

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Comissão de Integração Ensino Serviço:
ações estratégicas para a saúde do idoso ao nível municipal

Adriana Cristina Hillesheim

Passo Fundo

2013

Adriana Cristina Hillesheim

Comissão de Integração Ensino Serviço:
ações estratégicas para a saúde do idoso ao nível municipal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Astor Antônio Diehl

Coorientador:

Prof^ª. Dra. Fatima Ferretti Tombini

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

H652c Hillesheim, Adriana Cristina
Comissão de Integração Ensino Serviço : ações estratégicas
para a saúde do idoso ao nível municipal / Adriana Cristina
Hillesheim. – 2013
[59] f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Astor Antônio Diehl.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Fatima Ferretti Tombini.

1. Envelhecimento. 2. Educação permanente. 3. Idosos –
Saúde e higiene. I. Diehl, Astor Antônio, orientador. II.
Tombini, Fatima Ferretti, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DA ALUNA

ADRIANA CRISTINA HILLESHEIM

Aos vinte e sete dias do mês de março do ano dois mil e treze às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **“Comissão de Integração Ensino Serviço: ações estratégicas para a saúde do idoso ao nível municipal”**, apresentada pela mestranda Adriana Cristina Hillesheim, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Astor Antônio Diehl - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Helenice de Moura Scortegagna, Clodoaldo Antônio de Sá, Marlene Doring e Vanessa Corralo Borges. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca aprova a dissertação desde que a mestranda atenda todas as considerações da banca examinadora no prazo de quarenta e cinco dias, condicionado a uma nova apreciação da banca.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Astor Antônio Diehl, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 27 de março de 2013.


Prof. Dr. Astor Antônio Diehl
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof.ª. Dr.ª. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF


Prof.ª. Dr.ª. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF


Prof. Dr. Clodoaldo Antônio de Sá
UNOCHAPECO


Prof.ª. Dr.ª. Vanessa Corralo Borges
UNOCHAPECO

DEDICATÓRIA

Dedico inteiramente este trabalho ao meu pai José Adão Hillesheim (*in memoriam*), a minha mãe Juliana Santana Hillesheim, pelo incentivo e amor e porque sem eles nem o início deste sonho seria realidade.

Ao meu amado esposo Carlos de Lacerda Santos, pelo companheirismo e compreensão em todas as horas de ausência e por compartilhar alegrias e tristezas ao longo da caminhada.

A todos os que estiveram presentes incentivando e acreditando no meu sonho, pois esse carinho foi essencial para o alcance dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela vida, pela oportunidade de realizar mais esse sonho. Muito obrigado!

Aos meus pais José Adão Hillesheim (*in memoriam*) e minha mãe Juliana, que sempre me apoiaram em todas as decisões, estiveram presentes nos momentos de angústia e compartilharam as alegrias. Pai, já se passaram alguns meses, mas sua presença em minha vida é diária. Sei que está muito bem, acompanhado por Deus e olhando por nós. Saudades eternas! Mãe, sua força de vontade, sua fé na vida me faz perceber que tudo é possível, desde que tenhamos coragem para enfrentar. Muito obrigado! Amo muito vocês!

Ao meu grande amor, companheiro e esposo Carlos de Lacerda Santos, pelo apoio nos momentos difíceis, pelo amor, carinho e compreensão em todos os momentos dessa caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado a todo o momento e compartilhar mais esse sonho. Amo você.

A todos meus amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes. Especialmente a Alessandra Cardoso Vargas e Silvia Silva de Souza que não mediram esforços para compartilhar seu conhecimento e com isso tiveram grande participação nesta conquista. Muito Obrigado!

Aos membros da CIES que se disponibilizaram a participar desta pesquisa. Sem vocês, não seria possível a realização deste trabalho! Muito obrigado!

À Universidade de Passo Fundo – UPF, a qual me oportunizou uma bolsa auxílio, o que possibilitou que eu pudesse me dedicar mais aos estudos. Muito obrigado!

Aos professores do programa por todo o ensinamento! Aos funcionários, pela disponibilidade em me ajudar sempre que precisei, em especial, a secretária do mestrado, Rita, que sempre esteve disposta a auxiliar fazendo mais do que o necessário. Muito Obrigado!

À professora coorientadora Dra. Fatima Ferretti Tombini pelo ensinamento e apoio, que me levaram a execução e conclusão deste trabalho. Muito obrigado!

A todos que de alguma forma estiveram presentes nesta caminhada! Muito obrigado!

EPIGRAFE

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

RESUMO

Hillesheim, Adriana Cristina. Comissão de Integração Ensino Serviço: ações estratégicas para a saúde do idoso ao nível municipal. 2013. 59 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2013.

Analisa-se, nesta dissertação, a representação dos membros da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) no que tange as ações para a saúde do idoso. O objetivo do presente trabalho é identificar o conhecimento dos representantes da CIES sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso com base no plano municipal de saúde. Para atingir tal objetivo, foi realizado um estudo descritivo/exploratório. Para a coleta dos dados, foram realizadas buscas minuciosas nos planos municipais de saúde (PMS) e entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e posteriormente degravadas, com 39 representantes de 25 municípios que fazem parte da CIES da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina – SC, sendo que 13 são trabalhadores do SUS, nove são gestores do SUS, sete são gestores da educação e 10 representam o controle social. Através da análise de conteúdo das falas e análise documental, percebe-se que grande parte dos participantes da pesquisa desconhece o PMS do seu município e os que referem conhecer, desconhecem seu conteúdo. Verifica-se ainda que grande parte dos PMS não contemplam ações para a saúde do idoso e, quando contempladas estas não são efetivadas na prática das equipes de saúde, conforme relato dos participantes do estudo. Sendo os representantes desta comissão responsáveis por propor as ações de Educação Permanente para a região, fica claro que a saúde do idoso ainda não está sendo priorizada nos fóruns de discussão, bem como não é contemplada nos momentos de planejamento local. Por fim, vale salientar que apesar de inúmeras iniciativas de priorização da saúde do idoso com vistas à qualificação profissional para a promoção de envelhecimento ativo e saudável, este estudo demonstra que a consolidação das políticas públicas voltadas ao idoso ainda não são visualizadas em nível local como uma necessidade.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento humano. 2. Planejamento em saúde. 3. Educação permanente.

ABSTRACT

Hillesheim, Adriana Cristina. Comissão de Integração Ensino Serviço: ações estratégicas para a saúde do idoso ao nível municipal. 2013. 59 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2013.

It is analyzed, in this dissertation, the representation of the Teaching-Service Integration Commission (CIES) members with respect to the actions for the health of the elderly. The goal of this work is to identify the knowledge of the representatives of CIES about the guidelines and strategic actions for the health of the elderly with basis on the municipal health plan. To achieve this goal, a descriptive/exploratory study was performed. For data collection, detailed search was done in the municipal health plans (PMS) and semi-structured interviews were recorded, transcribed and later erased with 39 participants of 25 municipalities which are a part of CIES – Teaching-Service Integration Commission of the West End Macro-region II of Santa Catarina State, thirteen of which are workers of SUS – Single Health System, nine are SUS managers, seven are education managers and ten are representatives of social control. Through the analysis of the content of the recorded speeches and documentary analysis, it is observed that a great part of the research participants is oblivious to the PMS (municipal health plan) of their municipalities and those who claim to know it, are oblivious to its content. It is also noticed that a great part of the PMS do not contemplate actions for the health of the elderly and, when contemplated these are not effected in practice by health teams, according to reports of the study's participants. Being the representatives of this commission responsible for proposing the actions of Permanent Education for the region, it is clear that the elderly health isn't yet being prioritized in the forums for discussion, and it isn't being contemplated in the occasions of local planning. Finally, it is worth highlighting that despite the countless initiatives for prioritizing elderly health aimed at professional qualification for the promotion of active and healthy aging, this study shows that the consolidation of the public policies aimed at the elderly are not yet visualized as a necessity at a local level.

