida. Amo vocês.

Ao meu irmão amado Flávio, aos meus familiares e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho. Obrigada.

A minha sogra Neli, obrigada pelas palavras, pelo carinho e pelas escutas ao longo desse processo.

E em especial ao meu esposo Dalton que tanto AMO, obrigada por ser esse homem tão dedicado e iluminado que me inspira cada dia mais ao me apoiar e oferecer todo seu carinho, seu amor e sua confiança.

As minhas companheiras de quatro anos, Edileuza Carla, Hemilly, Josiane, Flavia e a mais nova integrante Inara que juntos construímos uma família. Obrigada por tudo, pelas angústias, pelas belas risadas, pelos ensinamentos/compartilhamentos e principalmente pelo companheirismo. Espero que essa amizade continue por toda a vida.

As minhas SUPERvisoras Sandra Maria Bissoli e Renata Maria Sales Madureira, pelos ensinamentos, pelas reflexões, amizade, compreensão, enfim, por tudo. Obrigada, vocês foram realmente importante para minha formação profissional.

A minha orientadora Tânia Maria de Araujo pela contribuição e apoio ao longo desse processo. Obrigada.

Meus agradecimentos se estendem aos mestres pelos conhecimentos adquiridos.
MUITO OBRIGADA A TODOS!!!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representam uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso é uma pesquisa descritiva, de abordagem quanti-qualitativa, com foco em descrever sobre o processo de envelhecimento, as políticas públicas de assistência social e saúde voltada para a pessoa idosa, bem como descrever sobre o Apoio Matricial (AM) em Saúde do Idoso desenvolvido no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) do Município de Vitória no Estado do Espírito Santo (ES). Seu objetivo foi destacar as contribuições do Apoio Matricial em Saúde do Idoso para efetivação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Município de Vitória. A pesquisa foi realizada tendo como instrumento para obtenção dos dados a análise de documentos institucionais do CRAI, onde foi possível através deste identificar as ações desenvolvidas pelos matriciadores, profissionais envolvidos nas reuniões do apoio matricial e demandas em saúde do idoso apresentadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como identificar dificuldades e avanços encontrados pelos matriciadores no desenvolvimento das ações do apoio matricial junto às UBS. Para alcançar as informações que desenvolveram o presente estudo foi necessário uma revisão de literatura, onde foram utilizados autores renomados cientificamente, e que utilizam o tema idoso como foco de suas pesquisas. O estudo propiciou identificar as contribuições do AM em saúde do idoso, bem como o fortalecimento das ações de atenção à saúde para os idosos de Vitória.

Palavras-chave: Idoso. Políticas Públicas. Saúde. Apoio Matricial.

ABSTRACT

This course conclusion work is a descriptive study of quantitative and qualitative approach, focusing on describing about the process of old age, public social welfare politics and health facing the elderly, as well as describe on Matricial Support (AM) in the Health Center Reference Service to the Elderly (CRAI) of Vitória in Espírito Santo (ES). Its aim was to highlight the contributions of Matricial Support for Elderly Health guidelines for the execution of the National Health Policy for the Elderly in Vitória. This research was conducted by taking as a tool for data collection to analysis of institutional documents of CRAI, in which was possible through identifying the actions developed by matriciadores, in the Public Health Care to the elderly provided by the Basic Health Units (UBS), as well as identifying difficulties and advances found by the actions of Matricial Support from the UBS. That was developed a literature review, in which renowned authors were surveyed, and using elderly as the focus of their researches. Identify the contributions of the Matricial Support in elderly health was needed as well as strengthening the actions of health care for seniors in Vitória.

Keywords: Elderly. Public Politics. Health. Matricial Support.

LISTA DE SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

AM – Apoio Matricial

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPs - Centro de Atenção Psicossocial

CEO - Centro de Especialidade Odontológicas

CEP - Comitê de ética e Pesquisa

CME - Centro Municipal de Especialidades

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde

CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência de Assistência Social

CRE - Centro Regional de Especialidades

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ES – Espírito Santo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

Loas - Lei Orgânica de Assistência Social

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAI - Programa de Assistência ao Idoso

PAPI - Projeto de Apoio à Pessoa Idosa

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMGV - Região Metropolitana da Grande Vitória

Semus - Secretaria Municipal de Saúde

Sesc – Serviço Social do Comércio

SISAP - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso

SISREG – Sistema de Regulação

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UP – Unidade de Produção

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	23
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSO NO BRASIL.....	27
2.2.1	Idoso na Política de Assistência Social.....	28
2.2.2	Idoso na Política de Saúde.....	39
2.2.3	Idoso na Política de Atenção Básica.....	46
2.3	CONTEXTUALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL.....	50
2.4	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	55
2.4.1	Centro de Referência de Atendimento ao idoso (CRAI).....	57
2.4.2	Apoio Matricial em Saúde do Idoso no Município de Vitória.....	59
3	METODOLOGIA.....	65
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	69
4.1	EQUIPE DE MATRICIADORES: AÇÕES E DEMANDAS IDENTIFICADAS EM SAÚDE DO IDOSO.....	69
4.2	EQUIPE DE MATRICIADORES: AVANÇOS E DIFICULDADES EM SAÚDE DO IDOSO.....	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICE A.....	91
	ANEXO A.....	93

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como foco o Apoio Matricial (AM) em Saúde do Idoso, o interesse pelo tema surgiu a partir da vivência no campo de estágio na Secretaria Municipal de Saúde (Semus) no Município de Vitória, sendo a área de atuação a Gerência de Atenção à Saúde/Área Técnica Saúde do Idoso. A experiência de estágio curricular na formação em Serviço Social possibilitou a identificação de várias demandas que vêm ocorrendo em função do aumento da população idosa no Município, uma delas foi a necessidade de reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde.

O tema foi escolhido por ser inovador, pois o mesmo traz uma nova forma de conhecer e reconhecer as demandas de saúde dos idosos em Vitória e também a necessidade de estabelecer padrões de relacionamento entre os profissionais e os usuários da rede de Vitória.

A política de saúde adotada no município é embasada no Pacto pela Saúde, Vitória considera como prioridade o fortalecimento da Atenção Básica que estabelece novas estratégias e ações para os serviços de saúde, avançando assim, na reorganização e ampliação da oferta de serviços em todos os níveis de atenção, objetivando o cuidado integral em saúde. Sendo assim, a principal estratégia para sistematizar essa política de saúde no município supracitado é o apoio matricial, sendo entendido como uma ferramenta de suma importância para organizar e ampliar a oferta de ações em saúde (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

O Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial de nº. 1.395, 10 de dezembro de 1999 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) nº. 2.528/2006 e objetiva um envelhecimento ativo e saudável, que busca preservar a capacidade funcional, a autonomia e qualidade de vida do idoso. Nesse sentido, esta Política trata-se da responsabilização dos gestores do SUS que deverá estabelecer, em seus territórios de abrangências, um processo constante de articulação, integração com os equipamentos da rede, visando buscar a consolidação de compromissos efetivos. E principalmente que haja a participação de diferentes atores, que trabalham direta ou indiretamente com a PNSPI (BRASIL, 2006a).

O AM em saúde do idoso é desenvolvido pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que envolve diretamente os profissionais deste serviço, as equipes

da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e conta com a colaboração dos Apoiadores Institucionais à Gestão e Área Técnica de Saúde do Idoso da Semus da Prefeitura Municipal de Vitória (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Desta forma, buscamos realizar a pesquisa em que se habilitou responder a seguinte questão de investigação: quais as contribuições do AM para atender as demandas de saúde dos idosos no Município de Vitória?

A intenção deste estudo teve como finalidade conhecer os desdobramentos enfrentados pelos profissionais de saúde e como estes se organizam para atender as demandas cotidianas relacionadas à atenção à saúde da pessoa idosa. A produção de conhecimentos sobre a ferramenta AM, traz desafios sobre a implementação do serviço, a necessidade de se trabalhar conceitos e sistematizar a PNSPI, repensar e reinventar práticas e valores, ou seja, se configura como um processo social complexo que não se esgota com a criação dessa ferramenta.

Ao longo da revisão teórica, observamos publicações a respeito do AM em saúde mental. Porém durante essa revisão, sente-se a necessidade de uma abordagem teórica sobre o AM em saúde da pessoa idosa.

A partir desta perspectiva, constituiu-se objetivo geral destacar as contribuições do AM em saúde do idoso para efetivação das diretrizes da PNSPI. Para tal será necessário descrever as ações desenvolvidas pelos matriciadores e identificar as demandas em saúde do idoso apresentadas pelas UBS; descrever as dificuldades e avanços encontrados pela equipe de matriciadores em relação ao desenvolvimento das ações de AM junto às UBS no Município de Vitória.

Cabe destacar que o Brasil vêm envelhecendo de forma acelerada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) apontam que a longevidade dos munícipes de Vitória, encontra-se acima da média nacional, bem como o crescente envelhecimento populacional, o que desafia o Poder Público a produzir alternativas de atendimento a esse segmento populacional em sua rede de serviços.

Segundo Madureira e Bissoli (2014), a implantação do AM em saúde do idoso, busca o despertar dos profissionais das equipes de referência para um olhar diferenciado na atenção integral à saúde do idoso.

Portanto, a equipe de referência sempre foi responsável em promover à atenção integral do idoso, cuidando assim, da saúde de forma integral. E o apoio matricial tem

por objetivo qualificar a prática profissional. Portanto, “os serviços de referência/especialidades que dão apoio matricial passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: “os usuários do serviço” para o qual ele é referência e “o próprio serviço” (BRASIL, 2004, p. 11).

Segundo Merhy (1997, p.132), o processo de trabalho em saúde é uma interseção compartilhada, “quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato”.

Assim, pensar na questão do envelhecimento no Brasil é refletir como os profissionais de saúde e gestores lidam com esse novo fenômeno. É refletir quais as estratégias que os municípios vêm adotando em relação ao atendimento das demandas oriundas deste segmento etário.

A realização deste estudo visa ampliar o conhecimento acerca do apoio matricial e a importância do trabalho interdisciplinar/multidisciplinar desenvolvido pelas equipes de saúde na atenção ao idoso. O estudo tem relevância para o Serviço Social enquanto produção de conhecimento sobre a atenção em saúde da pessoa idosa e demanda que se apresenta para a intervenção do assistente social na saúde. Traz relevância ainda no sentido de que poderá evidenciar os desafios impostos cotidianamente ao assistente social na atenção à saúde do idoso. Assim, a atuação profissional, passa desde o cenário das políticas sociais, as condições de trabalho pela forma de organização do processo de trabalho e principalmente pela política de saúde.

Por estes motivos torna-se relevante desenvolver um estudo no qual revela as contribuições do apoio matricial em saúde da pessoa idosa, a fim de contribuir para integração e fortalecimento das ações de atenção à saúde para esse segmento. Segundo Costa (2008), a inserção dos assistentes sociais no trabalho na equipe da saúde potencializa o reconhecimento da profissão, e traz novas possibilidades de atender as necessidades ligadas ao sistema de saúde.

Portanto, cabe destacar que o presente estudo está estruturado da seguinte maneira: introdução, referencial teórico, metodologia, resultados da pesquisa e por fim as considerações finais.

No capítulo 1 contempla o referencial teórico, onde descrevemos sobre a questão do envelhecimento populacional, apresentando as alterações na estrutura etária do Brasil

e as contribuições das políticas para o provimento do envelhecimento ativo e saudável, bem como as políticas públicas, a construção das políticas de assistência social e saúde direcionada à população idosa e apresentamos um esboço das políticas e programas conquistados ao longo da história no Brasil.

Em seguida, contextualizamos sobre o AM no âmbito geral, descrevemos uma breve caracterização do Município de Vitória e em seguida o AM em saúde do idoso desenvolvido pelo CRAI do Município de Vitória.

No que tange, ao capítulo 3 descrevemos a metodologia do trabalho, na qual buscamos esclarecer os caminhos para concluir a pesquisa de caráter quanti-qualitativa, buscando assim, alcançar os objetivos propostos.

O capítulo 4 se trata da apresentação dos resultados e discussão da pesquisa. Por fim, apresentamos as considerações finais, na qual expusemos as argumentações sobre os resultados da pesquisa, como as possibilidades e os desafios para operacionalização do AM em saúde do idoso, bem como para finalização deste trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O aumento da população idosa é um dos fenômenos demográficos mundiais que tem merecido destaque atualmente. Tal fenômeno ocorre em função do aumento da esperança de vida ao nascer e resulta também das conquistas e avanços sociais, que contribuem para uma existência mais prolongada, manifestando-se tanto em países desenvolvidos, bem como, em países em desenvolvimento.

Esse crescimento é relevante, pois implica em construção de políticas públicas onde um dos desafios é desmistificar a questão do envelhecimento está associado a doenças, pois é necessário compreender a velhice como processo natural e assim fomentar políticas de promoção da saúde, de incentivo da inserção dos idosos na comunidade, na família e nos equipamentos disponíveis para esse segmento.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que a esperança de vida ao nascer no ano de 1980 era de 62,6 anos, passando para 73,4 anos em 2010 (Tabela 1), ou seja, em 30 anos a população idosa obteve um ganho de 10,8 anos na sua esperança de vida ao nascer.

Tabela 1 - Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050

Ano	Projeção da população - Esperança de Vida 1980-2050		
	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
1980	62,6	59,62	65,69
2000	70,43	66,71	74,29
2010	73,4	69,68	77,26
2020	76,06	72,47	79,80
2030	78,23	74,80	81,80
2040	79,95	76,68	83,35
2050	81,29	78,16	84,54

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Revisão 2008. (recortado).

Conforme se observa, dados ainda apontam que o processo de envelhecimento da população brasileira também é uma questão de gênero, com expressiva predominância das mulheres sobre os homens, 55% e 45%, respectivamente. Diversos estudos apontam que a característica predominante das mulheres que vivem mais do que os homens estão associadas: diferença na exposição a risco (acidente de trânsito, homicídios, entre outros), diferença no consumo de tabaco e álcool, diferença na atitude em relação às doenças e atendimento médico-obstétrico (mortalidade materna, bastante reduzida), segundo revela Veras (2003).

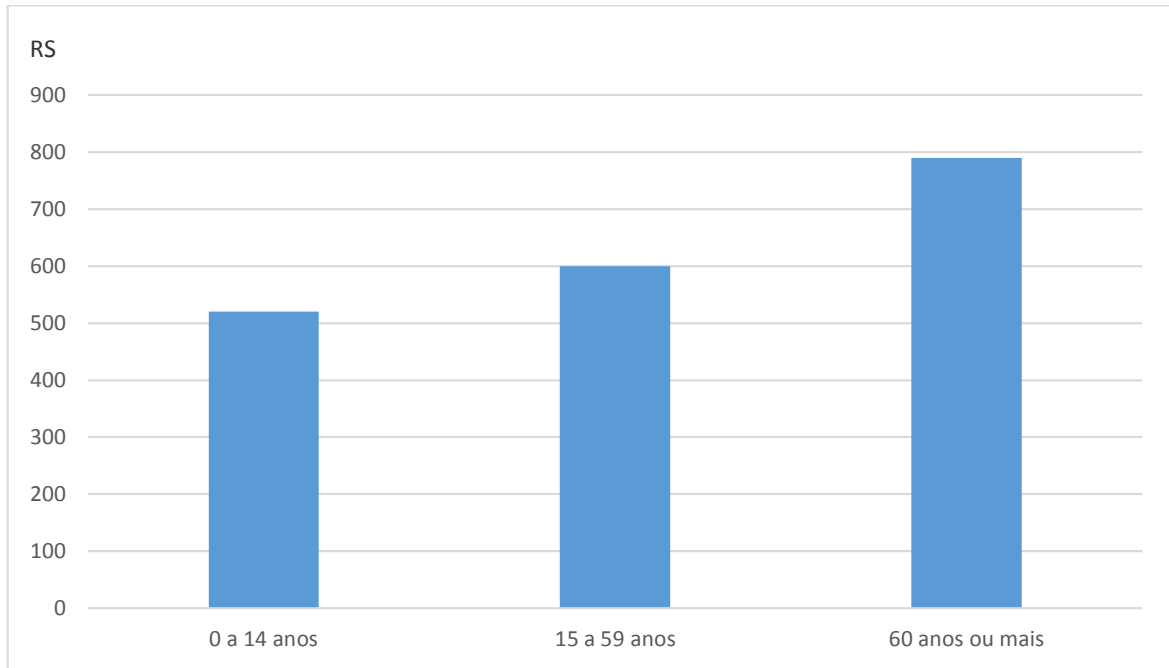
De acordo com as informações fornecidas por Veras (2009), as projeções indicam que, em 2020, o Brasil ocupará a sexta posição no mundo em relação ao número de idoso ultrapassando a 30 milhões de pessoas. O aumento também foi presenciado na década de 1960 com 3 milhões de idosos, 7 milhões em 1975 e chegando a 20 milhões em 2008, resultando em menos de 50 anos teve um aumento de quase 700%.

