

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E
SOCIEDADE

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA: UMA ANÁLISE À LUZ DO CAMPO DA CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E SOCIEDADE

Aluna: Meliza Cristina da Silva

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Co-orientador: Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro

São Carlos

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E
SOCIEDADE

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA: UMA ANÁLISE À LUZ DO CAMPO DA CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E SOCIEDADE

Aluna: Meliza Cristina da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata e co-orientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

São Carlos

2016

Silva, Meliza Cristina da

As representações sociais da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa :
uma análise à luz do campo da ciência, tecnologia e sociedade / Meliza
Cristina da Silva. -- 2016.
f. : 30 cm.

Tese (doutorado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos,
São Carlos

1. Ciência, tecnologia e sociedade. 2. Políticas públicas. 3. Saúde do
idoso. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Meliza Cristina da Silva, realizada em 31/10/2016:

Prof. Dra. Márcia Nituma Ogata
UFSCar

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro
UFSCar

Prof. Dr. Cidoval Moraes de Sousa
UEPB

Prof. Dr. Sergio Kodato
USP

Prof. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo
UFTM

Prof. Dra. Karina Gramani Say
UFSCar

Orientadora

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Co-Orientador

Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro

Dedicatória

Á minha família, que acreditou e me apoiou incondicionalmente durante toda minha trajetória acadêmica e em todos os momentos de dúvida e superação.

O incentivo em todas as suas perspectivas e o amor possibilitaram trilhar este caminho.

Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

“Há muitas pessoas de visão perfeita que nada veem. O ato de ver não é coisa natural, precisa ser aprendido. Quando a gente abre os olhos, abrem-se as janelas do corpo e o mundo aparece refletido dentro da gente.” (Rubem Alves, 2015).

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente, por me incentivar e acreditar como ninguém mais poderia, à minha mãe Conceição.

A minha irmã Vanessa, minha avó Ester, meus tios Francisco, Naúde e Lúcia e ao meu padrasto Pedro pelo apoio e amor.

Aos meus orientadores Márcia Ogata e Wilson Pedro pela amizade, orientação, paciência e dedicação em toda minha trajetória *stricto sensu*.

As parceiras desta jornada e grandes amigas, presentes desde o mestrado e em todos os momentos de desafios e conquistas, Elis Regina dos Santos e Silvana Aparecida Persequino.

Aos Colegas de Trabalho da USE UFSCar pelo incentivo, em especial as minhas grandes amigas Patrícia Cristina Magdalena e Lisandrea Rodrigues Menegasso Gennaro pelo apoio e amizade.

Ao Conselho Gestor e equipe da USE UFSCar pela flexibilização dos meus horários de trabalho e aprovação do afastamento, tão importantes para o desenvolvimento da tese.

Ao grupo de estudos do qual participei durante todo o doutoramento, dividindo questionamentos, ideias, publicações e principalmente conquistas.

Aos colaboradores, professores e colegas do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Ao Departamento Regional de Saúde III e a todos os municípios que o compõe pela possibilidade de realização desta pesquisa.

A todos os demais que me ajudaram a escrever a tese e parte da história da minha vida.

RESUMO

O envelhecimento e a conseqüente mudança demográfica brasileira nos apontam para uma profunda transformação socioeconômica do país. A estimativa é que a população idosa triplique nas próximas décadas, passando de 20 milhões em 2010 para 65 milhões em 2050. Muitos atores são responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre eles estão os gestores municipais de saúde e os articuladores de saúde do idoso. O objetivo deste estudo é analisar as representações sociais da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa em um Departamento Regional de Saúde, à luz do campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. O percurso metodológico foi o de análise documental e exploração de campo, através de entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam para práticas incipientes frente a uma política bem estruturada, as representações sociais dos grupos influenciam na sua implantação. A baixa participação pública, em especial do idoso e o distanciamento da pesquisa com a prática destes municípios estão aquém das expectativas da política. O campo da ciência, tecnologia e sociedade contribui com reflexões sobre a apropriação da ciência e tecnologia, observou-se que em suas concepções prevalecem às tecnologias de saúde duras. A intencionalidade desta tese foi trazer reflexões sobre esta política pelo olhar das representações sociais e estudos da ciência, tecnologia e sociedade. Pode-se concluir que as regiões implementam de forma diferente a Política Nacional, com demandas e percepções adequadas a sua realidade, mesmo que estes recebam diretrizes nacionais e internacionais.

Palavras-chaves: Ciência, Tecnologia e Sociedade; Políticas Públicas; Representações Sociais; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The aging and the consequent Brazilian demographic change point us to a profound socio-economic transformation of the country. It is estimated that the elderly population will triple in the coming decades, from 20 million in 2010 to 65 million in 2050. Many actors are responsible for implementing the National Health Policy for the Elderly, among them are the local health managers and articulators health of the elderly. The aim of this study is to analyze the social representations of the National Health Policy for the Elderly in a regional health department, the light field of science, technology and society. This is a qualitative, exploratory and descriptive. The methodological approach was to document analysis and field exploration, through semi-structured interviews. The results point to incipient front practices to a well-structured policy, the social representations of groups influence their deployment. Low public participation, especially the elderly and the distancing of the research to the practice of these municipalities are short of expectations of policy. The field of science, technology and society contributes to reflections on the appropriation of science and technology, it was observed that in his views prevail the harsh health technologies. The intention of this thesis was to analyze the policy and practices in the current scenario, with no claim assessment, was intended to bring reflections on this policy by the look of social representations and studies of science, technology and society We can conclude that the regions implement the National Policy differently, with demands and perceptions appropriate to their reality, even if they receive national and international guidelines.

Keywords: Science, Technology and Society; Public Policy; Social Representations; Aging Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABASH Pró Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CMI- Conselho Municipal do Idoso

CNCTIS – Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CTA – Comitê Técnico Assessor

CTS - Ciência, Tecnologia e Sociedade

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DRS – Departamento Regional de Saúde

FGV – Fundação Getúlio Vargas

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PESCD – Programa de Estágio Supervisionado para Capacitação Docente

PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

PES – Plano Estadual de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PPGCTS – Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

RMG – Relatório Municipal de Gestão

SBSC – Sociedade Beneficente São Camilo

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESCO - Organização para a Educação, Ciência e Cultura

UNIP – Universidade Paulista

USC – Centro Universitário São Camilo

USE – Unidade Saúde Escola

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo das Representações Sociais.....	23
Figura 2 – O campo de estudos da Representação Social	68
Figura 3 – As faces da Representação Social.....	71
Figura 4 – Articuladores: Classificação Descendente.....	101
Figura 5 – Articuladores: Classe 1.....	103
Figura 6 – Articuladores: Classe 2.....	106
Figura 7 – Articuladores: Classe 3.....	109
Figura 8 – Articuladores: Classe 4.....	112
Figura 9 – Articuladores: Classe 5.....	114
Figura 10 – Gestores: Classificação Descendente.....	116
Figura 11 – Gestores: Classe 1.....	117
Figura 12 – Gestores: Classe 2.....	119
Figura 13 – Gestores: Classe 3.....	122
Figura 14 – Gestores: Classe 4.....	126
Figura 15 – Gestores: Classe 5.....	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tradições CTS.....	60
Tabela 2 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Diretrizes.....	84
Tabela 3 – Plano Estadual de Saúde SP – Diretriz Saúde do Idoso.....	85
Tabela 4– Planos Municipais de Saúde – Saúde do Idoso.....	88
Tabela 5– Relatórios de Gestão – Planejado para Saúde do Idoso.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Revistas com publicações TRS e envelhecimento.....	75
Gráfico 2 – Relatórios de Gestão Municipal – Saúde do Idoso.....	91
Gráfico 3–Sexo dos Sujeitos da Pesquisa.....	94
Gráfico 4 – Faixa Etária dos Sujeitos da Pesquisa.....	95
Gráfico 5 – Entrevistas por Porte de Município.....	95
Gráfico 6 – Grau de Instrução dos Sujeitos da Pesquisa.....	96
Gráfico 7 – Formação Acadêmica dos Sujeitos da Pesquisa.....	97
Gráfico 8 – Vínculo com a Administração Pública dos Sujeitos da Pesquisa.....	98
Gráfico 9 – Experiência na Área da Saúde dos Sujeitos da Pesquisa.....	99
Gráfico 10 – Experiência na Área do Idoso dos Sujeitos da Pesquisa.....	99

