

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

CYNTHIA VALÉRIA OLIVEIRA DA SILVA COLOMBI

Atenção à Saúde do Idoso no Município de São Mateus/ES

**São Mateus
2015**

CYNTHIA VALÉRIA OLIVEIRA DA SILVA COLOMBI

Atenção à Saúde do Idoso no Município de São Mateus/ES

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade Vale do Cricaré para a obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Área de concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nara Cuman Motta

**São Mateus
2015**

C718a

COLOMBI, Cynthia Valéria Oliveira da Silva.

Atenção à Saúde do Idoso no Município de São Mateus/ES. / Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi. São Mateus, 2015.

96f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, ES, 2015.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Nara Cuman Motta.

1. Envelhecimento. 2. Saúde. 3. Atenção à Saúde do Idoso. I. Título.

CDD: 362.6

CYNTHIA VALÉRIA OLIVEIRA DA SILVA COLOMBI

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE
SÃO MATEUS ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 21 de Março de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª NARA CUMAN MOTTA
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof.ª Dr.ª SÔNIA MARIA DA COSTA BARRETO
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof. Dr. SEBASTIÃO PIMENTEL FRANCO
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

DEDICATÓRIA

À Deus, por ser Ele ser Soberano e Senhor da minha vida, meu sustento em toda e qualquer situação. À minha família, em especial ao meu esposo e meus filhos por terem sido apoio incondicional para eu realizar e concluir esse curso. Aos idosos que me inspiraram e me fizeram crescer enquanto pessoa e profissional. Aos amigos e professores que junto comigo enfrentaram os desafios dessa experiência.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

A DEUS, POR SER SOBERANO, SENHOR DA TERRA E CÉUS;

A JESUS CRISTO, AUTOR E CONSUMADOR DA MINHA FÉ;

AOS MEUS PAIS, POR ME ENSINAREM VALORES ETERNOS;

AO MEU ESPOSO, DELY JOSÉ COLOMBI, POR SER PRESENTE DE DEUS EM MINHA VIDA!

AOS MEUS FILHOS, LEVI E LUCAS, POR ENTENDER, MESMO TÃO PEQUENOS, O TEMPO QUE FIQUEI AUSENTE NA REALIZAÇÃO DESTE MESTRADO;

A FACULDADE VALE DO CRICARÉ, PELA INICIATIVA E EMPREENDEDORISMO.

AOS PROFESSORES E COLEGAS DE TURMA, OBRIGADA PELO APRENDIZADO.

À GLEIDA DANESE E LUCIENE CARIBÉ, PESSOAS MAIS QUE ESPECIAIS;

À MARIA CÉLIA, PELO CARINHO, AJUDA OPORTUNA E DISPONIBILIDADE;

AOS DOUTORES DA BANCA, NARA CUMAN, SEBATIÃO PIMENTEL E SÔNIA MARIA PELAS ORIENTAÇÕES, CORREÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS A FINALIZAÇÃO DESTE.

À MINHA ORIENTADORA, DOUTORA NARA CUMAN, PELA PACIÊNCIA, E SABEDORIA AO LONGO DESTA JORNADA.

AOS IDOSOS, A QUEM EU RESPEITO, NÃO POR LEI, MAS SIM POR VALOR DE VIDA!

À GESTORA EM SAÚDE, MÉRCIA COMÉRIO DE HOLANDA, POR PERMITIR REALIZAR ESTE TRABALHO.

“Fiquem de pé na presença das pessoas idosas e as
tratem com todo o respeito”

Levíticos - 19:32, Bíblia Sagrada

RESUMO

COLOMBI, C.V.O.S. **A Atenção à Saúde do Idoso no Município de São Mateus/ES**. 2014. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional. Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2014.

São muitos os desafios que são trazidos pelo envelhecimento da população e este traz forte impacto em várias dimensões da sociedade. Em termos de desenvolvimento regional, ela influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. Este estudo objetivou identificar como se organiza a atenção à saúde do idoso no município de São Mateus/ES. O processo metodológico aconteceu em quatro momentos: levantamento bibliográfico, pesquisa documental, pesquisa de campo realizada através de visitas técnicas com abordagem aos gestores do serviço de saúde do município e apresentação de resultado no Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal dos Idosos. No diagnóstico local foi detectada a necessidade de institucionalização do programa de atenção à saúde do idoso, além de um estudo para articulação com a rede de Atenção Básica e demais secretarias municipais. Concluiu-se que no município de São Mateus os serviços ainda não estão organizados para atender a população idosa, o que existe são ações pontuais e descontínuas que englobam os idosos como os programas desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família através do HIPERDIA. Os espaços sociais de discussão de atenção à rede de saúde ao idoso também não estão envolvidos com o problema.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde. Atenção à Saúde do Idoso.

ABSTRACT

COLOMBI, C.V.O.S. **Attention to Elderly Health the municipality of São Mateus/ES**. 2014. 87p. Professional Master's Thesis. Graduate level Program on Environmental Management System, Education e Regional Development. Faculty of Vale do Cricaré, São Mateus, 2014.

There are many challenges brought by an aging population and this makes a strong impact on various dimensions of society. In terms of regional development, it influences the consumption, the transfer of capital and property taxes, pensions, the labor market, health and health care, family composition and organization. This study aimed to identify how it organizes the health care of the elderly in São Mateus / ES. The methodological process happened in four moments: literature, documentary research, field research through technical visits with approach to service managers municipal health and presenting results in Municipal Councils and Municipal Health Council of Older Persons. On-site diagnosis was detected the need to care program institutionalization of the health of the elderly, as well as a study for articulation with the primary care network and other municipal departments. It was concluded that in the municipality of São Mateus the services are still not organized to assist the elderly population, there are specific and discrete actions that include older people as the programs developed in the Family Health Strategy through HIPERDIA. The social areas of health-care network discussion to the elderly are also not involved with the issue.

Keywords: Aging. Health. Health care of the elderly

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
ANG	Associação Nacional de Geriatria
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas
CEPAF	Centro de Promoção de Atividades Físicas
COAP	Contrato Organizativo de Atenção Primária
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTT	Centro de Tratamento ao Toxicômano
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COMDDIPI	Conselho Municipal dos Direitos e Deveres da Pessoa Idosa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FENATE	Festival de Teatro Amador
FVC	Faculdade Vale do Cricaré
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HMSM	Hospital Maternidade de São Mateus
HRAS	Hospital Roberto Arnizant Silveiras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDSUS	Índice do Desempenho do Sus
IFES	Instituto Federal do Espírito Santo
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Programa de Assistência ao Idoso
PAS	Programa Anual de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa
PROATER	Programa de Assistência Técnica e Extensão
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas
SISVAN	Sistemas de Vigilância Alimentar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
US	Unidade de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Crescimento da população idosa nos países em desenvolvimento	26
Gráfico 2 – Expectativa de vida no estado do Espírito Santo, por sexo	42
Gráfico 3 – População idosa por faixa etária no Espírito Santo	42
Gráfico 4 – Mortalidade no estado do Espírito Santo CID-10.....	43
Gráfico 5 – Mortalidade em idosos por causas	43
Gráfico 6 – Dados sobre a existência de atendimento ao idoso nas unidades de saúde	61
Quadro 1 – Síntese das políticas públicas brasileiras voltadas a atenção aos idosos	30
Quadro 2 – Rede Ambulatorial Pública Municipal (SUS)	53
Quadro 3 – Estabelecimentos de Saúde de São Mateus cadastrados no CNES	55
Quadro 4 – Diretriz 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e os portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.....	59
Tabela 1 – Distribuição dos idosos por faixa etária e gênero	51
Ilustração 1 – Figura do Plano Diretor de Regionalização - 2011	47
Ilustração 2 – Figura do município de São Mateus/ES e seus distritos	48

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 ENVELHECIMENTO E O DESENVOLVIMENTO REGIONAL	21
3.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL – UM OLHAR PARA HISTÓRIA.....	25
4 A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	31
4.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	34
4.1.1 O Estatuto do Idoso.....	37
4.1.2 A Caderneta da Pessoa Idosa	39
4.1.3 Pacto Pela Saúde	40
5 O MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	46
5.1 SÃO MATEUS	46
5.2 UNIDADES ASSISTENCIAIS DA REDE SUS	50
5.2.2 Rede Hospitalar	53
5.3 PROGRAMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA	54
5.3.1 ESF e PACS	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
6.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS – UMA ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO IDOSO.....	57
6.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EXISTENTE NO MUNICÍPIO.....	61
6.4 PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS AO CONTROLE SOCIAL.....	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8 REFERÊNCIAS	69

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em escala global. Esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade, fatores que resultam no aumento do número de idosos e redução do número de crianças e jovens, isto é, a transição demográfica.

De acordo com as estimativas das Nações Unidas (ONU, 2013), os idosos na população mundial totalizavam aproximadamente 800 milhões de pessoas, o que representavam 11% da população. Em 2050, as projeções apontam para um contingente de mais de 2 bilhões de idosos, o que constituirá 22% da população.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), atualmente somos cerca de 17,6 milhões de idosos com expectativa de chegarmos a ser a sexta população mais idosa do mundo em 2025.

O aumento do grau de envelhecimento da população é uma característica marcante da transição da estrutura etária no Brasil. Essa proporção era de 2,4% em 1940, menos de 1 milhão de pessoas e em 2050 deve chegar a 19,0%, cerca de 49 milhões de idosos na população (BRITO et al, 2007).

Oficialmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos residentes em países desenvolvidos e com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, contexto em que se insere o nosso País. De acordo com a Lei nº 8.842/94 considera-se idoso a pessoa maior de 60 anos. Sob uma ótica biológica, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (BRASIL, 2010).

Outro aspecto a ser considerado é o aumento da longevidade na população brasileira que, segundo Brito et al. (2007, p. 30), “entre 1940 e 2000 ela teve um ganho de 30 anos, passando de 40 para 70 anos, e deve chegar em 2050, a 81 anos”.

São muitos os desafios trazidos pelo envelhecimento da população e este acarreta forte impacto em várias dimensões da sociedade. Em termos de desenvolvimento regional ele influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a política pública de atenção ao idoso se relaciona com o desenvolvimento sócio, cultural e econômico, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Um marco importante dessa trajetória foi a Constituição Federal (CF) de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social fazendo com que todo o contexto de proteção social alterasse o seu enfoque assistencialista, passando a ter um olhar ampliado baseado na cidadania (BRASIL, 2010),

Em 04 de janeiro de 1994 foi promulgada a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Em 10 de dezembro de 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual determina que os órgãos e entidades do MS relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

A PNI objetiva criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática ações voltada não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer, bem como elenca as competências das várias áreas e seus respectivos órgãos (BRASIL, 2006).

Além disso, a saúde do idoso aparece como uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua origem em 1988 junto à CF e em toda sua evolução como o Pacto pela Vida de 2006, este um compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, incluindo a saúde da população idosa (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida avalia prioridades estabelecidas por meio de metas nas três esferas de governo que podem ser agregadas umas às outras dependendo da pactuação local.

Sendo assim, torna-se objetivo geral desse estudo compreender e analisar as ações e serviços dentro da atenção básica à saúde no município de São Mateus, direcionados à proteção ao envelhecimento ativo e saudável e garantindo as diretrizes convencionadas para que sua efetivação aconteça de forma integral.

Os objetivos específicos foram: identificar as ações e programas existentes sobre a atenção à saúde do idoso a partir da gestão municipal e detectar os desafios e os avanços na implantação e implementação do programa no município.

A escolha pelo município se deu pelo fato de que, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2011, São Mateus é um município sede da Macrorregião Norte – São Mateus, composta por 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão), sendo referência na saúde para todos eles. Logo se sugere que a atenção à saúde do idoso seja de fato realizada de maneira local e regional.

A ausência de estudos sobre as condições de assistência à saúde do idoso na região torna relevante esse trabalho, considerando o processo de envelhecimento saudável como determinante para o desenvolvimento regional. Esse estudo busca a valorização da população idosa e traz à tona a necessidade de se discutir e investir nas questões relacionadas à atenção e à saúde do idoso. Além de gerar conhecimento, deve trazer subsídios consistentes de sensibilização para o tema e qualificação das ações e programas de saúde voltados para o idoso no município, papel que deve ser desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde do Idoso enquanto controle social da atenção à saúde do idoso no município.

Ressalta-se também que a motivação pelo presente trabalho deu-se pela atuação da autora no Conselho Municipal do Idoso e no Conselho Municipal de Saúde ao identificar nas reuniões os anseios, desafios e conquistas frente às questões correlacionadas à atenção à saúde do idoso.

Apesar dos avanços na atenção à saúde da população brasileira, ainda percebe-se predominância no modelo biológico centrado na doença. Os problemas de saúde ultrapassam o biológico e são decorrentes de fatores econômicos, sociais, educacionais, políticos e institucionais que devem ser considerados pelos gestores e profissionais de saúde de forma a atender de maneira integral esta população.

De acordo com Santos (1999), o cuidado com os idosos implica oferta de serviços que possibilitem acesso e acolhimento adequados, de acordo com as necessidades e limitações, tendo como meta preservar a funcionalidade e a independência dessa população.

O aporte teórico tem como base a leitura e a revisão de alguns autores relevantes que investigaram sobre o envelhecimento, políticas públicas para o idoso

e atenção básica à saúde, dentre eles: Camarano, Paim, Moraes, Chaimowicz, Rodrigues e outros, além dos manuais do MS. A leitura desses autores contribui para uma compreensão mais aprofundada do tema atenção à saúde do idoso.

A estrutura deste trabalho está ordenada de forma a apresentar de maneira clara e objetiva a contextualização teórica, abordando os principais aspectos temáticos que compõem essa pesquisa. A apresentação introdutória delinea o corpo do trabalho através das primeiras conceituações sobre o tema e a explicitação dos objetivos e da justificativa e o primeiro capítulo consiste na metodologia que norteou esse estudo.

O segundo capítulo abordou de forma sucinta a questão do envelhecimento populacional como um fenômeno mundial. Foi feita uma relação entre o envelhecimento e o desenvolvimento regional, considerando que esse não pode ser analisado sem um vínculo com as relações sociais e econômicas que o mesmo influencia de forma intensa. O processo histórico sobre o envelhecimento, seus desafios e conquistas a nível mundial e no Brasil finalizam esse capítulo.

No terceiro capítulo, a temática descrita relaciona a Atenção Básica (AB) como responsável pela efetivação da Atenção à Saúde do Idoso em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo de reordenamento do modelo assistencial em saúde no Brasil. Coloca-se em destaque a PNI como conquista para este segmento populacional bem como a Política Estadual do Idoso apresentando, de forma geral, as ações de atenção aos idosos no estado do Espírito Santo.

O quarto capítulo enfoca o município de São Mateus dentro do seu contexto socioeconômico, político e demográfico dando ênfase ao sistema de saúde local, através de sua rede de assistência em saúde hospitalar, ambulatorial e básica como ESF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

No quinto capítulo apresenta os resultados e a análise destes sob a luz da Política Nacional de Atenção ao Idoso e o Estatuto do Idoso. Identifica como o município de São Mateus tem desenvolvido sua atenção à saúde da população idosa, os pontos de atenção e suas dificuldades frente à implantação da mesma, além dos encaminhamentos para controle social como forma de contribuir para a sua efetivação ao nível municipal.

As considerações finais transmitem a relevância do que foi encontrado na pesquisa desenvolvida, num esforço de responder às indagações iniciais e de

subsidiar a própria gestão local em saúde com novos horizontes surgidos desde a realização desta.

O estudo está disponível como mais uma fonte de conhecimento e força para a operacionalização de programas e projetos destinados à saúde do idoso mateense, a todos os profissionais da rede de atenção ao idoso que exercem trabalho exaustivo, a própria população idosa que me motivou a realizar tal pesquisa e demais interessados no assunto.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada foi do tipo descritivo, pois se objetivou descrever as características de certa população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis. Utilizou-se para isso a técnica de coleta, um questionário e a observação (GIL, 2002).

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos, elaborou-se levantamento de dados por meio de visitas técnicas aos locais de atenção à saúde do idoso no município envolvendo questionamento direto aos coordenadores responsáveis por tais locais e pelo desenvolvimento da atenção à saúde do idoso no contexto da atenção básica local.

Entre as principais vantagens dos levantamentos estão o conhecimento direto da realidade, visto que, à medida que as próprias pessoas informam acerca de seu comportamento, crenças e opiniões, a investigação torna-se mais livre de interpretações calcadas no subjetivismo dos pesquisadores (GIL, 2002).

A pesquisa foi desenvolvida em quatro momentos descritos abaixo:

1º Momento: O desenvolvimento da pesquisa reuniu informações e levantou dados por meio de consultas às bases do IBGE do município em questão e anuários estatísticos da Organização das Nações Unidas (ONU), Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP) e demais fontes bibliográficas e documentais pertinentes ao tema em questão.

2º Momento: Levantamento de documentos - plano plurianual e plano anual de saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre a rede de assistência à saúde para idoso no município. Logo, temos uma pesquisa documental e tais documentos foram inseridos nos anexos deste trabalho (ANEXO B).

3º Momento: Averiguou-se se de fato a prática corresponde ao que está proposto nos documentos. Para isso, foram realizadas visitas técnicas (ANEXO A) às localidades e aos responsáveis pelos projetos, coordenações, espaços físicos da rede de assistência ao idoso com observação ativa e diálogo com os mesmos para confirmar ou não a existência da assistência. As visitas foram realizadas no período dos meses de março a maio de 2014.

4º Momento: Procurou-se o conselho municipal do idoso e o de saúde para apresentar aos membros a análise da atenção à saúde do idoso no município realizado e propor encaminhamentos sobre esta verificação.

Após a execução dos quatro momentos, fez-se um estudo sob o ponto de vista de variáveis que consideramos determinantes para esta pesquisa:

- Assistência à Saúde do Idoso no município
- A existência da intersetorialidade na Atenção à Saúde do Idoso dentro do município
- Propostas e encaminhamentos ao Controle Social

Todas estas variáveis apresentadas levaram-nos à compreensão de que tal pesquisa fosse embasada à luz das orientações e determinações existentes na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso e demais literaturas desta temática representando uma ligação da política do município com a política nacional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento é um processo natural de todo ser vivo, a velhice é uma etapa que faz parte deste processo. Nascer, crescer, envelhecer e morrer é o ciclo natural da vida.

A longevidade é o tempo máximo de vida que o ser humano vive. Até o início do século XX, a expectativa de vida era em torno de 40 anos, aumentando para setenta anos no início do século XXI, com a perspectiva de chegar aos 80 anos em 2050.

3.1 ENVELHECIMENTO E O DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Em nossos dias, podemos considerar o envelhecimento como uma realidade cada vez mais próxima e iminente. A verdade é que o mundo está envelhecendo e isso tem causado grande preocupação em todos os países não só pela questão do envelhecimento em si, que é algo inerente ao ser humano, mas também pelos sérios impactos que acarreta dentro do contexto de desenvolvimento regional.