Debert (1999) destaca o aumento da população idosa e alerta a sociedade para a questão dos idosos acima de 85 anos. Esse público também tem ganhado destaque nas projeções, pois apresentará um crescimento ainda maior nas próximas décadas. Aponta ainda sobre a necessidade de propor ações inovadoras para esse segmento, já que estão propensos a desenvolver certo nível de fragilidade, sendo decorrente do próprio processo de envelhecimento.

Para Lima-Costa e Veras (2003), o crescimento da população traz um conjunto de demandas para os diversos níveis de atenção, principalmente para o setor saúde. Este processo está associado à perda da capacidade funcional, autonomia, qualidade de vida, múltiplas enfermidades, além de doenças incapacitantes, levando a população idosa a utilizar os serviços de saúde com mais frequência, demandando mais do que quando comparado com outros grupos etários.

Cabe salientar que para os serviços de saúde, aumento da população idosa tem representado a elevação dos custos médio com hospitalização (Gráfico 1) quando comparado com outros grupos etários. Esse aumento está associado a dois motivos: as internações hospitalares mais frequentes e o maior tempo de ocupação do leito (VERAS, 2009).

Gráfico 1 - Custo médio da hospitalização de todas as causas de internação, segundo os grupos de idade - Brasil – 2009.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (2009).

Para Veras (2009), a prevenção é o principal ponto para minimizar as doenças que acometem a população idosa. Para isso é preciso ter novos métodos de planejamento e gerenciamento, pois a prestação dos cuidados requer ações propositivas e inovadoras. Sendo assim, as políticas públicas devem contribuir no sentido de promover condições para que o idoso possa desfrutar de uma vida com dignidade.

Outra questão que merece ser destacada neste trabalho é a definição do que seja envelhecimento e velhice, assim foram encontradas contribuições de diferentes autores que se dedicam ao estudo desses objetivos. Mas antes de definir o que é envelhecimento e velhice, é importante ressaltar que o Estatuto do Idoso, Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, estabelecendo um sistema de proteção da pessoa idosa, visando assegurar as transformações enfrentadas pela atual conjuntura (BRASIL, 2013a).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2005) considera o indivíduo idoso com idade igual ou superior a 60 anos, mas admite que a idade cronológica não é um fator determinante do processo de envelhecimento, existindo outros fatores significativos relacionadas à saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade.

Carvalho e Garcia (2003, p. 726) também enfatizam que “o envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice”.

Para Pessoa (2009, p. 122) o envelhecimento pode ser compreendido por meio de dois processos, ou seja,

[...] tanto como processo natural do ciclo da vida, como fenômeno coletivo é permeado de diferentes e complexos aspectos que demandam a intervenção do Estado sob o controle da sociedade. O mecanismo mais viável para atender essas demandas é a elaboração e implementação de políticas públicas que se destinam a concretizar direitos deste segmento, e, sobretudo que sejam capazes de permitir à pessoa idosa o exercício da cidadania ativa.

Portanto, a autora afirma que o processo de envelhecimento é constituído por um processo natural, mas ao mesmo tempo complexo. O volume crescente desse segmento etário necessita da intervenção qualificada do Estado, uma vez que o envelhecimento representa novas demandas para diversos serviços.

Na concepção de Pascoal (1996, p. 26 apud Silva, 2009, p. 23) a velhice é definida

[...] a partir do conjunto de condições biológica, social, econômica, cognitiva, funcional e cronológica. *Biologicamente*, o envelhecimento se inicia no momento em que se nasce, e não aos 60 anos; *socialmente*, a velhice varia de acordo com o momento histórico e cultural; *intelectualmente*, diz-se que alguém está envelhecendo quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; *economicamente*, a pessoa entra na velhice quando se aposenta, deixa de ser produtiva na sociedade; *funcionalmente*, quando o indivíduo perde a sua independência e precisa de ajuda para desempenhar suas atividades básicas de vida diária; e finalmente *cronologicamente*, a pessoa é idosa quando faz 60 ou 65 anos.

Pontes e outros (2009) ressaltam que o envelhecimento da população resulta de um processo gradual da transição demográfica que apresenta mudanças no perfil etário da população provocado pelo aumento da expectativa de vida e redução da taxa de fecundidade, bem como a transição epidemiológica que indica modificações nos padrões de morte, morbidade e invalidez.

Para Chaimowicz (1997), há uma ligação entre o processo de transição epidemiológica e demográfica¹. As alterações no quadro da morbi-mortalidade

¹Chaimowicz (2013, p. 17-27), o conceito de “transição demográfica” é o termo que designa [...] conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que, frequentemente acompanham a evolução socioeconômica [...].

A “transição epidemiológica” refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais.

concentram-se entre as doenças infecciosas e as doenças mais complexas crônicas-não transmissível e, na medida em que cresce o número de idosos, as doenças tornam-se mais freqüentes, sobrecarregando a utilização do sistema de saúde. Portanto, há necessidade de se buscar as causas determinantes de saúde dos idosos e de se conhecer as múltiplas facetas do processo de envelhecimento.

Segundo Litvoc e Brito (2004), as múltiplas facetas do processo de envelhecimento exigem dos serviços públicos ações intersetoriais e integradas de políticas públicas que abordam os determinantes do processo de envelhecimento, procurando romper com os mitos e estereótipos. No entanto as políticas devem contribuir no sentido de garantir mudanças significativas na vida dos idosos, bem como, nas estruturas familiares e sociais, possibilitando assim, acesso aos direitos, suporte social e qualidade de vida.

Sendo assim, é importante levar em consideração que a trajetória do processo de envelhecimento é uma realidade mundial e irreversível, que traz importantes repercussões em diversos campos, e exige uma política ampla e bem articulada entre várias instâncias, tendo como objetivo buscar alternativas que possam atender as demandas oriundas desse segmento etário.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSO NO BRASIL

Pensar em políticas públicas para a velhice no Brasil certamente é um desafio. No cerne da nossa sociedade é possível destacar que o envelhecimento é heterogêneo, ou seja, não é dado de forma igual para todos. Assim como qualquer ciclo de vida, a velhice é determinada pelas questões de gênero, classe social e etnia, sendo compreendido que o processo de envelhecimento é uma responsabilidade coletiva e pressupõe criação de políticas públicas, bem como, a inserção dos idosos a essas políticas (LOBATO, 2012).

Pereira (2002, p. 223) define política pública como:

Ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais, por sua vez, operacionalizam-se mediante programas, projetos e serviços. [...].

Para Cruz (2012, p. 73) não há uma definição exata para o que seja política pública. A atuação do Estado vai-se redefinindo como órgão prioritário normalizador das políticas públicas e a responsabilidade pelo enfrentamento dos desafios presentes no cotidiano é de todos. Assim, na construção das políticas públicas não podemos afirmar que o Estado atua só, concomitantemente recebem intervenções de vários atores. Segundo a autora, “regular significa fiscalizar, controlar, supervisionar por meio de normas, regras e leis as chamadas regulações”.

Ao longo dos anos, o Brasil tem vivenciado grandes mudanças em relação ao cenário da construção das políticas públicas e uma das relações fundamentais para essa construção é a responsabilização do Estado na garantia da cidadania.

Abordaremos uma breve contextualização sobre as políticas públicas de assistência social e saúde voltada para atenção à pessoa idosa.

2.2.1 Idoso na Política de Assistência Social

A questão do envelhecimento populacional no Brasil, bem como, em outros países em desenvolvimento, acumula uma lista de questões não resolvidas e a questão social²e suas múltiplas expressões, tais como a pobreza e a exclusão da população, contribuiu e vem contribuindo para o aumento das desigualdades sociais (CARAMANO; PASINATO, 2004).

Segundo Farias (2012, p. 264), a política social como política pública, traz um “conjunto de ações coordenadas pelo governo, visando a implementação da justiça social e o combate à pobreza”.

A política social é resultado das relações complexas e contraditórias estabelecida entre Estado e sociedade civil. As políticas sociais são voltadas para a manutenção da força de trabalho, garantido assim a acumulação do capital. Elas aparecem como forma de minimizar as diferenças sociais e prover as necessidades mínimas da população através da intervenção do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

² Segundo Yamamoto (2011, p. 156), a questão social é um conjunto de desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais [...] integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto as dimensões subjetivas, fruto da ação dos sujeitos na construção da história.

As discussões sobre a proteção social do idoso no Brasil, começam a ganhar visibilidade na década de 1960 pelas instituições filantrópicas que atendiam esse segmento etário. As ações que eram desenvolvidas pelo Estado não tinham cunho de direito, a velhice era vista como algo negativo, direcionado ao idoso carente, pobre e marginalizado pela própria sociedade. Nesse sentido, a intervenção estatal estava voltava apenas para o atendimento asilar (LOBATO, 2012).

Com o alargamento da população idosa e a necessidade de prestar assistência ao idoso, em 1961 foi criada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia³ (SBGG). Essa associação foi criada com objetivo de estimular e apoiar o desenvolvimento e a divulgação de conhecimento sobre a área do envelhecimento, bem como promover o aprimoramento e a capacitação permanente dos profissionais que lidavam com esse segmento etário (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Cabe ressaltar que nesse mesmo período, o trabalho pioneiro do Serviço Social do Comércio (Sesc) no campo de convivência de idosos, contribuiu para desenvolver uma nova proposta de trabalho, buscando dar um sentido mais positivo à velhice, rompendo assim com os mitos e estereótipos (LOBATO, 2012).

Em 1974, criam-se leis, programas e projetos voltados para esse segmento etário, por exemplo: Programa de Assistência ao Idoso (PAI); Projeto de Apoio à Pessoa Idosa (PAPI), além de programas para a “terceira idade” em parceria com o Sesc. Os referidos programas tiveram a participação de órgãos privados e públicos para sua implantação (TEIXEIRA, 2008).

O debate sobre a realidade social desse segmento etário ganhou destaque internacionalmente através do Plano de Ação internacional para o Envelhecimento, com realização de duas assembleias. A primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento ocorreu em Viena, em 1982, que resultou na aprovação de um plano global de ação, com finalidade de garantir a segurança econômica e bem-estar social dos indivíduos idosos (CAMARANO; PASINATO, 2004).

³Para Netto (2006, p. 7), a gerontologia social, que aborda os aspectos não-orgânicos [...] compreende os aspectos legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde. A geriatria tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde [...].

As autoras assinalam ainda, que a segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento ocorreu em Madri, em 2002, onde foi aprovada uma nova declaração política e um novo plano de ação com a finalidade de influenciar políticas e programas destinados a esse segmento etário em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, como no Brasil.

A criação do Plano de Ação internacional para o Envelhecimento foi o primeiro documento da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre a questão do envelhecimento no mundo. Considera-se um marco inicial para o desenvolvimento das políticas públicas para esse segmento etário no Brasil, bem como, no âmbito internacional (DEBERT; OLIVEIRA, 2013).

Além disso, na década de 1984 foi criado em São Paulo o primeiro Conselho Estadual do Idoso e no mesmo ano da constituinte de 1988, mas dois Conselhos foram criados nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Os referidos conselhos contemplavam uma organização coletiva dos idosos para participação e discussão de ações voltadas para esse segmento populacional (LOBATO, 2012).

Salienta-se que a Constituição Federal de 1988, legitimou a política social como resultado incessante da luta da população pelo avanço da democracia. Assim as demandas da população idosa foram contempladas em vários artigos, fruto das reivindicações das associações e confederação dos aposentados, segundo revela Lobato (2012).

Dessa maneira, na Constituição de 1988 a população idosa, bem como, os demais cidadãos brasileiros, alcançou de forma expressiva o reconhecimento dos direitos de cidadania. Em destaque os artigos 229 e 230 que possibilitaram seu reconhecimento do idoso como ser constituinte de direitos e destaca os papéis da família, sociedade e do Estado.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230 - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 2014a).

A Constituição Federal de 1988 incorporou conceitos inéditos no Brasil, como o de Seguridade Social, que articulou as políticas de previdência social, saúde e assistência social, sendo conhecida como o tripé da seguridade social, além de ter

incorporado também novos conceitos como de universalidade, gestão democrática e responsabilidade do Estado (BEHRING; BOSCHETT, 2011).

Salienta-se que no Brasil até 1887 não existia nenhuma legislação social destinada à população brasileira. A partir de 1888 começa a surgir propostas de legislações de cunho de proteção social. Assim no mesmo período a primeira iniciativa registrada se refere a criação de uma Caixa de Socorro para burocracia pública, sendo destinada somente aos trabalhadores das estradas de ferro. Logo em seguida, considerada como marco legal no campo da política de seguridade social no Brasil, o disposto no decreto 4.682 de 1923 regulamentou a Lei Eloy Chaves que instituiu a obrigatoriedade de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) atendendo estrategicamente as categorias envolvidas no comércio do café (BERHRING; BOSCHETTI, 2011).

Para as autoras, outro marco que merece destaque no sistema público previdenciário no Brasil ocorreu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Os IAP's estavam ligados à perda da capacidade para atividade laboral, tais como velhice, morte, doença e invalidez, atendendo as categorias estratégicas, nesse contexto é importante destacar que a previdência social sempre esteve ligada ao trabalho e orientada pelo caráter contributivo, sustentado pela lógica de seguro.

A ação do governo federal na assistência ao idoso foi presenciada em 1974, que contemplava ações preventivas realizadas em espaços sociais do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ações essas que estavam ligadas ao asilamento dos idosos nos casos de inaptidão para o mercado formal de trabalho e/ou em caso de abandono pela própria família. Outros requisitos também estavam em pauta para o recebimento do benefício, tais como: ser conveniado ao INPS, ter exercido atividade remunerada, entre outros (CARAMANO; PASINATO, 2004).

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a assistência social é concebida como política pública de proteção social, independente da sua contribuição, passa a ser um direito de todo aquele que dela necessitar (PASTORINI; GALIZIA, 2012).

No artigo 203 da Constituição Federal de 1988, a assistência social se afirma como uma política pública não contributiva.

Art. 203 - A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
 I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
 II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
 III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
 IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
 V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
 I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
 II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (BRASIL, 2014a).

Após a aprovação da constituinte, em 1993 foi criada a Lei nº. 8.742/93 denominada a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), contemplando a ótica do atendimento das necessidades sociais da população no que tange proteção à família, à infância, a velhice, entre outros grupos (COUTO, 2010).