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	19
3. HIPÓTESE.....	25
4. OBJETIVOS	26
5. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DOS PRIMÓRDIOS A ATUALIDADE.....	27
6. CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA SAÚDE DO IDOSO: DA AGENDA DE PESQUISA AO ACESSO	49
7. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	64
8. PERCURSO METODOLÓGICO	78
9. ANÁLISE DOS RESULTADOS - DOCUMENTOS.....	83
10. ANÁLISE DOS RESULTADOS - ENTREVISTAS.....	94
10.1. PERFIL DOS SUJEITOS.....	94
10.2. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PNSPI POR ALGUNS DE SEUS ATORES	101
A) Articuladores de Saúde do Idoso	101
B) Gestores Municipais de Saúde	116
11. DISCUSSÃO.....	133
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
14. ANEXOS.....	151
14.1. PARECER DO CEP.....	151
14.2. TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	152
15. APÊNDICES	156
15.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1	156
15.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2	158

1. APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica e profissional na área da saúde teve início na graduação, pelo curso de administração hospitalar realizado no Centro Universitário São Camilo - USC e especialmente, pela oportunidade de tornar-me estagiária da Sociedade Beneficente São Camilo – SBSC.

Na época a SBSC administrava muitos hospitais pelo Brasil, além dos hospitais próprios, universidade, seminários e outras instituições ligadas à assistência social, saúde e educação.

O estágio na SBSC foi estruturado em um modelo especial, pensado pelo então superintendente Pe. Niversindo Antônio Cherubin, um dos maiores nomes e idealizadores da administração hospitalar no Brasil, personalidade da qual eu tive a oportunidade de conhecer e acompanhar de perto durante minha formação e muitos anos depois.

A SBSC selecionava seus estagiários no mesmo período em que ocorria o processo seletivo do USC, com o diferencial de que as provas de seleção aconteciam em âmbito nacional, em diversos estados do Brasil que possuíam alguma atividade da SBSC. O número de vagas da SBSC representava, na minha seleção, 10% do total do curso das vagas da USC, era uma seleção feita em duas etapas com concorrência consideravelmente superior ao vestibular.

No ano de 1994, fui selecionada como estagiária da SBSC, mesmo ano em que ingressei no curso de graduação em Administração Hospitalar do USC.

A proposta do estágio era em um modelo de imersão nos estudos da administração hospitalar, os 06 estagiários selecionados e as outras turmas, iniciavam as atividades de estágio extracurricular em horário integral junto com as aulas que aconteciam no período noturno.

Os estagiários residiam dentro das dependências dos hospitais ou em residências próximas aos hospitais São Camilo (Santana e Pompéia), com direito a alimentação no hospital, transporte para universidade e um salário mínimo mensal, além do crédito estudantil com a própria SBSC que assumiria o valor investido na USC se este profissional permanecesse trabalhando na SBSC dois anos depois do término do curso. Oportunidade de acesso, experiência e formação única no campo da administração hospitalar, da qual fui contemplada.

O estágio era complementado com uma escala de plantões administrativos remunerados aos finais de semana, desde o 1º ano de faculdade, no qual respondíamos pela direção do hospital com suporte externo, e estágios nos meses de férias escolares onde vivenciávamos experiências de consultoria ou até mesmo de cobertura de férias dos administradores em hospitais da SBSC localizados fora da cidade de São Paulo.

Ao final do curso de graduação, ou nos últimos meses, recebíamos potenciais propostas de trabalho de acordo com o perfil e desempenho. O meu convite (no último semestre da graduação) foi para dirigir uma das creches que a SBSC mantinha em parceria com a prefeitura de São Paulo. Esta creche operava com a capacidade de atender 200 crianças e possuía 30 colaboradores. A gestão recebia suporte administrativo da sede administrativa da SBSC, com reuniões e prestações de contas mensais, essa infraestrutura contribuía com a formação prática.

Nesse período que findava minha graduação a SBSC, no entanto, passou por questões estruturais e políticas, revisando sua missão e seu foco de atuação. A superintendência e direção desta sociedade foram alteradas e decidiu-se pela não continuidade de gestão dos hospitais de terceiros que na época totalizavam cerca de 60 hospitais.

Para atender a essa nova demanda, o superintendente da época, Pe. Niversindo Antônio Cherubin em conjunto com diretores da SBSC criaram outra empresa chamada Associação Benfícete de Assistência Social e Hospitalar – ABASH Pró Saúde, uma empresa que não pertencia a SBSC.

Neste momento de transição organizacional, alguns administradores mudaram de empresa e fui uma das convidadas a compor a nova equipe, passando a ocupar cargo de coordenadora administrativa. Responderia naquele momento pela implantação de cinco creches e contribuiria com a implantação da consultoria administrativa para suporte aos hospitais que estariam sendo administrados pela ABASH Pró-Saúde.

Assim, aos 21 anos de idade iniciei minha trajetória profissional na Pró-Saúde, empresa onde permaneci mais de 15 anos, em funções de coordenação, consultoria, docência e direção de hospitais públicos, privados e público-privados em todo país, e uma experiência de consultoria administrativa na implantação de um processo de qualidade em Angola – África.

A experiência em hospitais, serviços de saúde e gestões municipais em cidades de norte a sul do país e a experiência de coordenação e docência em cursos de curta duração e pós-graduação lato sensu, me motivou a ingressar na formação stricto sensu.

Até então havia cursado uma pós-graduação lato sensu em gestão financeira na Universidade Paulista – UNIP e iniciado um MBA em gestão de projetos na Fundação Getúlio Vargas - FGV, cursos que complementavam minha formação em gestão de serviços de saúde e oportunizavam novos desafios.

Foi durante o MBA na FGV, que na busca de um programa de pós-graduação que possibilitasse o desenvolvimento de um projeto de pesquisa para o mestrado, encontrei o Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade – PPGCTS da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Um campo de estudos novo, desafiante, mas acolhedor para as nascentes propostas de investigação que se delineava.

No ano de 2009 participei da seleção e fui aprovada, ingressando na 2ª turma de mestrado do PPGCTS da UFSCar. Naquela oportunidade, tranquei a matrícula do MBA da que estava em desenvolvimento e concomitantemente, desliguei-me do cargo de diretora em um hospital, alterando meu status profissional para o de consultora na Pró-Saúde-ABASH e ingressei no campo da pós-graduação stricto sensu.

O PPGCTS pelo caráter interdisciplinar possibilitou a pesquisa intitulada “A análise da parceria público-privada na gestão hospitalar, realizada através de um estudo de caso na perspectiva da Ciência, Tecnologia e Sociedade” (SILVA, 2010), com orientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro e co-orientação da Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata.

No desenvolvimento da pesquisa foi possível uma contextualização do cenário da saúde brasileira. Este estudo demonstrou que um dos principais problemas orçamentários e de gestão das organizações de saúde seria o envelhecimento, especialmente as dimensões de fragilidade, somado à falta de leitos e planejamento, revelando-se assim um potencial tema a ser e investigado no trabalho de doutorado.

A oportunidade de realizar o Programa de Estágio Supervisionado para Capacitação Docente - PESCD em uma disciplina do Curso de Graduação em Gerontologia da UFSCar, denominada “modelos organizacionais para idosos”, de responsabilidade do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro também foi motivo de reflexão, além das discussões dos grupos de estudo e experiência da Profa. Dra. Márcia Niituma

Ogata em políticas públicas de saúde e do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro em gerontologia.

Na intencionalidade de continuar os estudos em gestão de saúde, mas também de pensar novas formas com que as políticas públicas voltadas para saúde do idoso são implementadas, elaborei um projeto de doutorado intitulado “A Política Nacional de Saúde do Idoso na perspectiva da Ciência, Tecnologia e Sociedade - concepções”.