Quando pensamos em velhice, sempre nos vem à mente a ideia de impotência, improdutividade, déficit de saúde mental e física e, conseqüentemente, aumento de despesas e sobrecarga aos cuidadores destes idosos, quer seja a família, as instituições de saúde ou de longa permanência conhecidas como os famosos asilos.

No entanto, o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. O envelhecimento não é um processo homogêneo para todos os seres humanos, pois vem sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2007).

Neste sentido, torna-se indispensável integrar o processo de envelhecimento mundial, em curso de evolução, no método mais amplo do desenvolvimento, pois as políticas sobre envelhecimento devem ser cuidadosamente examinadas de uma

perspectiva de desenvolvimento que inclua o fato da maior duração da vida e com um ponto de vista que abranja toda a sociedade (ONU, 2002).

Assim, quando pensamos em desenvolvimento regional e o envelhecimento, torna-se indispensável reconhecer a capacidade dos idosos para fazer frente à sociedade não só tomando a iniciativa para sua própria melhoria como também para o aperfeiçoamento da sociedade em seu conjunto. Um pensamento progressista recomenda que aproveitemos o potencial da população que envelhece como base do desenvolvimento futuro (ONU, 2002).

A contribuição social e econômica dos idosos vai além de suas atividades econômicas, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade. Muitas de suas valiosas contribuições não se medem em termos econômicos, como no caso dos cuidados prestados aos membros da família, o trabalho produtivo de subsistência, a manutenção dos lares e a realização de atividades voluntárias na comunidade. Além disso, essas funções contribuem para a preparação da força de trabalho futura. É preciso reconhecer todas essas contribuições, inclusive às de trabalhos não remunerados realizados pelos idosos em todos os setores, especialmente pelas mulheres (ONU, 2002).

Segundo Veras (2001), a longevidade populacional é fenômeno de caráter universal que se estende e faz-se sentir nas áreas social e econômica da sociedade contemporânea, embora o processo do envelhecimento assuma diferentes características em distintos lugares do mundo.

A população idosa é, segundo Camarano (2004), um segmento que vivencia a última etapa da vida, composto tanto por pessoas com total autonomia, com capacidade de contribuir para o desenvolvimento econômico e social e que desempenham papéis importantes na família quanto por pessoas que não são capazes de lidar com as atividades básicas do cotidiano e sem nenhum rendimento próprio, ou seja, um grupo com necessidades bastante diferenciadas.

Estatísticas reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

O prolongamento da vida associado a melhores condições de saúde bem como a ampliação da cobertura da Previdência Social em quase todo o mundo têm

levado a uma mudança de percepção do que vem a ser a última etapa da vida. A visão de que esta representa um processo de perdas está sendo substituída pela consideração de que a última fase da vida é um momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal. Independentemente da classe social, o grupo de idosos é visto como o que apresenta maior disponibilidade para o consumo (CAMARANO, 2004).

Atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Estudos demográficos realizados no Brasil por meio do IBGE apontaram a redução do crescimento demográfico e a velocidade do crescimento da população idosa brasileira.

Esta população constitui um grupo bastante heterogêneo e muito complexo, composto por pessoas cujo intervalo de idade extrapola 30 anos e que experimentaram trajetórias de vida muito diferenciadas. Vivenciaram grandes transformações como a queda da mortalidade materna e experimentam agora, a queda da mortalidade nas idades avançadas. São os sobreviventes da alta mortalidade infantil por doenças infectocontagiosas, por neoplasias malignas e doenças cardiovasculares na meia idade (CAMARANO, 2004).

A situação atual demanda necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes exigências nas áreas da saúde, previdência e assistência social.

De acordo com a OMS (2002), os efeitos do envelhecimento da população sobre o desenvolvimento regional, juntamente com as mudanças socioeconômicas que estão acontecendo em todos os países, criam a necessidade de adotar medidas urgentes para garantir a constante integração e capacitação de idosos (ONU, 2002).

Um dos pontos importante dentro do envelhecimento saudável diz respeito à promoção da saúde da pessoa idosa. De acordo com Ramos (2002), a saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde

física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (RAMOS, 2002).

No artigo 9º do Estatuto do Idoso, “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

As políticas públicas devem tanto responder às demandas dos indivíduos que buscam o envelhecimento ativo como, também, tentar atender às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade trazida pela idade avançada (CAMARANO, 2004).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2007).

A participação em atividades sociais, econômicas, culturais, esportivas e recreativas contribui também para aumentar e manter o bem-estar pessoal.

O envelhecimento populacional é uma conquista social e atualmente os idosos contribuem para a renda familiar, são ativos na sociedade e participando desenvolvimento econômico, isso se expressa na Declaração Política da Organização das Nações Unidas (2002) nos artigos 7º, 10 e 12:

Artigo 7º

Ao mesmo tempo, os países em desenvolvimento, particularmente os menos adiantados, assim como alguns países de economias em transição, precisam ainda vencer numerosos obstáculos para se integrarem mais e participar plenamente na economia mundial. A menos que as vantagens do desenvolvimento social e econômico cheguem a todos os países, um número cada vez maior pessoas, sobretudo idosos de todos os países e mesmo de regiões inteiras ficarão à margem da economia mundial. Por esse motivo, reconhecemos a importância de incluir o tema do envelhecimento nos programas de desenvolvimento, assim como nas estratégias de erradicação da pobreza e de cuidar que todos os países consigam participar plenamente no desenvolvimento da economia mundial

Artigo 10

O potencial dos idosos constitui sólida base para o desenvolvimento futuro. Permite à sociedade recorrer cada vez mais a competências, experiência e sabedoria dos idosos, não só para tomar a iniciativa de sua própria melhoria, mas também para participar ativamente na de toda a sociedade.

Artigo 12

As expectativas dos idosos e as necessidades econômicas da sociedade exigem que possam participar na vida econômica, política, social e cultural de suas sociedades. Os idosos devem ter a oportunidade de trabalhar até quando queiram e de serem capazes de assim o fazer, no desempenho de trabalhos satisfatórios e produtivos e de continuar a ter acesso à educação e aos programas de capacitação. A habilitação de idosos e a promoção de sua plena participação são elementos imprescindíveis para um envelhecimento ativo. É preciso oferecer sistemas adequados e sustentáveis de apoio social a pessoas idosas.

Dessa forma, ao considerar a velhice no contexto de desenvolvimento, discute-se de forma mais efetiva entendendo que o processo de envelhecimento passa pelo planejar o futuro de uma cidade, região ou país, como afirma Beauvoir (2003, p. 83):

No mundo capitalista os privilegiados decidem o destino das massas. A economia baseia-se no lucro, é praticamente a ele que está subordinada toda a civilização. A matéria humana só desperta interesse na medida em que pode ser produtivo. E em seguida, é rejeitado.

Entender as necessidades dos idosos, proporcionar um envelhecimento saudável para que tenham autonomia, independência e possam superar as possíveis limitações funcionais decorrentes da idade são fatores preponderantes na qualidade de vida e na garantia de seus direitos como cidadãos.

3.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL – UM OLHAR PARA HISTÓRIA

Normalmente pensa-se que envelhecer está relacionado somente às pessoas de idade avançada, mas na verdade o envelhecimento é um processo de mudanças contínuas físicas, mentais, psíquicas e sociais que iniciam no nascimento e terminam com a morte.

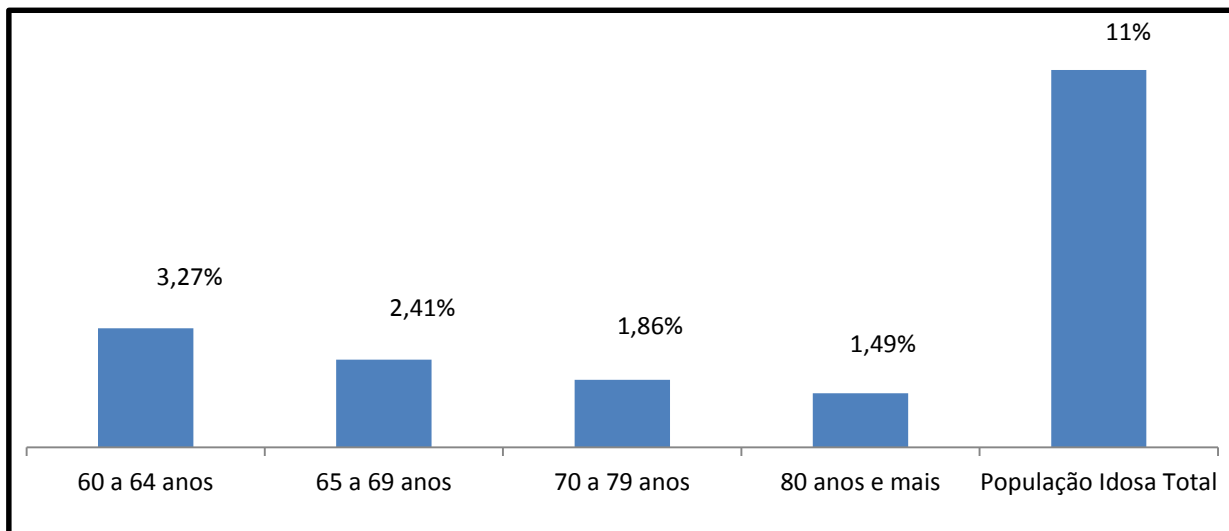
A velhice é vista de maneira diferenciada em cada cultura no decorrer da história da humanidade. Na cultura grega e oriental os idosos sempre foram respeitados e valorizados. No mundo moderno ocidental a velhice é vista como um

peso, pois perde a capacidade de produção. O envelhecimento deixou de ser saudável e digno. O problema tem duas facetas que precisam ser avaliadas - o aumento da expectativa de vida e a necessidade de mudanças e políticas para proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos.

O que está em pauta nessa retomada recente da problemática da terceira idade é um processo tardio de reconhecimento simbólico da subjetividade dos idosos [...]. Contudo, o paradoxo persiste, pois se o idoso é reconhecido finalmente como sendo um sujeito, ele continua destituído do lugar de agente social e do mundo das trocas simbólicas (BIRMAN, 1997, p.201 apud PITANGA, 2006, p.84).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Dados estatísticos demonstram que nas últimas décadas houve um forte crescimento da população idosa nos países em desenvolvimento (GRÁFICO 01). Ainda que este fato tenha acontecido, o número ainda é proporcionalmente inferior ao dos países desenvolvidos (IBGE, 2010).

Gráfico 1 – Crescimento da população idosa nos países em desenvolvimento.



Fonte: IBGE (2010).

O gráfico acima demonstra que houve um crescimento relevante da população idosa a nível mundial, onde a porcentagem maior permeia nos anos de 60 a 64 anos de vida.

Entender o fenômeno do envelhecimento populacional e seus desafios para a sociedade é de fundamental importância ao se preparar a agenda e planos municipais para a implementação de políticas públicas. A população está

envelhecendo nos últimos anos e a gestão municipal deve levar este fato em consideração ao elaborar seus planos de ações.

Ainda que de forma muito limitada, a sociedade tem respondido aos desafios provenientes deste fenômeno por meio de políticas públicas. Tanto a Organização das Nações Unidas (ONU) quanto países de todo mundo colocaram na pauta de suas agendas das políticas públicas o tema do envelhecimento populacional.

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), ocorreu em Viena-Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982 com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil. Tal evento deu início às discussões direcionadas aos idosos no qual foi abordado um plano de ação para o envelhecimento (RODRIGUES et al., 2007).

O Plano Internacional de Ação adotado na primeira Assembleia Mundial foi estruturado em forma de 66 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação. A maioria dos temas considerados era tratada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em comissões de natureza econômica ou política (RODRIGUES; PASINATO, 2004, p. 255).

Nesta primeira assembleia não ficou clara a preocupação com as consequências sociais do processo de envelhecimento.

Em 2002, na cidade de Madri ocorreu a 2ª assembleia com o mesmo tema. Porém, durante os vinte anos que se passaram entre a primeira e a segunda assembleia houve mudanças profundas nos planos econômico, social e político dos países. Na década de 1990, o tema do envelhecimento populacional entrou de forma mais efetiva na agenda das políticas sociais dos países em desenvolvimento. Em sua assembleia Geral de 1991, a ONU adotou 18 princípios em favor da população idosa. Esta mesma assembleia, em 1992, aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, estabelecendo o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, sob o slogan: uma sociedade para todas as idades.

No Brasil, em 10 de dezembro de 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso.

Atualmente o Brasil está deixando de ser um “país de jovens”, pois a população idosa tem aumentado significativamente nesses últimos tempos e representam hoje 8,6% da população, sendo que no ano de 2025 esta proporção chegará a 14%, ou seja, a 32 milhões de idosos. O envelhecimento populacional tem

sido um fator de discussão, pois estes cidadãos estão cada vez mais presentes na sociedade e demandando que os profissionais da saúde e áreas afins deem mais atenção às políticas que promovam saúde e que estas passem a contribuir na manutenção da autonomia e na valorização das redes de suporte social (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

A implantação no Brasil de uma política nacional para as pessoas idosas é recente, datando de 1994. O que houve antes, em termos de proteção a esse segmento populacional, consta em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) e de inúmeros decretos, leis, portarias, o que demandaria muito espaço para citá-los. Para sistematizar melhor essa retrospectiva histórica, é necessário fazer um resgate do que aconteceu a partir da década de 70, quando até então todo o trabalho realizado com idosos no Brasil era de cunho caritativo, desenvolvido especialmente por ordens religiosas ou entidades leigas filantrópicas. Foi no início dos anos 70 que começou a surgir um número significativo de idosos em nossa sociedade, preocupando alguns técnicos da área governamental e do setor privado, o que provocou o despertar dessas pessoas para a questão social do idoso (RODRIGUES, 2001).

Nesta mesma década, a questão do envelhecimento foi reconhecida como uma questão pública e considerada uma preocupação social. Surge então em 1974 o Programa de Assistência ao Idoso (PAI); em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) realizou encontros regionais e nacionais com o objetivo de entender o fenômeno do envelhecimento, propondo a superação do assistencialismo na busca de uma política de assistência e promoção social; em 1977, o MPAS define a Política para a Terceira Idade - diretrizes básicas. Estes avanços não garantiram uma política ampla de atendimento ao idoso (RODRIGUES; PASINATO, 2004).

Na década de 1980, o movimento de redemocratização do Brasil favoreceu a inclusão do tema envelhecimento na agenda política do país. O grande marco foi a “Constituição de 1988”, que inseriu em seu texto alguns direitos específicos da pessoa idosa.

Além da Constituição de 1988, outros avanços ocorreram nessa área, entre os quais a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei nº 8.742/93 e a PNI Lei nº 8.842/94, foram marcos expressivos (BRASIL, 1988). Pode-se considerar que o envelhecimento populacional começou a ter importância a partir da aprovação da Lei

nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso, sendo posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96.

O Art. 230 da Constituição de 1988 assegura direitos sociais dos idosos, pois garante a promoção da autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, permitindo-os exercer sua cidadania:

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 e garantindo-lhe o direito à vida.

Parágrafo 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Parágrafo 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988).

Em 1989 a Associação Nacional de Geriatria (ANG) realizou um Seminário Nacional intitulado: “O idoso na sociedade atual”. Como fruto das discussões, este Seminário elaborou o documento “Recomendações: Políticas Sociais para a Terceira Idade nos anos 90”, que serviu como diretriz para diálogo com vários segmentos políticos, civis e religiosos da sociedade brasileira (RODRIGUES, 2001, p. 149-158).

Em 1993 é assegurado aos idosos que não tivessem condições mínimas de prover sua subsistência, um benefício mensal de um salário mínimo através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS).

Em 1994 o Congresso Nacional promulgou o Decreto-Lei nº 8.842, sobre a “Política Nacional do Idoso”, mas regulamentada somente em 1996, através do Decreto-Lei nº 1948. A PNI propõe proteção social e inclusão social. Com a finalidade de ampliar os direitos dos idosos e implementar a Política Nacional do Idoso, surgiu o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, aprovado em 1º de outubro de 2003.

Segundo o Relatório Nacional sobre o Envelhecimento da População Brasileira (2002) as mudanças ocorridas devido ao envelhecimento populacional têm representado um fator de pressão importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo.

Muitos outros avanços aconteceram dentro desse cenário de discussões sobre a atenção à saúde do idoso. Um desses marcos vem quando o MS, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde(SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui

um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica- AB (Brasil, 2006).

Para melhor entender a construção e os avanços das políticas públicas brasileiras para os idosos, ao longo dos anos subsequentes à Constituição Federal de 1988, fez-se um quadro síntese (QUADRO 1).

Quadro 1 - Síntese das políticas públicas brasileiras voltadas à atenção aos idosos

ANO	DOCUMENTO	CONTEÚDO
1989	Portaria Federal de nº 810/89 do Ministério da Saúde,	Determina a normatização do funcionamento padronizado de instituições ou estabelecimentos de atendimento ao idoso.
1991	Aprovação dos Planos de Custeio e de Benefício da Previdência Social	Estabelecendo novas regras para a manutenção do valor real dos benefícios.
1993	Estatuto do Ministério Público da União e a Lei nº. 8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)	Reconhecida como política de seguridade social responsável pela garantia de proteção social à população socialmente mais exposta a riscos.
1994	Lei nº 8.842 de 04/01/1994	Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
1995	Decreto nº. 1.605, de 25/08/1995	Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social.
1996	Decreto nº. 1.948, de 03/07/1996,	Regulamenta a Política Nacional do Idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso.
2003	Lei nº 10.741 de 01/10/2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
2004	Resolução nº 145, de 15/10/2004	Política Nacional de Assistência Social (PNAS)
2005	Resolução nº 130, de 15/07/2005.	Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
2006	Portaria nº 399/GM, de 02/02/2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Pacto pela Saúde,

Fonte: Ottoni (2012, p.50) adaptado pela autora.

4 A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A reforma sanitária, no contexto da saúde pública brasileira, ocorreu em 1988 com a Constituição Federal e por meio dela foram introduzidas mudanças em diversos setores e, em especial, no modelo de atenção à saúde. Estas mudanças surgiram a partir da criação do SUS.

Em toda a sua legislação, definida na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90, o SUS apresenta o cuidado com a saúde ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essas legislações expressam que a atenção à saúde deve ser integral e efetivada de forma plena.

Como definição, o SUS declara que a AB à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde e que esta engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças para prolongamento da vida (BRASIL, 2009).

O SUS afirma ainda que a atenção básica é a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de assistência à saúde e seu primeiro contato dentro de uma hierarquia é baseado no princípio da integralidade do sistema que designa a atenção básica e o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade (BRASIL, 2009).

A AB também foi definida pela OMS, em 1978, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando o seu atendimento o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A Portaria nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define como áreas estratégicas da AB: Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Controle da Tuberculose (TB) e eliminação da hanseníase, saúde bucal e eliminação da desnutrição infantil.

Dentro dessas áreas estratégicas, uma atenção básica bem organizada e estruturada com recursos humanos e tecnologia apropriada, garante uma

resolutividade de 80% das necessidades e problemas de saúde da população através dos serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde.