Assim, a Lei nº. 8.742/93 nos artigos 1 e 2 compreende que a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado em prover o acesso daqueles que necessitam:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2011a).

A Loas representou um avanço para sociedade brasileira no enfrentamento da pobreza, a lei estabeleceu objetivos, diretrizes e princípios de ações que são desenvolvidas no âmbito dos serviços, garantindo assim, o atendimento as necessidades básicas e o provimento dos mínimos sociais à população em situação de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2011a).

Pautada na lógica de direito social, a assistência social nos artigos 4 e 5 se configura da seguinte maneira:

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:
 I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
 II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
 III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo (BRASIL, 2011a).

Para Couto (2010), os princípios e diretrizes da referida lei, propõe a construção de um sistema integrado, participativo e descentralizado, e que devem ser aplicados à assistência social em conjunto com os princípios da universalidade, destinadas a assegurar os direitos sociais. Segundo a autora, o sistema compartilhado exige “gerenciamento entre governo federal, os estados, o Distrito Federal e os municípios, e a primazia do Estado na responsabilidade da condução da política” (COUTO, 2010, p. 174).

A lei também contribuiu para a criação de programas e projetos voltados para atenção ao idoso, com a inclusão de responsabilidade das três esferas de governo. Os programas, projetos e serviços desenvolvidos pelo Estado passaram a ter um novo viés, com olhar voltado para a garantia de direitos, tais como: o direito à vida, a participação na comunidade, defendendo assim sua dignidade e bem-estar na velhice (CARAMANO; PASINATO, 2004).

Na perspectiva de prover melhores condições de vida ao idoso, a Constituição Federal de 1988, bem como a Loas instituem o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). O BPC é um benefício individual, não vitalício e intransferível, que corresponde ao valor de 1 (um) salário mínimo mensal, destinado à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir seu próprio sustento nem tê-lo provido por sua família. Ressalta que o benefício assistencial entrou em vigor em 1993 e em seguida a Renda Mensal Vitalícia foi extinta. (BRASIL, 2011a).

É necessário esclarecer que o benefício tem um caráter assistencial e não integra ao sistema previdenciário como de aposentadoria ou pensão. O benefício se enquadra na política de assistência social.

Outro marco importante na construção das políticas sociais, foi a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), implantada em 2004, que tem como objetivo a efetivação da assistência social como direito de cidadania, bem como a responsabilização do Estado em desenvolver políticas e programas voltados para população. Além disso, a PNAS se integra ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se configura em um sistema integrado, descentralizado e participativo, incluindo os serviços socioassistenciais e tendo a família como foco principal de atenção. O SUAS se configura em níveis de proteção social, tais como: a proteção básica e a proteção especial de média e alta complexidade (BRASIL, 2005).

De acordo com o SUAS, a proteção social básica integra um conjunto de ações de cuidados, visando garantir a segurança, prevenção, promoção e inserção social nos vínculos familiares e comunitários. Nesse nível de atenção não há rompimento de vínculos, portanto, os serviços de proteção social básica são executados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Já a proteção social especial (média e alta complexidade), é destinada às famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, situações de vínculos familiares frágeis e/ou rompidos, fazendo interface com o sistema de garantia de direitos como: sistema judiciário, ministério público, conselho tutelar etc (BRASIL, 2005).

Ao longo da trajetória das políticas em nosso país, o crescimento acelerado da população idosa, vem exigindo do Estado e da sociedade compromisso com esse segmento etário, no desenvolvimento de políticas e programas que busquem a viabilização de melhores condições de vida, incluindo segurança, bem-estar e dignidade na velhice (LOBATO, 2012).

Todo o aparato legal destinado à pessoa idosa foi respaldado pela Constituição Federal de 1988 que ampliou o campo dos direitos e contribuiu para viabilização de melhores condições de vida à população idosa. Conforme informações do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso (SISAP) destacamos as políticas e programas de proteção social destinado à pessoa idosa (Quadro1).

Quadro 1 - Políticas e programas de proteção social no Brasil relacionada à pessoa idosa

(Continua)

ANO	LEI	VIGÊNCIA	NOME	DESCRIÇÃO
1923	Decreto 4.682/23	Extinta em 1977	Lei Eloy Chaves	É considerado o marco legal inicial da previdência e proteção social da pessoa idosa. Através dela foram criadas as Caixas de Pensão e Aposentadoria (CAP's). De importante para os idosos destaca-se nesse período a transformação das CAP's em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) em Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa 1932 sendo organizados por classe profissional ao contrário de ser por empresas como nas CAP's.
1967	Lei 3.807/60	Extinta em 1973	Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)	Visando à unificação institucional de todos os IAP's e garantia dos benefícios da previdência social a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes. Foi também criada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que contemplava a aposentadoria por velhice, tempo de serviço e especial.
1974	Lei nº 6.179/74	Extinta em 1993	Renda Vitalícia	Benefício previdenciário destinado às pessoas maiores de 70 anos e pessoas inválidas.
1993	Lei nº 8.742/93	Em vigor	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)	O Decreto que regulamenta o BPC, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover sustento e nem de tê-la provida por sua família. Regulamento pelo Decreto regulamentado pelo Decreto nº 1.744 de 1995.

Quadro 1 - Políticas e programas de proteção social no Brasil relacionada à pessoa idosa

(Continuação)

ANO	LEI	VIGÊNCIA	NOME	DESCRIÇÃO
1994	Lei nº 8.842/94	Em vigor	Política Nacional do Idoso (PNI)	Dispõe sobre a PNI, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso com 60 anos de idade, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A lei foi regulamentada pelo Decreto nº. 1.948/96.
1999	5.780/98	Em vigor	Política Estadual do Idoso	Tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
2001	Portaria MPAS/SEAS nº 73/2001	Em vigor	Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil	A Portaria regula as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, os atendimentos em Centros de Convivência de Idosos consistem em ações que promovam o fortalecimento de atividades promocionais que contribuam para a autonomia e para o envelhecimento ativo e saudável.
2003	Lei nº 10741/2003	Em vigor	Estatuto do Idoso	O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos.

Quadro 1 - Políticas e programas de proteção social no Brasil relacionada à pessoa idosa

(Conclusão)

ANO	LEI	VIGÊNCIA	NOME	DESCRIÇÃO
2004	Decreto nº 5.109/2004	Em vigor	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso	Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). É um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da PNI, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução.
2005	Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005	Em vigor	O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa	O Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa é resultado do esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Pretende estabelecer as estratégias sistêmicas de ação, de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.
2006	Lei nº 11.433/2006	Em vigor	Dia Nacional do Idoso	Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Também determina que os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da PNI fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade.

Fonte: adaptado informações do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso [201-].

Cabe salientar que a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2003) foi a primeira legislação específica no que tange à questão do idoso no Brasil, para efeito de

legalização de direitos que constam nas políticas de atenção as pessoas idosas que obtiverem idade igual ou superior a 60 anos. Foi regulamentada pelo Decreto nº. 1948/96, Lei nº. 8.842/1994 e traz seu objetivo descrito da seguinte maneira: “Art. 1º - A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 2003).

A referida política é organizada a partir de sete eixos estruturantes que estabelecem competências para órgãos e entidades públicas por meio de ações na área de promoção da assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 2003).

Estudiosos sobre envelhecimento relatam que a efetivação da Política Nacional do Idoso ainda é um processo em construção, que se dá sempre por meio da luta política, visando buscar a igualdade para a população idosa. A política também deve ser um instrumento de referência para o trabalho para os profissionais que lidam com esse segmento etário.

Além disso, o Estatuto do Idoso também foi considerado um marco histórico da população idosa brasileira que contempla diversas inovações no campo da referida lei, tais como o direito à moradia digna, gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, as medidas protetivas, entre outros (BRASIL, 2013a).

Segundo Neri (2005, p. 23),

As políticas relativas aos idosos e as regulações do Estatuto do Idoso [...] só se tornarão realidade por meio do esforço consequente das categorias profissionais envolvidas com o atendimento às necessidades do idoso. Para que isso aconteça é de fundamental importância que os profissionais conheçam muito bem a sua realidade.

A autora contempla que além de conhecer a realidade desse segmento etário é necessário também ter uma visão crítica sobre esse cenário, na busca de desvendar os fenômenos apresentados cotidianamente.

É importante destacar que a Política Nacional do Idoso, bem como, o Estatuto do Idoso, surgem sob a coordenação da assistência social, mas no ano de 2009 passam a ser coordenados pelo Ministério da Justiça, junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos, atualmente Secretaria de Direitos Humanos (GIACOMIN, 2013).

Assim, a Secretaria de Direitos Humanos vêm reafirmando seu compromisso para que se reconheçam as legislações de direitos desse segmento etário. Estabelecendo

assim, mecanismos para efetivação das normatizações nacionais voltados para promoção dos direitos fundamentais inerentes à pessoa idosa.

2.2.2 Idoso na Política de Saúde

Na década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, o Brasil começa a ganhar visibilidade no cenário da saúde. O acesso da população à assistência médica ambulatorial e hospitalar só era possível para os trabalhadores contribuintes com IAP's, que vieram substituir as CAP's (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Ao longo da trajetória da saúde pública no Brasil, a estrutura do sistema previdenciário viveu momentos de tensão por conta do crescimento dos gastos com assistência médica. No intuito de reduzir esses gastos, o governo apostou em campanhas sanitárias para prevenção de doenças. Mas, é importante destacar que nesse período o governo não esboçava nenhuma preocupação quanto à saúde da população, apenas centrava suas ações em controlar as epidemias e garantir a economia do país. Para reduzir os gastos com a assistência médica, o governo então adotou um caráter seletivo, ou seja, apenas os trabalhadores contribuintes tinham acesso ao sistema de saúde, o sistema não era universal o que gerou conflitos entre sociedade e Estado (BRAVO; MATOS, 2012).

De acordo com Paim (2009) em 1953 houve a separação dos ministérios da educação e saúde e, logo em seguida foi criado o Ministério da Saúde. Cabe destacar que nesse período muitas campanhas sanitárias foram lançadas por órgãos ou serviços específicos para combater as doenças.

Embora vários órgãos foram criados, na década de 1970 o sistema de saúde brasileiro passou por uma crise, que ficou reconhecido por ser um sistema “insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz” (PAIM, 2009 p. 38-39). Neste sentido, a organização dos movimentos sociais em defesa do direito social à saúde foi primordial, culminando assim, a Reforma Sanitária Brasileira que exigiu um contexto de mudanças permitindo a democratização da saúde e na construção de um novo sistema de saúde.

Na década de 1980, tivemos mudanças na trajetória da saúde pública no Brasil, influenciadas pelo movimento sanitário, que contribuiu para a elaboração de propostas

de políticas públicas de saúde ampla destinados a todos os brasileiros, bem como, o fortalecimento do setor público (BRAVO; MATOS, 2012).

Um dos marcos desse processo se deu em 1986 quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde no país. O evento reuniu profissionais da saúde, gestores e movimentos sociais que lutaram para garantir o direito universal à saúde. O tema desta conferência teve eixos fundamentais para consolidação do sistema público de saúde como a Reforma Sanitária e a reformulação da Constituição Federal, além da discussão da saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (PAIM, 2008).

Assim, com a reformulação da Constituição Federal em 1988 que a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. A garantia desse direito seria por meio de um sistema único, regionalizado e hierárquico, cabendo ao Estado responsabilidade em produzir políticas públicas para promoção da saúde (BRASIL, 2014a). Dois artigos na Carta Magna são importantes para o tratamento do tema:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...]

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 2014a).

Com a consolidação da Constituição Federal de 1988 e com a finalidade de estruturar o sistema de saúde, em 1990 é criada a Lei nº. 8.080/90 o Sistema Único de Saúde (SUS) que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços” (BRASIL, 2013b). Segundo Paim (2008), nessa perspectiva, a participação da comunidade e o repasse de recursos financeiro no SUS só foi possível após a aprovação da Lei 8.142/90.

A partir da Constituição Federal de 1988 a população conquista seu reconhecimento como ser constituinte de direito. Desta forma, a Constituição Federal de 1988 também possibilitou ao idoso seu reconhecimento no que tange a questão de direitos. A partir

de então, o trabalho estará voltado especificamente para a atenção à saúde da pessoa idosa.

Conforme abordado anteriormente, o crescimento da população brasileira pôde ser visto desde a década de 1960. O crescimento populacional traz uma gama de demandas para o setor saúde, pois o idoso consome mais serviços de saúde e passa a ser afetado por uma série de condições e doenças próprias do processo de envelhecimento que exige do Estado políticas públicas de saúde com a finalidade de atender as necessidades específicas desse segmento populacional (LIMA-COSTA, 2003).

Diante da necessidade de criar políticas públicas de saúde e atender as necessidades da população de diversos ciclos de vida, em 2006 surge o Pacto pela Vida, que visa o fortalecimento das ações de saúde. É importante destacar que a saúde do idoso está contemplada nesse pacto, a partir desta ênfase, o idoso ganha mais espaço nas discussões para os formuladores de políticas públicas.

O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos: São seis, as prioridades pactuadas: a) Saúde do idoso; b) Controle do câncer de colo de útero e de mama; c) Redução da mortalidade infantil e materna; d) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e) Promoção da Saúde; f) Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p. 7).

Cabe salientar que a primeira legislação direcionada a saúde para a pessoa idosa foi publicada no ano de 1999, através da Portaria GM nº 1.395 de 10 dezembro de 1999 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Com as novas diretrizes do Ministério da Saúde essa portaria foi revista e substituída pela Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, a PNSPI atualmente está em vigor, cujo objetivo é promover um envelhecimento ativo e saudável, buscando preservar a capacidade funcional, a autonomia e qualidade de vida do idoso, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a).

Segundo Veras (2003, p. 13) a capacidade funcional é

Capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais

adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma moderna e inovadora política de atenção à saúde do idoso.

A PNSPI passou a ser primordial na orientação dos serviços públicos de saúde, principalmente para identificar o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento sistematizado para cada situação, fazendo uma avaliação entre idosos independentes e aqueles que apresentam algum nível de fragilidade.

A reorganização da PNSPI assegura para o “idoso independente” ações de promoção e prevenção e para o “idoso dependente” tratamento e reabilitação, de acordo com suas necessidades. Além disso, prevê a atenção da equipe multiprofissional para garantir o cuidado integral com articulação de diversos níveis de atenção, tendo o olhar voltado para a promoção de saúde e não na doença (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a referida política busca promover a promoção da saúde e envelhecimento ativo e saudável através das ações de saúde, desenvolvendo assim, estratégia de intervenção no campo do envelhecimento. Para isso inclui as seguintes diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; Estímulo à participação e fortalecimento do controle social; Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa Idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

Portanto, pensar na promoção do envelhecimento ativo e saudável requer ações intersetoriais com objetivo de promover a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa, compartilhando as responsabilidades com as demais instâncias e buscando atender as necessidades desse segmento etário (VERAS, 2003).

No campo da saúde, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2013a), no seu artigo 15 também define o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Além de garantir a atenção à saúde a esse segmento, recentemente o Estatuto do Idoso determinou em seu artigo 19 (dezenove) a obrigatoriedade dos profissionais de

saúde de comunicar e notificar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos.

É importante ressaltar que as legislações afins estão em consonância com a Lei Orgânica da Saúde que visa à efetivação do SUS, com a garantia dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde e o compromisso com a defesa da vida, tendo como objetivo reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto, as políticas públicas destinadas aos idosos devem estar voltadas para promover o bem-estar na velhice através das ações de prevenção e promoção à saúde, considerando os fatores determinantes do processo de envelhecimento (CARAMANO; PASINATO, 2004).