Neste período fui nomeada no concurso que havia prestado para o cargo de assistente em administração na UFSCar. Surgia então, a oportunidade de conciliar trabalho e o doutorado, tarefa difícil enquanto estivesse no segmento privado de saúde. Finalizava, então, minha história na ABASH Pró-Saúde para iniciar uma nova na UFSCar.

O Projeto de doutorado foi aprovado na seleção da primeira turma do PPGCTS em 2013 para estudar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa– PNSPI, nos municípios que compunham o Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, no qual São Carlos esta inserido. O desafio foi investigar a implantação de uma política de saúde nova e tão importante em segmento municipal e no cenário nacional e internacional. O olhar sob a lente da gestão municipal pública e não do prestador de serviço (área onde me incluía pela trajetória profissional percorrida), é desafiador, principalmente porque somamos a esta lente as contribuições do campo da Ciência, Tecnologia e Sociedade – CTS e da Teoria das Representações Sociais – TRS.

A formação em administração hospitalar, os cargos que ocupei e até a dissertação desenvolvida utilizaram-se de métodos quantitativos ou quali-quantitativos. A utilização de método qualitativo e a reflexão proveniente da TRS estabelecem uma formação complementar ao meu doutoramento.

Se com esta tese reflexões neste sentido forem iniciadas e os estudos sobre a implantação da PNSPI e os estudos relacionados ao DRS III forem ampliados, com suas práticas repensadas ou aprimoradas, teremos cumprido nossa missão.

Nesta breve apresentação, num relato auto-biográfico da busca desta autora enuncia-se a tese: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, quando implementada, tem grande aderência nas representações sociais dos sujeitos que elaboram e implementam.

Compreendendo as representações sociais como “entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do

encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. Como sabemos, correspondem, por um lado, a substância simbólica que entra na elaboração, e, por outro lado, à prática que produz tal substância, como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica ou mítica” (MOSCOVICI, 2012, p. 39), a PNSPI será investigada nesta perspectiva a partir de concepções de gestores e articuladores de saúde da pessoa idosa, atuantes na região de saúde do DRS III - Araraquara.

Após esta breve apresentação, o texto está estruturado em trazendo na introdução uma breve contextualização, hipóteses e objetivos do estudo. Na sequência o referencial teórico sobre a construção da PNSPI, a Ciência e Tecnologia na Saúde do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, apresentando a Teoria das Representações Sociais. O percurso Metodológico é descrito, trazendo a seguir a análise dos dados realizada a partir de documentos e das entrevistas; apresentando enfim as discussões e considerações finais do presente estudo.

2. INTRODUÇÃO

O Brasil passará nas próximas décadas por um período de grande transformação em consequência do envelhecimento e inversão demográfica e uma das áreas mais afetadas estará ligada à saúde pública.

Alguns estudos apontam para a necessidade mais intensa de recursos tecnológicos e um crescente aumento de custos resultante da mudança demográfica e do perfil epidemiológico brasileiro, alguns autores sugerem o prazo de 10 anos, outros de aproximadamente 40 anos. O fato é que a transformação ocorrerá cedo ou tarde e o setor público deve iniciar o processo articulado de implantação das políticas públicas no sentido de preparar a sociedade e os serviços.

De acordo com Carneiro *et al.* (2013), em alguns países os gastos com saúde, desta parcela da população que possuem mais de 65 anos giram em torno de 40 a 50% e os custos *per capita* é de 3 a 5 vezes maior que das outras faixas etárias.

Segundo informações da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (2011, *apud* Carneiro *et al.*, 2013), embora não haja uma estimativa de gasto público total por faixa etária da população, o gasto médio representa 7,5 vezes comparado a despesa média verificada para a primeira faixa etária (0 a 18 anos).

No Brasil foi estima-se que a partir de dados de internação no SUS e 54,9% da diferença esperada nos gastos entre 2004 e 2050 são explicados pelas mudanças na estrutura etária nesse período (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008 *apud* Carneiro *et al.*, 2013).

Segundo o Banco Internacional para a reconstrução e desenvolvimento (2011), a população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050. O Brasil conta com pouco tempo para gerir esta transformação, comparado a países como a França que levou cerca de um século para ver sua população acima de 65 anos passar de 7% para 14%.

A população idosa apresenta características culturais e econômicas diferentes a cada nova geração. O acesso à informação e às tecnologias altera constantemente o perfil tradicional dos idosos no Brasil, principalmente em regiões com elevado crescimento científico tecnológico, como a região escolhida para este estudo.

O Envelhecimento Ativo e Saudável propicia o desenvolvimento de uma sociedade que participa como cidadã nos espaços públicos, na construção de ações e

implementação da própria PNSPI e também de forma integrada com as demais faixas populacionais, considerando a contribuição social e as experiências das pessoas idosas, mais valorizadas em outras culturas.

Vários são os atores sociais responsáveis pela implantação da PNSPI: a sociedade civil, preferencialmente com a participação de pessoas com mais de 60 anos, profissionais das diversas áreas, articuladores da saúde da pessoa idosa, secretários de saúde, gestores e políticos.

A saúde brasileira precisará olhar de forma interdisciplinar e uma atuação intersetorial para responder às demandas do envelhecimento, seja na condição de cientista ou do público em geral. Como o estado de São Paulo está se movimentando frente a estas questões? Esta é uma questão que tem sido analisada no âmbito do Grupo Políticas e Práticas de Saúde e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Gerontologia Social, ambos cadastrados no CNPq, visando compreender e subsidiar as intervenções, especialmente na região geográfica do Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Segundo Pedro (2013) de uma regional com 974.410 pessoas, sendo 117.322 pessoas com 60+ numa proporção de 12,04%, uma proporção de pessoas com 60+ superior à média nacional (10,98%).

Para Pedro (2013), neste sentido, o DRS, ocupa uma centralidade em nossas preocupações, considerando suas responsabilidades jurídico-administrativas (BRASIL, 2011) na divulgação destas políticas, bem como, pelas características e demandas desta região.

Conhecer os sujeitos responsáveis pela implantação da PNSPI e o que ela representa para estes grupos é fundamental, assim como, discutir sobre o quanto a ciência e a tecnologia estão sendo apropriadas nesta localidade para o desenvolvimento das políticas e práticas.

Busca-se pelas pesquisas em saúde contribuições para implementação das políticas e ações de saúde. Os temas relacionados à saúde, ciência e tecnologia terão impacto no desenvolvimento econômico e social da sociedade brasileira.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde - ANPPS quando analisada com foco na saúde do idoso, evidencia-se a escassez de estudos, se comparada com as demais áreas (Brasil, 2008).

Considerando que a sociedade participou da construção da ANPPS e os dados relacionados ao envelhecimento brasileiro são expressivos, a subagenda 6 de pesquisa

voltada para a saúde do idoso demonstra que as pesquisas voltadas esta população ainda não estão sendo priorizadas como deveriam.

Analisando-se a produção relacionada à gestão pública produzida no Programa de Pós-Graduação em Ciência Tecnologia e Sociedade da UFSCar, evidenciam-se aspectos relevantes:

Foi produzido no Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade - PPGCTS da Universidade Federal de São Carlos desde o ano de sua criação em 2007 ao presente momento, um total de cem capítulos publicados em cinco livros, encontramos nesta amostra apenas treze temas relacionados à Gestão no sentido “lato senso” e quatro capítulos voltados para discussão de Gestão Pública no sentido “strictu senso”, valores que representam 13% da produção literária do PPGCTS, sendo 4% tratando a questão da Gestão Pública. As dissertações defendidas até o momento totalizam cinquenta e um trabalhos, neste caso a produção relacionada à Gestão é de nove e a de Gestão Pública de três, indicando 18% da produção do Programa no sentido “lato senso” e 6% no sentido “strictu senso”. Percebemos ainda, que estas produções tem se tornado mais representativa a partir de 2010. (PEDRO, ORLANDI, SILVA E PERSEGUINO, 2012, p.3).