Este nível de atenção deve ser a porta de entrada do sistema de saúde e é a partir dele que se organiza o atendimento da população em todos os níveis de complexidade que se fizerem necessários.

O SUS segue a mesma doutrina e organização em todo vasto território nacional, por isso é único e não sendo um serviço, mas um conjunto de unidades de serviços que trabalham em consonância para um mesmo fim, seus princípios doutrinários são:

Princípio da Integralidade: Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2009).

Princípio da Universalidade da Saúde: Significa que o sistema de saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo (BRASIL, 2009).

Princípio da Equidade em Saúde: A igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos, é uma das diretrizes do SUS que, em acordo com os princípios constitucionais, preza pela oferta equânime de serviços para os brasileiros (BRASIL, 2009).

O MS adotou como estratégia de reorganização do modelo, a prioridade na assistência para a organização da atenção básica a ESF, estabelecendo vínculos sólidos de co-responsabilização com a comunidade adstrita e a equipe de saúde e trabalhando todas as fases destacadas na legislação do SUS que sejam: as ações, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2009).

No entanto, a responsabilidade pela oferta de ações e serviços em saúde da atenção básica é da gestão municipal, sendo o financiamento para tais ações de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 2009).

A ESF é um modelo centrado na família, de caráter preventivo, sem prejuízo ao curativo, que trabalha com equipe de saúde e com a comunidade em um território delimitado, onde de forma integrada, busca a melhoria da saúde dessa população

em todos os seus ciclos de vida, retirando gradativamente o paradigma hospitalocêntrico.

Segundo Starfield (2002), a Estratégia Saúde da Família vem como uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, assumindo os compromissos de: a) reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando suas práticas e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde; b) prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva e de boa qualidade à população, na unidade de saúde e no domicílio, elegendo a família, em seu contexto social, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; e c) identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta e neles intervir de forma apropriada.

De acordo com Telles (2007), a porta de entrada do usuário com idade igual ou superior a 60 anos deve ser a Unidade Básica de Saúde (UBS), via demanda espontânea ou busca ativa através de visitas domiciliares executadas, principalmente, pelas equipes de Saúde da Família.

A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a PNSPI afirma que:

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais, infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Ainda de acordo com esta portaria, tal atenção deverá incorporar-se na atenção básica, por meio de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

O primeiro Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa editada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde destaca que:

A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (COSTA NETO; SILVESTRE, 1999, p11).

Baseado nisso, todos aqueles que lidam direta ou indiretamente com a ESF, quer seja na sua prática, na qualificação de seu pessoal ou no suporte especializado às suas equipes, devem estar atentos à permanente necessidade de capacitação e formação de seus profissionais, visando fazer com que a atenção básica à saúde possa ser competente, humanizada e resolutiva, realidade possível e desejada por todos, gestores, docentes, profissionais e, acima de tudo, pela própria população (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Neste contexto, pode-se relacionar a AB com a atenção à saúde do idoso, considerando que a prática de cuidados às pessoas idosas exige, acima de tudo, abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido (BRASIL, 2006).

Para que AB desempenhe resolutivamente seu papel dentro da rede de atenção à saúde para o idoso torna-se necessário o conhecimento e cumprimento da Política Nacional do Idoso.

4.1 A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

O SUS assegura a atenção integral à saúde do idoso, 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 (BRASIL, 2006).

O MS, considerando a necessidade de o setor da saúde dispor de uma política devidamente relacionada à saúde do idoso, resolveu aprovar a PNSI e determinar que os órgãos e entidades do MS, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, a PNSI apresenta:

Como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 21).

A PNSPI, que foi promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Essa Lei (nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96), avaliando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, revoga a Portaria Ministerial nº 1.395 que anunciava a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determinava que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionado ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

A finalidade primordial da PNSPI 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 com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Para a efetivação da PNSI, foram definidas como diretrizes essenciais à promoção do envelhecimento saudável a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Além disso, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada,

insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa (PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006).

A PNI tem sua incorporação na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006).

No entanto, pode-se também incorporar na atenção especializada, mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a sua integralidade, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra referência e implantando, de forma efetiva, modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contempla também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde (PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006).

São objetivos principais da Política Nacional do Idoso: promover o envelhecimento ativo e saudável – bem-sucedido; estruturar a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; fortalecer a participação social; monitorar o processo de envelhecimento; identificar os fatores de risco de doenças e agravos; envolver a família e a comunidade no processo do cuidado; promover a formação e a educação permanente para os profissionais de saúde que trabalham com idosos no SUS; e identificar e promover os fatores de proteção e recuperação da saúde.

4.1.1 O Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, disposto na Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, representou uma grande conquista social e um marco na garantia de direitos. Em seu Art. 1º afirma que o Estatuto do Idoso é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

O Artigo 2º do Estatuto Nacional do Idoso – Lei nº10.741, de 1º de Outubro de 2003 declara que a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, lhes assegurando, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Há de ressaltar que no Estatuto foi destacada a atenção integral à saúde do idoso pelo SUS, assim como a PNSPI quando o mesmo dispõe sobre a Saúde no seu CAPÍTULO IV - Do Direito à Saúde – Art. 15 ao Art. 19 que segue abaixo sua redação.

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.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

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

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento: (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contatado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: (Redação dada pela Lei nº 12.461, de 2011)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

§ 2º Aplica-se, no que couber, a notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011).

4.1.2 A Caderneta da Pessoa Idosa

Outro ponto para efetivação da PNSPI foi à criação da Caderneta da Pessoa Idosa pelo Ministério da Saúde em outubro de 2006. Este documento faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde de nossa população idosa e cuja finalidade foi identificar o quadro geral sobre a situação dos idosos em todo o país e promover ações específicas para as necessidades de saúde dessa faixa etária.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa tem por objetivo identificar na população idosa aquela parcela em risco de fragilização e/ou fragilizada. Aliada à implantação da Caderneta, foi editado o Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que visa propiciar subsídios teóricos

metodológicos para que os profissionais de saúde possam prestar atendimento mais resolutivo aos problemas identificados (TELLES, 2007).

Nessa Caderneta são registradas informações importantes sobre as condições de saúde dos idosos e que, de certa forma, auxiliam os profissionais de saúde nas unidades, quando os registros nela colocados tornam-se necessários para executar ações baseadas num envelhecimento ativo e saudável além de traduzir um atendimento mais humanizado.

Dessa forma podemos afirmar que a Saúde do Idoso constitui uma política prioritária a nível nacional e que deverá ser expandida e efetivada em todos os estados brasileiros. A seguir, abordaremos de forma geral, como a política de atenção à saúde do idoso no estado do Espírito Santo tem sido trabalhada.

4.1.3 Pacto Pela Saúde

O Pacto pela Saúde foi instituído pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que o define como um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

O Pacto pela Saúde engloba: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. 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 (BRASIL, 2006) e suas seis prioridades estabelecidas são: saúde do Idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da Saúde e fortalecimento da AB.

A primeira prioridade apresentada no Pacto pela Vida e seu objetivo para 2006 é a saúde do idoso com o objetivo de implantar a PNSPI, buscando a atenção integral. Os trabalhos nessa área devem seguir as seguintes diretrizes (BRASIL, 2006):

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação de informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção e cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Entraremos no capítulo seguinte abordando a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Espírito Santo, compreendendo que a mesma deve percorrer em todos os âmbitos de saúde, favorecendo sua efetivação em qualquer nível de atenção em saúde.

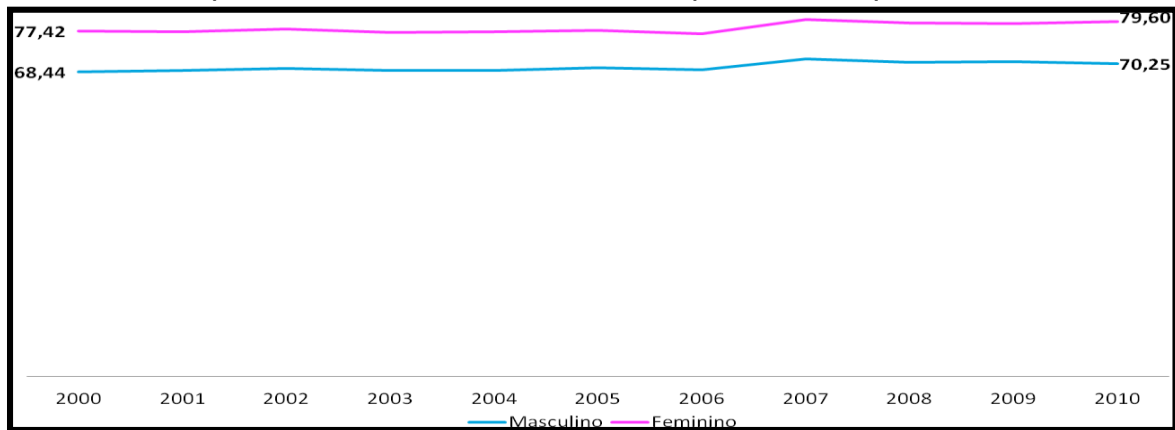
4.2 A POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

Há no Estado do Espírito Santo, segundo as projeções do último censo, 364.745 idosos, constituindo 11% da população geral. Desse total, 504 idosos estão com 100 anos ou mais; 80 – 89 anos: 25.626 (2000) e 44.549 (2010); 90 anos e mais: 4.696 (2000) e 7.735 (2010).

Isto significa que o Estado não só acompanha o envelhecimento nacional como também se coloca em uma posição considerada prioritária na Federação em índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada cem jovens) – 33,8%. A expectativa de vida ao nascer encontra-se em média de 74,3 anos sendo 79,60 anos para mulheres e 70,25 anos para os homens. Os Gráficos 02 e 03 abaixo demonstram que a população idosa no estado do Espírito Santo é um grupo

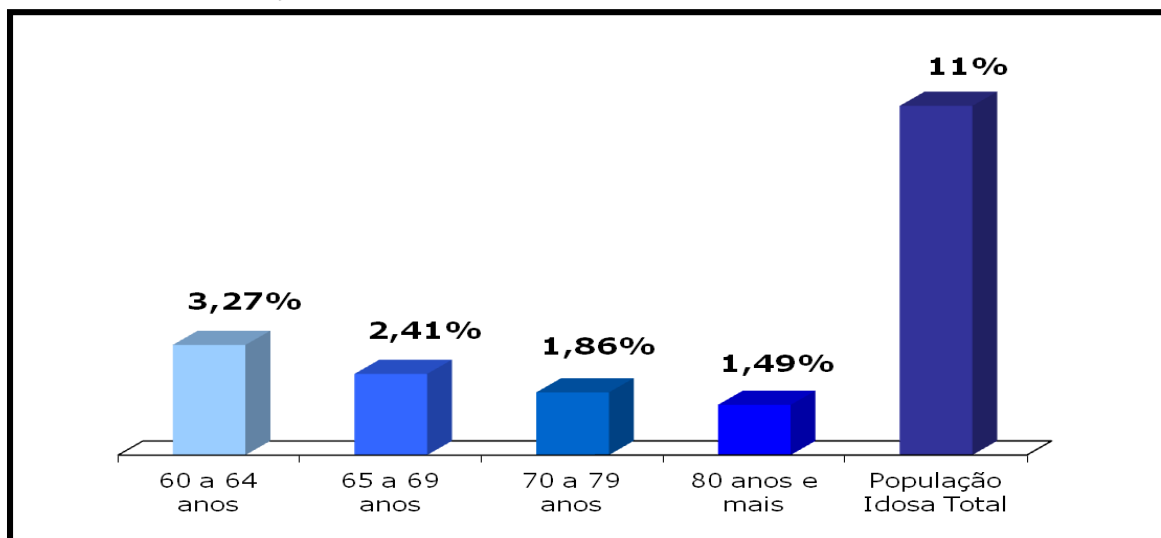
numericamente expressivo, crescente e que demanda atenção e assistência da gestão e da sociedade como um todo.

Gráfico 2 – Expectativa de vida no estado do Espírito Santo, por sexo



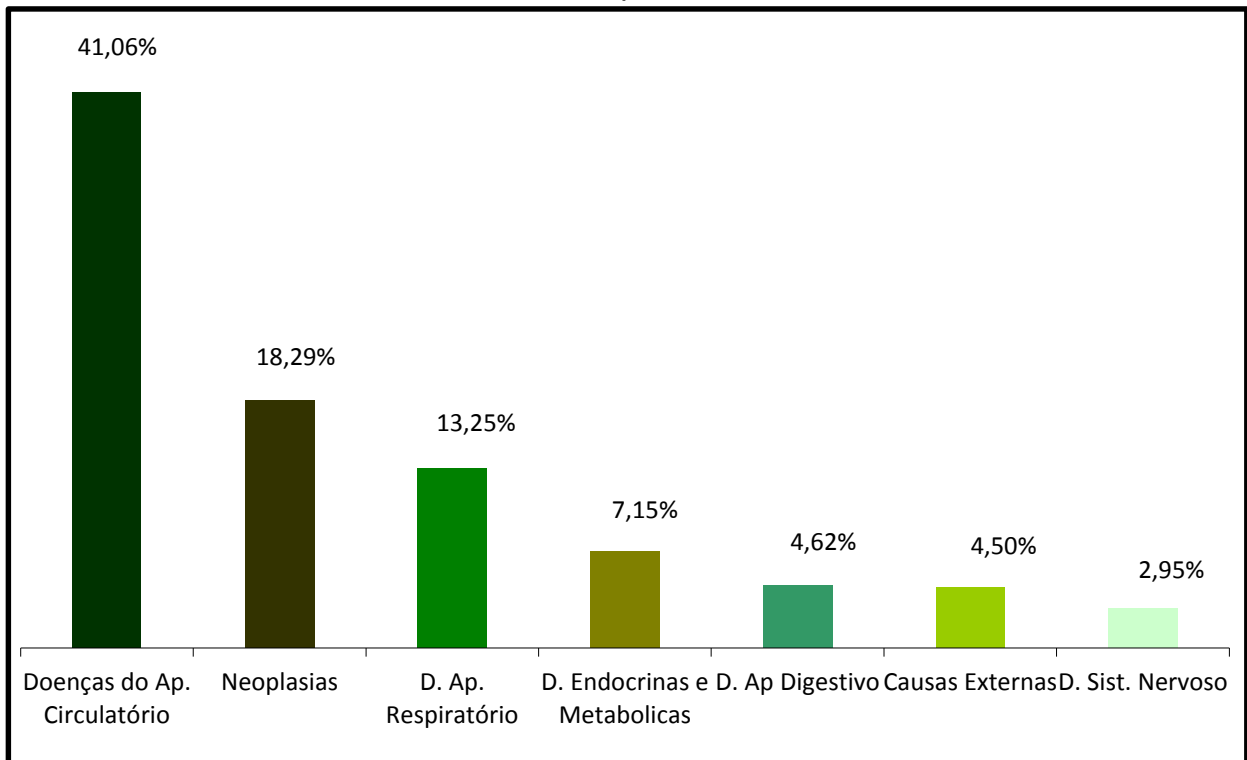
Fonte: IBGE/SIM

Gráfico 3 – População idosa por faixa etária no Espírito Santo

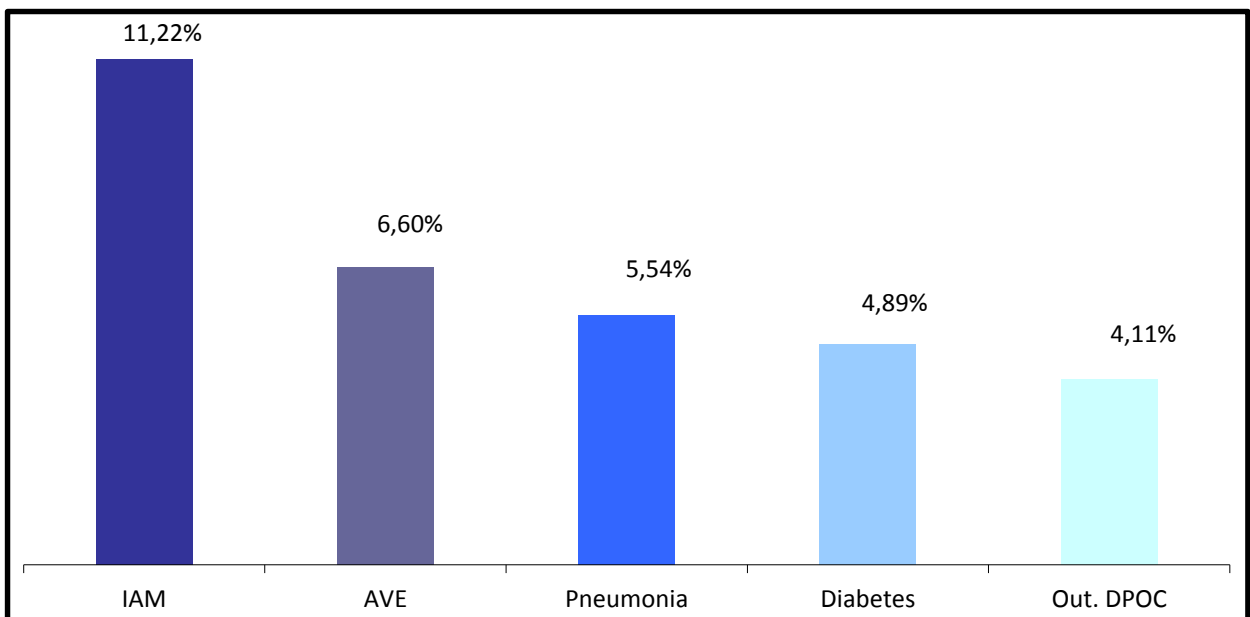


Fonte: IBGE (2010)

O total de óbitos até o ano de 2010 foi de 12.433 idosos (acima de 60 anos). Os gráficos abaixo descrevem a porcentagem por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). A grande concentração de mortes é por doenças do aparelho circulatório o que totalizam cerca de 40% de todos os óbitos na população idosa do estado (Gráficos 04 e 05).

Gráfico 4 – Mortalidade no estado do Espírito Santo CID-10.

Fonte: SESA/TABNET/SIM, 2010

Gráfico 5 - Mortalidade em idosos por causas

Fonte: SESA/TABNET/SIM 2010

De acordo com outros estudos, a realidade do estado do Espírito Santo quanto às causas de morte de seus idosos não é diferente do resto do Brasil. A incidência maior são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório.

Segundo Vasconcelos em seu trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP):

Entre as causas declaradas, [...] as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas de morte entre a população idosa.[...] As doenças do aparelho respiratório aumentam sobretudo nas idades mais avançadas. Os neoplasmas apresentam-se como o segundo grupo de causas de morte em importância entre a população idosa, principalmente entre as idades mais jovens (60 a 69 anos). Observa-se [...] um aumento em suas taxas de mortalidade. Este aumento pode ser devido a um melhor diagnóstico e melhor preenchimento da Declaração de Óbito (2006, p.5).