Conforme informações do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso (SISAP) destacamos as políticas e programas de saúde destinada à pessoa idosa, contribuindo assim, para promoção e melhoria da qualidade de vida dos idosos (Quadro 2).

Quadro 2 – Políticas e programas de saúde relacionada à pessoa idosa

(Continua)

ANO	LEI	VIGENCIA	NOME	DESCRIÇÃO
1994	Lei nº 8.926/94	Em vigor	Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos	Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos.
1999	Portaria MS/GM nº 280/99	Em vigor	Acompanhante Hospitalar de Pacientes	Torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o SUS, presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade, quando internados.

Quadro 2 – Políticas e programas de saúde relacionada à pessoa idosa

(Continuação)

ANO	LEI	VIGENCIA	NOME	DESCRIÇÃO
2002	Portaria MS/GM nº 702/2002	Em vigor	Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso	Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso.
2002	Portaria MS/SAS nº 249/2002	Em vigor	Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso	Aprova normas referentes ao cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso.
2002	Portaria MS/GM nº 703/2002	Em vigor	Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer	Define que o Programa será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios em cooperação com as redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso. A Portaria MS/SAS nº 249, de 16 de abril de 2002, que determina que o tratamento da Doença de Alzheimer deve ser realizado conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde.
2004	Ministério da Saúde	Em vigor	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes	A política estabelece o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Um dos objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher consiste em “Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS”.

Quadro 2 – Políticas e programas de saúde relacionada à pessoa idosa

(Continuação)

ANO	LEI	VIGENCIA	NOME	DESCRIÇÃO
2006	Portaria MS/GM nº 2528/2006	Em vigor	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.
2006	Portaria MS/GM nº 399/ 2006	Em vigor	Pacto pela Saúde 2006	A saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.
2008	Portaria MS/SAS nº 221/2008	Em vigor	Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ao mesmo tempo, define que a Lista será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde. Na lista constam doenças comuns em idosos, tais como: pneumonia, hipertensão, diabetes e outras.
2010	Portaria nº 3.318/2010	Em vigor	Programa Nacional de Imunizações	O Programa Nacional de Imunizações (PNI) visa o controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis. O PNI inclui nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na população acima de 60 anos as vacinas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde: antipneumocócica e antigripal. A vacina contra influenza ou gripe é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

Quadro 2 – Políticas e programas de saúde relacionada à pessoa idosa

(Conclusão)

ANO	LEI	VIGENCIA	NOME	DESCRIÇÃO
2011	Portaria MS/GM nº 2.488/2011	Em vigor	Política Nacional de Atenção Básica - PNAB	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica no que se refere à atuação em todo o território nacional.

Fonte: adaptado informações do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso [201-].

2.2.3 Idoso na Política da Atenção Básica

O presente trabalho também almeja esboçar sobre o acesso da população idosa aos serviços de saúde da atenção básica e também apresentar algumas considerações sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotado pelo Ministério da Saúde, como uma ferramenta de extrema importância para a reorganização, expansão e consolidação dos serviços de saúde da atenção básica.

Destaca-se que a atenção à saúde se organiza em níveis de atenção, tais como: primário, secundário e terciário. Assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) como denominamos, implica em uma atenção integral, com propostas de intervenções voltadas para o cuidado em saúde, de forma humanizada, eficiente e ofertando serviços de qualidade (MENDES, 2011).

Para Mendes, (2012), a APS surge como estratégia para organizar o sistema de saúde, se apropriando das questões que são postas nesse nível de atenção, podendo-se reordenar os recursos da rede para atender as necessidades e demandas da população, de forma articulada com os equipamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, as RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de

diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a).

Direcionando esse debate para o nível primário de atenção, temos a definição do Ministério da Saúde, de que a Atenção Básica à Saúde é a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, ou seja, é o primeiro contato do sistema com a população. Nesse nível de atenção, as ações devem estar voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS)⁴ porta preferencial de entrada do usuário no SUS (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 19-20) caracteriza a ABS como:

[...] conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim, o acesso da população da população idosa ao sistema de saúde, sempre estará vinculado à ABS, independente ser atendido em outro ponto de atenção. Portanto, a ABS será responsável pelo acompanhamento e monitoramento do caso (BRASIL, 2014b).

No intuito de organizar a ABS no Brasil, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde em 1994 foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), denominada atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF). A organização da AB passou a ter um novo viés ao buscar estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática direcionada à vigilância e/ou monitoramento na saúde, na perspectiva da intersetorialidade e foco principal a família (BRASIL, 2006a).

Andrade, Barreto e Bezerra (2012, p. 804), define a ESF como:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a

⁴Unidades Básicas de Saúde é um local onde a população recebe gratuitamente cuidada de saúde, que são instaladas próximas à moradia da população (BRASIL, 2012).

integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

Para Campos e outros (2008), a ESF depende da integração e articulação com as RAS, que busca propor uma melhor articulação para condução dos casos. Além de viabilizá-la o estabelecimento de vínculo com a população adscrita, buscando a garantia da integralidade do cuidado em saúde.

Cabe destacar que com a implantação da ESF, as equipes de saúde da família⁵, eram compostas por uma equipe simples. Com o aumento da demanda em saúde nos territórios, houve a necessidade de incorporarem outras categorias profissionais na ESF. Desta forma a ESF passou a ser compostas pelas seguintes categorias profissionais:

[...] médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnica em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários da Saúde, dentre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011b).

Segundo Campos e outros (2008), em algumas cidades houve a incorporação de outros profissionais à ABS, mantendo sempre a ESF como núcleo central. Desta forma, constituíram-se redes de Apoio Matricial (saúde mental, saúde da mulher, nutrição, entre outras) formados por diferentes profissionais para apoiar as equipes de saúde da família, expressando assim, a estratégia do AM.

Com esse apoio, pretende-se que as equipes de saúde da família sejam inovadoras na identificação do processo saúde e doença, reconheçam os agravos em saúde, além de acompanhar e monitorar os usuários e suas famílias. Devem ainda acolher as necessidades advindas do seu território e propondo uma intervenção para resolução dos problemas apresentados cotidianamente.

Cabe ainda salientar que a questão do envelhecimento no Brasil implica em múltiplas ações, dentre as quais de relevância é assegurar a equidade e bem-estar. Para alcançar esses eixos, a ABS desenvolve um papel fundamental para qualificar o atendimento à população idosa. Pensando nisso, o Ministério da Saúde implantou dois instrumentos importantes para auxiliar os profissionais de saúde no planejamento, organizar as ações e garantir um acompanhamento sistemático do

⁵Equipe de saúde da família é composta de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012, p. 805).

estado de saúde desse segmento etário, que foram a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº. 19 (BRASIL, 2006c).

As ações propostas no Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, o Ministério da Saúde propõe que cada gestor municipal deve propor e garantir a educação de forma sistemática em relação à temática para toda a equipe da ABS e também trabalhar instrumentos de avaliação para identificar as necessidades desse segmento populacional (BRASIL, 2006c).

Na saúde pública para avaliação das condições de saúde dos diversos ciclos de vida são utilizados os indicadores de saúde. Segundo informações da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)⁶, os indicadores de saúde facilitam a quantificação e a qualificação das informações produzidas (BRASIL, [20 - -]).

Atualmente, o indicador pactuado nos registros das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 destinado à população idosa, se refere a redução de doenças crônicas. De acordo com a Diretriz 5 do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP)⁷ está estabelecido como prioridade da gestão do SUS a “garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção” (BRASIL, 2013c, p. 24). Neste sentido estabeleceu-se como meta a “redução da taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis tais como: doenças aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas” (BRASIL, 2013c, p. 24).

A relevância do referido indicar é contribuir para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle das doenças crônicas, bem como seus fatores de risco. Assim, o monitoramento, talvez seja o principal instrumento para identificação de prioridades para políticas no setor saúde, contribuindo no

⁶ A RIPSA congrega instituições responsáveis por informações em saúde no Brasil, com objetivo de produzir subsídios para políticas de saúde (BRASIL, [20--]).

⁷ O COAP é um instrumento da gestão compartilhada, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo (BRASIL, 2011c, p. 5).

conhecimento e acompanhamento dos problemas de saúde existentes, além de avaliar as ações que são executadas (BRASIL, 2013c).

Para garantir a atenção integral à saúde da população idosa, a PNSPI é um instrumento eficaz para promover a promoção do envelhecimento ativo e saudável, contribuindo assim para manutenção e melhoria da capacidade funcional, além de prevenir doenças e promover a recuperação a saúde daqueles que adoecem como aponta as diretrizes da referida política (VERAS, 2009).

Portanto, para alcançar as diretrizes da PNSPI não é uma tarefa fácil para os serviços de saúde por conta de diversas prioridades que o próprio sistema impõe, adiando assim, a execução das diretrizes da política. Destaca-se que para buscar a atenção integral à saúde é essencial que os serviços conheçam de fato a realidade vivenciada por esse segmento populacional e conheçam suas especificidades, a partir de então, os serviços poderá de alguma forma promover ações que visem à prevenção de agravos à saúde, a promoção e a reabilitação, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida a esse segmento populacional.

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO APOIO MATRICIAL

Para entendermos a lógica do Apoio Matricial (AM), cabe aqui destacar os conceitos operadores que compõem essa ferramenta,

matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde.

apoio – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS, 2007, p. 402 *grifo nosso*).

Nesse sentido, visando buscar a integralidade⁸ da atenção à saúde, em 2003 o Ministério da Saúde iniciou o processo de construção da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no SUS, HumanizaSUS, visando a

⁸A **integralidade** implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários [...] (STARFIELD, 2002, p. 61-62 *grifo da autora*).

valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, ou seja, os usuários, trabalhadores e gestores. O programa incentiva o aumento na autonomia e no protagonismo desses sujeitos, estabelecendo vínculos solidários e sua participação no processo de gestão, no intuito de provocar mudanças na atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco atender as necessidades dos cidadãos (BRASIL, 2004).

Segundo Benevides e Passos (2005, p. 563), afirmam que a Humanização da atenção e gestão do SUS

[...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Assim, a criação da PNH foi um instrumento que trouxe para o debate a questão do cuidado, sendo necessário compreender a origem do cuidar e o processo envolvido neste ato.

Para Boff (1999, p. 33) “[...] cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro”.

Segundo Ayres (2004), o ato de cuidar implica na participação da construção de projetos humanos e concomitantemente, possibilita desenvolver uma relação de troca entre os atores envolvidos no processo do cuidado em saúde, podendo assim, ser moldados a partir dessa interação que visa atender as necessidades dos usuários que recorrem aos serviços de saúde.

Na concepção de Bonet (2006, p. 284), “A prática fundamentada no conceito de cuidado só é possível num contexto em que encontremos ativo o operador lógico da integralidade e os agentes terapêuticos sintam um compromisso com a busca da reconstrução do fato social total”.

Neste sentido a origem do cuidar implica no tratamento ao outro de forma humanizada, ou seja, acolher, respeitar e atender o ser humano com dignidade e atenção as suas necessidades. O processo de humanização envolvido neste ato propõe a qualificação dos serviços prestados e a responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo em saúde.

A PNH é uma política pública de saúde que tem como um dos seus dispositivos o AM. O AM se constitui uma nova metodologia de trabalho da PNH, bem como, uma das tecnologias de humanização da atenção e/ou gestão na saúde. O AM é constituído como uma “lógica de produção do processo de trabalho na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores” (BRASIL, 2010c, p. 52).

Cabe destacar que entre os anos de 1990 e 1998 a proposta do AM inicialmente foi incorporada nos serviços de saúde mental. Os serviços beneficiados a partir dessa proposta foram: unidades de atenção em saúde mental e atendimento domiciliar em AIDS no município de Campinas/São Paulo e no hospital geral de Betim/Minas Gerais. Entretanto, somente em 2003 que o Ministério da Saúde adotou a ferramenta de HumanizaSUS e Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, segundo revela Campos (1998).

Os autores Campos e Domitti (2007, p. 399) ressaltam que,

[...] o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referências.

De acordo com Pena (2009) o AM possibilita construir momentos de troca de humanização e saberes entre trabalhadores de diversas áreas da saúde, provocando e ativando relações de corresponsabilização pelo território.

Para Campos e Domitti (2007, p. 400), “a equipe ou profissional de referência tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou coletivo, que objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculos entre profissionais e usuários”. Nesse sentido, a equipe de referência tem a responsabilidade sob uma determinada população, viabilizando assim, uma atenção integral, através de um atendimento qualificado por parte da equipe buscando uma solução para o caso em questão. Portanto, cada UBS se organiza por meio da composição das equipes, ou seja, os usuários referenciados de uma determinada UBS que ficam sob a responsabilidade de uma equipe de referência.

Portanto, a equipe de referência tem um papel fundamental para desvendar os problemas que atingem os usuários de um determinado território. Nesse sentido, a

equipe possibilita contribuir na intervenção, bem como construir em seu cotidiano uma relação de troca entre equipe e usuários com vistas a estabelecer compromissos na possibilidade de mudanças em fazer saúde (SILVA JR; MERHY; CARVALHO, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 399),

O apoio matricial e as equipes de referência constituem-se ao mesmo tempo arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão de trabalho em saúde, sendo seu objetivo possibilitar de forma ampla a realização de uma clínica ampliada e relação dialógica entre diferentes profissões e especialidades.

Na concepção de Oliveira (2008), o AM tem como propósito auxiliar a equipe de referência na discussão dos casos mais complexos e contribuir na formulação e operacionalização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou coletivo, contribuindo assim, para a eficiência do trabalho desenvolvido em saúde pelas equipes.

A equipe de referência também é responsável pela elaboração do PTS que “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário” (BRASIL, 2008, p. 64).

Para Oliveira (2008), o AM objetiva construir e ativar um espaço para compartilhamento de um conhecimento específico entre os diversos profissionais (assistente social, psicólogo, enfermeiros, médicos, entre outros) e apoiadores. Nesse sentido, o apoio institucional tem como função gerencial reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento e avaliação em saúde.

Nesse escopo, o AM pensado como uma ferramenta capaz de provocar mudanças nas relações entre gestão, trabalhadores e usuários, traz consigo um desafio maior do que sua implantação traz para realidade a necessidade de se trabalhar conceitos, repensar e reinventar práticas e valores.

Cabe mencionar que durante o processo de sistematização deste trabalho, outras experiências sobre o AM em saúde do idoso foram encontradas, como é o caso do município de Belo Horizonte em Minas Gerais (MG). A operacionalização do AM em saúde do idoso nesse município está sob a responsabilidade das equipes que compõem o programa Mais Vida, o que possibilitou maior aproximação das ESF às

equipes Mais Vida e principalmente a corresponsabilização do cuidado e ao AM como referência e contrarreferência⁹ (BELO HORIZONTE, [2011?]).

Ainda sobre município supracitado, segundo Moraes e outros [2011?], o apoio matricial também é desenvolvido no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, através do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Destaca que o programa possui três importantes modalidades de atenção ao idoso: a Geriatria Mais Vida, a Geriatria Referência e a Geriatria Mutirão.

Segundo os autores uma das modalidades mais importantes é a Geriatria Mais Vida,

[...] é a modalidade de atendimento ao idoso responsável pela avaliação multidimensional do idoso frágil para a definição das condições de saúde e elaboração do Plano de Cuidados. Idosos frágeis de baixa complexidade são reencaminhados para atenção primária, que será responsável pela implementação do Plano de Cuidados, com apoio matricial feito pela equipe Mais Vida (MORAES, et al, [2011?], p. 14).