O campo CTS, neste contexto, está muito presente no processo de transformação demográfica, e em nosso entender favorece as análises deste estudo.

Neto e Malik (2007) apresentam um cenário da saúde no Brasil e no mundo que necessita cada vez mais de recursos tecnológicos:

(...) Perfil epidemiológico- a redução da mortalidade por moléstias infectocontagiosas, o aumento da mortalidade ocasionada pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas, o reaparecimento de enfermidades como a dengue, a tuberculose e o cólera e o surgimento das enfermidades infecto contagiosas como a AIDS, hantavirose, além de bactérias ultrarresistentes a antibióticos, associado à potencialização de outros elementos, deságua em maior utilização de ações e serviços de saúde e em demanda por serviços cada vez mais complexos. As complicações das crônico-degenerativas, associadas ao aumento na faixa etária, levam à necessidade mais intensa por recursos tecnológicos.

A ciência e tecnologia são co-responsáveis pelo aumento da expectativa de vida. Não só pelas ciências e tecnologias da saúde, mas também pelo acesso a informação, pela aproximação das pessoas que recebem notícias de familiares distantes e reencontram amigos com facilidade, pelas universidades da terceira idade, clubes e atividades que estão muito além da prática de exercícios físicos, sem diminuir a importância destes.

Este estudo está norteado pela forma com que os grupos sociais compartilham e circulam saberes, também estarão contemplados na presente investigação, que propõe

investigar os significados da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, suas concepções e práticas tendo por referência a Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012).

A TRS nos propiciará refletir a influencia do individuo na sociedade e da sociedade no individuo sem fragmentação. O sujeito cria e compreende a ciência através de sua relação com o mundo e é essa relação que define suas respostas sociais.

Segundo Minayo (2004, p.173) podemos dizer que “as representações sociais enquanto senso comum, ideias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, é um material importante para a pesquisa no interior das Ciências Sociais”.

Sabe-se que a implantação da PNSPI está relacionada ao cenário político, econômico, cultural e social no qual se inserem os atores responsáveis.

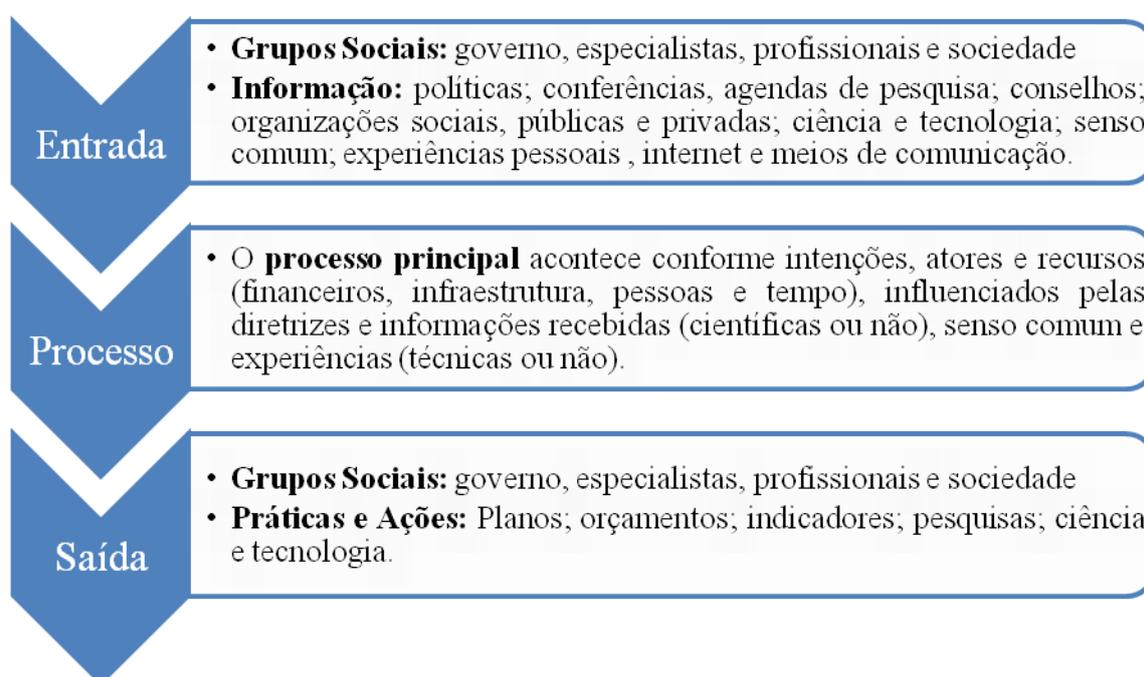
A informação é o combustível das representações sociais, a ciência e a tecnologia em saúde apresentam-se como parte destas informações e também como ferramentas na operacionalização das práticas e ações.

Os atores deste processo de construção das representações sociais (Figura 1), são os grupos sociais reconhecidos como: governo representado pela instancia municipal; especialistas presentes nos campos da universidade, de fornecedores, de prestadores de serviço e do DRS, entre outros; os profissionais apresentados como articuladores de saúde do idoso e toda equipe interdisciplinar e intersetorial que atua no segmento da saúde, educação, assistência social e outras áreas relacionadas ao idoso e fundamentalmente, a sociedade compreendida pelos usuários dos serviços de saúde.

Compreender que a intersetorialidade e interdisciplinaridade fortalecem a implementação da PNSPI é importante em um panorama sustentável e adequado às condições locais, oferecendo em cada contexto recursos e conhecimentos essenciais para a mudança e ampliação do olhar de todos os atores na busca de uma política efetiva para toda sociedade.

As representações sociais destes grupos serão diferentes em um DRS que esteja localizado em um Estado com condições distintas de envelhecimento e acesso a ciência e tecnologia, ou a grandes centros como os localizados no Estado de São Paulo.

Figura 1: Processo das Representações Sociais



Fonte: Silva (2016)

A TRS corresponde à elaboração, o pensamento e a construção das propostas dos atores que compõe e interagem no meio científico, estabelecem resultados práticos de implantação da ciência e tecnologia sob o viés de determinados interesses e concepções.

Lopes (2011) faz uma ligação entre os estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade e a Teoria das Representações Sociais:

A ciência mostra-se um campo rico de significações para os estudos das representações sociais. A influência da ciência na sociedade, a tenacidade do seu discurso, as relações de poder impostas no meio científico, a distancia entre cientistas e a sociedade, a não neutralidade da ciência e a existência de pressões externas, políticas e econômicas faz dela um objeto de estudos cada vez mais crescente e necessário. (LOPES, 2011, p.68).

Em nossa compreensão, a implementação desta política é fortemente influenciada pelas concepções destes sujeitos e o estudo de caráter qualitativo tem a intenção de contribuir com as reflexões do que é considerado prioridade.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Dimensões Sociais da Ciência e Tecnologia, no PPGCTS d UFSCar.

Linha 1 - Dimensões Sociais da Ciência e da Tecnologia: visa desenvolver estudos voltados para a investigação dos antecedentes sócio-históricos e as lacunas e obstáculos com que importantes segmentos sociais contemplam atualmente o fenômeno científico-tecnológico. Comporta o desenvolvimento de pesquisas sobre as seguintes temáticas: os estudos sociais da ciência e tecnologia; ciência, tecnologia e valores; educação CTS, alfabetização científica e tecnológica; letramento científico; comunicação, participação e compreensão pública da ciência, tecnologia e inovação; ciência, ética, saúde, envelhecimento e economia solidária; o gênero na ciência e na tecnologia; a tecnociência; as mudanças tecnológicas, a sociedade de risco e o desenvolvimento sustentável; indicadores de ciência, tecnologia inovação e sociedade; a organização social da C&T; trajetórias de cientistas, tecnólogos e grupos de pesquisa e seus anexos com as trajetórias disciplinares e campos emergentes; políticas e gestão de CT&I; a memória científica e tecnológica; o discurso da ciência e da tecnologia; a ciência, tecnologia e inovação em saúde, tecnologias sociais. (PPGCTS, 2016)

Discutir saúde enquanto política social, na perspectiva das dimensões sociais da Ciência e Tecnologia é considerar a relevância do estudo das tecnologias em saúde, o acesso e a apropriação científico-tecnológica pela sociedade e a participação pública no processo de construção e escolha de diretrizes e práticas.