Key words: 1. Human aging. 2. Planning health. 3. Continuing education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro comparativo de ações e diretrizes para a saúde do idoso	25
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIES – Comissão de Integração Ensino Serviço

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEEPS – Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

ppgEH – Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPF – Universidade de Passo Fundo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	19
2.1	<i>Ações estratégicas para a saúde do idoso: entre o planejado e o executado</i>	19
2.2	<i>Introdução</i>	20
2.3	<i>Materiais e métodos</i>	23
2.4	<i>Resultados e discussões</i>	24
2.5	<i>Considerações finais</i>	27
2.6	<i>Referências</i>	28
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II	30
3.1	<i>Ações para a saúde do idoso e educação permanente na voz da comissão de integração ensino serviço</i>	30
3.2	<i>Introdução</i>	31
3.3	<i>Materiais e métodos</i>	33
3.3.1	Coleta e análise de dados	33
3.4	<i>Resultados e discussões</i>	34
3.5	<i>Considerações finais</i>	39
3.6	<i>Referências</i>	40
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXOS	46
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	47
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão</i>	49
	APÊNDICES	51
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	52
Apêndice B.	<i>Autorização da CIES</i>	55
Apêndice C.	<i>Instrumento de Coleta de Dados</i>	57

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial, presente no cotidiano das pessoas e tem impactado na forma como setores e serviços de saúde se organizam para prestar atenção adequada a este segmento populacional.

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em 2020 a população idosa poderá ultrapassar os 13,5 milhões de pessoas, representando 13% da população total. Estima-se que em 2025, o Brasil ocupará a sexta posição mundial de países com maior população de idosos. Observa-se o crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais na pirâmide etária, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Os grupos etários de menores de 20 anos já apresentam uma diminuição absoluta no seu contingente.

Essa realidade epidemiológica coloca um desafio importante na pauta de debates na área da saúde que é a forma como o sistema de saúde se organiza para garantir a manutenção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do segmento idoso. Na última década, tanto as políticas quanto o modelo de atenção à saúde foram alteradas com o objetivo de garantir uma atenção mais integral à saúde das populações.

Cabe destacar que o modelo de atenção à saúde adotado no país, a partir da criação do sistema único de saúde (SUS) tem buscado inúmeras formas de regulamentação das ações em saúde na tentativa de ampliação da promoção a saúde, em detrimento de ações curativas (BRASIL, 1990a).

O pacto pela saúde surge em 2006 após inúmeras tentativas de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de Municípios,

Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Formado pelos pactos de gestão, pacto em defesa do SUS e pacto pela vida que tem como uma das seis prioridades a Saúde do Idoso, o que fomentou a implementação das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, representando um importante avanço (BRASIL, 2006a).

Outra política que também representou uma conquista valiosa no que tange a garantia dos direitos fundamentais e, ainda destacou a necessidade de se garantir a atenção integral à saúde do idoso no Sistema Único de Saúde e de atender as prerrogativas postas na Política Nacional de Saúde do Idoso foi o estatuto do idoso (BRASIL, 2003).

No Estatuto (BRASIL, 2003) estão garantidos ao idoso todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção íntegra e, assegure-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade e coloca ainda que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) visa garantir atenção integral à saúde da população idosa com ênfase no envelhecimento saudável e ativo. Sua finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros a partir dos 60 anos de idade (BRASIL, 2006b).

Entretanto, ainda há muito a se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

Diante disso, o fortalecimento da atenção básica, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) consolidando o modelo assistencial da vigilância em saúde focado na família e na comunidade parece ser a melhor opção para atender as demandas de saúde deste segmento. Em relação aos recursos humanos necessários para garantir a qualidade da atenção, o SUS vem aprimorando a inserção dos profissionais nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam a sua fixação, e qualifica-os por meio de estratégias de educação permanente e da oferta de cursos de caráter continuado, como especializações e residências multiprofissionais em saúde da família (BRASIL, 2006a).

As demandas postas para setores e serviços a partir do maior número relativo de idosos em sociedade é preocupante, pois gera sobrecarga e novas demandas que nem sempre são possíveis de serem atendidos, seja em função dos recursos ou do modelo de gestão adotado em cada município. Dessa forma, o acompanhamento e avaliação emergem como uma possibilidade para se ter informações que colaborarão na organização desses espaços para atender as necessidades da pessoa idosa.

O Relatório de Gestão e o Plano Municipal de Saúde são utilizados como parâmetros para avaliar as ações em saúde, para subsidiar o planejamento e acompanhar a gestão, além de fornecer subsídios para confecção dos planos de saúde subsequentes, portanto são instrumentos necessários para que os serviços locais de saúde consigam melhorar a qualidade da assistência prestada ao idoso mesmo com o aumento da demanda a partir de um planejamento (BRASIL, 1990b).

Conforme consta nos Cadernos de Planejamento do SUS (BRASIL, 2009), o processo de formulação participativo e ascendente do Plano de saúde além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e participação social. Dessa forma, o Plano de Saúde – como instrumento referencial básico, deve refletir as diferentes realidades e levar em conta o conhecimento dos representantes dos diferentes segmentos da sociedade.

No entanto, em muitos casos, o preenchimento do plano se torna uma mera formalidade realizada de forma fragmentada, sem a participação técnica das equipes que desenvolvem efetivamente as ações em saúde, o que dificulta a sua efetivação. Tais

instrumentos são fundamentais para a efetivação do SUS e não apenas uma exigência formal, apesar de ser um critério para o repasse financeiro aos Municípios. Para que os princípios do SUS sejam garantidos um planejamento com instrumentos de gestão que contribua para o melhor aproveitamento das oportunidades e que estimule a participação dos diferentes atores na definição das metas, bem como na avaliação dos resultados alcançados, é fundamental.

Faz-se necessário, para tanto, que os atores envolvidos no processo de consolidação do SUS sintam-se parte do sistema, bem como responsáveis pelo mesmo, porém, o desconhecimento da política vigente, bem como o predomínio da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência dificulta a superação dos problemas citados.

Para que isso seja viável precisamos de representantes que sejam conhecedores da realidade para auxiliar as mudanças necessárias na lógica do fortalecimento das práticas de saúde em equipe, visando maior resolutividade dos problemas de saúde das populações ou colocamos em risco a qualidade da assistência.

Na perspectiva de que a priorização das ações deve partir dos problemas locais, o planejamento também deve ser pensado a partir das necessidades da população, ou seja, do entendimento dos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, sendo ele profissional gestor ou usuário.

Neste sentido, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções (BRASIL, 2007).

A Portaria GM/MS nº 1.996 publicada em agosto de 2007, reforçou a estratégia de descentralização e regionalização do Sistema, alinhando a PNEPS com as diretrizes do Pacto pela Saúde.

A interação entre os segmentos da formação, atenção, gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão.

A PNEPS se constitui de Colegiados de Gestão Regional e Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). As CIES são instâncias inter setoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no artigo 14 da Lei 8.080/90 e, tem como representantes o gestor em Saúde, o gestor de Educação, os Profissionais de Saúde e os Usuários ligados ao Controle Social.

A PNPEC e CIES reforçam que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS não sejam definidas somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização e da capacidade de oferta de uma instituição de ensino, mas considerem, prioritariamente, os problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho.

Em Santa Catarina, as CIES devem ter a mesma configuração dos Colegiados de Gestão Regional, que são instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa formado pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais, e tem como responsabilidade definir prioridades de saúde da região, incluindo as necessidades de capacitação das equipes de saúde, nos quais o número de representantes foi estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite (SANTA CATARINA, 2009).

Tais comissões têm o dever de elencar prioridades para o desenvolvimento da educação permanente no Estado, sendo assim, tem a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento das ações em saúde dos municípios aos quais fazem parte, bem como avaliar a efetividade das ações desenvolvidas a partir das pactuações realizadas.

Como exposto, os representantes da CIES tem a responsabilidade de definir as prioridades da educação permanente para a região da qual fazem parte, para tanto

devem conhecer a realidade local, bem como a programação realizada para cada ação e a efetividade da mesma em seus municípios. Nesse sentido considerando que as políticas vêm colocando como prioridade o atendimento das demandas da população idosa, no sentido de garantir a atenção integral a saúde e, para tanto os integrantes da CIES tem um papel importante no que tange ao planejamento das ações para esse segmento, o estudo objetivou identificar o conhecimento dos representantes da Comissão de Integração Ensino Serviço sobre as ações estratégicas para a saúde do idoso, com base no plano municipal de saúde através de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo.