Segundo a Câmara Técnica da Secretaria Estadual de Saúde, os idosos são os principais usuários da saúde, acolhidos por um sistema de saúde que não foi desenhado para eles. Eles estão inseridos em torno de 70% na Atenção Primária em Saúde e 30% desta população estão destinados àqueles portadores de enfermidades (crônicas), que apresentam algum tipo de limitação física, mental e social, os idosos frágeis (SESA, 2012).

No âmbito da Secretaria Estadual da Saúde foi institucionalizado em 21 de setembro de 2011, o GRUPO TÉCNICO através da PORTARIA 340-S, DE 21/09/2011 - para elaboração da Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa do SUS-ES tendo como embasamento toda legislação vigente sobre política pública de atenção ao Idoso (SESA, 2012).

A Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do Espírito Santo foi oficializada através da Portaria nº 122-R, de 04 de julho de 2012 (SESA, 2012). Tal política tem como propósitos principais:

- Fortalecer o envelhecimento saudável (ativo) por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças
- Melhorar o acesso das pessoas idosas aos equipamentos de saúde e melhorar a qualidade do atendimento que recebem na rede pública
- Implantar serviços especializados em Geriatria na rede pública de saúde dentro de um planejamento e cronograma pré-estabelecidos
- Organizar serviços específicos e humanizados para pessoas idosas mais vulneráveis e aquelas que estão em final de vida

Para o alcance desses propósitos, a política tem como estratégia três grandes eixos descritos abaixo para maior esclarecimento de suas ações e finalidades: Eixo

Integral e Integrado; Eixo 2 - Formação e Educação Permanente; Eixo 3 – Intersetorialidade.

EIXO 1 - ASSISTÊNCIA INTEGRAL E INTEGRADA - concentram-se as ações voltadas para: organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa; fluxo referência e contra referência; prioridade de atenção aos com declínio funcional e frágil; relação de vínculo atenção primária => outros níveis de complexidade; implantação da Caderneta; avaliação da Capacidade Funcional – Avaliação Geriátrica Ampla (AGA); Atenção Ambulatorial Especializada.

EIXO 2 - FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: têm-se como ações: Formação e Educação Permanente na área de Saúde do Idoso para gestores e profissionais saúde; inclusão do contexto de saúde da pessoa idosa em outras áreas técnicas de gestão da saúde: mental, bucal, doenças crônicas não transmissíveis, saúde do homem e da mulher, atenção primária, urgência e emergência; inclusão das especificidades de saúde da pessoa idosa em áreas de atenção aos grupos minoritários da gestão em saúde; educação básica de crianças e jovens sobre envelhecimento saudável e ativo (modelos curriculares e extracurriculares); ações coordenadas entre governo, instituições de ensino, serviços de saúde e órgãos do controle social para promoção de melhoria dos cuidados dos trabalhadores em relação ao processo de envelhecimento e apoiar estudos e pesquisas sobre condições de vida e saúde da pessoa idosa.

EIXO 3 – INTERSETORIALIDADE: procura-se trabalhar a integração das ações, corresponsabilidade, participação dos idosos; rede institucional de proteção dos direitos humanos; vigilância e prevenção de quedas e de violência; ações de promoção do envelhecimento ativo; gestão participativa - incluindo a opinião e os interesses dos idosos; instituições para idosos e fiscalização e promoção e cobertura de atenção à saúde e capacitação de profissionais.

A política estadual voltada para a atenção à pessoa idosa tem uma ligação entre os eixos norteadores com os princípios da política nacional de atenção à saúde do idoso. No entanto é necessário que tais eixos sejam de fato executados e desenvolvidos em todos os 78 municípios que compõem o Estado. Isso reforça o compromisso que todos devem ter com a saúde dessa população e com a efetivação da política em âmbito municipal.

5 O MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

5.1 SÃO MATEUS

São Mateus é uma das mais prósperas cidades do interior do Espírito Santo. Tem uma posição privilegiada no mapa geográfico do Brasil: um eixo equidistante entre as capitais do Sudeste.

Localizado no Norte do Estado do Espírito Santo, a 219 Km de Vitória, São Mateus comemorou no mês de setembro 470 anos de colonização, o que o situa entre os municípios mais antigos do país. Entre as cidades do estado do Espírito Santo é o segundo município mais antigo e o sétimo mais populoso.

São Mateus, no ano de 2000, possuía uma população de aproximadamente 90.460 pessoas, sendo que 76,28% residiam na área urbana e 23,72% na área rural. Dos residentes na área urbana, 51,33% eram do sexo feminino e 48,67% do sexo masculino. Já os residentes na área rural, 53,20% eram do sexo masculino e 46,80% do sexo feminino.

No ano de 2007 a população municipal era de 96.390 habitantes, no censo de 2010 a população era de 109.067 habitantes (IBGE, 2010), tornando-se a 7ª maior em população do estado do Espírito Santo.

Em 2014 a população estimada foi de 122.668 habitantes e a densidade demográfica 46,62. (hab./km²)

De acordo com Nardoto e Oliveira (2001) a história mateense inicia em 1544 com os primeiros colonizadores portugueses que chegaram à região. Historicamente, São Mateus é um marco na colonização.

A cidade recebeu o nome de São Mateus em um dia 21 de setembro (dia do evangelista Mateus), quando da visita do padre José de Anchieta a cidade. Thomé Couceiro de Abreu elevou a povoação a categoria de Vila Nova do rio Sam Matheus, em 27 de setembro de 1564. A criação da vila foi necessária, pois se instalava na região uma força policial que impedia a subida no rio Cricaré, cujas nascentes ficavam próximas às minas de ouro de Minas Gerais

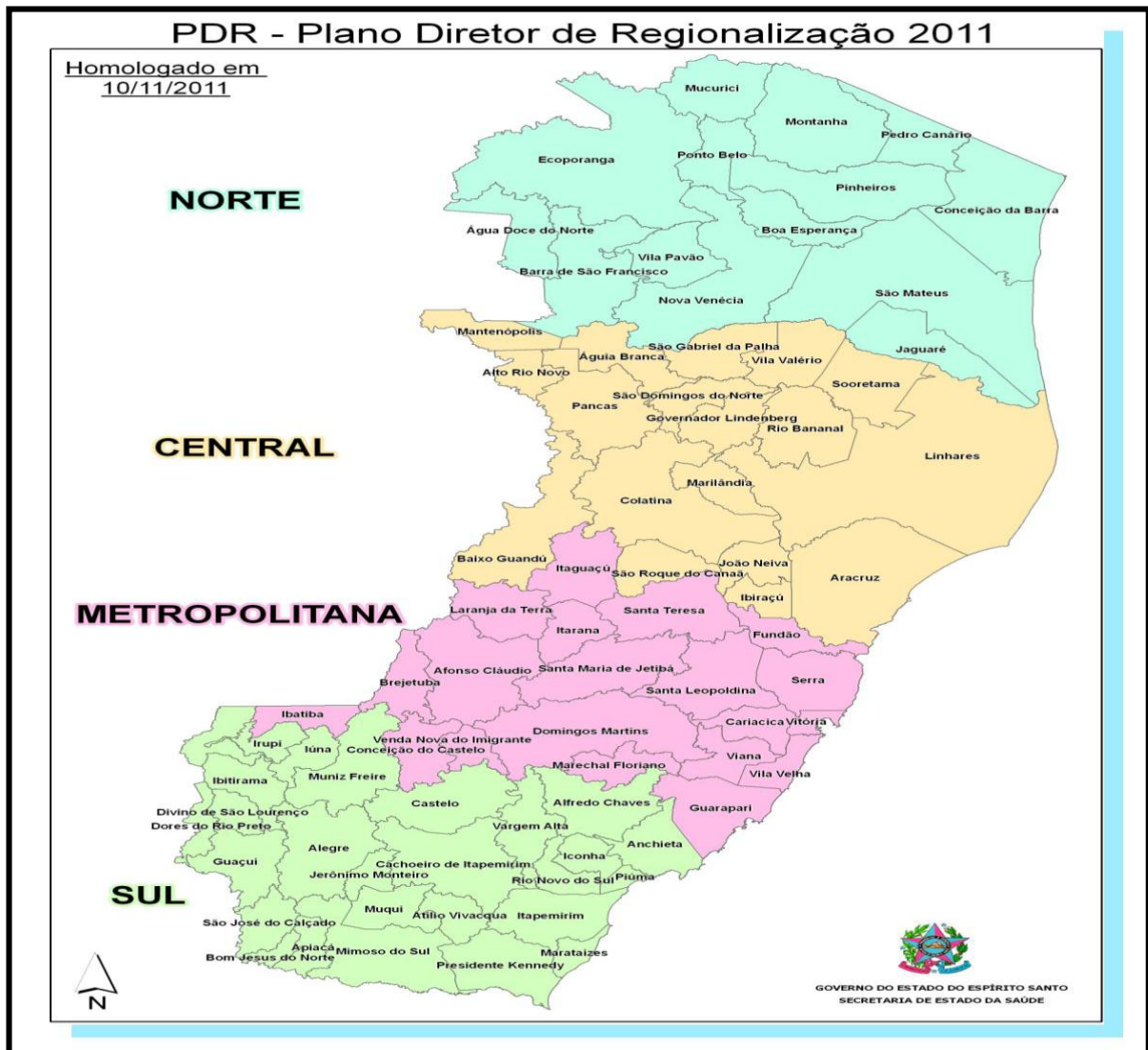
É considerado o município com a maior população negra do estado. Tal fato se dá pois, até a segunda metade do século XIX, o Porto de São Mateus era uma das principais portas de entrada de negros no Brasil. Também há a forte presença

de italianos, que foram responsáveis pela colonização de grande parte dos sertões mateenses (NARDOTO; OLIVEIRA, 2001).

Limita-se ao norte com os municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra e Pinheiros; ao Sul com Linhares, Vila Valério e São Gabriel da Palha; ao Oeste com Nova Venécia e ao Leste com o Oceano Atlântico.

São Mateus é um município sede da Macrorregião Norte – São Mateus, composta por 14 municípios (Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão), segundo o Plano Diretor de Regionalização - PDR 2011.

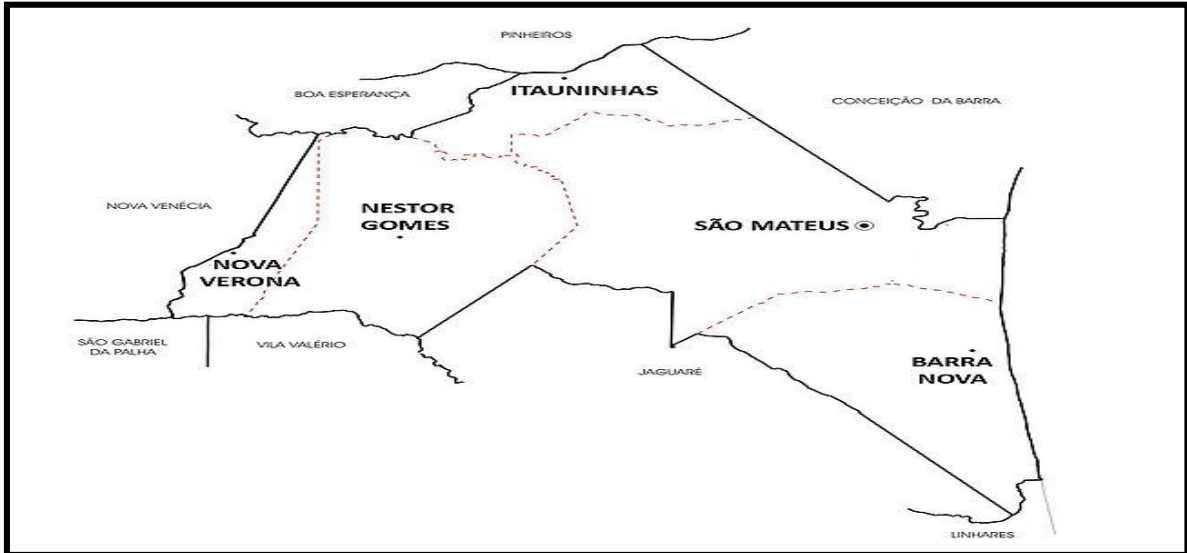
Ilustração 1–Figura do Plano Diretor de Regionalização - 2011



Fonte: Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, PDR 2011.

O município de São Mateus é subdividido em cinco distritos, sendo eles: Barra Nova, Itauninhas, Nestor Gomes, Nova Verona e a Sede.

Ilustração 2 Figura do município de São Mateus/ES e seus distritos



Fonte: IBGE, Divisão territorial, limites, 2013

Economicamente as atividades primárias mateenses, que possuem maior destaque estão as extrações de petróleo e gás natural. São diversas empresas que terceirizam serviços as grandes indústrias, tanto no Espírito Santo, caso da Petrobrás, como na Bahia, como a Suzano Celulose, que distribuem sua produção no Brasil e no Exterior com forte peso na balança de exportações do Estado do Espírito Santo.

As primeiras descobertas de jazidas produtivas de petróleo e gás natural do Espírito Santo ocorreram em São Mateus, no ano de 1967. Hoje o município é responsável por 23% da produção petrolífera capixaba (INCAPER, 2013).0

De acordo com o relatório do Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural-PROATER (2011-1013) além destas atividades também merecem destaque a silvicultura, a plantação de coco verde, as culturas de macadâmia, café, pimenta do reino e, em menor escala, a fruticultura e a pecuária.

O setor florestal capixaba apresenta relevante importância social, econômica e ambiental movimentando 25% do PIB (produto interno bruto) do agronegócio estadual, fonte importante de geração de empregos diretos e indiretos. Em São Mateus a produção de eucalipto apresenta-se como a principal cultura. Foi inserida pela Aracruz Celulose na cidade no início da década de 70. Em 2013 foram

colhidos 745.124 metros cúbicos desta madeira, dos quais 700.581 m³ foram destinados à produção de celulose, 15.537 m³ para a produção de carvão e 29.006 m³ tiveram fins diversos como postes e mourões tratados, pranchas, ripas, vigas, tábuas, caibros, toretes, calços, cavaletes, paletes entre outros (INCAPER, 2013).

São Mateus é o terceiro maior produtor de coco verde e o segundo maior produtor de macadâmia no Brasil. O município destaca-se também na produção de café da variedade condilon, sendo o sexto maior produtor no estado.

A cultura de pimenta do reino no estado do Espírito Santo ocupa o segundo lugar no Brasil, sendo São Mateus seu maior produtor.

Apesar de não ser destaque na fruticultura, o município de São Mateus tem-se destacado na cultura de mamão, manga e maracujá. (PROATER).

O IBGE (2013) estimou a pecuária mateense em torno de 88.732 bovinos, 5.100 suínos, 2080 ovinos, 227 bufalinos, 4.520 equinos, 408 caprinos e 49.220 aves. Foram produzidos 108 mil quilos de mel de abelha e 85.000 quilos de tilápia em cativeiro.

No que tange às atividades rurais não agrícolas salientamos que dentre as agroindústrias artesanais em evidência no município podem-se citar: doces de frutas (geleias, compotas, doces em pasta e barras, cristalizados); polpas de frutas; licores e aguardente; massas alimentícias (pães, bolos, biscoitos, beiju, farinha de mandioca, polvilho); processamento de leite (queijos, requeijão, iogurte); processamento de carnes (filé de pescado, defumados de peixe e camarão seco). No artesanato destacam-se as cestarias e cerâmicas, e mais recentemente, o artesanato com fibras de taboa e bananeira, desenvolvido na Comunidade Quilombola de Morro da Arara. (INCAPER, 2013, p. 19).

O turismo também é uma atividade econômica importante na cidade, o Balneário de Guriri, uma ilha com 12km de extensão, abriga a base do projeto Tamar que tem por objetivo proteger e preservar as espécies de tartarugas marinhas existentes no litoral capixaba. A praia de Uruçuquara é conhecida como o paraíso dos surfistas e a de Barra Nova, uma vila de pescadores praticamente nativa. Além das praias, a cidade apresenta o Sítio Histórico do Porto de São Mateus, com seus prédios do final do século XVIII; a Igreja Velha construída em 1596 pelos padres jesuítas, índios e escravos; a Biquinha de 1880 que fornecia água potável à comunidade; o Museu Histórico, construção datada de 1764 que já foi Casa de Câmara e Cadeia.

As manifestações culturais e folclóricas giram em torno dos circuitos do Beiju, Caju, o Festival de Teatro Amador (FENATE) e a Festa de São Benedito que acontece em dezembro, na época do Natal, de origem ibérica, conhecida como Reis de Boi (PM de ARACRUZ).

A cidade tem boa rede escolar Municipal e Estadual de ensino fundamental e médio. Colégios particulares, Pólo da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo), IFES (Instituto Federal do Espírito Santo), faculdades dentre elas a Faculdade do Vale do Cricaré.

5.2 UNIDADES ASSISTENCIAIS DA REDE SUS

A situação da saúde em São Mateus é determinada por dois fatores importantes, como no resto do Brasil. A cada ano acrescentam-se muitas pessoas maiores de sessenta anos à população mateense gerando uma demanda importante para o sistema de saúde do município. Por outro lado, o cenário epidemiológico mudou: se até os meados do século XX as doenças infecciosas respondiam pela maioria dos óbitos da população, hoje são as doenças cardiovasculares, as neoplasias, os acidentes e violências as causas de maior incidência de morte.

Segundo a OMS até o ano de 2020 as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem (OMS, 2003, p.5).

Frente à estas diversidades são necessárias algumas mudanças fundamentais na organização e estrutura dos serviços de saúde. De acordo com o Relatório da Comissão de macroeconomia da OMS os municípios devem aprimorar os sistemas de saúde para o atendimento adequado considerando o rápido envelhecimento da população e as condições crônicas. O relatório sugere oito elementos essenciais para o atendimento dessa demanda: mudar do paradigma na

organização do sistema de saúde;gerenciar o serviço através de políticas adequadas; desenvolver um sistema de saúde integrado; alinhar as políticas setoriais para a saúde; aproveitar os recursos humanos; centralizar o foco no indivíduo e na família; apoiar o paciente em sua comunidade; enfatizar a prevenção (OMS, 2003).

São Mateus, de acordo com o censo de 2010 tinha 9.216 (nove mil duzentos e dezesseis idosos) sendo 4.387 (quatro mil trezentos e oitenta e sete) homens e 4.829 (quatro mil oitocentos e vinte e nove) mulheres distribuídos conforme tabela 1abaixo:

Tabela 1 -Distribuição dos idosos por faixa etária e gênero

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
60 – 64	1.527	1.530	3.057
65 - 69	1.016	1.123	2.139
70 – 74	773	906	1.679
75 – 79	535	619	1.154
80 – 84	325	359	684
85 – 89	140	192	332
90 – 94	53	60	113
95 – 99	13	27	40
100 ou +	05	13	18
TOTAL	4.387	4.829	9.216

Fonte: IBGE (2010)

A população idosa de São Mateus está vivendo até idade bem avançada pois pode-se perceber na tabela 1 que em 2010 tinham 18 (dezoito) pessoas com 100 ou mais anos e 40 (quarenta) na faixa etária de 95 a 99 anos.