Os estudos sociais da Ciência e da Tecnologia estão entre as temáticas do PPGCTS, assim como a Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

3. HIPÓTESE

Podemos estar envelhecendo em uma sociedade onde os profissionais responsáveis pela implementação da PNSPI não reconhecem o idoso como cidadão ativo e pouco se apropria da pesquisa, da ciência e tecnologia em sua integralidade.

As experiências profissionais e pessoais, as instâncias públicas que elaboram os planos e implementam políticas e práticas, tais como o DRS e a gestão municipal, as informações recebidas pelos meios de comunicação, o ensino e o senso comum transformam o objeto das representações sociais em algo concreto.

A investigação das escolhas, ações e estratégias da implementação desta política levou-nos a hipótese de que a PNSPI no DRS III – Araraquara é implementada a partir de representações sociais dos sujeitos que elaboram e implementam a política a nível local/regional. As representações sociais da PNSPI permeiam um ambiente cristalizado, com práticas estabelecidas por um universo reificado nos municípios estudados.

A representação social que predomina de saúde do idoso, é que este idoso é um sujeito fragilizado e dependente da rede de atenção à saúde básica e hospitalar. A saúde básica possui algumas práticas estruturadas pela Estratégia de Saúde da Família com seu material de formação pautado no Caderno de Atenção Básica nº 19 (Brasil, 2006c), bem como de outros pelos protocolos de prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Práticas que na visão dos gestores e articuladores estendem-se ao idoso, assim como atenção hospitalar.

As concepções fomentam as representações sociais da PNSPI, as diretrizes que ampliam as propostas de saúde do idoso não são percebidas pelos responsáveis pela sua implementação, provavelmente, por não estarem presentes no seu cotidiano, bem como pela ausência de informações relevantes que poderiam transformar estas representações.

Tendo o propósito prioritário deste estudo, investigar os significados da PNSPI para os gestores que elaboram os planos de ação e os articuladores que atuam diretamente na implementação destes municípios e considerando-se que a PNSPI é implementada pautando-se na RS dos grupos sociais, questiona-se:

- 1) Quais seus significados para os gestores e articuladores de saúde do idoso?
- 2) Que contribuições os estudos CTS na perspectiva da análise das políticas públicas podem auxiliar no entendimento da implementação da PNSPI nos municípios estudados?
- 3) Que práticas e ações são definidas na implantação da PNSPI e por quê?

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar as Representações Sociais da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de gestores municipais de saúde e articuladores de saúde da pessoa idosa em um Departamento Regional de Saúde à luz da Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Objetivos Específicos:

a) Analisar as ações governamentais no âmbito municipal na implementação da PNSPI e como se articulam com a ANPPS.

b) Analisar o acesso e a apropriação da ciência e tecnologia em saúde no processo de implementação da PNSPI.

5. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: DOS PRIMÓRDIOS A ATUALIDADE

Argumenta-se que a saúde da pessoa idosa no Brasil está relacionada às representações sociais que os grupos fazem deste objeto. A aceitação do envelhecimento como um ganho social e um processo de qualidade de vida para toda sociedade é um dos grandes objetivos das políticas públicas nacionais e internacionais, portanto, apontando com mudanças de representações.

De acordo com a Portaria 2558 de 19 de outubro de 2006, a PNSPI tem por finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do sistema único de saúde” (BRASIL, 2006a). Entre a Constituição Federal de 1988 até o presente momento, legislações complementares e regulamentadoras da saúde da pessoa idosa tem norteado ações nacionais, estaduais e municipais (BRASIL 1990a; 1990b; 1994; 1999; 2003a; 2003b; 2005; 2006a e 2006b).

Entretanto, apesar de bastante avançada, a sua prática, no cotidiano dos profissionais de saúde, pessoas e comunidades em processo de envelhecimento, bem como no dia-a-dia de gestores, tem gerado ações bastante insatisfatórias em sua operacionalização, insipiente dada à diversidade das demandas e das suas contradições socioeconômicas. Ações que são norteadas por concepções políticas, tecnicistas e do senso comum.

Segundo a Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006, Brasil (2006a) “Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice”.

O envelhecimento populacional, dentre outros aspectos, é resultado dos avanços da ciência, tecnologia e da própria sociedade, considerando que a melhoria das condições sanitárias, de alimentação, saúde e de acesso à informação elevaram a qualidade de vida e sua consequente expectativa.

As Nações Unidas organizou em 1982 a Assembléia Mundial sobre o envelhecimento, onde se aprovou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, primeiro documento de repercussão mundial sobre esta temática.

O Plano de Viena (UNITED NATIONS, 1982), aprovado na resolução 37/51 de 03 de dezembro de 1982, possibilitou que as políticas públicas para população idosa

entrassem em pauta. Este pode ser considerado o marco inicial para a discussão e criação de uma agenda internacional com olhos voltados para o envelhecimento.

Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população. O pano de fundo era a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos. Percebia-se a necessidade da “construção” e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho (CAMARANO E PASINATO, 2004, p.255).

O Plano de Viena (UNITED NATIONS, 1982) fundamenta-se em três princípios básicos: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

O primeiro princípio trata a questão da participação ativa das pessoas idosas na sociedade, a concepção de pessoa idosa como um ator que ofereça a oportunidade de ganho de capital humano, social e econômico. Assim como, as contribuições possíveis e necessárias que esta parcela da sociedade deve ter na construção e implantação das políticas públicas, considerando as políticas de trabalho, seguridade social e integração social fundamentais neste processo.

As políticas de saúde, segundo princípio, podem ser consideradas alicerce para o desenvolvimento do primeiro e terceiro princípio, devendo ser analisadas ao longo do processo de envelhecimento, com vista à promoção do envelhecimento saudável. Muito já foi conquistado com os avanços da tecnologia e medicina modernas, desde a reforma sanitária, das vacinas e cura de doenças até então fatais. Atualmente o foco está na prevenção de doenças, queda da taxa de mortalidade e consequente ampliação da expectativa de vida. Mas, ainda há muito por se fazer, principalmente no que se refere à adequação dos serviços de saúde e a capacitação de profissionais voltados para as áreas da geriatria e gerontologia.

Segundo Aguiar (2011, p. 74) “As políticas públicas tem como objetivo atender as demandas da população em diversas áreas. Em alguns países as políticas tem enfoque no bem estar social e já possuem a cultura da participação pública. Em outros, as demandas são anteriores, de infraestrutura na maioria das vezes”.

Como terceiro princípio, a busca de um entorno propício e favorável ao envelhecimento seja talvez o principal desafio deste plano, pois, para isso é necessário que ocorra uma transformação cultural na sociedade. A família, a comunidade, os serviços públicos, os empregadores e os próprios idosos precisaram construir um espaço onde os paradigmas se quebrem e a sociedade passe a considerar a população idosa um símbolo de desenvolvimento e experiência. Assim, a população idosa poderá de fato se realizar como cidadãos e todos se beneficiaram.

Mas neste momento, os países em desenvolvimento ainda não eram o foco do Plano de Viena, estes países passaram a incorporar progressivamente em suas agendas de políticas públicas as questões relacionadas ao envelhecimento da população. A partir daí vários governos da América Latina ao modificarem suas constituições criaram leis favoráveis ao idoso. Podemos citar o Brasil (1988), o Peru (1993), a Bolívia (1994), o Equador (1988) e a Venezuela (1999).

Entre 1982 e 2002, entre o Plano de Viena (UNITED NATIONS, 1982) e o Plano de Madri (UNITED NATIONS, 2002), organizados pelas UNITED NATIONS, desta-se no Brasil a promulgação da Constituição Federal de 1988, que conta com um título fundamental neste processo demográfico de impacto mundial, intitulado: da Ordem Social- Título VIII- Capítulo VII, onde os direitos da pessoa idosa são garantidos, bem como normas complementares (BRASIL 1988 e 2006a).