Assim, a presente dissertação abrange duas produções científicas, apresentadas da seguinte forma: na produção um são apresentados os resultados da pesquisa a cerca da comparação entre as ações para a saúde do idoso apresentadas no Plano Municipal de Saúde 2010/1013 e as executadas pelos municípios no mesmo período, segundo relatos dos representantes da CIES. Na produção dois são apresentados os resultados quanto ao conhecimento dos representantes da CIES acerca das ações para a saúde do idoso com base no PMS, bem como as ações planejadas e executadas pela CIES no período de sua representação.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

2.1 *Ações estratégicas para a saúde do idoso: entre o planejado e o executado*

RESUMO

Esse estudo se propôs a comparar as ações em saúde planejadas e descritas para o idoso no plano municipal de saúde (PMS) dos municípios que fazem parte da Macrorregião Extremo Oeste II com aquelas executadas, segundo relatado dos participantes. A coleta de dados foi realizada com base na análise dos 23 PMS e entrevistas com 39 sujeitos representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Na análise dos dados dos 19 municípios estudados, observou-se que seis municípios não possuem ações para a saúde do idoso descritas no PMS, treze possuem ações para esta população descritas no plano e dois não possuem plano, por isso não planejaram ações neste período. Salienta-se que os PMS que possuem ações para a saúde do idoso, repetem em seu planejamento o previsto na legislação. Algumas ações descritas nos planos estão de acordo com o preconizado na PNSPI, porém quando comparadas as ações citadas pelos integrantes da CIES com aquelas realizadas nos municípios, são diferentes, o que evidencia a não implementação das ações previstas no PMS isso não se consolida. Considera-se então, que a não utilização de instrumentos como o plano municipal de saúde para planejamento e avaliação das ações no âmbito municipal fragilizam a efetivação das políticas de saúde do idoso.

Descritores: Gestão em Saúde. Planejamento. Saúde do Idoso

STRATEGIC ACTIONS FOR ELDERLY HEALTH: NATIONAL POLICY AND MUNICIPAL HEALTH PLANS

ABSTRACT

This study aimed to compare health actions for the elderly as planned/outlined in the municipal health plan (MHP) of Macroregion II municipalities in the Extreme West of Santa Catarina with those reported by representatives of the Integration Commission Teaching-Service (ICTS). Data collection was performed by MHP analysis and 39 participant interviews. In the data analysis, six MHP do not present actions for elderly health and two have no plan. It should be noted almost all of the MHP that have actions for elderly health, repeat in their planning that as provided by legislation. Some actions described in the plans are consistent with the recommendations, but when compared with the actions cited by members of ICTS as undertaken in the municipalities, they are not consolidated. The non-participation in MHP elaboration and the non-use of this for evaluation are undermining the implementation of health policies for the elderly.

Keywords: Health Management. Planning. Elderly Health.

2.2 *Introdução*

O envelhecimento populacional tem sido colocado como uma pauta importante no planejamento de políticas e serviços, visto que o aumento relativo da população traz novas demandas e sobrecarga para vários setores. No Brasil de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, idoso é o indivíduo que tem 65 anos ou mais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Sendo assim, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2009;

BRASIL, 2006a).

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), com o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Outras políticas relativas à saúde do idoso vêm sendo implantadas no País visando à melhoria da qualidade da assistência ao idoso, onde a saúde do idoso tem destaque com diretrizes específicas com vistas ao atendimento desta população, além de trazer a preocupação com a qualificação dos profissionais que atuam nesta área.

Neste sentido, fizeram-se necessárias mudanças também no planejamento das ações em saúde, sendo assim, em fevereiro de 2006 foi publicada, por meio da Portaria/GM nº 399, o Pacto pela Saúde e nele o Pacto pela Vida colocando a questão a Saúde do Idoso como uma das seis prioridades, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para a reformulação da política idosa brasileira, surgindo como uma das prioridades e como uma oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2010).

Na tentativa de concretizar a saúde do idoso como prioridade de forma ordenada e com metas específicas, em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, no âmbito coletivo e individual de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, as prioridades descritas nas políticas voltadas à saúde do idoso deveriam fazer parte do planejamento local dos municípios para que os profissionais que atuam nesta área tivessem condições de priorizar o atendimento com qualidade no

âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde baseados em instrumentos legais que norteassem sua atuação.

Como se pode perceber, são inúmeras as iniciativas do sistema de saúde brasileiro para que a população tenha um envelhecimento digno e saudável, no entanto, muitas vezes, tais iniciativas não são implantadas de acordo com o preconizado. Uma importante iniciativa para fortalecer e qualificar a assistência prestada no âmbito do SUS foi a implantação do Plano Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Em Santa Catarina a elaboração do PEEPS ocorreu por meio da análise dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, do resultado dos debates desenvolvidos na Oficina Estadual para elaboração do PEEPS do estado de Santa Catarina com representação de 13 (87%) dos 15 CIES implantados no estado, e de discussões realizadas nas reuniões do Fórum Estadual das CIES (SANTA CATARINA, 2009).

Atualmente, o estado de Santa Catarina está constituído por dezesseis (16) *Colegiados de Gestão Regional*, com quinze (15) Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES), abrangendo todas as macrorregiões de saúde e consequentemente todas as cidades do estado (SANTA CATARINA, 2009). A CIES estudada na pesquisa é a denominada Comissão de Integração Ensino Serviço da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina com abrangência de vinte e cinco municípios cada um com quatro representantes, sendo um gestor em saúde, um gestor em educação, um profissional de saúde e um representante do controle social.

Considerando a problemática exposta no que tange à necessidade de garantir uma atenção integral à saúde da pessoa idosa e, que para tanto os integrantes da CIES têm um papel fundamental no planejamento das ações a serem desenvolvidas por estarem atuando diretamente na área de atenção ao idoso nos municípios que os mesmos representam, este estudo tem por objetivo comparar as ações em saúde planejadas e descritas no plano municipal de saúde dos municípios que fazem parte da Macrorregião Extremo Oeste II para o idoso com aquelas executadas, segundo relato dos

participantes.

2.3 *Materiais e métodos*

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa (MINAYO, 2008). A população do estudo foi composta por 39 membros da CIES, que representavam os 25 municípios da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina, sendo que cinco (5) municípios não possuem representatividade na comissão (Palmitos, Chapecó, Sul Brasil, Nova Itaberaba e Nova Erechim) e os representantes de um município foi excluído da pesquisa, pois aderiu a CIES de outra macrorregião do estado. Destes treze eram trabalhadores do SUS, nove são gestores em saúde, sete são gestores da educação e dez são representantes do controle social.

Para a análise comparativa da relação entre o planejado e o efetivado das ações em saúde para o idoso, a coleta de dados foi realizada em dois momentos:

Em um primeiro momento foi realizada a análise documental para a localização dos planos municipais de saúde e coleta de dados acerca das ações previstas para a saúde da pessoa idosa em três diferentes fontes: a) a página oficial da Secretaria de Estado da Saúde (SES); b) o setor de planejamento dos municípios e; c) a Quarta Gerência Regional de Saúde.

Em um segundo, para avaliar as ações efetivadas nos municípios, foram entrevistados os 39 representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina, após contato telefônico para agendamento em seus respectivos locais de trabalho e mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes que aceitaram contribuir com o estudo. No presente estudo utilizar-se-á da análise de conteúdo temática, que baseia-se em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2008, p. 209). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo – UPF (Parecer nº 052.2012) e todos os envolvidos no estudo foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos antes de aceitarem tomar parte do mesmo.

2.4 *Resultados e discussões*

Comparar as ações para a saúde do idoso descritas no plano municipal de saúde dos municípios que fazem parte da Macrorregião Extremo Oeste II com aquelas relatadas pelos integrantes da CIES da região como parte do plano.