De acordo com PDR (2011) a tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população aumentando as responsabilidades sociais com este grupo etário. Na saúde a mudança demográfica muda também o perfil epidemiológico, exigindo uma readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, com foco na prevenção e promoção sem descuidar do acesso ao processo

curativo e reabilitador quando for o caso.

5.2.1 Rede Ambulatorial do SUS

As informações sobre a rede de serviços de saúde do município de São Mateus foram retiradas em parte do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 da Secretaria Municipal de Saúde.

A rede ambulatorial de São Mateus apresenta 31 (trinta e dois) estabelecimentos de saúde, sendo distribuídos da seguinte forma: 01 (um) Pronto Socorro Municipal, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial, 01(um) CAPS-AD, 02(duas) Clínicas Especializadas (CTA e Clínica de Fisioterapia), 11 (onze) Unidades de Saúde da Família com 16(dezesseis) Equipes de ESF, 14 (quatorze) Unidades Básicas de Saúde com 10 (dez) Equipes de PACS e 01(uma) Policlínica.

Quadro 2 - Rede Ambulatorial Pública Municipal (SUS).

UNIDADE	TIPO	CNES	LOCALIZAÇÃO
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS 1	3454339	Sede – Bairro Boa Vista
Centro de Tratamento ao Toxicômano (CTT)	CAPS-AD	-	Sede – Bairro Ayrton Sena
CTA/SAE (Programa Municipal DST/AIDS)	Clínica Especializada	2532158	Sede – Bairro Boa Vista
Pronto Socorro Municipal	Pronto Socorro	2546744	Sede – Bairro Boa Vista
US Aviação	UAPS	5484944	Sede – Bairro Aviação
US Guriri	UAPS/ESF tipo 3	2484153	Sede – Bairro Guriri
US Ideal	UAPS	6237304	Sede – Bairro Ideal
US Itauninhas	UAPS	2550695	Rod. SM x Pinheiros
US Km 23 – Stª Leocádia	UAPS	2484234	Rod. SM x Nova Venécia
US Km 29	UAPS	2484196	Rod. SM x Nova Venécia
US Km 35 – Nova Aymorés	UAPS	2484188	Rod. SM x Nova Venécia
US Km 41 – Nestor Gomes	UAPS	2484161	Rod. SM x Nova Venécia
US Litorâneo	UAPS	2484218	Sede – Bairro Litorâneo
US Morada do Ribeirão	UAPS /ESF tipo 1	5334209	Sede – Bairro M. Ribeirão
US Nativo	UAPS	2484021	Distrito de Nativo de B. Nova
US Campo Grande	UAPS		Distrito de Campo Grande
US Nova Lima	UAPS/ESF tipo 1	2550709	Rod. SM x Pinheiros
US Paulista	UAPS	2532204	Rod. SM x Jaguaré
US Santa Maria	UAPS	2484145	Rod. SM x Boa Esperança
US Santo Antônio	UAPS/ESF tipo 3	6023274	Sede – Bairro Santo Antônio
US Sernamby	UAPS	5967805	Sede – Bairro Sernamby
US Vila Nova	UAPS/ESF tipo 2	2484242	Sede – Bairro Vila Nova
US Aroeira	UAPS	2532107	Sede – Bairro Aroeira

US Bonsucesso	UAPS/ESF tipo 1	2532212	Sede – Bairro Bonsucesso
US Marly Scaldaferro	UAPS/ESF tipo 1	3475271	Sede – Bairro Cohab
US Pedra d'água	UAPS/ESF tipo 1	2532131	Sede – Bairro Pedra D'água
US Ponte / Cacique	UAPS/ESF tipo 1	2532115	Sede – Bairro Ponte
US Porto / Beira Rio	UAPS/ESF tipo 1	2532123	Sede – Bairro Porto
US São Mateus	Policlínica	2484226	Sede – Bairro Boa Vista
US Seac	UAPS/USF tipo 1	2484099	Sede – Bairro Seac
Clínica Municipal de Fisioterapia Karla C. M. Nogueira	Clínica Especializada	6591957	Sede-Bairro Boa Vista

Fonte: SEMUS São Mateus, 2010.

Para atender a AB o município conta com as UAPS que são unidades de saúde que atuam como suporte ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); as UAPS/ESF são as que possuem a equipe mínima para a Estratégia de Saúde da Família; a Policlínica que realiza alguns procedimentos e consultas básicas da população de áreas descobertas para PACS e ESF, bem como possui especialidades médicas e programas de referências municipais (Programa Municipal Materno-Infantil, Programa de Imunização, Programa de Tuberculose e Hanseníase, Programa de Hipertensão e Diabetes).

5.2.2 Rede Hospitalar

A rede hospitalar é constituída por dois hospitais, ambos localizados na sede, sendo um público estadual e um filantrópico conveniado ao SUS.

Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves (HRAS) é público estadual, de referência regional para o norte do estado, sul da Bahia e oeste de Minas Gerais. Executa nível de atenção de média complexidade com atendimentos de urgência/emergência e possui serviços de cirurgia geral com 28 leitos, ortopedia e traumatologia com 43 leitos, clínica médica com 74 leitos, clínica pediátrica com 36 leitos, neurocirurgia e Unidade de tratamento intensivo com 10 leitos, tendo ainda 2 leitos para neonatologia e 3 para isolamento.

Hospital Maternidade de São Mateus (HMSM) é um hospital filantrópico, possui contrato de serviços com o SUS para atendimento em obstetrícia, cirurgia e clínica médica, possui serviço conveniado e privado em outras especialidades. Tem capacidade para 42 (quarenta e dois) leitos, sendo 24 disponíveis para o SUS.

Segundo orientação do Ministério da Saúde, todos os estabelecimentos de

saúde devem ter registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. No município de São Mateus esta regularização está ocorrendo de forma gradativa e contínua. Atualmente 176 estabelecimentos estão cadastrados no CNES.

Quadro 3-Estabelecimentos de Saúde de São Mateus cadastrados no CNES

Descrição	Total
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	31
POLICLÍNICA	6
HOSPITAL GERAL	2
CONSULTÓRIO ISOLADO	100
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	14
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	18
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	1
FARMÁCIA	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	1
SECRETARIA DE SAÚDE	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1
PRONTO ATENDIMENTO	1
TOTAL	176

Fonte: CNES.datasus.gov.br, 2011

5.3 PROGRAMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

5.3.1 ESF e PACS

A ESF visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e

impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

O PACS nas Unidades Básicas de Saúde é visto como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica.

O PACS em São Mateus teve início no ano de 2000. Aderindo à proposta do MS em consolidar e expandir a ESF, o município tem se esforçado ao longo dos anos para estruturar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família com adequação das áreas cobertas. Dessa forma, em meados de 2000 implantou-se a primeira ESF no bairro SEAC.

Em 2013, o município contava com 17 equipes de ESF e 09 equipes do PACS. Os seguintes territórios são cobertos por estas equipes ESF: Aroeira (01 equipe); Bonsucesso II e III (01 equipe); Santo Antônio e adjacências (03 equipes); SEAC e adjacências (01 equipe); COHAB (01 equipe); Pedra D'Água e adjacências (01 equipe); Guriri (03 equipes); Santa Tereza e adjacências (01 equipe); Porto (01 equipe); Morada do Ribeirão (01 equipe); Nova Lima e adjacências (01 equipe); Vila Nova e adjacências (02 equipes).

Permanecem como PACS os territórios: Aviação/Ideal; Sernamby/Jaqueline; Litorâneo; Santa Maria; Paulista; Nativo/Campo Grande; Nestor Gomes; Nova Aymorés e Km 23/29 Rodovia São Mateus/Nova Venécia.

No que se refere à gestão em saúde, o município realiza anualmente um Seminário de Planejamento Estratégico. Este evento é realizado pela gestão para que se avalie as ações realizadas e planeje as ações do ano seguinte de acordo com as metas propostas pelo Plano Municipal de Saúde. Tais propostas são inseridas na Programação Anual de Saúde - PAS.

O município abraçou como indicadores para a PAS no ano de 2013, os que serviram para o Contrato Organizativo da Atenção Primária – COAP.

De acordo como o Decreto nº 7508/2011, o COAP tem por objeto a organização e integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos da Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde definindo as responsabilidades de seus entes. Todos os indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) estão

dispostos no COAP (Resolução da Comissão Inter gestora Tripartite nº 03/2012 – Decreto nº 7508/2011).

Com relação à Política de Atenção ao Idoso, a Diretriz 5 do COAP traz o objetivo a ser adotado pelo município:

Diretriz 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.

Partindo da explanação realizada da atenção em saúde do município de São Mateus, temos no capítulo seguinte a apresentação dos dados coletados, bem como a análise desses em consonância com a política nacional, estatuto do idoso e demais legislações pertinentes ao tema até aqui trabalhado. Todo o Capítulo seguiu as orientações já apresentadas no percurso metodológico e estão relacionadas aos objetivos propostos no trabalho.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS – UMA ANÁLISE À LUZ DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO IDOSO

Segundo Ramos (2002), a saúde da pessoa mais velha é entendida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

De acordo com A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2014) estima-se que São Mateus possui 9.216 idosos acima de 60 anos e isso corresponde aproximadamente 8,45% da população mateense.

De acordo com a situação de domicílio esta população apresenta um índice maior de moradores na zona rural 5.432 pessoas. Tanto na zona rural como urbana a porcentagem de mulheres é ligeiramente maior do que dos homens, em torno de 55%.

O que concerne à área rural, em estudo realizado com a população idosa brasileira, verificou-se que para aqueles da zona rural há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, com destaque para a média complexidade. Desse modo, as condições de saúde dos idosos podem ser agravadas predispondo as incapacidades funcionais e interferindo na sua qualidade de vida (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Como já citado, o município é referência em saúde sendo sede de quatorze outras cidades, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo–2011, assim sendo o número de idosos aumenta no que diz respeito às ações de saúde mais complexas.

O SISAP estima a quantidade de 4.599 idosos do sexo feminino e masculino de 60 anos ou mais cadastrados no PACS por meio do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) com uma cobertura de apenas 50% do número de idosos estimados pelo IBGE (2010). Isso se dá pelo fato de que a AB desenvolvida pelas ESF ainda não efetivaram o cadastro dessa população idosa, visto que o cadastramento das famílias e pessoas das áreas de abrangência do PACS/ESF é realizado no início dos trabalhos das equipes e atualizado anualmente ou sempre que necessário.

Esses dados demonstram a dificuldade na efetivação da política do idoso que segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006) define a saúde do idoso como uma das áreas estratégicas para atuação da AB em todo o território nacional.

O Estatuto do Idoso, em seu artigo 15, assegura atenção integral à saúde do idoso por intermédio do 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.

O Pacto pela Vida referente ao biênio 2010-2011 estipula como objetivo da gestão municipal a ampliação da cobertura populacional da AB por meio da ESF, sendo sua meta a cobertura de, no mínimo, 54% da população em 2010, e 57% em 2011.

No que se refere às metas propostas que são inseridas na Programação Anual de Saúde - PAS, o município abraçou como Indicadores para o PAS este ano, os Indicadores de Transição do Pacto pela Vida para o Contrato Organizativo da Atenção Primária – COAP.

Tal contrato tem por objeto a organização e integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos da Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde definindo as responsabilidades de seus entes.

São Mateus é município sede de uma das regiões de saúde e, com relação à política de atenção ao idoso, a diretriz 5 do COAP traz o objetivo a ser adotado pelo município.

Quadro 4 - Diretriz 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção

Objetivo	2014	2015	2016	2017
5.1. Reduzir em 3,2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no Estado.	145,00%	136,00%	128,00%	118,88%

Fonte: COAP, 2013

Ressalta-se que só há esta meta em todo planejamento em saúde sobre a atenção ao idoso. Isto representa o quanto a política ainda está sendo negligenciada comparando-se à dimensão da mesma dentro da proposta inserida na sua política nacional.

Considerando o envelhecimento populacional como fator determinante no processo de desenvolvimento regional, pode-se enfatizar a importância que a saúde desempenha para isso, além de considerar a necessidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção para este segmento populacional.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT representam a maior causa de internação e de morbimortalidade evitáveis. As causas evitáveis de internação compreendem todos os grupos de diagnósticos do Anexo da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008), que deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para averiguar o desempenho do sistema de saúde. Desta forma, trabalhá-las em consonância com a Atenção Básica é fortalecer a política pois uma das ações governamentais previstas para a implementação da Política Nacional do Idoso, na área da saúde, é prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.

Dados do SISAP para o município sobre as DCNT em idosos retirados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) apontam 223 internações em São Mateus por causas consideradas evitáveis na população idosa de 60 a 74 anos e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

Tal cenário no município configura a necessidade de estruturação dos serviços de saúde, readequando a oferta e qualificação de recursos humanos para atendimento das necessidades de saúde dessa população, em especial na atenção básica, pois esta determina a possibilidade de resolução de 80% dos problemas em saúde, dos quais estão as DCNT como a hipertensão e diabetes.

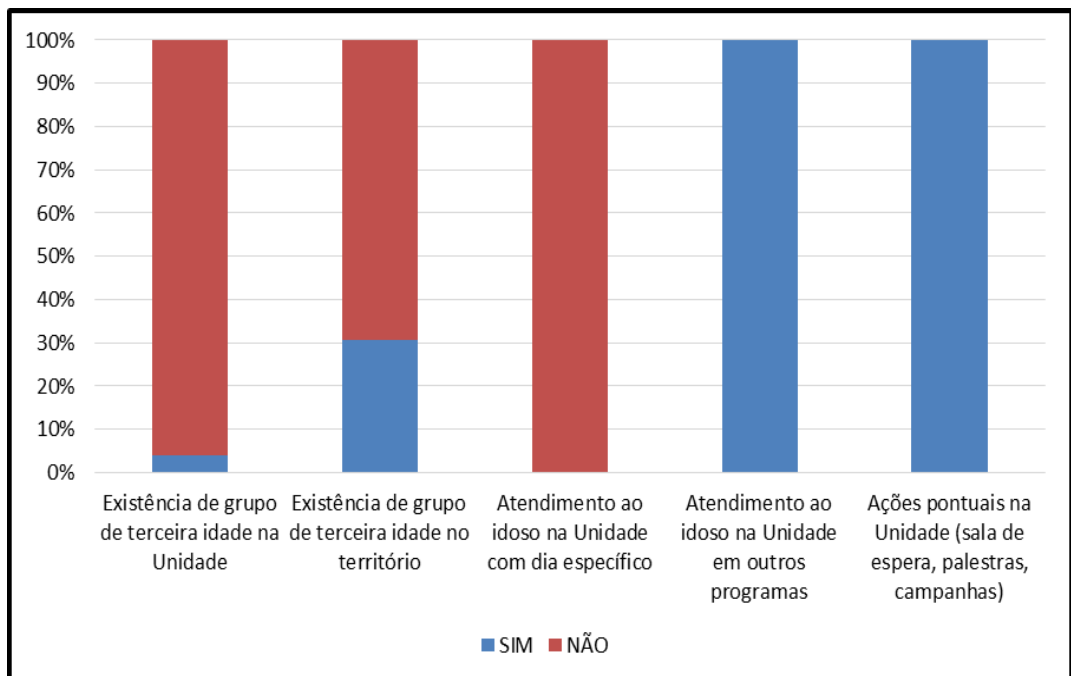
Dessa forma, observa-se que a atenção à saúde do idoso no município passa a demandar a consideração dos gestores, profissionais da atenção básica, de especialistas, equipamentos e serviços, expansão de atendimento domiciliar, expansão no acesso e adequações de medicamentos na farmácia básica, farmácia

cidadã e imunização dentre outras ações em saúde; enfim, toda uma rede que favoreça a integralidade da atenção aos idosos.

Em visita à Coordenação de Controle e Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde, nos foi relatado que não há a institucionalização do Programa de Atenção à Saúde ao Idoso e sim ações pontuais inseridas nas unidades e em programas de saúde da secretaria.

A Coordenação da ESF/EACS nos informou que cada unidade trabalha de forma diferenciada no que diz respeito à atenção ao idoso, sem padronização entre elas (GRÁFICO 6). Algumas ações como as “Ações Pontuais” ou o “Atendimento ao Idoso em Outros Programas” podem ser encontradas em todas as Unidades. Entretanto, outras formas de atendimento estão restritas a algumas Unidades de Saúde, por exemplo, o “Grupo de Terceira Idade na Unidade” (ocorre apenas na COHAB) ou o “Grupo de Terceira Idade no Território” (COHAB, Guriri, Ideal, Pedra D’água, Sernamby, Santo Antônio, Santa Maria, Vila Nova). Fator preocupante é que ações de atendimento de idosos em um dia específico não foram encontradas em nenhuma unidade.

Gráfico 6 - Dados sobre a existência de atendimento ao idoso nas unidades de saúde.



Fonte: SEMUS – 2013 –COORDENAÇÃO DE EACS/ESF

Diante desses dados percebe-se claramente que a população de idosos não é prioritária nas ações em saúde das unidades, sendo inserida num contexto

maior, em conjunto com outros programas e que são desenvolvidas ações pontuais como palestras e sala de espera nas unidades. Há necessidade de se desenvolverem estratégias mais eficazes que viabilizem a efetivação da política municipal do idoso e não somente ações pequenas e esporádicas.

Segundo o Estatuto do Idoso, lei criada para garantir os direitos dessa população, o usuário com mais de 60 anos de idade tem direito a atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

De acordo com o Pacto pela Saúde (2006), a saúde do idoso é trabalhada como prioridade no Pacto pela Vida. Sendo assim, percebe-se que os profissionais da saúde e áreas afins necessitam dar mais atenção às políticas que promovam saúde e que estas passem a contribuir na manutenção da autonomia e na valorização das redes de suporte social (ESTATUTO DO IDOSO, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006) define a saúde do idoso como uma das áreas estratégicas para atuação da Atenção Básica em todo o território nacional.

Destarte, no que se refere aos objetivos do trabalho temos os seguintes resultados sob o ponto de vista das variáveis que consideramos determinantes para esta pesquisa:

6.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO EXISTENTE NO MUNICÍPIO

A Assistência ao Idoso no município é realizada pelos seguintes serviços e localidades existentes no município:

- Unidades de Atenção Primária em Saúde- Coordenação das Equipes.
- Grupos de Terceira Idade representados no COMDDIPI.
- Policlínica – US3
- Instituição de Longa Permanência – Lar Santa Rita de Cássia (Lar dos Velhinhos)
- Conselho Municipal dos Direitos e Deveres da Pessoa Idosa – COMDDIPI
- Centro de Referência em Assistência Social – CREAS
- Programa CEPAF – Centro de Promoção de Atividade Física – SEMUS

Como vimos anteriormente, na Secretaria de Saúde não há o Programa Saúde do Idoso institucionalizado, há ações pontuais desenvolvidas pelas Unidades

de Saúde. Tais ações são caracterizadas como palestras, sala de espera, atendimento ao idoso associado aos demais programas e parceria com a comunidade que integra os grupos de terceira idade nos próprios territórios das Unidades.