A proposta dessa metodologia é a realização do monitoramento da implementação do plano de cuidados do idoso contrarreferenciado para a ABS. Assim, essa metodologia de trabalho propõe fortalecer a integração entre os diversos níveis de atenção de forma articulada.

Para Moraes e outros [2011?], a ferramenta AM busca promover o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando assim, a troca de saberes e a sua ampliação, bem como a redefinição de estratégias para lidar com esse segmento populacional que tanto desafia o setor saúde.

Outro município que adotou a ferramenta AM foi Florianópolis em Santa Catarina (SC). No Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso, o AM em saúde do idoso é conhecido como “Matriciamento em Geriatria e Gerontologia”. Assim, a proposta do AM em saúde do idoso é que cada região possua um matriciador e um médico geriatra para atender as necessidades da população idosa (FLORIANÓPOLIS, 2011).

Nesse sentido, o fortalecimento da ESF nas discussões de casos complexos, elaboração de PTS e alinhamento de algumas intervenções surgiram como proposta que os encontros ocorressem mensais ou quinzenais, de acordo com a demanda da

⁹ **Referência** é o serviço de origem, onde o usuário deu entrada, por exemplo: pacientes de alta complexidade atendidos, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Já **contrarreferência** é o serviço para o qual o sujeito é referenciado, ou seja, o paciente é reencaminhado para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento (BRASIL, 2004).

UBS. Destaca-se que os encontros e/ou reuniões são sempre agendados, mas que isso não impede da ESF de acionar o AM em casos de urgência, potencializando a ação e tendo como referência a lógica do matriciamento (FLORIANÓPOLIS, 2011).

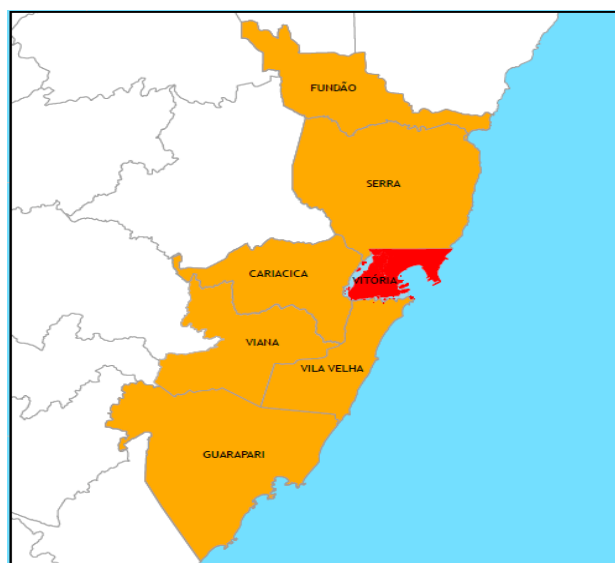
Nesse bojo, observamos que o AM em saúde do idoso busca promover o cuidado à população idosa de forma integral e integrada, promovendo assim, um envelhecimento ativo e saudável conforme as diretrizes da PNSPI.

Cabe aqui destacar uma breve contextualização da rede de atendimento do Município de Vitória e, logo em seguida abordaremos sobre o AM em saúde do idoso desenvolvido pelo Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI) de Vitória.

2.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O Município de Vitória é a capital do Espírito Santo (ES), e compõem a Região Sudeste do Brasil, juntamente com os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. O Município é uma ilha, totalizando uma área de aproximadamente 99 km². Além disso, Vitória integra, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari, Viana e Vila Velha, conhecida como Região Metropolitana de Vitória (RMGV) (Mapa 1). Segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), aponta que o Município possui um contingente de 352.104 habitantes (VITÓRIA, 2014a).

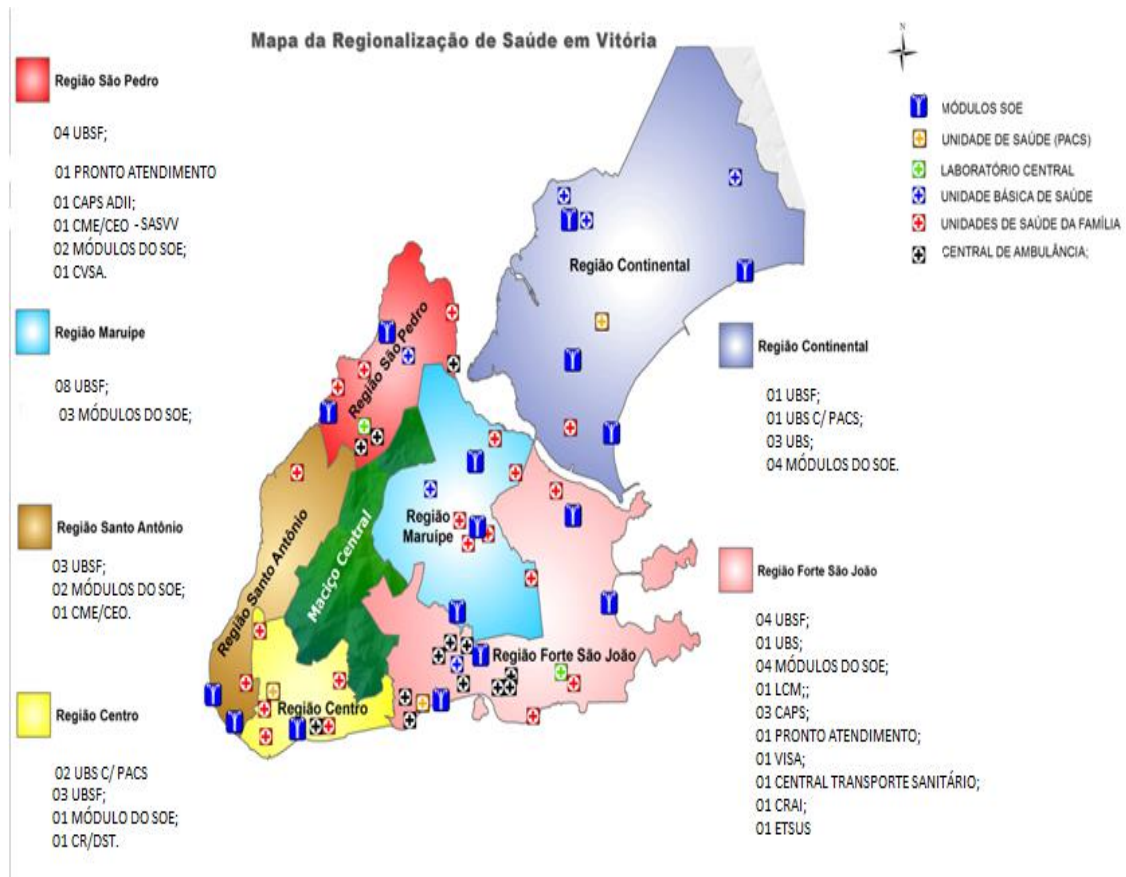
Mapa 1 - Localização do Município de Vitória na RMGV



Fonte: VITÓRIA, (2014a). (recortado)

Nesse sentido, o Sistema Municipal de Saúde de Vitória se divide em 06 (seis) regiões de saúde, a distribuição dos serviços de saúde segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, conforme mapa 2. Assim, cada região têm responsabilidade sobre a população que é cadastrada em sua área de abrangência (VITÓRIA, [201-]).

Mapa 2 – Regionalização de Saúde em Vitória



Fonte: Vitória (2014b). Audiência Pública: 1º Quadrimestre 2014.

O Quadro 3 apresenta os tipos e quantitativo dos serviços da rede de serviços de saúde do município de Vitória. Os dados foram obtidos através do site da Prefeitura de Vitória e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (VITÓRIA, 2013).

Quadro 3 – Rede de serviços de saúde do município de Vitória/ES

Tipo	Quantitativo
Unidades Básicas de Saúde	30
Pronto Atendimento	02
Centro de Atenção Psicossocial	04
Centro de Regulação e Consultas e Exames de Especialidades	01
Central de Transporte Sanitário	01
Centro de Referência	02
Centro Municipal de Especialidades	02
Laboratório Central	01
Centro de Vigilância em Saúde Ambiental	01
Polo de Academia	07
Serviço de Orientação ao Exercício – Soe	16
Serviço de Atenção a Pessoa em Situação de Violência	01
Unidade de Vigilância Sanitária	01

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [20--]; Vitória (2013). Elaboração própria.

Além disso, no campo da Assistência, Vitória possui quatro Centros de Convivência para os idosos que compõe a rede de serviços da proteção social básica do SUAS; Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Referência para Pessoa com Deficiência (CRPD), além de outros serviços (VITÓRIA, [20--]).

2.4.1 Centro de Referência de Atendimento ao idoso (CRAI)

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), que tem como objetivo atender os idosos acima de 60 anos com capacidade funcional comprometida e que apresenta doenças específicas do processo de envelhecimento. Além de desenvolver ações voltadas para prevenção de doenças e a promoção da saúde (VITÓRIA, [2014?]).

Segundo Madureira e Bissoli (2014), o CRAI foi criado em 1995 e foi o primeiro serviço especializado a ser implantado no município de Vitória. As autoras apontam que a implantação do serviço se deu através de recursos próprios e buscava dar respostas às necessidades de saúde da população idosa do município e também para atender as reivindicações desse segmento populacional.

O CRAI está localizado no bairro Forte São João, no Município de Vitória (ES), sua localização está justamente ao lado da Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória. (VITÓRIA, [2014?]).

Para atender as necessidades desse segmento populacional, a equipe do CRAI é composta pelas seguintes categorias: especialistas em geriatria e gerontologia, psicólogo, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e técnicos de enfermagem (VITÓRIA, [2014?]).

Quanto ao acesso ao serviço do CRAI, o idoso precisa ser encaminhado por um médico da UBS que identifica os casos que necessitam de atendimento especializado, emitindo assim, laudo médico para encaminhamento ao serviço (VITÓRIA, [2014?]).

Os motivos para encaminhamento do idoso ao serviço do CRAI devem contemplar os seguintes requisitos:

[...] capacidade funcional comprometida e dependência para atividades da vida diária, tais como: alimentação, higiene, vestuário, locomoção e outras. Esse comprometimento funcional geralmente é consequência de sequela de acidente AVC, síndromes demenciais/alteração de memória, história de depressão, doença de Parkinson e doença osteoarticulares incapacitantes (VITÓRIA, 2012, p. 86-87).

Cabe destacar que no primeiro contato, a presença da família do idoso na reunião de acolhimento é indispensável. O atendimento inicial passa pelo médico, enfermeira e assistente social, nesse momento os referidos profissionais explicam o tratamento e a dinâmica de funcionamento do serviço, além de realizar uma avaliação individual para conhecer se o idoso tem perfil para acessar o CRAI (VITÓRIA, [2014?]).

Salienta que além do serviço prestar atendimento integral e integrado à saúde da população idosa, também atua como campo de capacitação dos profissionais das UBS e serve como fonte de pesquisas científicas sobre o processo de envelhecimento humano (VITÓRIA, [2014?]).

2.4.2 Apoio Matricial em Saúde do Idoso no Município de Vitória

Com o propósito de organizar e qualificar os serviços prestados à população de Vitória, uma das estratégias adotadas pelo município foi à implantação do AM. Cabe destacar que a nova estratégia adotada pelo município foi embasada no Pacto pela Saúde, sendo considerada como prioridade o fortalecimento da ABS, estabelecendo novas estratégias e redefinindo a rede de serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde. Assim, houve avanço na organização e oferta de serviços dos demais níveis de atenção, objetivando o cuidado integral em saúde (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Para Madureira; Zandonade; Maciel (2012, p. 180) “[...] os serviços de saúde municipal têm buscado organizar uma rede de atenção ao idoso, no sentido de garantir a qualidade do atendimento a essa população”.

Desta forma, o equipamento criado no Município para atender a população idosa e qualificar o atendimento a esse segmento foi à criação do CRAI. As ações desenvolvidas por este serviço contribuíram para a inclusão da atenção integral à saúde da pessoa idosa na rede de saúde de Vitória, bem como a ampliação das ações para os demais níveis de atenção na rede (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Segundo Campos (2007), os níveis de atenção possibilitam contribuir tanto para facilitar a comunicação e integração das equipes de saúde, seja básica ou especializada, bem como a articulação de diferentes serviços especializados e profissionais de saúde que compõem o mesmo serviço. Nesse sentido, é fundamental que todos tenham o mesmo propósito, atender de forma integral e integrada as necessidades da população.

Ainda com intuito de reordenar as ações em saúde em Vitória, no ano de 2006 o Município passou por sua primeira experiência, a implantação do AM em Saúde Mental. A partir dessa experiência, outras áreas adotaram a ferramenta, como é o caso da saúde do idoso. Segundo Oliveira (2011), o AM em saúde do idoso surgiu como pauta de reunião do grupo de apoiadores da Semus, por demanda de um apoiador que era técnico da referência de saúde do idoso na Gerência de Atenção à Saúde (GAS), pela própria gerente da GAS e pela coordenação de ABS na Semus.

O esboço do AM em saúde do idoso ocorreu no ano seguinte e contou com a participação da Coordenação da Área de Saúde Mental, consultores da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)¹⁰, além da inserção dos apoiadores institucionais, juntamente com a Gerência de Atenção à Saúde/Área Técnica Saúde do Idoso (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Para as autoras, o processo de implantação do AM em saúde do idoso ocorreu em 2008, somente após validação do Comitê Gestor da Semus¹¹. A partir disso, o projeto piloto do AM em saúde do idoso, inicialmente contemplava algumas UBS do Município, assim o objetivo dessa nova estratégia era buscar promover o apoio às UBS a partir do surgimento das demandas dos territórios de saúde. Nesse sentido, o AM contribuiu para definir estratégias de qualificação das ações de saúde do idoso na ABS no Município.

O AM em Saúde do Idoso foi concebido como um arranjo que contribuiria no processo de despertar nos profissionais das equipes de referência da Atenção Básica um olhar diferenciado na atenção à saúde da pessoa idosa. Além disso, permitiria acolher e qualificar as demandas desses profissionais na gestão do cuidado da pessoa idosa e fornecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência no atendimento aos idosos munícipes de Vitória (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p. 139-140).

Assim, o AM e equipe de referência da ABS tem um papel fundamental na contribuição da organização dos serviços de saúde. Desta forma, o AM é visto como arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que visa buscar a organização dos serviços e a ampliação das possibilidades de realizar atendimento baseado no modelo centrado no campo de saber profissional.

A implantação do AM no CRAI foi considerada um desafio para os profissionais do serviço, uma vez que, o desconhecimento da equipe em relação à ferramenta exigiu dos gestores alternativa de estratégias para compreender a lógica do AM. Nesse sentido, com propósito de contribuir para o olhar ampliado dos profissionais em relação à nova ferramenta, os consultores da UNICAMP propuseram a criação da Unidade de Produção (UP) de Saúde do Idoso. Assim, a UP surgiu para alinhar as

¹⁰De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Vitória 2010-2013, a UNICAMP é uma consultoria contratada pela prefeitura que vem objetivando reorganizar os processos de trabalho na Atenção à Saúde a Secretaria Municipal de Saúde Essa parceria e vem construindo a experiência de Vitória no Apoio Institucional à Gestão (VITÓRIA, [201-]).

¹¹O Comitê Gestor é um espaço de análise e divulgação das ações estratégicas definidas nos Comitês Temáticos e Secretariado, além de promover a integração das ações de governo, com objetivo de analisar a implementação das ações, ajustar formulações, debater, orientar, integrar os programas e seus gerenciamentos, adequar o monitoramento das ações estratégicas (VITÓRIA, [201-], p. 9).

ações voltadas para atenção à saúde do idoso de forma articulada com demais profissionais da rede (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Segundo Oliveira (2011, p. 131),

A Unidade de Produção é um espaço coletivo proposto dentro da realidade de uma gestão democrática e participativa, a partir do qual será possível discutir e trabalhar nos processos ligados à organização da atenção em saúde do idoso no município de Vitória.