No ano de 2009, em todos os municípios do Brasil foram definidos os objetivos, diretrizes e metas para as ações em saúde a serem executadas de 2010 a 2013 através do planejamento descrito no Plano Municipal de Saúde (PMS). Segundo o Ministério da Saúde, o Plano de Saúde é o instrumento que a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2006b).

Dentre outras ações descritas nos planos municipais de saúde, estão as voltadas para a saúde do idoso que é uma das seis prioridades descritas no pacto pela vida e tem suas diretrizes baseadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Dos 19 municípios estudados, observou-se que seis municípios não possuem ações para a saúde do idoso descritas no PMS, treze possuem ações para esta população descritas no plano e dois não possuem plano, por isso não planejaram ações neste período.

Conforme o comparativo das ações para a saúde do Idoso descritas nos planos municipais de saúde com as diretrizes do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, percebe-se que a maioria das ações descritas nos PMS, no item saúde do idoso, não seguem as diretrizes do pacto pela vida e da PNSPI e em sua maioria são ações pontuais, e reproduzem em seu conteúdo apenas o que é preconizado pela legislação.

Quadro 1 - Comparativo de ações e diretrizes para a saúde do idoso.

Ações descritas nos PMS dos Municípios da Macrorregião Oeste II de Santa Catarina	Ações relatadas pelos integrantes da CIES dos Municípios da Macrorregião Oeste II de Santa Catarina
<p>a) Ampliar a cobertura de Vacinação em Idosos;</p> <p>b) Incentivar ações e posturas de acolhimento à população idosa;</p> <p>c) Monitorar os agravos crônicos em usuários idosos;</p> <p>d) Promover educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso;</p> <p>e) Implementar ações que favoreçam o vínculo do idoso com as Unidades de Saúde (contrato de tratamento e cuidados);</p> <p>f) Atuar na promoção, prevenção e educação em saúde, a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;</p> <p>g) Promover ações de prevenção DSTs/HIV/AIDS na população idosa;</p> <p>h) Promover avaliação de saúde bucal nos idosos buscando identificar lesões de câncer bucal e necessidade de prótese dentária;</p> <p>i) Realizar levantamento, envolvendo os ACS, sobre a saúde do idoso, idoso inclusive estado nutricional;</p> <p>j) Incentivar a coleta do exame citopatológico e mamografia para as mulheres da 3ª idade e para os homens o exame de próstata;</p> <p>k) Implantar a Caderneta de Saúde do Idoso, orientando o uso ao paciente e ao profissional;</p> <p>l) Promover ações integradas visando prevenção de acidentes domésticos evitáveis;</p> <p>m) Desenvolver oficinas e cursos sobre o cuidado/cuidador para pacientes acamados ou que necessitam de atenção especial;</p> <p>n) Realizar campanhas educativas referentes a audição e a memória, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e identificar possíveis usuários de AASI;</p> <p>o) Identificar e criar espaço para prática de exercícios físicos e caminhadas;</p> <p>p) Viabilizar cirurgias de cataratas através das Campanhas de Cirurgias Eletivas;</p> <p>q) Grupos de idosos do interior do município e sede com a equipe multidisciplinar;</p> <p>r) Promover ações integradas visando à autonomia do idoso, na prevenção de acidentes domésticos evitáveis;</p> <p>s) Proporcionar participação em oficinas e cursos sobre o cuidado/cuidador para pacientes acamados ou que necessitam de atenção especial;</p> <p>t) Realizar amostragem de teste de calcâneo e densitometria óssea;</p> <p>u) Realizar grupo de orientação para Hipertensos e Diabéticos e manter o acompanhamento individual;</p> <p>v) Manter o atendimento especializado (fisioterapia) para portadores de deficiência ou com limitação gerada pela incapacidade;</p> <p>w) Garantir o acesso próteses auditivas;</p> <p>x) Encaminhar para consulta médica de desintoxicação;</p> <p>z) Manter a busca ativa de casos de Hanseníase e Tuberculose.</p>	<p>Priorizar atendimento;</p> <p>Prevenção/Promoção saúde;</p> <p>Grupos de auto ajuda;</p> <p>Grupos (HAS/DIA) pelo NASF;</p> <p>Grupos atividade física (zona urbana - academia e zona rural - grupos, caminhadas e hidroginástica);</p> <p>Vacinação;</p> <p>Orientação (Ex. DST; Grupos HAS/Dia/SM)</p> <p>Orientação e visitas Domiciliar;</p> <p>Entrega de medicação;</p> <p>Campanhas anti tabaco e Cas;</p> <p>Grupos dançantes;</p> <p>Geriatra;</p> <p>Educação em saúde;</p> <p>Orientação Nutricional</p> <p>Visitas a idosos com CA;</p> <p>Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionistas e médicos disponíveis.</p> <p>Curso de internet;</p> <p>Saúde Bucal;</p> <p>Capacitação para cuidadores de idosos;</p> <p>Uso correto dos medicamentos;</p> <p>Atendimento a acamadas;</p> <p>Verificação da P.A.;</p> <p>Atendimento nas comunidades do interior;</p> <p>Caderneta do idoso.</p>

Fonte: Quadro comparativo entre as ações para a saúde do idoso descritas nos PMS dos municípios da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina gestão 2010/2013, e as ações relatadas pelos representantes da CIES da região.

O estudo mostra que na Macrorregião de saúde estudada, as ações descritas nos planos municipais de saúde muitas vezes não são voltadas para idosos, mas para portadores de certa patologia o que não significa ser para a saúde do idoso especificamente apesar de o pacto pela vida e a PNSPI, trazerem a priorização da saúde do idoso através de ações na perspectiva de qualificar os profissionais que atuam nesta área e pode-se perceber que existe uma valorização descrita para o planejamento das ações neste sentido. Pode-se salientar ainda que os planos municipais que possuem ações previstas para a saúde do idoso repetem em seu planejamento apenas o previsto na legislação evidenciando que o planejamento das ações ainda se baseia no que é preconizado ao nível federal, não levando em consideração o levantamento da realidade local e não se embazando nas necessidades reais da população.

Por outro lado, a descrição das ações não deixa claro como a mesma deverá acontecer na prática, afinal um profissional de posse de um PMS que tem como ação “incentivar ações e posturas de acolhimento à pessoa idosa” ou “Programar ações que favoreçam o vínculo do idoso com as Unidades de Saúde” conseguiria saber o que, quando, ou mesmo como agir para atingir tal objetivo? Se o planejamento deve ser a base para a realização, monitoramento e avaliação das ações em saúde, este deve ser claro e objetivo de modo que os executores possam de fato realizar tais ações.

Algumas ações descritas nos planos estudados trazem o que é preconizado pela PNSPI e pelo Pacto pela vida, porém quando comparadas com ações citadas pelos integrantes da CIES como realizadas nos municípios isso não se consolida, ou seja, as ações que são descritas de forma adequada e estão priorizadas conforme a Política Nacional para a Saúde do Idoso não acontecem na prática. Isso demonstra que o preenchimento dos PMS ainda é visto como formalidade burocrática necessária para recebimento de recurso financeiro e ainda possui fragilidades na sua elaboração, execução e utilização como base para a consolidação de uma política de saúde com estratégias de ação que visem à melhoria da qualidade da assistência e garanta o envelhecimento ativo e saudável da população idosa.

Um estudo realizou a avaliação da eficácia da gestão para as atividades de planejamento nos municípios de Santa Catarina, visando identificar o compromisso da gestão municipal para o desenvolvimento das atividades na área do planejamento em

saúde e verificou que o “indicador PMS apresentou o pior desempenho, com 65,5% dos municípios classificados como ruim”, e ainda, a maioria dos municípios catarinenses foi classificada como regular na dimensão de garantia das relações, evidenciando que a interação entre os setores de interesse para o desenvolvimento das ações de planejamento em saúde ainda é incipiente e representa um desafio que deve ser superado pelos governos locais (LACERDA et al., 2012).

Isso também se verifica neste estudo, pois 27 dos 39 entrevistados afirmaram não ter conhecimento das ações que estão previstas no planejamento local, porque desconhecem a existência ou o conteúdo do PMS do seu município.