Sobre os Grupos de Terceira Idade, há sete grupos com representatividade no conselho e que pertencem aos territórios das Unidades de Saúde. São eles: Associação da 3ª Idade “Vida Nova” – Bairro de Fátima; Grupo da Melhor Idade “Crescer” do Bairro Santo Antônio; União da Melhor Idade do bairro Vila Nova; Clube da 3ª Idade “Bom Viver” do Bairro Guriri; Grupo da 3ª Idade “Renascer” da localidade de Santa Maria; Associação de Inclusão do Idoso “Maturidade Ativa” e o Clube da Boa Convivência.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, uma das prioridades dos programas de atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil é Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável. Para o idoso tornar-se ativo, faz-se necessário sua inserção nos mais variados espaços sociais como a participação deles em grupos de terceira idade e conselhos de saúde.

Dentro da Secretaria de Saúde o programa de promoção à saúde chamado CEPAF – Centro de Promoção de Atividade Física trabalha com idosos e outros usuários favorecendo a prática de atividade física supervisionada. Este programa é realizado em parceria com a Secretaria de Esportes, que executa as ações com profissionais de educação física lotados nesta secretaria.

O CEPAF é um programa construído a partir da Política de Promoção à Saúde e sua finalidade maior é promover atividade física supervisionada para usuários do SUS maiores de 40 anos e que apresentem co-morbidades associadas. Importante destacar que não é um programa destinado exclusivamente à população idosa, mas esta se insere com um público de mais de 100 idosos que são encaminhados ao programa pela referência da Unidade de saúde.

A Policlínica, conhecida como US-3, é uma unidade que abrange a maioria das especialidades médicas ofertadas na rede de saúde, como ginecologia e obstetrícia além de ser sede dos programas de Saúde da Mulher, HIPERDIA, Tuberculose e Hanseníase, SISVAN e Imunização. Na visita realizada detectamos a existência de uma médica geriatra que atende uma demanda agendada e espontânea às segundas-feiras. No entanto, o coordenador da clínica relatou que a demanda é grande para apenas um profissional com especialidade em geriatria e

gerontologia. Destaca que não há outro profissional com esta formação e há necessidade urgente de recursos humanos e espaço físico adequado para a assistência a esta população.

Ainda na Policlínica, a coordenadora do Programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes) também localizado nesta unidade, relata que há atendimento para idosos que tenham co-morbidade associada ao envelhecimento e que isto tem aumentado o número de pessoas idosas no cadastro do programa. Muitas vezes, no entanto, não dissociam o idoso de sua patologia, dificultando o olhar integral para ele.

No município há uma Instituição de Longa Permanência (“asilo” Lar Santa Rita de Cássia). É uma instituição que presta serviços de caráter privado e sem fins lucrativos com capacidade para trinta idosos, mas atualmente encontra-se com vinte e quatro internos. Seu fluxo de entrada permeia às demandas advindas do Centro de Referência Especializada em Assistência Social – CREAS. Há recursos humanos destinados pela SEMUS para o atendimento dos idosos na Instituição.

Outro órgão visitado foi o Conselho Municipal da Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – COMDDIPI de São Mateus – ES, criado pela Lei Municipal nº 429 de 01 de agosto de 2005. É composto por representantes da sociedade civil, órgãos públicos que se vinculam a áreas de promoção da pessoa idosa e cujo objetivo é implementar, a nível municipal, a política do idoso.

Atualmente o Conselho tem como presidente o Sr. Expedito Gonçalves Cazita. Seus membros reúnem-se sempre em sessão ordinária, as últimas terças-feiras de cada mês em local não fixo e suas reuniões são abertas ao público. Há planejamento anual de ações que o conselho prioriza como essenciais para o seu funcionamento. O Conselho busca articulação com outros setores, mas, segundo seu presidente, precisa fortalecer seu papel no que diz respeito ao assunto da saúde do idoso no município. Podemos perceber em seu planejamento anual (EM ANEXO), um comprometimento deste conselho com a sociedade idosa que ele representa, sendo observada a inserção de fóruns municipais para debate de temas relacionados ao idoso em consonância com os grupos de terceira idade existentes no município e representados no conselho.

Verificamos também no município a atuação dos CRAS e do CREAS, unidades públicas que fazem parte da organização e gestão do Sistema Único de Assistência Social- SUAS. O CRAS desenvolve ações de inclusão sócio-familiar-comunitário através de: acolhida e recepção; escuta e encaminhamento; oficinas de

geração de renda e grupos diversos (criança, adolescente, adulto e idoso). O CREAS presta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos com seus direitos violados por ocorrência de: negligência e abandono; ameaças e maus tratos; violações físicas e psíquicas e discriminações sociais.

Quando estas instâncias se articulam com as Unidades de Saúde para executar ações em saúde no desenvolvimento de suas funções, podemos afirmar que há uma assistência intersetorial e integrada no município também.

6.3 A EXISTÊNCIA DA INTERSETORIEDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DENTRO DO MUNICÍPIO

Observamos que, em geral, há pouca intersetorialidade da Secretaria de Saúde e demais integrantes que fazem parte da política de atenção ao idoso. Percebemos isto quando visualizamos o plano anual de saúde (ANEXOB) em que as ações pontuadas nele não expõem a realização de atividades ou serviços com outros setores e secretaria vinculadas à saúde do idoso, como por exemplo, a Secretaria de Assistência Social, Esporte, Cultura. Verificamos que há essa parceria quando os CRAS realizam ações pontuais (palestra, grupos de terceira idade) junto às unidades de saúde do município em seus territórios de atuação. O CREAS também realiza parceria com a saúde de forma indireta quando há existência de suspeita ou confirmação de violência ao idoso de qualquer espécie.

Observa-se a parceria com a Secretaria de Esporte para o desenvolvimento do CEPAF e PAIES com idosos incluídos nestes programas e profissionais dessa secretaria como executores das ações de promoção à saúde.

Destaca-se que a intersetorialidade atua dentro de uma visão de compartilhamento de responsabilidades e na organização da própria gestão, tornando-se importante instrumento para efetivar os direitos básicos descritos na nossa Constituição Federal.

Segundo Bidarra (2009), a intersetorialidade é identificada como uma articulação de saberes e experiências, no movimento do planejamento, da implementação e da avaliação de políticas públicas, com vistas a alcançar melhores níveis de desenvolvimento.

Dessa forma, percebe-se que há a necessidade de direcionar as ações de intersectorialidade visando a implantação da Política Municipal de Atenção ao Idoso, onde cada secretaria teria seu papel inserido em prol desse segmento populacional.

6.4 PROPOSTAS E ENCAMINHAMENTOS AO CONTROLE SOCIAL

Dada a análise da atenção à saúde do idoso realizada no município, temos como providência encaminhar o conteúdo deste trabalho para pauta do Conselho do Idoso e o Conselho Municipal, partindo do entendimento e da importância que há no controle social para a implantação de políticas de saúde.

Segundo a Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do SUS, o Art. 1º declara que: O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde em cada esfera de governo devendo estes exercer seu papel da melhor forma possível.

Sendo assim, a pauta foi levada ao COMDDIPI no dia vinte e cinco de fevereiro de 2014 e foi apresentado o presente projeto que foi discutido em plenária e foi deliberada a parceria entre o COMDDIPI e o CMS para fortalecer a proposta de se instituir o Programa saúde do Idoso no município. O presidente do Conselho dos Idosos foi convidado a participar da reunião do CMS para o fortalecimento do vínculo entre os conselhos e solicitar o apoio à saúde dos idosos. A Ata desta reunião encontra-se em ANEXO de forma digitalizada.

No dia vinte e sete de fevereiro de 2014 foi realizada a reunião ordinária do CMS e o presidente do COMDDIPI fez-se presente inserindo a pauta Atenção à Saúde do Idoso na discussão da plenária.

Ressalta-se que, antes mesmo da execução deste trabalho, já havia discussões da Saúde do Idoso nas pautas do conselho municipal de saúde como mostram as atas de reuniões ordinárias: as atas das reuniões ordinárias dos dias quinze e vinte e quatro do mês de setembro de 2013 do Conselho Municipal de Saúde do município de São Mateus- conforme em Anexo (ANEXO C).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a efetivação da Atenção Integral à Saúde do Idoso, o município apresenta deficiências no que diz respeito à gestão e desenvolvimento da mesma. É bastante limitado em ações direcionadas a esta população, principalmente a assistência à saúde realizada em suas unidades de atendimento. Apresenta pouca parceria com outros setores importantes na criação e implementação de uma assistência integralizada e eficaz voltada para o envelhecimento com qualidade.

Na Atenção primária em Saúde, primeiro acesso do usuário ao sistema e que tem importante papel a ser desenvolvido, notam-se ações bastante pontuais no desenvolvimento da promoção, proteção e prevenção do envelhecimento saudável. As ações em saúde devem ser implementadas com intuito de minimizar as dificuldades encontradas pelos idosos residentes no município de São Mateus. A maioria dessas dificuldades está relacionada à saúde e a qualidade de vida.

A assistência realizada pelas equipes de saúde representa pouca efetividade quando comparada a dimensão da política do idoso, mesmo a nível municipal, estando associada a assistência aos idosos a outros programas e comorbidades, deixando a população idosa como prioridades somente na triagem e agendamento. Evidencia-se uma escassez de recursos humanos especializados em geriatria e gerontologia, gerando uma necessidade de capacitação urgente nesta área.

É essencial a reflexão conjunta dos gestores, profissionais de saúde, idosos e familiares para a construção de estratégias que estimulem a organização e a efetivação da atenção integral à saúde do idoso considerando a ampliação de atividades sociais que favorecem a interação na comunidade. O foco na promoção da saúde e prevenção de doenças estimula maior independência e funcionalidade do idoso.

Faz-se necessário um trabalho articulado com as demais secretarias e outros pontos de atenção à rede de saúde ao idoso, em especial os espaços sociais como os conselhos municipais de saúde e dos idosos. Há necessidade de compromisso com as autoridades locais, sociedade civil, os próprios idosos e suas famílias, comunidade em geral, para fortalecimento de movimentos para melhor enfrentamento de questões relacionadas à saúde desse segmento social. Neste sentido, os conselhos devem possibilitar e criar estratégias de uma maior participação da comunidade em seus encontros. No que diz respeito

especificamente ao setor da saúde, é preciso a institucionalização do programa de atenção à saúde do idoso.

A construção e os atos de comunicação são importantes para o cuidado, organizando o trabalho de equipes da AB, referências e outras entidades da rede para negociar e pactuar o que deve ser feito para o atendimento integral ao idoso do município.

O propósito é cuidar do idoso de forma contínua, ininterrupta, em diferentes pontos de atenção efetivando o processo de atenção integral.

Como relevância, este trabalho encaminhou discussões em nível de conselho de saúde e do idoso, colocando em pauta e registrado em ata tal assunto para ser levado ao planejamento em saúde da secretaria considerando este um papel decisivo no processo de gestão e participação social no SUS. No entanto, é preciso mais. É preciso fazer valer o caráter deliberativo que os conselhos possuem para fortalecer o controle social e o papel que estes representam em prol da sociedade, em especial, os idosos.

No entanto, é preciso reconsiderar a importância que o idoso tem em nossa sociedade, valorizando-o e levando a ele uma atenção em saúde integral e equitativa. Não podemos esquecer a responsabilidade primordial dos governos de promover e prestar o atendimento digno com serviços e ações básicas e integralizadas, com enfoque na equidade e facilitando o acesso do idoso em todos os níveis de atenção em saúde sendo presentes suas necessidades específicas.

Finalizando a assistência à saúde da pessoa idosa no Brasil ainda é muito superficial e pequena diante do aumento da longevidade da população e suas necessidades básicas para saúde e qualidade de vida.

8 REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2003.

BIDARRA, Z. S. **Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. **Declaração de Brasília**: Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33514/lcl2891_CRE2_5_P.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: DOU, 05 de janeiro de 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília, 2006

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Área Técnica Saúde do Idoso.** Brasília, 2010.

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

BRITO, F. et al. **A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil:** Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais. Brasília: Centro de Gestão e estudos Estratégicos, 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública,** v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

COAP. Contrato Organizativo da Atenção Primária. **Diretrizes.** São Mateus/ES: 2013.

COSTA NETO, M. M.; SILVESTRE, J. A., **Atenção à Saúde do Idoso -** Instabilidade Postural e Queda. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

ESTATUTO DO IDOSO – **Lei n. 10.741,** de 1º de outubro de 2003. São Paulo: Sugestões literárias, 2003.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed.São Paulo: Atlas, 2002.

INCAPER. Instituto Capixaba de Pesquisa e Extensão Rural. Secretaria da agricultura, abastecimento, aquicultura e pesca. **Dimensionamento do mercado capixaba de produtos florestais madeiráveis**. Vitória/ES: 2013

NARDOTO, E. O; OLIVEIRA, H. L. **História de São Mateus**. 2.ed. São Mateus: Atlântica, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação, relatório. OMS - Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

OTTONI, M. A. M. **A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTE. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social. Montes Claros, 2012.

PITANGA, D. A. **Velhice na cultura contemporânea**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Universidade Católica de Pernambuco. 2006.

RAMOS, M. P. Apoio Social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.

]

RODRIGUES, N. C. **Estudos Interdisciplinares de envelhecimento**, Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

RODRIGUES, N. C; PASINATO M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S.; et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 536-545, Florianópolis; 2007.

SESA. Secretaria Estadual da Saúde. **Relatório da Câmara Técnica**. Vitória/ES: 2012.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TELLES, J. L. **O Desafio da atenção integral à saúde da população idosa brasileira**: notas para revisão das Portarias GM nº. 702, de 12 de abril de 2002 e Portaria SAS nº.249 de 16 de Abril de 2002. Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf/revisão-portaria_702_249.pdf>. Acessado em: 19 ago. 2014.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VASCONCELOS, A. M. N. Causas de morte em idosos no Brasil. In: **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. ABEP. Caxambu, 2006.

VERAS, R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, Jun. 2003.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL, EDUCAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

TEMA DA DISSERTAÇÃO: Atenção a Saúde do Idoso no Município de São Mateus ES

Mestranda: Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi

Orientadora: Dr.ª Nara Cuman Motta

VISITA TÉCNICA

Objetivo da Visita: Conhecer e Identificar ações e serviços de atenção à saúde do idoso a nível municipal.

Local: _____ **Data** _____

Responsável _____ **Hora:** _____

Descrição da Visita

ASS.Respons/Coordenador

ANEXO B – PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MATEUS/ES - 2014-2017



Plano Municipal de Saúde 2014-2017

Secretaria Municipal de Saúde

Metas Pactuadas

AUTORIDADES MUNICIPAIS

Amadeu Boroto

Prefeito Municipal de São Mateus

Keidson Quaresma Gomes

Vice- Prefeito de São Mateus

Mércia Mônico Comério de Holanda

Secretário Municipal de Saúde de São Mateus

PRIORIDADE I: Hipertensão/Diabetes

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>**Intensificar as ações de vigilância e assistência à saúde dos pacientes em condição de risco para doenças cardiovasculares, integrado com ações de outras instituições</p> <p>* Controlar as doenças crônico-degenerativas</p>	- Promover ciclo de palestras com equipe multiprofissional nos grupos portadores de Hipertensão/Diabetes	X	X	X	X
	- Promover capacitações regionalizadas orientando profissionais quanto ao uso dos protocolos (linhas guias) para o tratamento da Hipertensão e diabetes	X	X	X	X
	- Elaborar uma agenda de campanhas e eventos direcionada para pacientes do Programa de Hipertensão/Diabetes com a participação dos profissionais de saúde, servidores da própria PMSM e da sociedade em geral, utilizando principalmente as datas comemorativas (Calendário da Saúde- MS)	X	X	X	X
	- Realizar Intercâmbio entre CONDIP e equipes de PACS/ESF para promover educação de saúde (prevenção de acidentes, doenças crônico-degenerativas, DSTs/HIV, etc...)	X	X	X	X
	- Sensibilizar os profissionais para a importância da contrarreferência adequada em Hospitais e demais Unidades de Saúde	X	X	X	X
	- Implementar programas ligados ao estímulo de exercícios físicos em praças públicas e na praia(parceria com o CEPAF, CEUNES e outras instituições)	X	X	X	X
	- Incentivar a realização de ações voltadas para a captação/deteção precoce de casos novos de portadores de Hipertensão/Diabetes	X	X	X	X
	- Cadastrar e acompanhar 100% dos portadores de Hipertensão/Diabetes no SISHIPERDIA				X
	- Inserir 01 Educador Físico no Programa	X			
	- Incentivar práticas de atividade física na população alvo através das equipes de PACS/ESF e Programas	X	X	X	X
	- Incentivar na população em geral hábitos de vida e alimentação saudáveis	X	X	X	X
	- Participar das ações do Programa Saúde nas Escolas	X	X	X	X
	- Fazer convênio com o Curso de Educação Física da FVC para realização de atividades nas Unidades de Saúde através de estágio supervisionado	X	X	X	X
- Realizar treinamento para técnicos de enfermagem sobre assistência ao diabético	X	X	X	X	

PRIORIDADE II - CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>* Ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população-alvo.</p> <p>* Tratar / Seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial</p> <p>* Diminuir o número de amostras insatisfatórias do exame citopatológico</p> <p>* Implantar o Sistema Nacional de Informação para o controle do câncer de mama - SISMAMA, com identificação do usuário, do-o ao SISCOLO</p>	<p>- Elaborar uma agenda de capacitações direcionada ao Controle do câncer de colo de útero e de mama, de acordo com o protocolo do INCA - SISCOLO E SISMAMA, com a participação dos profissionais de saúde.</p>	X	X	X	X
	<p>- Capacitar os profissionais de Saúde segundo protocolo do INCA no SISCOLO e SISMAMA</p>	X		X	
	<p>- Implementar o fluxograma do SISCOLO e SISMAMA (Protocolo INCA) com a garantia dos exames específicos (LABORATORIAIS, ULTRASSOM, MAMOGRAFIAS)</p>	X	X	X	X
	<p>- Elaborar uma agenda de campanhas e eventos(Ex: Outubro Rsa, Campanha de Prevenção de Colo de Útero e Mama) direcionada para a prevenção e promoção do Controle do câncer do colo de útero e de mama (coleta de preventivo, exame clínico das mamas, DST's e Sexualidade, entre outros) com a participação dos profissionais de saúde, servidores da própria PMSM e da sociedade em geral, utilizando principalmente as datas comemorativas (Calendário da Saúde - MS)</p>	X	X	X	X
	<p>- Intensificar a realização de preventivo através do Programa Saúde do Trabalhador paramulheres de 25 a 64 anos</p>	X	X	X	X
	<p>- Estimular os agentes comunitários a fazer triagem das mulheres que estão a mais de um ano sem colher preventivo e, principalmente, as que nunca colheram</p>	X	X	X	X
	<p>- Intensificar o exame clínico das mamas nas consultas ginecológicas</p>	X	X	X	X
	<p>- Proporcionar contra-referência do Programa Saúde da Mulher referente ao SISCOLO, SISPRE-NATAL e SISMAMA</p>	X	X	X	X
	<p>- Sensibilizar os profissionais de saúde (equipes de PSF/PACS) para realizarem busca ativa das mulheres em seguimento, informados pelo Programa Saúde da Mulher</p>	X	X	X	X
	<p>- Associar, preferencialmente, a coleta de preventivo com a coleta de exames HIV/VDRL/HB e HC nas UBS/USF</p>	X	X	X	X
<p>- Implantar parceria da fisioterapia com o Programa Saúde da Mulher</p>	X	X	X	X	