O autor aponta que a UP teve como objetivo propor diretrizes e desenvolver estratégias de ação para a construção da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Envolvendo atribuições fundamentais para sua operacionalização, como conhecer a realidade do idoso, as legislações afins, articular com diferentes níveis de atenção, além de construir propostas de intervenção na área de saúde direcionada à pessoa idosa.

Segundo Oliveira (2011), a parceria do Município com a UNICAMP também contribuiu para construção do Apoio Institucional à Gestão, essa estratégia como apoio permeia as relações nos serviços de Saúde.

Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

Para Madureira e Bissoli (2014), a estratégia que o Município adotou ao longo dos anos também culminou em outros arranjos, que constituíram em uma metodologia de articulação de diversos atores e a participação ampla dos trabalhadores envolvidos no processo. Assim, a proposta da UP estava voltada para reorganizar os espaços coletivos do CRAI e propiciar interação dos trabalhadores.

Os espaços coletivos internos do CRAI tinham como objetivo a organização do processo de trabalho, a discussão de casos e a realização de estudos teóricos, constituindo também importante *locus* de educação permanente para equipe. Tais espaços e a UP foram fundamentais para expansão e consolidação do AM em Vitória (MADUREIRA; BISSOLI, 2014, p. 141).

Para Oliveira (2011, p. 40),

A principal aposta no apoio matricial está na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis. Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o Núcleo de

saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o Campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum).

Nesse sentido, a troca de saberes e práticas, possibilitam os núcleos atuarem de forma articulada pelo campo, voltados na melhoria das condições de vida do sujeito e, concomitantemente, na construção de novos saberes e práticas em saúde. Essa ação implica em um comprometimento de todos os atores envolvidos nesse processo, reconhecendo as dificuldades, a experimentação de novas práticas, o questionamento de saberes, entre outros. Esse momento se materializa numa relação dialética de permanente troca e retroalimentação de saberes.

Bertussi (2010) aponta que a gestão e a atenção à saúde é um processo de construção constante. Para cada momento é necessário trazer em si um campo que possibilita criar novas alternativas, levando em consideração que cada contexto demandados gestores distintas ferramentas. Além disso, é importante também que haja cumplicidade e respeito dos saberes tanto da gestão quanto dos profissionais e, essa interação que busca a criação e mobilização de conceitos e ferramentas.

Na tentativa de contribuir com a troca de saberes e assim aprimorar a atenção ao idoso, a equipe do CRAI que tem a responsabilidade de prestar apoio matricial à ABS, passou a ser composta em duplas, com propósito de atender as demandas oriundas dos territórios de saúde. Essa modalidade de atendimento exigiu da equipe do CRAI a reorganização das agendas internas para operacionalização do AM. Sendo assim, a equipe do CRAI passou a ter responsabilidade dupla, as equipes se dividem tanto para atender as demandas internas quanto as externas (MADUREIRA; NASCIMENTO; BISSOLI, 2013).

Para consolidação do AM, Oliveira (2008, p. 4) aponta que existem muitos desafios à serem superados, “número e qualificação dos profissionais disponíveis; necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos; cultura organizacional dos gestores e dos trabalhadores envolvidos; rede de serviços disponível; organização do processo de trabalho nos serviços”.

Cabe destacar que a organização e/ou planejamento do processo de trabalho é fundamental para operacionalização do AM. Segundo Oliveira (2008), o AM está inscrito na lógica da “coordenação do caso”, ou seja, a equipe de referência que coordena o caso deverá promover a articulação com a rede e em seguida monitorar a articulação entre elas.

Assim, Madureira e Bissoli (2014) concluem que o AM em saúde do idoso foi um grande desafio, mas que tem trazido contribuições significativas para o serviço, como por exemplo, a elaboração de fluxos e reorganização da atenção à saúde do idoso no município, bem como rompimento da lógica tradicional de saberes e fazeres, trazendo assim, resultados positivos tanto para as equipes, bem como para a população idosa de Vitória.

3 METODOLOGIA

Para a realização desse estudo, optamos pela pesquisa de tipo descritiva e documental com abordagem quanti-qualitativa, por atender nosso interesse em compreender e destacar as contribuições do AM em saúde do idoso no Município de Vitória.

Para Minayo (2002, p. 21-22) a pesquisa qualitativa

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa desse estudo envolveu a obtenção de dados a partir de análise de documentos existentes no local da coleta de dados. Segundo Vergara (2013, p. 43) “a investigação documental é a realidade em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza”.

Portanto, é enfatizado que a pesquisa qualitativa teve ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Destaca-se que a pesquisa também terá abordagem quantitativa o que possibilitou responder os objetivos específicos do estudo.

Para Goldenberg (2007, p. 62)

A interação da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular [...]. É o processo da pesquisa que qualifica as técnicas e os procedimentos necessários para as respostas que se quer alcançar.

Para estudo do objeto de investigação foi optado pela pesquisa descritiva o que abarcou a descrição das características do fenômeno que está sendo investigado. Segundo Gil (2009), as pesquisas descritivas têm como objetivo básico descrever com profundidade as características de populações e fenômenos. Basicamente consiste na coleta de dados através de levantamento que nesse caso foi realizado em documentos institucionais.

Para Vergara (2013, p. 42), a pesquisa descritiva

Expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua

natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Portanto, a pesquisa descritiva desenvolvida procurou alcançar os aspectos gerais e amplos do contexto social, além de possibilitar a análise e identificação das diferentes características do fenômeno estudado.

Os dados foram coletados a partir da análise de documentos institucionais existentes no CRAI do Município de Vitória/ES, relacionado ao AM. Para a realização da coleta de dados, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Católica Salesiana e pelo setor de Estágio e Pesquisa da Escola Técnica e Formação Profissional (ETSUS/ Vitória) da Semus.

A coleta de dados foi realizada a partir de dois tipos de relatórios produzidos pela equipe de matriciadores do CRAI: “relatório das ações desenvolvidas pelos matriciadores nas UBS” e “relatório avaliativo semestral das ações de AM”.

No primeiro relatório foram coletadas as informações relativas à identificação das ações desenvolvidas pelos matriciadores, profissionais envolvidos nas reuniões do AM e demandas em saúde do idoso apresentadas pelas UBS. Esse relatório é produzido por cada dupla de matriciadores e dele consta o registro de cada encontro realizado nas UBS e a lista de participantes. Destaca-se que o relatório segue um modelo padrão, tipo formulário, no qual cada dupla registra manualmente as ações desenvolvidas e colhe a lista de assinatura dos participantes no momento do encontro do AM. O referido documento será denominado para efeitos dessa pesquisa Relatório 1.

No segundo relatório foram coletadas as informações sobre as dificuldades e avanços encontrados pelos matriciadores em relação ao desenvolvimento das ações de AM junto às UBS. Essa avaliação se refere ao segundo semestre de 2013. Esse relatório também segue um modelo padrão com questões definidas pela direção do serviço e é respondido semestralmente por cada dupla de matriciadores em reunião específica no serviço realizado após o final de cada semestre. Para fins dessa pesquisa, o referido documento será denominado Relatório 2.

Ambos os relatórios ficam arquivados em pastas próprias do CRAI, obedecendo ao sistema de arquivamento cronológico das ações desenvolvidas pelos matriciadores.

Para obtenção das informações, foram selecionadas as UBS onde o AM vem ocorrendo de forma sistemática, com encontros mensais regulares, contemplando as

seguintes unidades e regiões de saúde: 01 (uma) UBS da Região Forte São João; 01 (uma) UBS da Região São Pedro; 01 (uma) UBS da Região Centro e; 02 (duas) UBS da Região Continental. Foram então selecionadas 05 (cinco) UBS, destas 02 (duas) sem ESF; 01 (uma) com PACS; 02 (duas) com ESF.

Portanto, considerando os dois tipos de relatórios, foram analisados 64 (sessenta e quatro) documentos para análise das 05 (cinco) UBS selecionadas.

As informações para este estudo foram registradas em um formulário semiestruturado (APÊNDICE A), contendo questões abertas previamente estabelecidas conforme os objetivos propostos.

No preenchimento do formulário, a coleta das informações está de acordo com os objetivos a serem investigados, respeitando as determinações éticas, conforme a Resolução 466/2012.

De acordo com Gil (2009), o processo de análise qualitativa se dá através de uma seqüência de atividades, são elas: redução, categorização, interpretação dos dados.

Na redução dos dados, elaboramos um segundo instrumento, onde foi construída uma planilha contendo os nomes de todas as UBS. Em seguida analisamos as UBS que tiveram as reuniões do AM em saúde do idoso de forma sistemática, com encontros mensais regulares. A partir dessa análise foram selecionadas as 05 (cinco) UBS, no qual trabalhamos os resultados.

A categorização consistiu na organização dos dados que resultou nas seguintes categorias: ações desenvolvidas pelos matriciadores e demandas identificadas em saúde do idoso. Além da identificação dos avanços e dificuldades encontradas pelos matriciadores junto às UBS.

E por último, o tratamento das informações, foi interpretado os dados a partir da categorização que possibilitou descrever as categorias de análise e a apresentação das mesmas de modo a interpretá-las.

O trabalho encontra-se em consonância com os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e sua complementares. As informações coletadas serão mantidas em caráter confidencial, de acordo com o Termo de Responsabilidade de Utilização de Dados (ANEXO A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

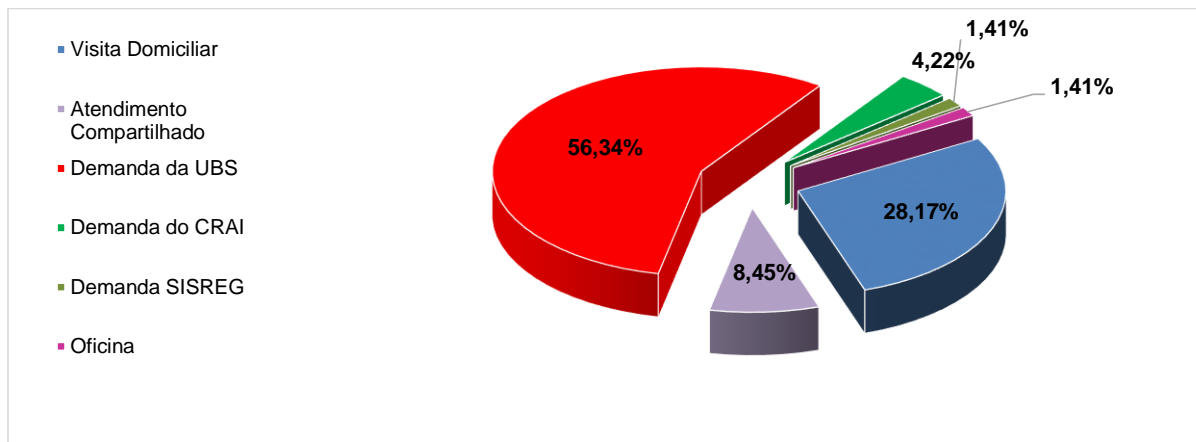
No intuito de auxiliar a apresentação e leitura dos resultados da pesquisa, cabe retomar a finalidade desse estudo. Assim, tivemos como objetivo geral destacar as contribuições do AM em saúde do idoso para efetivação das diretrizes da PNSPI e como específicos: descrever as ações desenvolvidas pelos matriciadores e identificar as demandas em saúde do idoso apresentadas pelas UBS; descrever as dificuldades e avanços encontrados pela equipe de matriciadores em relação ao desenvolvimento das ações de AM junto às UBS. Passamos então a apresentar tais resultados que buscaram alcançar os propósitos da pesquisa.

4.1 EQUIPE DE MATRICIADORES: AÇÕES E DEMANDAS IDENTIFICADAS EM SAÚDE DO IDOSO

Para correlacionar a análise dos documentos aos fins desse trabalho, foi necessário realizar uma análise detalhada do Relatório 1. A partir dessa análise, identificamos que as ações desenvolvidas pelos matriciadores estão relacionadas: a visita domiciliar; atendimento compartilhado; discussão de caso (demanda da UBS, CRAI e Sistema de Regulação - SISREG)¹² e oficina voltado para promoção do envelhecimento ativo e saudável (Gráfico 2).

¹²**Demanda da UBS** - Apesar de ter uma agenda fixa mensalmente, a UBS também aciona o AM na UBS para discussão de casos emergenciais e, assim, propõe buscar uma intervenção para os casos. Essas demandas são provenientes por atendimento de consultas, exames, solicitação de medicamentos, realização de procedimentos, além de buscar respostas às questões socioeconômicas. **Demanda do CRAI** – A demanda do CRAI, nesse sentido, é quando o próprio serviço convoca a UBS para esclarecimento ou elaboração de Plano de Cuidados e Plano de Alta. Para Moraes (2012, p. 49), o Plano de Cuidados e a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUE?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?), quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) necessários para a implementação das intervenções. Assim, da mesma forma é preparado o Plano de Alta do paciente, ou seja, o serviço de saúde antes de dá alta ao paciente fica na incumbência da elaboração do plano. **Sistema de Regulação (SISREG)**, que informatiza a Central de Regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde/DATASUS. A regulação do acesso funciona com o princípio da equidade, por isso alguns procedimentos são regulados. Em função da necessidade, o procedimento deve ser solicitado aos médicos reguladores, que avaliarão a real necessidade do usuário, baseada nos dados clínicos informados e no protocolo de regulação, para então liberar a vaga imediatamente ou não, definindo a prioridade (VITÓRIA, 2012).

Gráfico 2 – Caracterização das ações realizadas pelo AM nas UBS, 1ª semestre 2014. Vitória, ES

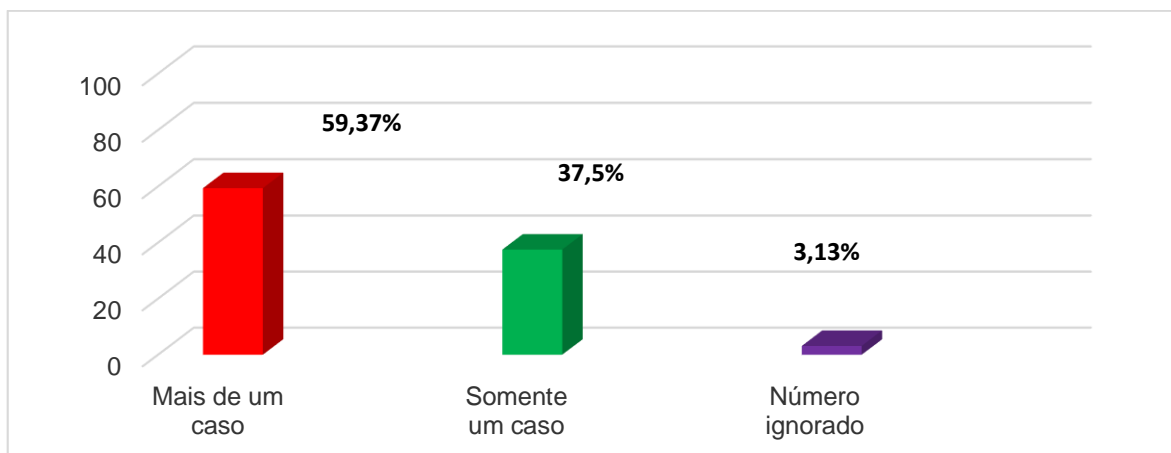


Fonte: Relatórios de registro das ações do AM nas UBS. Elaboração própria

Podemos observar no gráfico acima que dentre as ações executadas, predomina a discussão de caso por demanda da UBS, representando um percentual de 56,34%; em seguida a visita domiciliar com 28,17%; atendimento compartilhado 8,45%; demanda do CRAI; 4,22% e demanda do Sistema de Regulação (SISREG) 1,41%; e por último 1,41% para oficina socioeducativa sobre a temática do envelhecimento.