Os membros da CIES representam quatro dos principais segmentos da sociedade envolvidos com o planejamento e execução das ações em saúde, por serem gestores da educação e saúde, profissionais da saúde ou representantes do controle social, isso significa que tal desconhecimento permeia toda a sociedade, onde o planejamento e execução das ações são divergentes e não condizem com a realidade local.

O planejamento municipal, da forma que vem sendo conduzido, conforme demonstra o estudo, consolida cada vez mais o modelo biomédico, pois, apesar da PNSPI trazer como prioridade o envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, estímulo a ações intersetoriais, fortalecimento do controle social, além de formação/qualificação para os profissionais, estas metas quase não aparecem nos planos e as que estão descritas/planejadas não se aplicam na prática conforme relato dos integrantes da CIES. Desta forma, a priorização da saúde do idoso embasada em metas e ações planejadas para garantir a qualidade da assistência a partir da qualificação profissional não se consolida, já os atores que definem as ações de educação permanente (EP) para os profissionais de saúde de sua região em sua maioria, relatam como realizadas pelo município ações que sequer estão descritas no plano ou mesmo ações que não são voltadas para a saúde do idoso especificamente.

2.5 *Considerações finais*

Considerando que os membros das CIES formam a comissão que define as ações para a educação permanente em saúde e a alocação de recursos financeiros para este

fim, o desconhecimento das ações descritas no PMS demonstra a não participação dos mesmos em sua elaboração e a não percepção da necessidade de inclusão de ações que visem à qualificação dos profissionais de saúde para atuarem na saúde do idoso com qualidade.

Sendo assim, a efetivação de políticas públicas que priorizem a saúde do idoso não permeia o campo de discussão dos representantes de uma comissão que está designada a definir as prioridades para EPS de uma região, o que demonstra a fragilidade do planejamento local em saúde.

Esta fragilidade, também é percebida na indicação dos representantes de uma comissão com tamanha responsabilidade, devendo os municípios utilizarem critérios mais rígidos para que seus representantes sejam conhecedores e participantes ativos no processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas.

Os resultados do estudo revelam que embora 23 dos 25 municípios estudados possuam o PMS, nem todos possuem ações para saúde do idoso descritas como preconizado na PNSPI e, na prática, as ações citadas como desenvolvidas nos município não refletem o previsto no plano.

Embora os representantes da CIES dos municípios estudados, representem segmentos indispensáveis para a definição planejamento em saúde, 27 dos entrevistados na pesquisa desconhece as ações para a saúde do idoso nos PMS, ou mesmo as ações que são desenvolvidas no município para esta população.

2.6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 16 ago. 2012.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. 66 p.

_____. **Portaria n. 2.528, de 19** de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF), 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idoso.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

_____. **Sistema de planejamento do SUS (planejaSUS):** instrumento básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 46 p. (Série b – textos básicos de saúde; série cadernos de planejamento; v. 2).

_____. **Portaria GM/MS n. 1.996/07, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. **Plano Estadual de educação permanente em saúde do estado de Santa Catarina.** Secretaria da Saúde, relatório 2010 – 2013, Santa Catarina, 2009.

_____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

LACERDA, J. T. de et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 270 p.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de educação permanente em saúde do estado de Santa Catarina.** Secretaria de Estado da Saúde, relatório 2010 – 2013, Florianópolis, 2009.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

3.1 *Ações para a saúde do idoso e educação permanente na voz da comissão de integração ensino serviço*

RESUMO

Esse estudo se propôs a identificar o conhecimento dos integrantes da CIES quanto às ações em saúde para o idoso planejadas e realizadas em seus municípios de identificar as ações de educação permanente, planejadas e/ou executadas pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) com foco na saúde do idoso. A coleta de dados se deu pela busca dos Planos Municipais de Saúde (PMS) e entrevistas com 39 representantes CIES da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina. Na análise dos dados foi possível identificar que 16 representantes não se inseriram na elaboração dos PMS, o que reflete na não conformidade das ações descritas no planejamento com as ações relatadas como efetivadas nos municípios pelos representantes da comissão. Vale salientar, que o preenchimento do PMS, quando realizado, por vezes se torna mero cumprimento legal. Por fim, dentre os representantes, apenas 17 refere conhecer ações planejadas e/ou executadas pela CIES em seu município, sendo que nenhum menciona qualquer ação diretamente relacionada com a saúde do idoso. Isso demonstra que as ações referentes à educação permanente realizada pela CIES não contemplam a saúde do idoso durante seu planejamento, não prevendo assim ações para esta população.

Descritores: Envelhecimento Humano. Planejamento em Saúde. Educação Permanente.

PLANNING FOR THE HEALTH OF THE ELDERLY IN VIEW OF THE TEACHING SERVICE COMMISSION ON INTEGRATION

ABSTRACT

This study proposed to identify the knowledge of the members of CIES regarding the actions in elderly health, in addition to identifying the actions of permanent education, planned and/or executed by the Teaching-Service Integration Commission (CIES). The data collection was held by the analysis of the Municipal Health Plans (PMS) and interviews with 39 CIES representatives of the West End Macro-region II of Santa Catarina State. In the analysis of the data it was possible to identify that the majority of the participants is not inserted in the elaboration of the PMS (Municipal Health Plans), which reflects in the non-conformity of the actions described with the actions effected in the municipalities. It is worth stressing, that the filling out of the PMS, when performed, at times becomes mere legal compliance. Lastly, among the participants, only seventeen relate knowing actions planned and/or executed by Teaching-Service Integration Commission (CIES) in their municipalities, and none reports any action directly related to the health of the elderly. This shows that the actions regarding permanent education held by CIES do not contemplate human aging in its forums for discussion.

Keywords: Human Aging. Health Planning. Continuing Education.

3.2 *Introdução*

O envelhecimento é um fenômeno mundial que vem impactando na forma como setores e serviços de saúde se organizam para atender essa população, que cresce a cada década. Um desafio importante na pauta de debates na área da saúde é a forma como o sistema se organiza para garantir a melhoria da qualidade de vida desse segmento.

Considerando o envelhecimento saudável uma das prioridades da assistência em saúde na atenção básica, garantida no Pacto pela Vida, inúmeras iniciativas são promovidas pelo governo federal no sentido de monitorar e avaliar as ações realizadas nas três esferas de governo a exemplo da Política Nacional de Atenção a Saúde do idoso

(BRASIL, 2006a).

Observa-se que as políticas apontam para um planejamento de forma a garantir o envelhecimento saudável da população brasileira. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

Muitas das ações em saúde para o idoso previstas no plano municipal de saúde não são implantadas, por vezes pelo desconhecimento dos gestores e profissionais de saúde, o que muitas vezes faz do PMS um documento de gaveta para cumprir questões técnicas e não como um mecanismo para organizar as ações e fazer o acompanhamento destas. Neste contexto é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção, sendo a CIES um destes importantes espaços (CECCIM, 2005).

Nesse sentido, a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) que em sua área de abrangência deve apoiar e cooperar na construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, pensando na realidade local e é formada por representantes de segmentos como educação e saúde deve assegurar um planejamento adequado às necessidades de qualificação da assistência à saúde de sua região (SANTA CATARINA, 2009).

Desta maneira, a participação dos representantes da CIES é fundamental na discussão e formulação de estratégias de ação, para que os municípios desempenhem seu papel na garantia dos direitos relacionados à saúde da pessoa idosa. Em vista disso, quem vivencia o desenvolvimento das ações no âmbito local tem elementos mais consistentes para fazer uma análise sobre o impacto das mesmas sobre população residente nesse território.

Assim, os atores que representam seus municípios na CIES, integram o grupo que deve pensar as ações de educação permanente necessárias para que os municípios envolvidos atendam as necessidades de saúde da população idosa a partir de uma prática

que considere os fatores locais como essenciais ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do sistema local de saúde.

Dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a educação permanente em saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação, que segundo o autor compreende a participação de segmentos como saúde, educação e controle social em sua formação (CECCIM, 2005).

Considerando o contexto exposto justifica-se o estudo uma vez que este produz conhecimento acerca das ações para a saúde do idoso e de educação permanente objetivando identificar o conhecimento dos integrantes da CIES sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso com base no plano municipal de saúde, como também que ações são planejadas e/ou executadas pela (CIES) da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina.