No Capítulo VII da Constituição Federal (Brasil, 1988) que se refere o idoso, a Constituição responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pelo cuidado deste. A participação na comunidade, sua dignidade e bem-estar e a garantia do seu direito à vida são explicitamente garantidos. Estabelece ainda que os programas de cuidado das pessoas idosas sejam executados preferencialmente em seus lares.

Embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça (CAMARANO E PASINATO, 2004, p.267).

Observa-se ainda uma ausência de clareza quanto às novas configurações familiares do mundo contemporâneo que repercutem na construção das representações sociais.

Ao buscarmos autonomia e independência, envolvemos todos os setores da sociedade. A qualidade de vida, através do acesso aos direitos básicos de alimentação,

habitação, saúde, trabalho e educação precisam ser pensados com a participação de todos, principalmente, do idoso.

Neste processo de democratização da sociedade brasileira, no ano de 1988 foi aprovado o Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS inicia-se em 1988, passando por diversos vetos e ajustes principalmente em relação à participação e controle social, dos Conselhos e Conferências, além do financiamento que passaria a ter transferência direta e automática para os Estados e Municípios. A implantação do SUS tem sido uma longa caminhada até os dias de hoje, que ainda luta pela implementação integral de seus preceitos básicos: Universalidade, Equidade, Integralidade, Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (SILVA, 2010, p.38).

O SUS é um sistema de saúde público brasileiro, gerenciado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Atualmente as esferas de governança estão divididas em: Federal, Estadual, Regional (neste estão organizados os Departamentos Regionais de Saúde), e Municipal. Todos acompanhados do controle social, através dos Conselhos e outras instâncias de controle. Este sistema inclui também os serviços privados e filantrópicos, atingindo com isso, toda a sociedade brasileira.

Seguindo o movimento internacional de discussão do envelhecimento, as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1991), através da Resolução 46/91 de 16 de dezembro de 1991 adotou 18 princípios a favor da pessoa idosa, organizados em cinco grandes temas: Independência; Participação; Cuidados; Auto realização e Dignidade.

Ao tratar-se a independência abordou-se 06 princípios relacionados ao acesso: às condições básicas e dignas de saúde e vida (alimentação, a água, a habitação, ao vestuário, à saúde, a apoio familiar e comunitário), a oportunidade de trabalhar, a escolha do momento ideal para se aposentar, o acesso à educação/qualificação profissional, a segurança e a possibilidade de viver em sua casa pelo tempo que for viável (UNITED NATIONS, 1991).

O tema participação, (UNITED NATIONS, 1991) contemplou 03 princípios fundamentais para o Envelhecimento Ativo e Saudável - EAS: o de permanecer integrado na sociedade, participando ativamente na formulação e implantação de políticas que o afetam diretamente, a oportunidade de transmitir seu conhecimento aos jovens e de prestar serviços à comunidade, exercendo assim sua cidadania e o incentivo para formar movimentos ou associações de idosos.

A assistência (UNITED NATIONS, 1991) compreendeu 05 princípios: a proteção da família; o acesso à assistência médica; à proteção/reabilitação/estimulação mental e desenvolvimento social num ambiente humano e seguro; o acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia; proteção e assistência e os direitos e liberdades fundamentais; e o respeito a sua dignidade, crença e intimidade).

A auto realização (UNITED NATIONS, 1991) é um tema que contribui com a saúde e o EAS, foram 02 os princípios apontados: as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades e o acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.

E o último tema que trata da dignidade (UNITED NATIONS, 1991) foi apresentado por dois princípios muito importantes no processo de envelhecimento: o de viver com dignidade e segurança e de ser tratado com justiça, independentemente de qualquer característica ou condição socioeconômica.

No ano seguinte, as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1992), aprovou como anexo da resolução 47/5 de 16 de Outubro de 1992, a Proclamação sobre o Envelhecimento a Proclamação sobre o Envelhecimento que estabeleceu o ano de 1999 como o ano internacional dos idosos. A proposta desta Proclamação foi a de estabelecer uma estratégia concreta para o envelhecimento no período de 1992 a 2001.

Segundo as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 1992), compete a Comunidade Organizacional, promover a implantação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento com seu apoio em relação à capacitação, divulgação, conciliação de interesses e incentivos em diversos pontos da Proclamação. Assim como, é de igual responsabilidade, o apoio de iniciativas nacionais para com os governantes, organizações (sociais, públicas e privadas) e toda sociedade, a fim de se mobilizar e transformar a forma de relacionamento da sociedade com a população idosa e implantações das políticas públicas pactuadas nestes espaços.

No ano de 1995, foi aprovado o Documento 50/114 das UNITED NATIONS de 21 de dezembro de 1995, que trata de quatro principais dimensões sobre o envelhecimento: a situação dos idosos, o desenvolvimento individual continuado, as relações multigeracionais e a inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.

Este documento tem a proposta de envolver e incentivar as diversas instâncias internacionais e nacionais a desenvolverem ações para preparação da celebração do ano

internacional do idoso, ocorrido em 1999, articulando sobre as questões orçamentárias e de parceria necessárias para realização deste movimento de sensibilização mundial sobre as questões do envelhecimento.

Observa-se que ao longo da década de 1990 no Brasil foram regulamentados diversos dispositivos constitucionais, entre eles, a Política Nacional do Idoso- PNI que foi promulgada através da Lei 8842 em 04 de janeiro de 1994, seguida da Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI aprovada em 10 de dezembro de 1999 através da Portaria GM n.º 1395 em 10 de dezembro de 1999.

A PNSI efetuou um maior detalhamento da PNI ao mesmo tempo em que realizou a fusão com a lei orgânica de saúde nº 8080/90. Por meio desses procedimentos, aprimorou e ampliou o escopo da política de saúde do idoso, na medida em que estabeleceu diretrizes para nortear as ações relacionadas com o processo de envelhecimento e constituiu responsabilidades institucionais (AGUIAR, 2011, p. 75).

Cabe destacar que a finalidade da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) é de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, elucidando assim, aspectos enunciado na Constituição Cidadã.

Para isso, a lei 8842 de 04 de janeiro de 1994, se organiza em 5 princípios: da cidadania; do conhecimento e informação acerca do processo de envelhecimento; da não discriminação; da participação efetiva do idoso como principal agente e destinatário das transformações oriundas desta política e da consideração pelo poder público e pela sociedade das diferenças econômicas, sociais, regionais e entre o meio rural e urbano na aplicação desta lei (BRASIL, 1994).

Algumas diretrizes foram estabelecidas no artigo 4 para implantação da lei 8842 de 04 de janeiro de 1994. A seguir enunciamos resumidamente: a) a participação do idoso nos ambientes sociais, políticos, familiares, b) a capacitação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; c) a divulgação da política, serviços, planos, programas e projetos em cada nível de governo, assim como, a descentralização administrativa do poder público e o estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; d) a priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; e) apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento (BRASIL, 1994).

Observa-se que a finalidade, os princípios e as diretrizes estabelecidos na Lei 8842/1994, nos remetem a questões estruturais desta política: reestruturação dos serviços, capacitação dos profissionais, educação da sociedade sobre o processo de envelhecimento e incentivo à cidadania dos idosos. A participação efetiva do idoso em todos os ambientes e nos processos relacionados à implantação destas políticas é à base da efetividade das ações propostas.

A Portaria 1395 do Ministério da Saúde, já destacava a urbanização como fator que contribui com o envelhecimento no Brasil, sobretudo pelo processo migratório motivado pela industrialização que se iniciou na década de 60 (Brasil, 1999). Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, que colaborou para a queda verificada na mortalidade. O acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais foram também responsáveis pela redução da fecundidade e inversão da pirâmide etária no Brasil.

A industrialização alavancou o processo de urbanização e possibilitou a implantação de políticas públicas na saúde e na previdência social, resultados das conquistas trabalhistas e movimentos sociais, com isso, a sociedade obteve ganhos na estrutura sanitária, no acesso aos serviços de saúde curativos e preventivos.