Além disso, observamos que em cerca de 59,37% das reuniões do apoio matricial ocorre a discussão de diversos casos em um único dia e em 37,50% apenas a discussão de um único caso. Em 3,13% não foi possível identificar o volume de casos apreciados em função da escrita do relatório (Gráfico 3).

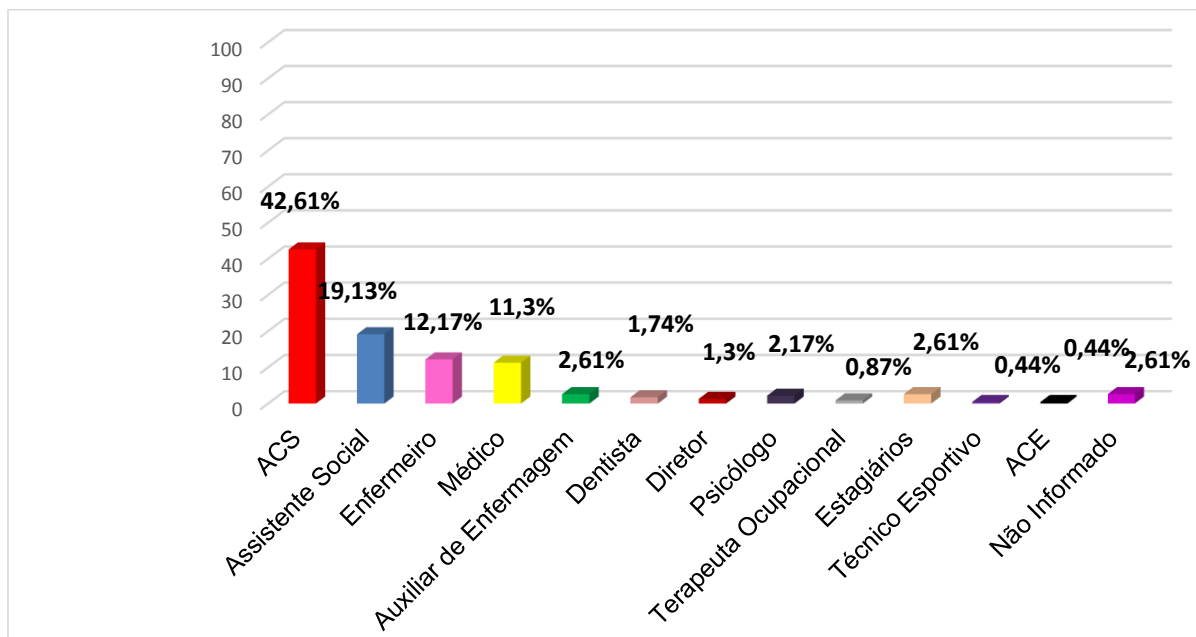
Gráfico 3 – Discussão de casos nas reuniões do AM, 1ª semestre 2014. Vitória, ES



Fonte: Relatórios de registro das ações do AM nas UBS. Elaboração própria

No que se refere aos profissionais envolvidos nas reuniões do AM em saúde do idoso nas UBS (Gráfico 4), observamos que 42,61% corresponde a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS); 19,13% assistente social; 12,17% enfermeiro; 11,30% médico; 2,61% auxiliar de enfermagem; 1,74% dentista; 1,30% diretor; 2,17% psicólogo; 0,87% terapeuta ocupacional; 2,61% estagiários; 0,44% técnico esportivo; 0,44% Agente de Combate a Endemias (ACE) e 2,61% não informado.

Gráfico 4 – Profissionais envolvidos nas reuniões do AM, 1ª semestre 2014. Vitória, ES



Fonte: Relatórios de registro das ações do AM nas UBS. Elaboração própria.

O gráfico demonstra maior participação dos ACS nas discussões de casos. Para Romano; Zorzal e Silva; Dalbello-Araujo (2012, p. 74),

A aproximação com a população é um aspecto central da atuação dos ACS. Esse aspecto permite a construção da relação de confiança e vínculo e permite desenvolver com mais apropriação o trabalho com promoção e prevenção à saúde, principalmente nas visitas domiciliares. Nota-se que é o trabalho que faz o elo entre serviço de saúde e a população.

Assim, observa-se a importância deste profissional na ABS, pois este reconhece as demandas em saúde da população e potencializa com demais profissionais a produção de cuidados. Portanto, cabe mencionar algumas atribuições desse profissional, tais como:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

- II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2012, p. 48).

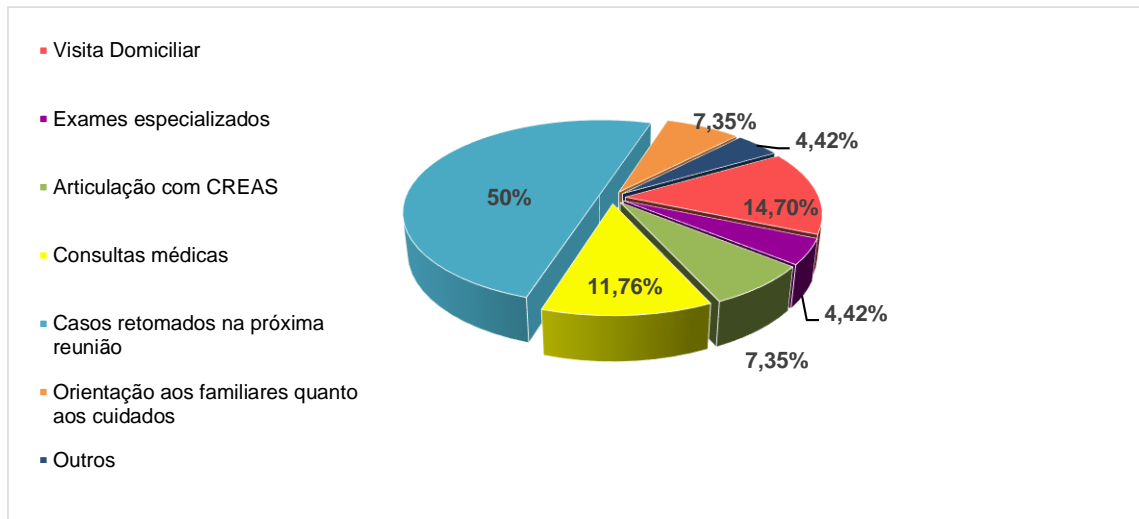
Em seguida, observa-se a participação do assistente social na discussão de caso. Tendo em vista, que o assistente social ao participar do processo de trabalho da equipe da saúde, ele tem a possibilidade de contribuir para um olhar ampliado das questões que são postas cotidianamente nos territórios de saúde, dispondo assim, de uma particularidade de observação e/ou interpretação das demandas e uma habilidade e competência para os encaminhamentos das ações e resolutividade do caso (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

Na concepção de lamamoto (2002, p. 64), o trabalho em equipe exige a participação e envolvimento das demais categorias profissionais, ou seja, "exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional como condição de potencializar o trabalho conjunto". Nesse sentido, é notório que a autora potencializa o trabalho do assistente social, mas também reconhece os saberes dos demais profissionais que compõe a equipe de saúde, assim, propõe fortalecer as ações em saúde e contribui para resolutividade dos problemas que são postos cotidianamente.

No que tange as ações desenvolvidas pelos matriciadores, verificamos que vários encaminhamentos foram dados aos casos, a partir dessa análise observamos que 79,69% dos casos tiveram algum encaminhamento para os serviços da rede de Vitória; 17,18% não identificamos nenhum encaminhamento e 3,13% não foi possível

identificar o volume de casos apreciados em função da escrita do relatório. Dos encaminhamentos, verificamos que os idosos de Vitória demandam 14,70% de visita domiciliar; 4,42% por exames especializados; 7,35% dos casos têm a necessidade de articulação com o CREAS; 11,76% consultas médicas com outros especialistas; 50% dos casos são retomados na discussão da próxima reunião; 7,35% orientação dos matriciadores aos familiares quanto aos cuidados e UBS quanto aos cuidados em relação aos idosos acamadas e; 4,42% outros procedimentos realizados pelos matriciadores (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Natureza dos encaminhamentos aos casos, 1ª semestre 2014. Vitória, ES



Fonte: Relatórios de registro das ações do AM nas UBS. Elaboração própria

Nesse sentido, a articulação com o CREAS, ou seja, a intersectorialidade pode ser deliberada com a articulação de diversos equipamentos sociais e, portanto, de diversos saberes, cuja finalidade é enfrentar e superar os casos complexos, ou seja, a intersectorialidade propõe uma nova forma de trabalhar com propósito de superar a fragmentação dos conhecimentos e assim, produzir e reproduzir efeitos significativos na saúde da população, segundo revela Grossi e Guilamelon (2006).

Assim, a PNSPI traz em uma das suas diretrizes o “Estímulo às ações intersectoriais, visando a integralidade da atenção”. Desta forma, a organização do cuidado de forma articulada com os níveis de atenção impede ações duplicadas. Assim, a intersectorialidade deve buscar promover à atenção integral e integrada a saúde do idoso, levando em consideração suas necessidades e sua realidade social (BRASIL, 2006a).

Portanto, levando em consideração a predominância da necessidade da retomada de discussão de caso, analisamos a importância do acompanhamento sistemático das ações. Segundo Starfield (2002), esse acompanhamento compreende a longitudinalidade do cuidado, que tem sido considerado como eixo central da APS. Nesse sentido, o acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde é fundamental para que a equipe possa promover os cuidados de forma integral e integrada.

Desta forma, verificamos que essa ação também está associada a uma das diretrizes da PNSPI a “atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa”. A saúde do idoso tem como eixo central a atenção integral que deverá ser constituída por "modelos traçados na linha de cuidados, com foco no usuário, baseada nos seus direitos, prioridades, preferências e habilidades", possibilitando o acesso dos idosos em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006a).

4.2 EQUIPE DE MATRICIADORES: AVANÇOS E DIFICULDADES EM SAÚDE DO IDOSO

No que tange aos avanços e dificuldades registrados pelos matriciadores em relação ao desenvolvimento das ações de AM junto às UBS, verificamos que não foi encontrada a avaliação do AM referente ao primeiro semestre de 2014, o que nos fez utilizar o relatório referente ao ano de 2013. Assim, verificamos a importância do documento e entendemos que a realização dessa análise poderá de alguma forma direta ou indiretamente contribuir para o serviço.

Dentro do Relatório 2, destacamos a avaliação das 05 (cinco) UBS selecionadas. As considerações feitas pelos matriciadores sobre tais UBS, seguindo um roteiro pré-estabelecido pela direção do CRAI, apontam para os seguintes avanços e dificuldades.

Nos avanços registrados pelos matriciadores, verificamos o envolvimento da equipe de saúde da UBS nas discussões de casos com os matriciadores; estabelecimento de vínculos entre matriciadores e equipe da UBS; discussão de casos antes das reuniões do AM; efetivação do AM nas UBS e; melhor organização das agendas da UBS para realização dos encontros com matriciadores.

Na análise do Relatório 2, observamos que o avanço sobre a efetivação do AM predominou, isso demonstra uma positividade em relação a consolidação e a

importância do AM nas UBS. Assim, o fortalecimento das ações do AM em saúde do idoso, busca despertar nas equipes de referência da ABS um olhar diferenciado para atenção à saúde do idoso. Nesse sentido, é fundamental que a equipe conheça as particularidades desse segmento populacional e, assim buscar propor estratégias, bem como colaborar na implantação de políticas públicas que venha contemplar o idoso nas diversas instâncias (MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

No que tange as dificuldades, verificamos número reduzido de profissionais da UBS nas reuniões do AM; rotatividade de profissionais da UBS; falta de preparação da equipe de saúde de algumas UBS antes da realização de reunião com os matriciadores e; alguns profissionais da UBS também se recusam a realizar visita domiciliar.

De acordo com a PNSPI, assegura que a ABS, por meio da ESF, desempenha o papel fundamental para reorganização do modelo de atenção à saúde. Aponta ainda sobre a importância da ESF, pois esta possibilita conhecer a realidade da população idosa nos territórios de saúde (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, o que pode ser considerado como fator que contribui para identificação das necessidades deste segmento populacional é a ausência de alguns territórios de saúde não possuem ESF, o que pode comprometer a diretriz “atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa”. Portanto, a recusa dos profissionais em realizar visita domiciliar, conforme os matriciadores apontam em seus relatórios, está associada à questão da ausência da ESF no território de saúde.

A PNSPI aponta também a necessidade de que sejam incorporados na ABS mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e ampliação da resolutividade dos casos relacionados aos idosos, com participação sistemática dos profissionais da ABS e das ESF. Desta forma, o AM em saúde do idoso propõe buscar melhores condições de vida a esse segmento populacional junto às UBS, bem como contribuir para o rompimento de mitos e estereótipos dos profissionais que lidam com esse segmento etário.

Assim, os profissionais que compõem a rede de serviços, seja em qualquer nível de atenção, devem procurar promover a qualidade de vida das pessoas idosas, quando acionado a atendê-los. Por isso, a importância de conhecer e reconhecer os equipamentos que compõem a rede de serviços do município.

Mas é importante destacar, que diante deste contexto, no que se refere à questão das diretrizes da PNSPI, “o provimento de recursos; promoção de cooperação nacional e internacional; divulgação e informação sobre a política; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas” não foram encontrados nos relatórios elaborados pelos matriciadores (BRASIL, 2006a).

Para Madureira; Zandonade; Maciel (2012, p. 188)

A trajetória da organização dos serviços de saúde para o idoso em Vitória sempre foi direcionada por uma tentativa dos gestores de implementação de ações voltadas para o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou para atender às demandas explicitadas pela população.

Conforme as diretrizes da PNSPI, o AM em saúde do idoso propõe trabalhar e aprimorar as ações em saúde do idoso. Desta forma, percebe-se que o AM foi uma estratégia incorporada pela rede de saúde de Vitória que busca contribuir não somente para os profissionais da ABS no reconhecimento das necessidades da população idosa, mas também busca potencializar o trabalho desenvolvido pelos matriciadores. Assim, o AM buscar promover uma melhor qualidade de vida aos idosos, possibilitando assim, a ampliação do acesso aos serviços de saúde na rede de Vitória.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou conhecer e analisar as contribuições do AM em saúde do idoso desenvolvido no CRAI no Município de Vitória/ES. Através deste, podemos perceber a potente ferramenta que o município adotou, sendo essencial para qualificar as ações da ABS e ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Através da revisão de literatura acerca do tema pesquisado, podemos perceber o aumento da população idosa, sendo considerado novo fenômeno que vêm impactando na estrutura etária do país. O ápice dessa mudança, sem dúvida, contribuiu para promulgação de diversas legislações voltadas para esse segmento populacional, como por exemplo, a promulgação da Política Nacional do Idoso, PNSPI, Estatuto do Idoso, bem como outras legislações onde esse segmento passou a ser reconhecido como sujeito de direito. Deste modo, ao analisar as contribuições do AM, estamos compreendendo a realidade dos territórios de saúde, bem como a reorganização do serviço e fortalecimento da ABS na corresponsabilização do cuidado ao idoso.