3.3 *Materiais e métodos*

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa é utilizada com maior frequência nas ciências sociais, tendo por objetivo investigar o ser humano em sociedade, nas suas relações, e nas instituições onde o mesmo encontra-se inserido. O método qualitativo é a forma de estudar as relações, representações, crenças, percepções e opiniões dos indivíduos a cerca de sua formação, estilo de vida e de si mesmos, sendo melhor utilizada na investigação de grupos delimitados, focalizando a percepção a respeito de uma situação (MINAYO, 2008).

3.3.1 Coleta e análise de dados

A população do estudo foi 39 membros da CIES, que representam os 25 municípios da Macrorregião extremo oeste II de Santa Catarina, sendo que cinco (5) municípios não possuem representatividade na comissão e um município foi excluído da pesquisa, pois aderiu a CIES de outra macrorregião do estado. Os dezenove municípios que possuem representação totalizam 39 representantes sendo que todos participaram da pesquisa. Destes treze são trabalhadores do SUS, nove são gestores em saúde, sete são

gestores da educação e dez são representantes do controle social.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos:

Em um primeiro momento foi realizada a análise documental para a localização dos planos municipais de saúde e coleta de dados acerca das ações previstas para a saúde da pessoa idosa.

Em um segundo momento foram entrevistados os 39 representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina, após contato telefônico para agendamento em seus respectivos locais de trabalho e mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes que aceitaram contribuir com o estudo.

Para análise dos dados foi utilizada análise de conteúdo, de modo que primeiramente foram listadas as ações para a saúde do idoso contidas nos PMS, posteriormente foi realizada uma leitura das entrevistas, que foram transcritas na íntegra. É importante salientar, que a transcrição foi feita logo após a realização das entrevistas, o que facilitou a compreensão das mesmas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo – UPF (Parecer nº 052.2012) e todos os envolvidos no estudo foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos antes de aceitarem tomar parte do mesmo.

3.4 Resultados e discussões

Após análise de conteúdo duas categorias analíticas emergiram sobre o conhecimento dos integrantes da CIES quanto as ações para a saúde do idoso e de educação permanente, conforme apresentadas abaixo.

1) O não saber e não conhecer as ações para saúde do idoso descritas Plano Municipal de Saúde.

Com a realização deste estudo, foi possível identificar que 17 representantes da CIES não está inserida na elaboração dos PMS e 12 desconhece quem são os envolvidos na elaboração o que significa que não fizeram parte das discussões a cerca do levantamento das prioridades no momento da elaboração dos planos municipais de saúde de seus municípios.

Mesmo a CIES sendo formados por representantes dos quatros principais segmentos da sociedade no que dizem respeito ao conhecimento da realidade local, cinco entrevistados relatam não saber da existência ou não do plano municipal de saúde de seu município. Vale ressaltar ainda, que um dos representantes refere que seu município possui o plano municipal de saúde, e, na busca documental o mesmo não foi encontrado, mesmo o estudo tendo sido realizado no último ano da execução do atual PMS, o que demonstra o desconhecimento sobre a existência ou não do plano municipal, evidenciando falta de acompanhamento por parte da equipe técnica quanto à execução e avaliação das ações planejadas no PMS.

Apesar de as orientações do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006c) avançar para um planejamento que responda às necessidades do Sistema de Saúde, reforçando a convicção de que o planejamento deve ter uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores o estudo mostra o desconhecimento é a não participação dos integrantes da CIES na elaboração e execução das ações planejadas, apesar de constituírem importantes segmentos da sociedade.

Conforme descrito no sistema de planejamento do SUS, o processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social (BRASIL, 2006b).

Com isso identifica-se que estes membros da CIES desconhecem também que o município está descumprindo uma exigência legal, afinal, conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), para receberem os recursos, os Municípios deverão ter organizado e

em funcionamento o fundo de saúde; conselho de saúde; plano de saúde; relatórios de gestão; previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Estudo de Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) encontraram resultados semelhantes em pesquisa realizada sobre o monitoramento e avaliação sistemática da própria gestão governamental, onde salienta que pouco mais da metade dos respondentes, que são gestores do SUS, refere possuir PMS próprio e já referendado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, mesmo tendo decorrido entre 24 e 30 meses da gestão governamental. Ou seja, os próprios gestores afirmam não possuir PMS em seus municípios, mesmo sabendo que é uma exigência legal que pode levar a perdas de repasse financeiro aos municípios.

Segundo Lacerda et al. (2012), em seu estudo sobre a avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses, o indicador PMS apresentou o pior desempenho, com 65,5% dos municípios classificados como ruim, apesar de que no interior do estado de Santa Catarina observa-se maior concentração de municípios com bom desempenho nas regiões Oeste e Meio Oeste.

Desta maneira percebe-se que o preenchimento do PMS, quando realizado, por vezes se torna mero cumprimento legal e não é visto como um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações planejadas para a saúde da população. Portanto, as ações planejadas nem sempre vão de encontro com as necessidades loco regionais como demonstra o estudo no que diz respeito às ações para a saúde do idoso.

Além disso, 20 participantes do estudo não sabem se o município possui ações para a saúde do idoso planejadas no PMS e desconhecem o conteúdo deste como evidenciado nos relatos dos entrevistados:

Hum não sei te dize também [E 2, trabalhador do SUS].

Há isso não sei te fala, geralmente tá no papel, prá prática, mas não sei [E 3, trabalhador do SUS].

Não, é que eu não conheço o plano, pode se até que tenha assim, acredito que tenho, mas não saberia informar [E 20, Gestor da Saúde].

Tem, que eu conheço que tem, tem o fumo, a campanha do fumo que é feita, ham como que é tem de câncer, tem todo ano tem a questão da saúde da mulher, saúde do homem, tem hipertensos e diabéticos essas doenças de idoso, nós temos um geriátra ele palestra muito [E 12, Gestor da Saúde].

Apesar se serem gestores e trabalhadores do SUS os representantes da CIES afirmam não conhecer o conteúdo do planejamento apresentado no PMS, apesar de serem os executores do mesmo, isso demonstra as ações praticadas pelos profissionais de saúde não foram planejadas de forma articulada, com vistas à continuidade com avaliação para a melhoria da qualidade. Já em relação à oferta de ações para a saúde do idoso todos os entrevistados afirmam que seus municípios realizam ações voltadas a esta população, porém, 31 representantes da CIES não sabem dizer se as ações desenvolvidas no município estão ou não descritas nos PMS:

Tem, já existe ações prá saúde do idoso, tem o grupo do hiperdia aqui do posto de saúde, o NASF ele elabora né, umas visitas tipo nas comunidades, por exemplo, tem uma comunidade Nossa senhora .das graças que tal dia, tal hora vai se reuni os idosos lá, a farmacêutica que vai entrega a medicação, vai faze palestrinha, a alimentação, tudo [E 1, Trabalhador do SUS].

Faz, na verdade porque hãm, todo mês uma vez por mês elas tem a entrega de medicamentos para os hipertensos então elas fazem umas palestras com eles, hãm, tem hidroginástica também que é através da saúde né prá eles também [E 2, Trabalhador do SUS].

Acredito que sim, é sempre trabalhada a questão, eles tem um grupo de diabetes, tem um grupo de hipertensos, geralmente é feito, sei que até não é muito que a psicóloga trabalha com eles, é feito palestras preventivas, também tem médico, tem fisioterapeuta [E 3, Trabalhador do SUS].

Sim, o seguinte nós temos... Na praça prá faze exercício, temos algumas ações assim sobre nutrição, a saúde bucal, do uso correto dos medicamentos, que a gente fez um trabalho com a nossa farmacêutica á todo o grupo dos idosos né, mas assim nós temos grupos ai que né [E 5, Trabalhador do SUS].

Embora as ações para a saúde do idoso estejam entre prioridades do pacto pela vida e em outras políticas, o estudo demonstrou que as ações relatadas pelos participantes

como ações para a saúde do idoso nem sempre são ações voltadas para tal grupo, mas sim ações abrangentes que são oferecidas para toda a população ou mesmo para um grupo portador de uma patologia, como, por exemplo, grupos de hipertensos e diabéticos.