A ciência e a tecnologia também possibilitaram o acesso à informação, seja na educação em saúde através da saúde básica e preventiva e/ou através de tecnologias de equipamentos médico-hospitalares e da internet, que neste período segue um processo acelerado de crescimento e popularização.

Segundo as doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40% (BRASIL, 1999, p.3).

O Brasil mudou seu perfil epidemiológico e de morbimortalidade em virtude do envelhecimento. Essa mudança demanda uma reestruturação dos serviços de saúde e capacitação especializada dos profissionais de saúde.

O incentivo às práticas para promoção do EAS compõe uma das estratégias do Ministério da Saúde, para tanto, é necessário à reorganização dos serviços e o investimento em educação na área da gerontologia e geriatria.

A PNSPI tem a proposta de readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde para a pessoa idosa. Essa implementação depende de uma articulação

continua com o SUS, pelas cooperações entre o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

A responsabilidade é compartilhada entre todas as esferas do poder público, cada qual em sua complexidade. O fundamental é a ação voltada para a implantação efetiva da Política de Saúde do Idoso e da subsequente Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, considerando que os custos decorrentes da hospitalização dos idosos, que consomem medicamentos de alto custo, exames e altas taxas de permanência na internação, com índices elevados de reinternação, são decorrência das doenças de característica crônica, que podem ser minimizadas por ações provenientes do campo de estudos CTS, por uma ciência e tecnologia ampliada e voltada para sociedade.

No plano da atenção à saúde, apenas em 1999 o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/GM do MS), não obstante a Loas ter sido promulgada em 1990 (Lei 8.080). Esta foi consequência do entendimento de que os altos custos envolvidos no tratamento médico dos pacientes idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não estavam resultando no real atendimento das suas necessidades específicas. A política apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico para esse contingente (CAMARANO E PASINATO, 2004, p.269).

O trabalho em equipes interdisciplinares é uma necessidade crescente para implantação das políticas de saúde da pessoa idosa, além de ser um dos eixos norteadores, assim como, o Envelhecimento Ativo e Saudável que tem a proposta de evitar a hospitalização e fortalecer a independência, cidadania, auto realização e dignidade dos idosos.

Em 2002, em Madri, foi realizada a Assembleia Mundial do Envelhecimento que resultou no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Este plano gerou um grande avanço em relação à contribuição dos idosos para com a sociedade.

O Plano de Madri é um documento amplo que contém 35 objetivos e 239 recomendações para a adoção de medidas dirigidas aos governos nacionais, mas insistindo na necessidade de parcerias com membros da sociedade civil e setor privado para a sua execução. Destaca-se, também, a importância da cooperação internacional. Cabe aos governos explicitar as parcerias no processo de implementação do plano, estabelecendo as responsabilidades de cada parte e as do próprio governo (CAMARATO E PASINATO, 2004, p.260).

A implantação de um plano como este, requer um trabalho de parceria e cooperação internacional, considerando-se a diversidade dos países envolvidos. O movimento de implantação de políticas públicas voltadas para qualidade de vida e

fortalecimento da cidadania da população idosa torna-se cada vez mais um grande desafio, considerando-se a dinâmica da transição demográfica e a necessidade da “mudanças culturais” dos países em desenvolvimento, além da rapidez que este processo acontece em países como o Brasil se comparado ao histórico dos países europeus.

Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento das sociedades humanas maduras e plenamente integradas (CAMARATO E PASINATO. 2004).

Constatam-se grandes limites e contradições na sociedade brasileira, na experiência e na cultura voltadas para a população idosa. Há também carências e escassez de preparo institucional, profissional e social para enfrentar as consequências da transição demográfica.

Muitos são os desafios durante o desenvolvimento desta sociedade integrada e madura, as políticas públicas serão os disparadores deste processo. O Brasil é um país com diferentes demandas, a sua extensão territorial amplifica esses desafios, considerando que algumas localidades não possuem as políticas públicas essenciais plenamente implantadas.

Na verdade, este consiste em um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Algumas das recomendações parecem fundamentadas em um modelo pouco real, que seria o daqueles países desenvolvidos que contam com um programa de bem-estar social avançado. Outro ponto é que, embora todas as medidas propostas tenham sido acertadas pelos países signatários, a sua implementação deverá passar, necessariamente, por uma avaliação das prioridades nacionais, das políticas sociais etc. A sua implementação é de direito e responsabilidade de cada Estado. (CAMARATO E PASINATO. 2004).

No seu tempo, com as devidas prioridades de ação e orçamento, o Brasil deverá incluir-se neste plano. O ponto de partida foi dado, os objetivos e recomendações estabelecidos. Esforços jurídico-políticos estão em processo (Pedro, 2013). Há necessidade de planejar e implantar as propostas internacionais adaptadas às necessidades nacionais, estaduais, regionais e locais.

Destacamos alguns dos desdobramentos do Plano de Madri (UNITED NATIONS, 2002):

Cada um dos documentos regionais apresenta as suas ênfases particulares. Por exemplo, o documento relativo à Europa enfoca a necessidade de assegurar a plena integração e participação dos idosos na sociedade. Para a América Latina, a principal preocupação é com a proteção dos direitos humanos e com a necessidade de provisão das necessidades básicas da população idosa: acesso à renda, cobertura integral dos serviços de saúde, educação e moradia em condições dignas (CAMARATO E PASINATO, 2004, p.262).

No Brasil, os movimentos sociais e as conquistas legislativas foram significativos desde a Constituição de 1988, por se tratar de um país com uma extensão territorial muito grande e em pleno processo de desenvolvimento, muito já foi conquistado. A mudança do perfil epidemiológico, a queda da natalidade e mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida são produtos destas mudanças.

Segundo Camarato e Pasinato (2004, p.270), a aprovação do Estatuto do Idoso, representa uma importante conquista da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações ao Plano de Madri.

Acreditamos que a dificuldade esteja na operacionalização destas políticas, considerando as questões orçamentárias e a qualificação institucional e profissional do segmento da saúde pública.

Neste sentido, a Ciência e a Tecnologia têm avançado em velocidade crescente e nossos serviços e a sociedade ainda não conseguiram acompanhar o ritmo destes avanços na saúde, muitas vezes por falta de acesso.

Nas últimas duas décadas muito se avançou na questão do envelhecimento populacional tanto no que se refere à agenda internacional quanto à nacional. A legislação incorporou grande parte das sugestões das assembleias internacionais. No entanto, fica pendente a necessidade de que essas leis se façam valer no cotidiano dos idosos brasileiros (CAMARATO E PASINATO, 2004, p.287).

Uma das estratégias para que se faça valer a legislação no cotidiano dos idosos é a participação dos mesmos na definição das prioridades e estratégias de operacionalização das políticas de saúde do idoso, assim como, a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para uma atenção especializada.

O Plano de Madri estabelece como uma de suas três metas a ativa participação dos idosos na sociedade e no desenvolvimento econômico. Isso significa que qualquer política dirigida à população idosa deve fazer parte de uma política nacional de desenvolvimento sustentável, objetivando o bem-estar de toda a população. (CAMARATO E PASINATO, 2004, p.288).

O desenvolvimento da sociedade não caminha separado das mudanças demográficas, a busca pelo bem-estar é de toda sociedade. Um país maduro precisa encontrar alternativas sustentáveis para economia, meio ambiente, ajustes familiares, participação social e acesso a educação e saúde, não sendo um “problema” de um determinado grupo, mas uma nova realidade a ser trabalhada. A TRS contribui neste contexto com o diagnóstico de como determinados grupos definem o objeto da PNSPI.

Destacamos no Plano de Madri (BRASIL, 2003b, p. 33) a Orientação prioritária I, que trata do Título: Pessoas Idosas e o Desenvolvimento, em especial o item 17: “As pessoas idosas devem ser participantes plenas no processo de desenvolvimento e partilhar também os benefícios que alcancem. Não se deve negar a ninguém a possibilidade de beneficiar-se do desenvolvimento”.