PRIORIDADE III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
	- Elaborar uma agenda de campanhas e eventos direcionada para a prevenção e promoção ao Aleitamento materno e alimentação saudável com a participação dos profissionais de saúde, servidores da própria PMSM e da sociedade em geral, utilizando principalmente as datas comemorativas (Calendário da Saúde- MS)	X	X	X	X
* Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa de etária	- Intensificar campanhas de incentivo ao parto normal com a população, e também com a classe médica	X	X	X	X
* Investigar oportunamente os óbitos maternos	- Garantir a assistência pré-natal em conformidade com os pressupostos da rede cegonha	X	X	X	X
* Reduzir a mortalidade pós-neonatal	- Incentivar a busca as gestantes e crianças faltosas	X	X	X	X
* Reduzir a mortalidade neonatal	- Realizar visitas domiciliares a RN e puérperas com no máximo 30 dias após o nascimento. (profissionais de saúde e/ou ACS)	X	X	X	X
* Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal	- Intensificar as ações do Planejamento Familiar com enfoque logo após o parto				
* Reduzir a taxa de cesárea	- Implantar o Programa Saúde da Criança, priorizando:	X	X	X	X
* Desenvolver ações contínuas voltadas a diminuição da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos	- <i>Orientações multidisciplinares de gestantes e pais desde o 8º mês da gestação até o 6º mês de vida do RN</i>				
	- <i>Avaliação dos dados do SISVAN com enfoque ao baixo-peso e muito baixo-peso</i>				
* Melhorar o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família (acompanhamento das famílias e crianças beneficiárias)	- <i>Garantir suplementação alimentar para as gestantes com baixo peso</i>				
	- <i>Garantir suplementação alimentar para as crianças de baixo peso após esgotadas as possibilidades de aleitamento materno (encaminhamentos oportunos aos órgãos competentes para fornecimento de leite-secretaria de ação social e CRE)</i>				
	- <i>Realizar assistência às infecções respiratórias, aos quadros de diarreias e doenças emergentes e reemergentes</i>				
	- <i>Garantir acesso á referência ambulatorial e hospitalar especializada quando necessário (fluxograma)</i>				

PRIORIDADE IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
	<p>- Fortalecer as ações de investigação de mortalidade materna e infantil / fetal com a capacitação e implantação de formulário de investigação de óbitos para preenchimento prévio pelos enfermeiros das áreas (UBS/USF)</p> <p>- Parceria com HRAS e HMSM para comunicações oportunas dos óbitos em menores de 1 ano e mulheres em idade fértil (comunicação de óbitos HRAS/HMSM x Vigilância Epidemiológica x PACS/PSF)</p> <p>- Implantar <u>um Comitê municipal</u> de investigação de óbito para conhecimento as causas determinantes e ações para implantação (com retorno as UBS/USF)</p> <p><u>Sub-itens complementares</u></p> <p>- criar mecanismos de incentivo a pesagem das famílias do Bolsa Família (parceria com a Secretaria de Ação Social e Esportes para contemplar, em seus projetos, as famílias que estiverem em dia com as obrigações do Programa Bolsa Família na Saúde).</p> <p>- Firmar convênio com a Secretaria Municipal de Ação Social para destinar verba do Bolsa Família da Saúde para compra de materiais permanentes (balança, antropômetros, etc) para ações do Bolsa Família na Saúde</p> <p>- Implantar rede de atenção integral a mulher e a criança em situação de risco (parceria com a Secretaria de Ação Social – conselhos e departamento da mulher e saúde mental).</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p></p> <p></p> <p>X</p> <p>X</p>

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
* Reduzir a prevalência do tabagismo no município	- Elaborar uma agenda de campanhas e eventos direcionada para o Fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS) com a participação dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, utilizando principalmente as datas comemorativas (Calendário da Saúde-MS)	X	X	X	X
*Melhorar notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda – PFA em menores de 15anos.	- Elaborar uma agenda de capacitações direcionada para o Fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS, sífilis congênicas, capacitações de aconselhamento, abordagem síndrome em hepatite, transmissão vertical do HIV) com a participação dos profissionais de saúde	X	X	X	X
	- Garantia de hora-extra para os profissionais que realizarem atividades em horários alternativos de acordo com a necessidade do setor	X	X	X	X
* Reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue	<u>DENGUE</u>				
	- Adequar a quantidade de agentes de endemias da dengue a realidade do município com a realização de processo seletivo		X		X
	- Adquirir materiais e equipamentos necessários para implantação atendimento aos casos de dengue (Pronto atendimento)	X	X	X	X
	- Promover ações de educação em saúde relacionadas a dengue	X	X	X	X
	- Aquisição de veículo para o combate às endemias	X		X	X
	- Aquisição de uniforme para os agentes de endemias	X	X	X	X
	- Aquisição de material permanente(Ex: pesca-larva, picadeira, lanterna, pilhas, computador, mesa)	X	X	X	X
	- Aquisição de material de papelaria	X	X	X	X

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
	<u>PM-DST/HIV/AIDS</u>				
<p>* Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais, AIDS e Sífilis</p> <p>* Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos</p> <p>* Reduzir número de casos de sífilis congênita</p>	- Elaborar uma agenda de campanhas e eventos direcionada à prevenção as DST, principalmente hepatite virais, AIDS e sífilis utilizando principalmente as datas comemorativas (Verão, Carnaval, Dia Mundial de combate às hepatites virais, de luta contra a sífilis e de luta contra a AIDS)	X	X	X	X
	- Elaborar e realizar uma agenda de capacitações regionalizadas direcionada para o Fortalecimento da capacidade de respostas as doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS, sífilis congênitas, aconselhamento, abordagem sindrômica em hepatite, transmissão vertical do HIV) com a participação dos profissionais de saúde	X	X	X	X
	- Promover capacitações regionalizadas orientando profissionais quanto ao uso dos protocolos para o tratamento da AIDS, Sífilis e hepatites virais (média de 03 capacitações por ano)	X	X	X	X
	- Articular junto a SEMUS a formação de uma equipe de prevenção para a realização de ações educativas em empresas, nas escolas dentre outros locais, para tanto necessitará da contratação de uma equipe (enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes multiplicadores)	X	X	X	X
	- Manter a equipe básica de profissionais (coordenador, médicos, enfermeiros, farmacêutico, bioquímico, assistente social, técnico de enfermagem, técnico de laboratório, oficial administrativo, motorista, auxiliar de serviços gerais)	X	X	X	X
	- Contratar profissionais de acordo com a necessidade do serviço	X	X	X	X
	- Adquirir linha telefônica		X		
	- Aquisição de insumos necessários às ações administrativas e estrutura física (material de consumo e permanente para o escritório, para o laboratório e para a estrutura física; elaboração de material educativo)	X	X	X	X
	- Aquisição de um Veículo Mini Van 2.0, branco, com trava elétrica, vidro elétrico, bicombustível, ar-condicionado, direção hidráulica, air-bag, freio ABS, capacidade de 07 passageiros, zero km, com seguro e licenciamento		X		X
	- Estimular a participação de profissionais atuantes na área de HIV/Aids/Hepatites e outras DST em eventos de atualização técnico-científico e reuniões de trabalho e efetivar o pagamento das despesas necessárias (passagens, diárias, hospedagem, inscrições e ajuda de custo)	X	X	X	X
	- Ampliar o número de unidades que realizam coleta e aconselhamento para DST/HIV para o CTA	X		X	
	- Ampliar a oferta de testes Anti-HIV e VDRL para população em geral nas UBS e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) com a aquisição de insumos necessários	X	X	X	X
- Ampliar a oferta de testes Anti-HIV, VDRL, hepatite B e C e toxoplasmose para as gestantes nas UBS e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) com a aquisição de insumos necessários	X	X	X	X	

	- Adquirir preservativos masculinos e femininos de acordo com a pactuação com o Estado para serem distribuídos nas unidades básicas de saúde e nos bancos de preservativos	X	X	X	X
	- Realizar Forum do Fique Sabendo para técnicos de saúde para os municípios da macrorregião	X	X	X	X
	- Apoiar a participação das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em espaços de articulação como exercício de cidadania através da realização de reuniões mensais para o fortalecimento de ações de adesão ao tratamento para PVHA; da aquisição de lanche para as reuniões do grupo de adesão e coleta de CD4 e Carga Viral; da aquisição de cestas alimentícias para complementação nutricional; da aquisição de medicamentos de urgência, não pactuado na lista da REMUME, para PVHA atendido no Programa e da participação de PVHA em eventos externos e reuniões de grupo de articulação de políticas públicas fornecendo transporte aéreo e/ou terrestre, hospedagem e inscrição	X	X	X	X
	- Promover a participação da população LGBT em espaços de articulação com a realizar de evento para sensibilização sobre população LGBT junto aos profissionais de saúde e de apoio técnico e, do apoio à participação de membros da população LGBT em eventos externos com efetivação de pagamento de transporte aéreo e/ou terrestre, hospedagem e inscrição	X	X	X	X
	- Articular a construção de uma unidade para o CTA, junto a SESA e representantes do legislativo estadual e federal, destinada para o atendimento dos pacientes da macrorregião norte do Espírito Santo	X	X		

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>* Ampliar a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano</p> <p>* Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamentos preconizados</p>	<u>TUBERCULOSE E HANSENÍASE</u>				
	- Descentralizar o programa para as UBS/USF (TB e Hanseníase), mantendo o fluxo entre as referências municipal e estadual	X	X	X	X
	- Descentralizar DOTS (medicação supervisionada) – TB/Hans	X	X	X	X
	- Aquisição de transporte para atendimento aos programas de TB/Hans (transporte específico para a US3)	X			
	- Incrementar a adesão dos pacientes ao tratamento com aquisição de cestas básica para adesão dos pacientes ao tratamento (verificar pena alternativa com justiça, parcerias com empresas, etc)	X	X	X	X
	- Incrementar a adesão dos pacientes ao tratamento com aquisição de vales transporte para adesão dos pacientes ao tratamento (verificar parceria com a empresa São Gabriel para otimização dos controles de vale transportes)	X	X	X	X
	- Intensificar as ações do Projeto Saber Hanseníase (em parceria com CEUNES – Acadêmicos de Enfermagem e Programa Saúde nas Escolas)	X	X	X	X
	- Garantir o agendamento para 2 vagas mensais nas especialidades para pacientes TB/ Hansen	X	X	X	X
	- Contratar profissionais de acordo com protocolo e necessidade do programa	X		X	
	- Fortalecer as ações relativas aCo-infecção TB/HIV	X	X	X	X
	- Aquisição de material educativo para o desenvolvimento das atividades	X	X	X	X
	- Aquisição de material permanente e insumos para o programa	X	X	X	X
- Realizar educação permanente para os profissionais da APS em TB/Hans	X	X	X	X	

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>*Intensificar as ações de vacinação na população brasileira e assim, diminuir ou até mesmo erradicar várias doenças no Território Nacional</p>	<u>IMUNIZAÇÃO</u>				
	- Parceria com a Vigilância ambiental para vacinação em comunidades de interior	X	X	X	X
	- Aquisição de transporte para suprir necessidades do setor de Imunização Municipal (supervisões/monitoramento) - transporte para programas US3	X			
	- Descentralizar o Programa de Imunização (equipar as UBS/USF- estruturando as salas de vacinação)	X	X	X	X
	- Ofertar as outras vacinas em campanhas, embora sejam campanhas específicas	X	X	X	X
	- Informatizar Programa para implantação do sistema on-line do Plano Nacional de Imunizações	X			
	- Realizar educação permanente com os técnicos de enfermagem e enfermeiros em imunização	X		X	
	- Ampliar e melhorar rede de frios (refrigeradores e controles de temperatura adequados, gerador, estruturação elétrica adequada)	X			
	- Aquisição de computadores para dar continuidade ao processo de informatização das sacas de vacina	X	X		
	- Estruturar junto a coordenação da Imunização da Superintendência Regional de São Mateus e Secretaria Estadual de Saúde, a distribuição (quantidade) das vacinas	X	X	X	X
	- Contratação de técnico em informática para gerenciamento do programa de informatização	X			
	- Manter acima de 95% a cobertura vacinal das crianças menores de 01 ano do município	X	X	X	X
	- Manter ações de imunização para a UBS Paulista	X	X	X	X
	- Implantar sala de vacina nas seguintes UBS: Nativo, Nova Aymorés, Ideal, Morada do Ribeirão, Ponte	X	X	X	X
	- Adquirir refrigeradores, termômetros, caixas térmicas e demais materiais para manter a adequação das salas de vacina do município	X	X	X	X
	- Garantir a vacinação nas áreas rurais de difícil acesso a cada 2 meses	X	X	X	X
	- Manter monitoramento da cobertura vacinal junto às equipes de UBS	X	X	X	X
	- Descentralizar e organizar o fluxo de atendimento de vacinação antirrábica humana para US3, US Guriri, Sto Antônio, Vila Nova e Nestor Gomes	X	X	X	X
	- Manter vacinação contra hepatite B nos recém-nascidos e implantar BCG no Hospital Maternidade de São Mateus(HMSM)	X	X	X	X
	- Realizar reunião com os ACS sobre vacinas e calendário vacinal, mantendo-os informados sobre a situação vacinal do município, importância do trabalho de busca ativa e monitoramento	X	X	X	X
- Manter parceria com o Programa Saúde nas Escolas para realização da vacinação e orientação de escolares	X	X	X	X	
- Manter parceria com o Curso de Enfermagem do CEUNES para vacinação em escolares e extramuro	X	X	X	X	

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p><u>VIGILÂNCIAS (EPIDEMIOLÓGICA / SANITÁRIA E AMBIENTAL)</u></p> <p>- Intensificar Programa Saber Saúde nas escolas</p> <p>- Promover atividades de Educação em Saúde em: posse responsável de animais, zoonoses nas escolas, em parceria com a equipe do PESMES</p> <p>- Realizar Campanhas de vacinação antirrábica canina e felina</p> <p>- Realizar treinamento de Monitoramento das Doenças Diarréicas Agudas para técnicos de enfermagem</p> <p>- Aumentar a oferta de tratamento e abordagem ao fumante, descentralizando para as UBS/USF</p> <p>-Capacitar as equipes para tratamento e abordagem ao fumante</p> <p>- Propor legislação municipal de proibição do uso do tabaco em locais públicos fechados (elaboração junto a Câmara Municipal de Vereadores)</p> <p>- Realizar campanha sobre tabagismo (DIA 31/05-Dia Mundial sem Tabaco) preferencialmente em em horários alternativos para contemplar a população resistente</p> <p>- Estruturar programa de controle de pragas urbanas(elaborar projeto)</p> <p>- Intensificar o Programa de combate a dengue (vide acima "DENGUE")</p> <p>- Melhorar a infraestrutura das salas das vigilâncias</p> <p>- Intensificar a busca ativa de agravos e óbitos</p> <p>- Formar equipe de trabalho paraDoenças de agravos não transmissíveis (DANTS)</p> <p>- Reformular os códigos municipais das vigilâncias</p> <p>- Melhorar a alimentação dos dadosSistema de Notificação On-line visando a melhoria da qualidade e ampliação da cobertura das informações em saúde;</p> <p>- Contratar assessoria jurídica para suporte as vigilâncias e também outros setores da secretaria</p>					
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
		X		X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
				X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	
	X	X	X	X	

- Otimizar a investigação dos óbitos maternos e infantil → implantando instrumento de coleta pelo PSF/PACSem paralelo a parceria com o HMNSM e HRAS (serviço social) para comunicações oportunas dos óbitos em menores de 1 ano e mulheres em idade fértil	X	X	X		X
- Implantar um Comitê Municipal de investigação de óbitos para conhecimento das causas determinantes e ações para implantação	X	X			
- Contratar profissionais para a Vigilância Sanitária de acordo com prioridade, para intensificar as ações direcionadas para a busca ativa e inspeções sanitárias	X				
- Formular e reproduzir materiais de educação em saúde para todas as vigilâncias	X	X	X		X
- Aquisição de equipamentos específicos para a Vigilância Sanitária	X	X	X		X
- Aquisição de Veículo sendo 01 para cada Vigilância (Sanitária, Ambiental, Epidemiológica)	X	X	X		
- Realizar captura de animais de grande porte nas vias e rodovias do município	X	X	X		X

PRIORIDADE VI-PROMOÇÃO DA SAÚDE - VII-FORTELECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA - VIII-SAÚDE DO TRABALHADOR