Os autores Madureira e Bissoli (2014), Campos (2007) e Oliveira (2008) apontam que o AM tem modificado o modo tradicional de desenvolver as ações de saúde, constituindo assim, uma nova prática trazendo resultados positivos para os serviços de saúde, bem como para população idosa.

Além disso, é importante destacar que do resultado obtido a partir da análise documental, observa-se que o AM em saúde do idoso vem contribuindo para a organização do serviço e principalmente para a resolutividade das demandas que surgem nos territórios de saúde.

Faz-se necessário mencionar, que o AM estimulou para criação de outros arranjos, dentre eles: Apoio Institucional à Gestão; espaços coletivos; UP em saúde do Idoso. A criação destes espaços propõem organizar os serviços de saúde e fortalecer à gestão. Tendo em vista que a organização dos serviços também qualifica a atenção ao usuário, mas também daqueles que realizam este serviço.

No que diz respeito os avanços registrados pelos matriciadores, aferimos que o AM tem estimulado o envolvimento da equipe de saúde da UBS nas discussões de casos,

estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre matriciadores e equipe da UBS, além de estimular a equipe da UBS em discutir os casos antes das reuniões do AM, bem como a organização das agendas da UBS para realização dos encontros com matriciadores, o que possibilita a efetivação do AM nas UBS.

Entendemos que a efetivação do AM nas UBS é uma questão fundamental para os serviços de saúde, assim fortalece as ações do AM em saúde do idoso, bem como busca o despertar nas equipes de referência da ABS um olhar diferenciado para atenção à saúde do idoso. Nesse sentido, é fundamental que a equipe conheça as particularidades desse segmento populacional e, assim buscar propor estratégias e colaborar na implantação de políticas públicas que venha contemplar o idoso nas diversas instâncias.

Na análise que realizamos, verificamos que mesmo com os avanços registrados pelos matriciadores em relação ao desenvolvimento das ações de AM junto às UBS, observamos também que há muitos desafios a serem superados junto às UBS, dentre eles: número reduzido de profissionais da UBS nas reuniões do AM, rotatividade de profissionais da UBS, o que pode comprometer o estabelecimento de vínculo entre UBS e matriciadores, ausência de preparação da UBS para reunião com matriciadores e considerado uns dos fatores mais importantes para identificação das necessidades dos idosos é a inserção da ESF nos territórios de saúde.

Entretanto, observamos que há ausência da ESF em alguns territórios de saúde, essa ausência pode comprometer a identificação das necessidades dos idosos frágeis nos territórios e a inclusão deste público nas ações programáticas no sistema de saúde, além de atenuar o AM em saúde do idoso, impedindo assim, sua consolidação nos territórios de saúde.

Desta forma, buscamos neste trabalho identificar as contribuições do AM em saúde do idoso para efetivação das diretrizes da PNSPI. Observamos assim, que a ação desenvolvida pelo AM em saúde do idoso está em consonância com parte das diretrizes da PNSPI, tais como: “a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais e formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2006a).

Entendemos que as ações desenvolvidas pelos matriciadores, buscam trabalhar em conformidade com as diretrizes da PNSPI, mas principalmente busca a viabilização da qualidade do atendimento à esse segmento populacional. Contudo, é preciso salientar que as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde devem estar em consonância para o cumprimento de normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Diante desse contexto, nota-se que o AM em saúde do idoso é uma ferramenta desafiadora para as equipes dos serviços de saúde, pois necessita adotar mudanças de atitudes e uma postura mais crítica no modo de fazer as ações em saúde. Assim, a lógica desse novo fazer constitui-se no desenvolvimento de ações voltadas para humanização da atenção e da gestão em saúde.

A realização deste trabalho também pode ser considerado um desafio para a pesquisadora, por se tratar de um tema inovador, exigiu-se uma ampla busca para desvendar os autores que abordam sobre a temática do AM em saúde do idoso, assim observamos que há pouco estudo sobre tal temática.

Assim, na análise dos dados, percebemos também a importância do assistente social na discussão de caso na equipe de saúde, o que pode contribuir para o olhar ampliando das demandas que surgem cotidianamente nos territórios de saúde. O trabalho desenvolvido por este profissional, faz-se necessário articular as competências técnico-operativa, teórico-metodológica e ética-política, essa postura potencializa a criação de estratégias, fortalece ações e revitaliza sua *práxis* e seu compromisso social.

Ao finalizar este trabalho de conclusão de curso, podemos observar o aprofundamento a respeito da questão do processo de envelhecimento e da incorporação do AM em saúde do idoso desenvolvido no Município de Vitória. O estudo possibilitou uma reflexão mais crítica acerca do assunto, onde foi possível identificar que o crescimento da população idosa exigiu dos gestores a implementação de novas estratégias, uma delas foi o AM em saúde do idoso. Assim, embora existam desafios a serem superados, o presente estudo apontou que a ferramenta busca propor uma melhor qualidade de vida para os idosos, bem como para os profissionais que lidam com esse público. Certamente essa discussão poderá assim fomentar novas discussões a

respeito do tema. Os resultados apresentados aqui não podem ser considerados conclusivos, haja vista do universo amplo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS et. al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 783-836.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado e reconstrução das práticas em saúde**. São Paulo. vol. 8. n. 14, 2004. p. 73-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2014.

BEHRING, Eliane Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BELO HORIZONTE (MG). **Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: programa de atenção ao idoso do HC-UFMG**. [2011?]. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/862_Material%20da%20Oficina%20do%20dia%2018%20de%20janeiro.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal de saúde**. 2010. 234 f. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina, UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BONET, Octavio. Educação em Saúde, Cuidado e Integralidade. De fatos sociais totais e éticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 279-292

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Planalto, 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Brasília: Planalto, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em 21 ago. 2014.

_____. **Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Brasília: Planalto, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Brasília: Planalto, 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília: Planalto, 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080>. Acesso em: 23 ago. 2014.

_____. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).** [20--] Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=65&item=39>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.528/GM de 19 de outubro de 2006.** Diário Oficial [da] União. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação Geral à Gestão Descentralizada. Brasília, v. 1, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011.** Diário Oficial [da] União. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social/2004; Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.** Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). **Comitê gestor do decreto 7508 – GE COAP.** 2011c. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - **Caderno de Atenção Básica – n. 19** – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e temática/ DAET. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. In: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014b. Brasília. **Anais...** Brasília: [s.n], 2014. 27-28.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 25-49.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) [20--.].

Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=27142058000126&VEstado=32&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20VITORIA>. Acesso em 11 out. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2014.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (orgs).

Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 132-153.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública.** Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. BARCELOS, Eulita Maria; MADUREIRA, Maria Dolores S.; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde do Idoso.** 2. ed. Belo Horizonte: NESCON, 2013.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 261-292.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade com eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 199-212.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais IN: Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. Ministério da Saúde, 3. ed., Cortez: São Paulo, 2008. p. 305-351.

COUTO, Berenice Rojas. A juridificação da assistência social: expressão da sua contradição no campo do direito social. In: _____. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma questão possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. P. 171-177.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. [S.l.]. v. 2. 2010. p. 39-44.

CRUZ, Verônica. Estado regulador e políticas públicas. In: PASTORINI, Alejandra; ALVES, Andrea Moraes; GALIZIA, Silvina V. (orgs). **Estado e Cidadania: reflexões sobre as políticas públicas no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 73-102.

DEBERT, Guita Grin. A construção e a reconstrução da velhice: Família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (orgs). **Velhice e sociedade.** Campinas: São Paulo. Papirus, 1999. p. 41-68.

_____.; OLIVEIRA, Glaucia da Silva Destro de. Os Conselhos e as Narrativas sobre a Velhice. MULLER, Neusa Pivatto; PARADA, Adriana (orgs). **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um**

processo democrático. Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. p. 147-150.

FARIAS, Patrícia. Antropologia, relações raciais e política de ação afirmativa. In: PASTORINI, Alejandra; ALVES, Andrea Moraes; GALIZIA, Silvina V. (orgs). **Estado e Cidadania: reflexões sobre as políticas públicas no Brasil contemporâneo.** Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 261-277.

FLORIANÓPOLIS (SC). **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso.** Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. Florianópolis: Copiart, 2010.

GIACOMIN, Karla Cristina. Panorama dos 10 anos da Comissão Nacional de Direitos Humanos. MULLER, Neusa Pivatto; PARADA, Adriana (orgs). **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático.** Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. p. 167-190.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GROSSI, Patrícia Krieger Grossi; GUILAMELON, Lucimari Frankenberg. Intersetorialidade na política de saúde do idoso. **Revista Virtual Textos & Contextos**, [S.l.] n. 6, p. 1-9, dez. 2006. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/45811/mod_resource/content/1/intersetorialidade%20na%20pol%C3%ADtica%20do%20idoso%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 16 out. 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade: atribuições privativas do(a) assistente social em questão. In: Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições Privativas do/a Assistente Social em questão.** 1. ed. [S.l.], 2012. p. 33-71.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050.** Rio de Janeiro. Revisão 2008. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro Censo Demográfico 2009. 2009 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2014.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-701, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

LITVOC, Júlio; BRITO, Francisco Carlos de. Conceitos Básicos. In: _____.**Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-2.

LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Serviço Social e envelhecimento: perspectiva de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 147-162.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; BISSOLI, Sandra Maria. Apoio Matricial em Saúde do Idoso: a experiência do Município de Vitória – ES. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho; SILVA, Fabio Hebert da; JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva (orgs). **Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: EPESC/ABRASCO, 2014. p. 135-147.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; NASCIMENTO, Olga Maria do; BISSOLI, Sandra Maria. RELATOS DE EXPERIÊNCIAS. **Apoio Matricial em Saúde do Idoso**. Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/relato/2642>>. Acesso em: 23 set. 2014.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; ZANDONADE, Eliana; MACIEL, Paulete Maria Ambrósio. Envelhecimento: um desafio ao sistema de saúde. In: DALBELLO-ARAÚJO, Maristela; WERNER, Regina Célia Diniz; CRUZ, Sheila Cristina de Souza (orgs). **Saúde Pública em Vitória: Vários Olhares**. Vitória: Gráfica e Editora Aquarius, 2014. p. 177-190.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde)**. In: FLEURY, Sônia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 1-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org).Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social.In: DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otavio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 20 ed, 2002. p. 9-29.

MORAES, Edgar Nunes de, et.al. Programa de Apoio Matricial em Saúde do Idoso do HC-UFMG. In: **Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: programa de atenção ao idoso do HC-UFMG**. [2011?]. Disponível em:

<http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/862_Material%20da%20Oficina%20do%20dia%2018%20de%20janeiro.pdf>. Acesso em: 11 out. 2014. p. 14-15.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NETTO, Matheus Papaléo. O Estudo da Velhice: Histórico, definição do Campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12

NERI, Anita Liberalesso. **As Políticas de Atendimento aos Direitos da Pessoa Idoso Expressas no Estatuto do Idoso**. Publicado em *A Terceira Idade (SESC)*, [S.l.], v. 16, n. 34, p. 7-24, 2005. Disponível em: <http://www.senioridade.com.br/tmp/Estatuto_do_idoso_analise_das_politicas_para_o_idoso_2.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

OLIVEIRA GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: GUERREIRO, André Vinícius Pires; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada**. SP: Hucitec, 2008.

_____. **Devir apoiador: uma cartografia da função Apoio**. 2011. 175 f. Tese (Doutorado Saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas: Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization**: tradução Suzana Gontijo. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Bahia, v. 2, n.1, p. 63-86, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5979/1/Paim%20JS%202008.%20Artigo3.pdf>> Acesso em: 14 set. 2014.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASCOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Papaléo Neto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 26-43. In: Silva, José Vitor da. **Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2009.

PASTORINI, Alejandra; ALVES, Andrea Moraes; GALIZIA, Silvina V. Principais características da redefinição da proteção social no Brasil. In: PASTORINI, Alejandra; ALVES, Andrea Moraes; GALIZIA, Silvina V. (orgs.). **Estado e Cidadania: reflexões sobre as políticas públicas no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p. 103-133.

PENA, Ricardo Sparapan. Apoio Matricial: HumanizaSUS 10 anos In: SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2013, Porto Alegre. **Anais eletrônicos...**Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057469_Apoio%20Matricial%20Ricardo%20Pena.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Sobre a Política de Assistência Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA Potyara Amazoneida Pereira (orgs). **Política Social e Democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 217-233.

PESSOA, Izabel Lima. **O Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. 2009. 238 f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

PONTES, Ricardo José Soares, et. al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade. **Epidemiologia**. São Paulo. Editora: Atheneu, 2009. p. 123-151.

ROMANO, Juliana Destefani Passamani; ZORZAL E SILVA, Marta; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Organização dos serviços e produção de cuidados: construindo práticas na Estratégia Saúde da Família. In: DALBELLO-ARAUJO, Maristela; WERNER, Regina Célia Diniz; CRUZ, Sheila Cristina de Souza (orgs). **Saúde Pública em Vitória: Vários Olhares**. Vitória: Aquarius, 2014. p. 63-77.

STARFIELD, Barbara. Medindo a obtenção da atenção primária: a abordagem capacidade-desempenho. In: _____. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. p. 62-63

SISTEMA DE INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS DO IDOSO. **Leis, Políticas e Portarias**. [201-] Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>> Acesso em: 14 set. 2014.

VERAS, Renato. A Longevidade da População: Desafios e conquistas. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. Velhice e Envelhecimento. São Paulo, n 75. São Paulo: Cortez, 2003. p. 5-18.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VITÓRIA (ES). Vitória em mapas: **Mapa de localização do município de Vitória na Região Metropolitana de Vitória (RMGV)**. Vitória, 2014a. Disponível em:< http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/dados/localizacao/vix_rmgv.pdf>. Acesso em 22 set. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Audiência Pública: 1º Quadrimestre 2014.** Vitória: [s.n.], 2014b. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=rIJFVIDpFcbK8gaz6oHIAw&gws_rd=ssl#q=apresenta%C3%A7%C3%A3o+audiencia+p%C3%BAblica+vit%C3%B3ria+semus+2014>. Acesso em: 20 out. 2014.

_____. **Equipamentos públicos por regional.** Vitória, 2013. Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/dados_area/saude/equipamentos.asp>. Acesso em: 22 de out. 2014.

_____. **Rede de Serviços de Vitória.** Vitória, [20--] Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/prefeitura/assistencia-social-e-gerenciada-por-sistema-unico-e-participativo>>. Acesso em 24 set. 2014.

_____. **Saúde do Idoso.** Vitória, [2014?] Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/saude-do-idoso>>. Acesso em 24 set. 2014.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013,** [201-]. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 24 set. 2014.

_____. **Protocolo de Regulação do Município de Vitória,** 2012. Disponível em: <http://sistemas6.vitoria.es.gov.br/diario/arquivos/20121001_protocolos_clinicos.pdf>. Acesso em: 24 set. 2014.

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados em documentos institucionais

QUESTÕES INERENTES AO OBJETIVO PROPOSTO

1) Demandas em saúde do idoso.

2) Dados registrados referente ações desenvolvidas pelos matriciadores.

3) Dados registrados referente dificuldades encontrados pelos matriciadores.

4) Dados registrados referente avanços encontrados pelos matriciadores.

ANEXO A – Termo de Responsabilidade de Utilização de Dados

Eu, Tatiane de Sousa Oliveira Galvão, tenho conhecimento e cumprirei os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Como responsável pela pesquisa “Destacar as contribuições do Apoio Matricial em Saúde do idoso para efetivação da Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa no Município de Vitória”, comprometo-me a manter a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados nos documentos base desta pesquisa. Estou ciente de que os dados obtidos somente poderão ser utilizados para o projeto para o qual se veiculam.