Tal fato demonstra que o PMS nem sempre é utilizado para programar ações a partir da realidade local, bem como não é utilizado como forma de avaliação das ações realizadas, já que estas nem sempre são contempladas neste instrumento de gestão. Além disso, diretrizes como a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, Implantação de serviços de atenção domiciliar, fortalecimento da participação social, que são essenciais para um atendimento com qualidade e garantia de um envelhecimento saudável e ativo, sequer são mencionadas pelos representantes da CIES, o que demonstra o total desconhecimento da necessidade de priorização da saúde do idoso durante o planejamento de ações coerentes com a política nacional.

Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012) também referem em seu estudo que apenas 62% dos entrevistados afirmam que a Secretaria Municipal de Saúde utiliza alguma modalidade ou instrumento de avaliação e monitoramento dos objetivos e/ou recursos estabelecidos para o PMS.

Então, tendo os representantes da CIES o dever de pensar estratégias para a melhoria da qualidade da assistência a saúde através da educação permanente e o PMS colocado como instrumento de planejamento, percebe-se a dificuldade na definição de ações pautadas na realidade local à medida que os participantes do estudo demonstram não reconhecer a necessidade de planejar ações para uma população que vem aumentando em todo mundo e necessita ser priorizada para garantir um envelhecimento com qualidade de vida, conforme preconiza a PNSPI.

2) A não participação dos integrantes da CIES nas reuniões e a precariedade de ações voltadas a educação permanente para a saúde do idoso no municípios.

Apenas 12 integrantes da CIES referem participar com frequência das reuniões da comissão, sendo 12 dizem ter participado, apenas em gestões anteriores e 15 afirmam nunca ter participado.

Dentre os 24 representantes que referem ter participado de reuniões da CIES em algum momento, apenas 17 afirmam conhecer ações planejadas e/ou executadas pela CIES em seu município, sendo que nenhum refere qualquer ação diretamente relacionada com a saúde do idoso.

Este estudo demonstrou ainda que dentre os 39 representantes da CIES nenhum entrevistado refere conversar com os demais membros do município a não ser durante as reuniões que participam, sendo que oito referem não conhecer os demais membros.

Com relação às ações planejadas/executadas pela comissão, 18 entrevistados referem ter conhecimento a cerca das mesmas. Dentre os que dizem saber que a comissão planejou ou executou alguma ação 16 citam tais ações e nenhum deles refere qualquer ação relacionada as saúde do idoso.

A afirmação dos representantes da CIES demonstra que a saúde do idoso não está sendo priorizada no planejamento das ações de educação permante, apesar ser uma prioridade apontada nas diretrizes do Pacto pela vida na área do envelhecimento e saúde do idoso, levando em consideração a necessidade de capacitar todos os profissionais de saúde da atenção básica e de contemplar conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c).

Isso demonstra que as discussões referentes à educação permanente, realizadas pela CIES, que é a comissão responsável por definir ações de EP conforme as necessidades locais, não tratam a saúde do idoso como uma prioridade, não incluindo esse tema na programação das ações voltadas a qualificação dos profissionais dos municípios nesta área.

3.5 *Considerações finais*

Este estudo demonstrou que embora a maioria dos municípios possua o PMS e este, contemple ações para saúde do idoso conforme preconizado na legislação, as ações efetivadas nos municípios não refletem o previsto no plano.

Mesmo os membros da CIES, sendo representantes de quatro dos principais no

que diz respeito ao planejamento em saúde, e a definição de ações de Educação Permanente (EP) para a qualificação dos profissionais de saúde, muitos desconhecem a existência do PMS, e, dentre os que sabem da existência mais de 30% não conhecem seu conteúdo.

O não conhecimento sobre a existência do plano e a não utilização do mesmo como ferramenta importante no planejamento de ações por representantes de uma comissão que define ações de EP, bem como a alocação de recursos financeiros para este fim, demonstra a fragilidade na efetivação de políticas públicas em saúde.

Embora a saúde do idoso venha sendo priorizada em diferentes instrumentos de gestão na saúde, o planejamento, execução e avaliação de ações que efetivamente garantam a qualidade da assistência não vem sendo utilizadas nos momentos de discussão.

3.6 Referências

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990.

_____. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério de Estado da Saúde. Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, 19 out. 2006a.

_____. **Sistema de planejamento do SUS (planejaSUS): instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 46 p. (Série b - textos básicos de saúde; série cadernos de planejamento; v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006c.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

LACERDA, J. T. de et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 270 p.

MIRANDA, A. S. de; CARVALHO, A. L. B. de; CAVALCANTE, C. G. C. S
Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em secretárias municipais de saúde. **Ciên. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, abr. 2012.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de educação permanente em saúde do estado de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, relatório 2010 – 2013, Florianópolis, 2009.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo o IBGE (2010), estima-se que em 2025, o Brasil ocupará no mundo a sexta posição com a maior população de idosos. Esse crescente número de idosos em sociedade tem posto na agenda dos debates de saúde a necessidade de se avaliar e acompanhar a organização do sistema para que de fato este garanta a melhoria da qualidade de vida para esse segmento, conforme preconiza a PNSPI.

Para tanto, o modelo de assistência adotado é de suma importância, bem como a capacitação dos profissionais que atuam nas equipes de saúde, pois, a assistência ao idoso requer cuidados diferenciados, principalmente se for considerado a prioridade posta na PNSPI (BRASIL, 2006b), em que a saúde para essa população está mediada pela manutenção da capacidade funcional. Em que a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção ao idoso, além de formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa é posta como necessidade para reorganizar a atenção básica com vistas a atender esse segmento.

Nesse sentido o planejamento de ações adequadas às demandas do território se faz necessário, porém, além dos aspectos estruturais para obter um bom planejamento é preciso assegurar a articulação com setores internos e externos ao setor saúde e com representantes da sociedade civil organizada.

Sendo a CIES uma comissão que define as ações para educação permanente direcionada aos profissionais da região de saúde correspondente e considerando que esta é constituída por atores dos principais segmentos da sociedade, deveria garantir em seus fóruns de discussão a necessidade de se planejar e executar ações eficazes de acordo com a realidade loco regional, no entanto muitas vezes isso não se efetiva.

Em relação à saúde do idoso, tais necessidades vão desde a qualificação do

planejamento baseado na realidade de cada município, com monitoramento contínuo e avaliação qualificada afim de replanejar a partir de metas específicas, até a qualificação dos profissionais de saúde, despertando a ideia de que o envelhecer é um processo natural e não está associado ao adoecimento e sim a uma etapa como qualquer outra da vida, com suas particularidades.

A Educação Permanente em Saúde se faz necessária na formação destes profissionais para que atuem de forma resolutiva e qualificada junto à população idosa, porém, o estudo demonstrou que apesar de inúmeras tentativas, a formação de comissão envolvendo quatro dos principais segmentos importantes da sociedade não traz a tona à discussão de um tema tão difundido mundialmente.

O aumento expressivo da população idosa e as inúmeras iniciativas do governo para consolidar ações a cerca da saúde do idoso parece não ter despertado a mobilização de em alguns setores da saúde e sociedade para a necessidade de se planejar e organizar para atender as demandas dessas pessoas. A discussão sobre o envelhecimento da população não aparece, segundo este estudo, na importância do planejamento local, nem mesmo nas discussões dos atores responsáveis pela definição de ações estratégicas para EP dos profissionais de saúde da região.

Como consolidar políticas públicas a cerca do envelhecimento saudável sem tal discussão?

Ou ainda, como garantir uma equipe de saúde que trabalhe de forma integrada a fim de garantir bons cuidados aos usuários idosos, que frequentemente são portadores de múltiplas patologias de maior complexidade, e requerem forte assistência interdisciplinar?

Diferentes autores trazem o envelhecimento como pauta de discussão, porém o estudo demonstra que na prática cotidiana, a discussão sobre ações necessárias para a garantia da qualidade na atenção ao idoso é insipiente e as ações planejadas em sua maioria são pautadas em grupos de patologias ou são ações pontuais que não dão conta de garantir um envelhecimento ativo e saudável a toda à população.