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>* Promover atividade física com objetivo de reduzir o sedentarismo no município</p> <p>* Reduzir a prevalência do tabagismo no município</p> <p>* Promover ações que visam abranger a população trabalhadora</p> <p>* Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador</p> <p>* Ampliar rede de prevenção de violência e promoção a saúde nos estados e municípios</p> <p>* Garantir que a Estratégia Saúde da Família seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora do sistema de saúde considerando as diferenças loco regional</p> <p>Apoiar técnica e financeiramente a Atenção Básica</p> <p>* Fortalecer o desenvolvimento das redes locais e regionais de saúde com vista a integração da atenção básica aos demais níveis de atenção</p>	<p><u>SEDENTARISMO/TABAGISMO E SAÚDE DO TRABALHADOR</u></p> <p>- Utilizar o contra-cheque dos servidores públicos (parceria com a Secretaria de Administração) para abordagem dos programas, datas comemorativas e campanhas.</p> <p>- Implantar as academias de saúde nos bairros: Cohab, Vila Nova e Sto Antônio</p> <p>- Aumentar a oferta de tratamento e abordagem ao fumante, descentralizando para as UBS/USF</p> <p>- Capacitar as equipes para tratamento e abordagem ao fumante</p> <p>- Realizar campanhas sobre tabagismo em específico no DIA 31/05- Dia Mundial sem Tabaco</p> <p>- Realizar campanhas de educação em saúde em horários alternativos para contemplar a população trabalhadora</p> <p>- Propor parceria com CDL, Empresas da Região, Sesc, SENAI, para ações de educação em Saúde</p> <p>- Implantar a rede de atenção integral a mulher e a criança em situação de risco (parceria com Ação Social, conselhos, departamento da mulher, vara da infância e juventude e saúde mental)</p> <p><u>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:</u></p> <p>- Estruturar a Assistência Farmacêutica (básica e especializada) com a reorganização do processo de distribuição e dispensação de medicamentos nas unidades de saúde progressivamente</p> <p>- Ampliar os itens da lista da farmácia básica com atualização periódica</p> <p>- Promover a assistência Farmacêutica dos programas (US3)</p>	X	X	X	X
		X	X		
		X	X	X	X
		X	X	X	X
		X	X	X	X
		X	X	X	X
		X	X		
		X	X	X	X
		X	X	X	X
		X	X	X	X
OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
<p>* Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica com vistas a qualificação da gestão descentralizada</p> <p>* Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando prioritariamente,</p>	<p><u>FORTELECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA/PROMOÇÃO SAÚDE</u></p> <p>- Estruturar a rede de serviços de atenção primária a saúde com:</p> <p>=>construção de um pronto atendimento municipal</p> <p>=>aquisição de equipamentos para as Equipes de Saúde da Família e para as unidades básicas;</p>				
		X	X		
		X	X	X	X

as áreas programáticas e transversais	=> implantação do NASF com Nutricionista, Assistente Social, Ginecologista, Pediatra e Educador Físico para apoio às equipes de ESF	X	X	X	X
* Desenvolver ações contínuas voltadas a diminuição da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos	=> Estruturar adequadamente as equipes das UBS/USF (estruturação física e de pessoal)	X	X	X	X
	=> Reforma da US3	X	X	X	X
*Avaliar os Recursos financeiros (em reais) próprios despendidos na atenção básica	=> Reforma dos consultórios odontológicos e Construção de Novos	X	X	X	X
	=> Manutenção periódica dos equipamentos (contratação de empresas especializadas);	X	X	X	X
* Otimizar a alimentação das bases de dados nacionais obrigatórias. (SIASUS - SIHSUS- CNES – SIAB	=> Construção de um Centro de Fisioterapia			X	X
	- Implementar o sistema de monitoramento e avaliação da atenção primária a saúde através do PMAQ e PECAPS;	X	X	X	X
	- Criar os protocolos assistenciais da rede em articulação com o Controle, Monitoramento e Avaliação (protocolo da enfermagem, médicos, estabelecer critérios de prioridade de acesso às consultas, elaborando protocolos de prioridades para agendamento das consultas e utilizando os protocolos do MS e Estado (linhas-guias) como base, etc)	X			
	- Produzir informes periódicos da situação do município (Boletim epidemiológico) para a população e equipe de saúde (PSF/PACS) – quadrimestralmente	X	X		
	- Adequar a oferta de serviços às necessidades assistenciais (parâmetros + PPI + adequação + demanda reprimida);	X	X	X	X
	- Implantar o Programa Saúde do Idoso	X	X		
	- Implementar as ações voltadas para o adolescente através do Programa Saúde nas Escolas	X	X	X	X
	- Manter profissional de saúde para atuar em parceria com a Instituição de longa permanência para o Idoso de São Mateus (Lar dos Velinhos)	X	X	X	X
	- Promover parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social e CONDIP no que diz respeito à atenção ao idoso	X	X	X	X
	- Contratar profissionais para atuar no Programa Saúde do Idoso	X	X		
	- Implantar o Programa Melhor em Casa com a inclusão de fisioterapeuta na equipe, ampliando assim as ações do Programa de Fisioterapia	X	X		
	- Realizar curso para cuidadores de idosos	X		X	
	- Inserir profissionais de Educação Física nas Unidades de Saúde da Família que possuem 02 ou mais equipes de ESF e/ou as academias de saúde				
	- Implantar as academias de saúde em áreas estratégicas	X	X		
	- Estruturação de pessoal para atuar nos novos serviços a serem implantados	X	X	X	X

- Aquisição de 04(quatro) veículos para as Equipes de PACS/ESF	X	X	X	X
- Promover ações de educação em saúde/promoção da saúde	X	X	X	X
- Manter e ampliar as ações desenvolvidas pelo CEPAF	X	X	X	X
- Implantareimplementar a Caderneta do Idoso nas Unidades Básicas de Saúde	X	X		
- Sensibilizar os hospitais da região para as verificações da caderneta da pessoa idosa no atendimento ao idoso	X	X	X	X
- Implantar e implementar o prontuário específico do idoso nas equipes de PACS/ESF com base nas linhas-guias(Atenção à Saúde do Idoso)	X	X	X	X
- Elaborar e implantar um projeto de acolhimento ao idoso, principalmente no AMA e Pronto Atendimento avaliando e elaborando o Projeto Posso Ajudar a fim de otimizar o atendimento- parceria menor aprendiz(Projeto Araçá) e/ou instituições de ensino	X	X	X	X
- Promover Grupo Melhor Idade nas Unidades Básicas de Saúde	X	X	X	X
- Sensibilizar os profissionais quanto ao registro correto da produção;	X	X	X	X
- Elaborar um plano operativo das unidades em conjunto com as coordenações (economia de escala e escopo)	X	X	X	X
- Controlar as solicitações de exames para redução de custos, revisando continuamente protocolos de acesso e incentivando criação de protocolos clínicos	X	X	X	X
- Capacitar os conselheiros municipais de saúde, bem como viabilizar ao espaço físico e transporte, e, realizar uma conferência municipal;		X		X
- Implantar grupos técnicos de trabalho, coordenados e assessorados pelo Núcleo de Regulação(incluir grupo técnico de trabalho para avaliação, elaboração de projetos)	X	X		
- Implantar o Núcleo de Regulação, Controle, Avaliação e Faturamento	X	X		
- Implantar a rotina do Núcleo de Regulação, Controle, Avaliação e Faturamento	X	X		
- Implantar o SAMU-192 (parceria com o Estado)para atender a demandas oriundas do município de São Mateus e rodovias que o atravessam;	X	X		
- Ampliar a oferta de serviços de média complexidade com a contratualização de serviços de mamografia, ultrassonografia, dentre outros;	X	X	X	X
- Promover a participação popular efetiva nos processos de Educação/Promoção à Saúde (contactar líderes comunitários; constato com direções de colégios das áreas das UBS promovendo intercâmbio; intensificar atividades do ; promover palestras de Educação em Saúde em eventos promovidos pelos movimentos sociais da Mulher, criança, adolescente, etc) mostrandos dados epidemiológicos e sanitários locais	X	X	X	X
- Promover maior aproximação com os meios de comunicação local para disseminação das informações sobre a saúde do município e informações para Educação em Saúde	X	X	X	X

- Melhorar estrutura física da AMA e do transporte (controlando fluxos consequentemente otimizando o atendimento)- Na Ama estabelecer 0800 para agendamento e atendimento a população	X	X	X	X
- Promover espaço de discussão para estabelecer e padronizar fluxos e rotinas setoriais	X	X	X	X
- Estabelecer rotina de referência e contrarreferência adequados	X	X	X	X
- Intensificar o Projeto Saúde nos Bairros	X	X	X	X
- Implementar o setor de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde	X	X	X	X
- Ampliar a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde para 100%	X	X	X	X

PRIORIDADE VII- SAÚDE BUCAL

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
	- Garantir os materiais básicos para ações de saúde bucal	X	X	X	X
	- Reestruturar área de almoxarifado odontológico (almoxarifado central)	X			
	- Reestruturar a rede de consultórios odontológicos (equipamentos e mobiliário)	X	X	X	X
	- Criação de referência de atendimento ambulatorial para as equipes de ESF que não possuem dentista	X			
	- Aquisição de material educativo para realização das atividades de Educação em Saúde	X		X	
	- Criar Grupos de estudos para planejamento das atividades baseadas nas Linhas-guias	X		X	
	- Ampliar rede de profissionais com vistas a ampliação da rede de consultórios odontológicos	X			
	- Promover parceria com a Secretaria de Educação para sensibilização de diretores e professores para ações de Saúde Bucal em parceria com o PSE	X	X	X	X
	- Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde para educação em saúde bucal com enfoque para encaminhamentos ao tratamento clínico, incluindo as áreas de ESF que não possuem dentista	X		X	
	- Promover ações educativas de promoção, orientação para o cuidado bucal (adesão ao tratamento e auto-cuidado)	X	X	X	X
	- Sensibilização das equipes para o correto registro de todas as ações de Saúde Bucal (SIA-SUS)	X	X	X	X
	- Realizar contrato de manutenção periódica dos equipamentos odontológicos e ar condicionado, renovando anualmente	X	X	X	X
	- Rever anualmente o cronograma de atendimento do trayller e da van com reavaliação do tempo de permanência nas localidades e frequência	X	X	X	X
	- Reorganizar atendimento de odontopediatria (Referência na Us3)	X			
	- Reorganizar calendário anual de atendimento do transcol com reavaliação do tempo de permanência nas localidades e frequência	X	X	X	X
	- Implantar atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA no Pronto Atendimento Municipal			X	X

PRIORIDADE VIII– SAÚDE MENTAL

OBJETIVOS	AÇÃO (COMO FAZER)	2014	2015	2016	2017
* Ampliar o acesso ao atendimento do paciente com dependência química e transtornos mentais	- Realizar a transição do CAPS I para CAPS II (devido a taxa de cobertura por 100 mil habitantes), em parceria com o Estado para construção (verba está disponível, necessário projeto arquitetônico)			X	X
	- Inclusão de Psicólogo nas Unidades de ESF com 02 ou mais equipes			X	X
	- Ampliar a Equipe de acordo com a necessidade do serviço(Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro)	X			
	- Sensibilizar os gestores para especificidades de atendimento do Programa Saúde Mentais	X	X	X	X
	- Elaborar o protocolo municipal de atendimento para pessoas em transtorno mental e dependência química	X	X		
	- Estabelecer o matriciamentopor etapas no atendimento com Equipes de PACS/ESF, para acompanhamento desses pacientes em sua área de residência e viabilizar contratação de pessoal	X	X	X	X
	- Sensibilizar a equipe de saúde (rede)para protocolo municipal de atendimento (incluir Hospital Roberto Arnizaut Silvares e Hospital Maternidade)	X	X	X	X
	- Realizar o I Fórum Municipal de Saúde Mental		X		X
	- Planejar Semestralmente a compra de medicamentos para Programa de Saúde Mental (reavaliação da lista para inclusão de novos medicamentos)	X	X	X	X
	- Intensificar estratégias com famílias de pessoas com transtornos mentais e dependência química	X	X	X	X
	- Sensibilizar as outras secretarias (principalmente educação, assistência social e vara da infância e juventude) sobre programa Saúde mentais (reforçando protocolo municipal de atendimento para encaminhamentos corretos)	X	X	X	X
	- Sensibilizar o estado para garantirleitos de psiquiatria no hospital de referência estadual (HRAS)	X	X	X	X
	- Intensificar as ações de educação em saúde mental através dos meios de comunicação em parceria com o PSE e COMAD	X	X	X	X
	- Estabelecer parceria com o Programa Saúde da Criança para orientações sobre Saúde Mentalvisando a prevenção de transtornos	X	X	X	X
- Estabelecer parceria com a Secretaria de Educação para triagem de crianças em situação de risco para distúrbios de comportamento, para acompanhamento e encaminhamentos adequados pelo Programa Saúde Mental	X	X	X	X	
- Implantação Projeto de Redução de Danos, visando principalmente a criança	X	X			

ANEXO C – CÓPIA DA ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS/ES

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO MÊS DE SETEMBRO DE 2013 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS- ES.

Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês setembro de dois mil e treze, às quatorze horas no auditório da Unidade de Saúde US3, situada na Avenida José Tozzi, nº 3137, bairro Boa Vista, reuniu-se o Conselho Municipal de Saúde com a presença dos seguintes conselheiros: **Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi, Alexandre Souza Moraes, José dos Santos, Rogério Pinheiro, Marcelly Malacarne Milanez Goes, Dulce Loureiro Marculano, Rosivaldo Maurício Lima, Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana, Maria Cristina Santos Nogueira, Patrícia Ferreira.** Às 14:16h (quatorze horas e dezesseis minutos), a presidente deste egrégio Conselho agradeceu a presença de todos, em seguida fez leitura da pauta: **Relatório trimestral do Hospital Maternidade São Mateus; Sugestões de Contrato de metas para o Hospital Maternidade; Programação Anual 2013 - 2º Quadrimestre; Outros Informes.** A Técnica de Controle e Avaliação Josene Carla de Marchi responsável pela Programação Anual 2013 – 2º Quadrimestre, no uso da palavra, relatou que o plano foi consolidado e precisa ser pactuado a cada quadrimestre. Mediante diretrizes, objetivos e Metas apresentadas, discussões foram abertas e um dos pontos mais relevantes foi em relação à Atenção Integral ao Idoso, pois, a Presidente do Conselho ressaltou que são feitos fóruns intermunicipais mais que é política do estado e que enquanto município não existe nenhum programa Saúde do Idoso, o que existe são ações pontuais. A presidente sugeriu que a fim de fortalecimento o ideal seria institucionalizar o programa Saúde do Idoso dentro do município, desvinculando-o do programa Hiperdia, com atenção voltada exclusivamente para o idoso, pois todas as metas contempladas na tabela do idoso estão em todos os outros segmentos. A presidente propôs a Técnica de Controle e Avaliação à participação de um membro do Conselho para ajudar na montagem dos indicadores do próximo relatório, porém a Sra. Josene informou que o COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é o responsável pela elaboração dos indicadores. Dando seguimento a pauta, a Sra. Dulce Loureiro Marculano - Diretora Administrativa do Hospital Maternidade se fez presente a esta sessão para

apresentação do Relatório Trimestral do Hospital Maternidade, a mesma ressaltou que o Hospital é filantrópico, atende pela tabela SUS que está defasada há anos e que se não houvesse uma ajuda do governo o mesmo não se sustentaria. Com base nos relatos pormenorizados da Receita; Valor da tabela SUS – Parto; Equipe Obstétrica Necessária e Subvenção Social Prefeitura Municipal de São Mateus, anexo a esta, a plenária do Conselho Municipal de Saúde aprovou por unanimidade o Relatório do Hospital Maternidade. Na apresentação dos informes a Presidente Valéria fez leitura do ofício enviado pelo Ministério da Saúde, em resposta a solicitação oriunda da Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus, em viagem feita a Brasília pela Secretária de Saúde e pelo Consultor Técnico Rogério Pinheiro, prorrogando o prazo para inserção da ordem de início de serviço no SISMOB das obras de construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde, de 03 de setembro para o dia 16 de dezembro de 2013. O edital resumido do processo seletivo 2013 da Prefeitura Municipal de São Mateus também foi apresentado aos conselheiros. O Sr. José dos Santos mencionou a falta de medicamentos para hipertensão e diabetes na Farmácia Básica e o Sr. Rogério Pinheiro justificou que é de conhecimento da Secretaria de Saúde, porém o entrave da burocracia impede a abertura de novo processo, quando existe um processo de compra em aberto. Ao término desta sessão para **Sugestões de Contrato de metas para o Hospital Maternidade**, ponto de pauta, a presidente sugeriu que o mesmo fosse elaborado pela comissão de Plano, Projetos e Programas. Com parecer favorável da Plenária do Conselho, a reunião da Comissão ficou definida para o dia 15 de outubro, às 13h30min no auditório da Secretaria Municipal de Saúde. Nada mais havendo a ser tratado a sessão foi encerrada pela Presidente Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi, e para constar eu, Lusiane dos Santos Alves, lavrei a presente ata que vai assinada por mim e seguidamente pelos conselheiros presentes.

ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO MÊS DE FEVEREIRO DE 2014 DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de fevereiro de dois mil e quatorze, às quatorze horas, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de São Mateus, situado na Avenida José Tozzi, nº 2220, Bairro Centro, reuniu-se o Conselho Municipal de Saúde com a presença dos seguintes membros: **Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi, José dos Santos, Josemar Zanelato, Rodrigo Batista de Azevedo, Patrícia Ferreira, Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana, Rogério Pinheiro, Rosivaldo Maurício Lima, Joselita Santos Nascimento.** Às 14h30min (quatorze horas e trinta minutos) a Presidente do Conselho cumprimentou os presentes, dando as boas vindas aos novos conselheiros Sr. Josemar Zanelato e ao Sr. Rodrigo Batista de Azevedo representantes da Lojas Maçônica Luzes da Ilha. Logo após falou aos conselheiros sobre o término do biênio 2012/2013 e o Art. 6º § único do Regimento Interno deste, que prevê “Os conselheiros terão mandato de 02 (dois) anos, podendo ser reconduzidos consecutivamente por igual período”. Sendo assim todos os conselheiros presentes decidiram pela recondução do mandato. Em seguida fez leitura da pauta: **Apresentação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST; Apresentação do Relatório de Atividade do CMS – Gestão 2013 e Outros Informes,** e lembrou aos conselheiros da decisão tomada pela plenária do Conselho em reunião extraordinária realizada no dia 17 (dezesete) de dezembro de 2013, de não serem aprovadas pautas enquanto a sala e os equipamentos necessários para o funcionamento do Conselho não forem providenciados. Logo após a Sra. Ana Lúcia de Lima fez a apresentação do CEREST, em seguida explicou que o mesmo tem por finalidade instituir a CIST- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador no município, informou ainda que a CIST é uma comissão vinculada ao Conselho Municipal de Saúde, regida por lei, porém é formada por vários representantes da sociedade e tem como objetivo assessorar o direcionamento das ações em saúde do trabalhador no município, tendo seus pareceres deliberados por este Conselho. Sendo assim ficou definido que será enviado convite ao Coordenador da CIST Estadual para dar maiores esclarecimentos aos conselheiros quanto à implementação da CIST no Conselho. Posteriormente a Presidente Valéria leu ofício SRSSM/CEREST/OFÍCIO/ Nº03/2014, da Superintendência o qual solicita ao Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, a indicação dos delegados que

atuarão na IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – CNSTT e ficaram definidos como representantes do Conselho Municipal de Saúde os seguintes membros: Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi - Profissional de Saúde; Maria Margaret DelazareCaliari - Profissional de Saúde; Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana - Profissional de Saúde; Alexandre Souza Moraes – Prestadores de Serviço; Josemar Zanelato – Usuário e Rodrigo Batista de Azevedo – Usuário. Também esteve presente nesta sessão o Presidente do Conselho dos Direitos e Deveres da Pessoa Idosa - CONDDIPI, Sr. Expedito Gonçalves Brito, que no uso da palavra falou que o objetivo da sua visita é buscar apoio junto ao Conselho Municipal de Saúde para a saúde do idoso no município e a Presidente e Conselheira Valéria que também tem representatividade no Conselho do Idoso enfatizou a importância do apoio do Conselho Municipal de Saúde, uma vez que não existe nenhum programa institucionalizado especificamente para o idoso no município, destacou ainda que seria necessário a implantação de um programa que se desvincule do Programa Hiperdia, pois nem todo idoso é hipertenso ou diabético e existem outras prioridades para os mesmos. Ao final, a Secretária Executiva Sra. Lusiane Alves apresentou o Relatório de Atividades do Conselho referente ao ano de 2013, apresentando o levantamento qualitativo e quantitativo do conselho e algumas considerações feitas juntamente com a Presidente Valéria, dentre elas o número de titulares e suplentes que são sempre insuficientes, quando considerado a importância de cada membro no Conselho; e a falta de um projeto ou política de autoria do próprio conselho. A conselheira Rita de Cássia falou da importância de resgatar também tudo o que ficou pendente, sem resposta, no ano de 2013. Nada mais havendo a ser tratada, a sessão foi encerrada pela presidente Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi. E para constar eu, Lusiane dos Santos Alves, Secretária “ad-hoc”, lavrei a presente ata que vai assinada por mim e seguidamente pelos Conselheiros presentes.