Desta forma deve se considerar que o plano municipal de saúde, apesar de ser o instrumento que norteia as ações de saúde a serem realizadas durante um período de quatro anos, referentes ao período da gestão municipal, e legalmente exigido para obter-se acesso a recursos financeiros no SUS não foi elaborado por todos os municípios estudados, e ainda, nem todos os representantes da Comissão de Integração Ensino Serviço da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina conhecem as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso previstas nos planos existentes, ou estas nem são contempladas, pois, a programação em saúde muitas vezes se torna meramente burocrática para cumprir uma exigência das instancias superiores sem relação com a prática diária das ações em saúde.

Ou seja, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa e para que isso aconteça de fato, todos os setores devem estar envolvidos em ações de educação permanente, e participar conforme a realidade local de órgãos colegiados de controle social de forma pró ativa, reunindo seus pares na escolha adequada de seus representantes, pois somente assim consolidarão todas as prioridades garantidas na legislação de forma efetiva, bem como poderão avaliar eficazmente as ações realizadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990a.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990b.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, out. 2003.

_____. Portaria n. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006a.

_____. Portaria n 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, out. 2006b.

_____. **Portaria GM/MS n. 1.996/07, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF), 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico de 2010. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1>. Acesso em: 14 fev. 2012.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de educação permanente em saúde do estado de Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde, relatório 2010 – 2013, Florianópolis, 2009.

ANEXOS

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 052.2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, em reunião no dia 28/3/12, analisou o protocolo de pesquisa “**Conhecimento dos representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso com base no pacto pela vida**”, de responsabilidade da pesquisadora **Adriana Cristina Hillesheim**.

O projeto tem como objetivo identificar o conhecimento dos representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso, com base no pacto pela vida descritas no plano municipal de saúde.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, por meio de uma entrevista, com representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço (CIES) da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina. A coleta de dados dar-se-á na Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

A pesquisadora deverá apresentar relatório a este CEP ao final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 29 de março de 2012.

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B. Comprovante de submissão

Revista Gaúcha de Enfermagem



CAPA SOBRE PÁGINA DO
USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS ESCOLA DE ENFERMAGEM

Capa > Página do usuário

Página do usuário

Revista Gaúcha de Enfermagem

[* Autor](#)

[1 Ativo](#)

[\[Nova submissão\]](#)

Mesclar cadastro

- [* Mostrar Revistas](#)
- [* Editar meu perfil](#)
- [* Alterar minha senha](#)
- [* Sair do sistema](#)

ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

adriannah

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

IDIOMA

Português (Brasil) ▾

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos ▾

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

- [CAPA](#)
- [SOBRE](#)
- [PÁGINA DO USUÁRIO](#)
- [PESQUISA](#)
- [ATUAL](#)
- [ANTERIORES](#)
- [NOTÍCIAS](#)
- [ESCOLA DE ENFERMAGEM](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

- **ATIVO**
- [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
37307	27-02	ARTO	hillesheim, DIEHL, Terribille	<u>ACÇÕES</u> <u>ESTRATÉGICAS</u> <u>PARA A SAÚDE DO</u> <u>IDOSO:</u> <u>POLÍTICA...</u>	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidada (a) a participar da pesquisa intitulada “Conhecimento dos representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso com base no pacto pela vida”, de responsabilidade da pesquisadora Adriana Cristina Hillesheim com o objetivo de obter o título de mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH, da Universidade de Passo Fundo, sob a orientação do professor Dr. Astor Antônio Diehl e co-orientação do professor Dra. Fátima Ferreti.

Esta pesquisa justifica-se porque os atores envolvidos no quadrilátero da CIES apoiados pelos representantes da IES (instituições de ensino superior) que fazem parte da comissão integram o grupo que deve pensar as ações de educação permanente necessárias para que os municípios envolvidos atendam as necessidades de saúde da população idosa a partir de uma prática que considere os fatores locais como essenciais ao planejamento, desenvolvimento e avaliação do sistema local de saúde. O objetivo desta é identificar o conhecimento dos representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso, com base no pacto pela vida descritas no plano municipal de saúde.

A sua participação na pesquisa será durante as reuniões da CIES, e através de entrevistas individuais que serão realizadas nos seu local de trabalho, ou em local a ser definido por você. A pesquisa será de forma individual, respondendo um questionário com perguntas que têm como finalidade descrever a representação da CIES da Macrorregião Extremo Oeste II e descrever o conhecimento dos seus representantes quanto às ações para a saúde do idoso pactuadas no Plano Municipal de Saúde.

A entrevista será realizada por meio eletrônico, posteriormente degravada e analisada.

A participação do(a) Sr(a) não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização da entrevista e talvez algum constrangimento gerado por perguntas de caráter pessoal, que o(a) Senhor(a) poderá não responder se assim desejar.

Ao participar da pesquisa, você terá os seguintes benefícios:

a) Contribuição para a melhoria do conhecimento sobre as ações em saúde da pessoa idosa do seu município.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

Além disso, por meio da assinatura do termo, o (a) Senhor (a) estará autorizando a sua participação ou não da pesquisa, sendo que poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento.

Caso tenha alguma despesa relacionada à pesquisa, você terá o direito de ser ressarcido(a), e você não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

As suas informações serão gravadas e posteriormente destruídas. Os dados obtidos que passam a identificar as pessoas serão eliminados garantindo a segurança e a confiabilidade das informações de sua identificação.

Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e confiabilidade dos dados.

No caso de dúvida sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado(a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com a pesquisadora Adriana Cristina Hillesheim pelo telefone (49) 9146-6227, ou o Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH, da Universidade de Passo Fundo, ou também pode consultar o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo telefone (54) 3316-8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Nome da pesquisadora: Adriana Cristina Hillesheim

Assinatura: _____

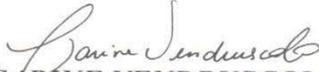
Apêndice B. Autorização da CIES



AD REFERENDUM

O Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) da Macrorregião Extremo Oeste II de Santa Catarina, a partir de avaliação detalhada, concorda que seja encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa o projeto: *Conhecimento dos representantes da Comissão de Interação Ensino Serviço sobre as diretrizes e ações estratégicas para a saúde do idoso com base no pacto pela vida*, sendo proponente a Mestranda Enfermeira Adriana Hillesheim, Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

Chapecó, 06 de março de 2012.


CARINE VENDRUSCOLO
Articuladora da CIES

Apêndice C. Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro de Entrevista

1. Idade: 2. Sexo: 3. Escolaridade: 4. Município:
5. Regional de Saúde:
 - a. Chapecó () b. Palmitos () c. Quilombo ()
6. Representação na CIES?
 - a. Gestor Saúde () b. Gestor da Educação () c. Trabalhadores do SUS ()
 - d. Controle Social () e. Outra Instituição ()
7. Qual a sua função no município?
8. Há quanto tempo trabalha no seu município?
 - a. Menos 1 ano () b. 1 a 5 anos () c. 5 a 10 anos ()
 - d. mais de 10 anos ()
9. Você sabe se o seu município tem Plano Municipal de Saúde?
10. Você conhece o Plano Municipal de Saúde do seu Município?
11. Você participou da elaboração do Plano Municipal de Saúde do seu Município?
Quantas vezes? Em que ano?
12. Você sabe quem participou da elaboração do Plano Municipal de Saúde do seu Município? Quem?/Função:
13. No Plano Municipal de Saúde do seu município existem ações previstas para a pessoa idosa? Quais?
14. As equipes de saúde da Atenção Básica em seu município promovem ações para a saúde da pessoa idosa? Quais?
15. As ações que as equipes de saúde do seu município promovem estão previstas no plano municipal de saúde?
16. Como você classifica as ações para a saúde do idoso do seu município? Por quê? Justifique e detalhe como esta realidade se constituiu.
17. Que melhorias as ações na saúde do idoso trouxeram para seu município?
18. Quais as ações de educação permanente foram planejadas pela CIES durante sua representação?