Ainda nesta Orientação Prioritária I, o Tema 1 do Plano de Madri (BRASIL, 2003b) apresenta a Participação ativa na sociedade e no desenvolvimento. O item 20 discute sobre uma sociedade para todas as idades, com objetivos voltados para as oportunidades dos idosos no mercado de trabalho e na participação social e econômica, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade.

A Orientação Prioritária II também trata de uma questão fundamental para Política Nacional de Saúde do Idoso, intitulada: Promoção da Saúde e bem-estar na velhice. No Tema 1 nomeado: Promoção da saúde e do bem-estar durante toda a vida observamos que a preocupação não é em tratar a saúde do idoso e sim desenvolver ações voltadas para a qualidade de vida e para o preparo de todo cidadão para o envelhecimento, especificada no item 63, do Plano de Madri (BRASIL, 2003b, p. 51):

As atividades de promoção da saúde e o acesso universal de idosos aos serviços de saúde durante toda a vida são as bases do envelhecimento com saúde. Uma perspectiva que leve em conta uma vida inteira supõe reconhecer que as atividades destinadas à promoção da saúde e a prevenção das doenças devem concentrar-se em manter a independência, prevenir e retardar o aparecimento de doenças e proporcionar assistência médica e melhorar o funcionamento e a qualidade de vida de idosos que já sofrem de incapacidades.

A manutenção de uma vida saudável impacta positivamente na saúde do idoso e vale lembrar apenas, que ações desta natureza devem observar a pessoa em todas as suas dimensões: física, psicossocial e individual.

Fatores ambientais, econômicos, sociais, físicos e geográficos interferem no resultado da busca por uma vida saudável, assim como, o acesso à educação, saúde e participação social.

Enquanto isso, o Plano de Madri (Brasil, 2003b) propõe através do objetivo 2 da Orientação Prioritária 2, Tema 1 a elaboração de políticas para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas: a) Adotar formas de diagnóstico antecipado para impedir ou retardar o aparecimento de doenças e invalidez; b) promover programas de vacinação de adultos como medida preventiva; c) garantir a disponibilidade de programas básicos de exames médicos e prevenção; d) capacitar e oferecer incentivos a profissionais dos serviços sociais e da saúde para assessorar e orientar os que estão chegando à velhice sobre as formas saudáveis de vida e o cuidado da própria saúde; e) atentar para os perigos resultantes do isolamento social e das doenças mentais e reduzir os riscos que representam para a saúde dos idosos; f) promover a participação de idosos em atividades cívicas e culturais como estratégia de luta contra o isolamento social, e facilitar sua capacitação; g) aplicar, rigorosamente, e fortalecer, quando for o caso, as normas de segurança nacionais e internacionais para impedir lesões em todas as idades; h) prevenir as lesões involuntárias promovendo melhor compreensão de suas causas, adotando medidas de proteção de pedestres, executando programas para prevenir as quedas, reduzindo ao mínimo os riscos, inclusive de incêndios nos lares e proporcionando assessoramento em questões de segurança; i) elaborar, em todos os níveis, indicadores estatísticos sobre doenças comuns a idosos para servir de orientação nas políticas; j) estimular os idosos a manter ou adotar modos de vida ativos e saudáveis que incluam atividades físicas e esportivas.

Muitas são as medidas propostas, basta saber o quanto estamos avançando nestas ações efetivamente no Brasil. Os Planos Estaduais, Regionais e Municipais deverão se organizar para contemplar minimamente estas questões, respeitando suas prioridades e orçamento, é um trabalho extenso e oneroso.

Estaremos preparados para implantação do Plano Internacional garantindo minimamente a saúde dos idosos e a sustentabilidade da nossa sociedade?

Outros pontos aparecem no Tema 2, da Orientação Prioritária 2 do Plano de Madri (Brasil, 2003b): O acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde, uma das metas do SUS que ainda está em construção.

Entre os objetivos do Plano de Madri estão o fortalecimento dos serviços que promovem a saúde do idoso, a integralidade do atendimento ao idoso com garantia de

continuidade e a participação do idoso no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de saúde (BRASIL, 2003b).

Os serviços de saúde deverão sofrer transformações estruturais e a ótica de gestão e cuidado precisa mudar para atender as demandas futuras e atuais desta sociedade. Os especialistas e público em geral deverão construir juntos este processo de desenvolvimento e fortalecimento.

O Tema 4, da Orientação Prioritária 2, do Plano de Madri (BRASIL, 2003b) trata de um ponto fundamental para efetividade destas ações, a Capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde.

Observa-se a necessidade de ampliar os programas e a formação educacional em geriatria e gerontologia para todos os profissionais que atendam a pessoa idosa em diferentes contextos e segmentos.

O cuidado e as necessidades são diferentes, assim como, os custos e a saúde precisa se adaptar a este novo público, caso contrário, não haverá leitos e orçamento disponível em um curto prazo de tempo.

O envelhecimento e a apropriação da C&T podem ser oportunidades se bem direcionados, sendo que a maturidade de uma sociedade e a participação ativa destes cidadãos respaldados pelos avanços da ciência e tecnologia são ferramentas na construção de uma sociedade voltada para o envelhecimento, que se beneficia deste processo.

Para que o Plano de Madri (BRASIL, 2003b) tenha perspectivas de sucesso foi aprovada a Orientação Prioritária 3: Criação de ambiente propício e favorável. O item 92 deste Plano aponta a mobilização de recursos nacionais e internacionais como componente essencial para sua aplicação.

Países em desenvolvimento como o Brasil possuem desafios anteriores ao Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. É preciso antes proporcionar serviços básicos e acesso aos serviços de saúde a toda a população criando assim, sociedades de inclusão e coesão para todos: homens, mulheres, idosos, jovens e crianças.

A PNSPI tem entre suas diretrizes propostas avançadas, alinhadas ao cenário internacional. Isso não torna a sua implementação impossível, mas seguramente um pouco distante da necessidade percebida nos municípios.

Ao implantar a PNSPI avança-se em diversos pontos na saúde da pessoa idosa. Este ganho transcende o setor saúde, pois é também social. Os pontos de fragilidade

apresentados pelos municípios tornam-se facilitados ao se trabalhar esta política em sua integralidade, por isso sua compreensão e divulgação é tão importante.

Ao ampliarmos o olhar da sociedade para o envelhecimento ativo e saudável, incluiremos o idoso efetivamente na sociedade, seja pela experiência ou pela participação em espaços públicos e políticos, além da força de trabalho desta parcela da população que será necessária e importante.

Destacamos no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003a, p.11), o capítulo que trata o direito à liberdade, o respeito e a dignidade, além da opinião e expressão e a fundamental participação na vida política, na forma da lei.

Diversos pontos foram tratados inspirados nas políticas públicas nacionais e movimentos internacionais sobre a temática do envelhecimento. A cidadania, participação social, e reconhecimento do idoso como um êxito para sociedade começam a se solidificar em documentos como o Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a) traz no capítulo IV o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa, em sua integralidade. O problema esbarra nas questões orçamentárias e de financiamento deste cuidado. Estratégias devem ser pensadas para superar e evoluir na implantação deste e de outros documentos voltados para o envelhecimento.

Os movimentos internacionais tiveram no Brasil, alguns frutos como Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003 e a Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Legislação importante com a finalidade de esclarecer a operação das ações voltadas para saúde do idoso.

A Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a) afirma que embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória.

O desafio é grande quando tratamos a questão da saúde do idoso em um território tão extenso, com demandas tão diferentes. O acesso a serviços especializados e a ações voltadas para o Envelhecimento Ativo e Saudável não se encontram ainda ao alcance de todos.

Entre as considerações da Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006, Brasil (2006a), destacamos a participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; o fomento à saúde e bem-estar na velhice, a promoção do envelhecimento saudável e a criação de um entorno propício ao envelhecimento.

Pensar estratégias que atendam ao compromisso estabelecido frente ao Plano de Madri (2002) é um exercício que deveria acontecer em conjunto com a sociedade, em especial com a participação dos idosos que é um dos compromissos propostos.

Os desafios da Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006 são a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS e o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso.

Nesse cenário, a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família tem um papel fundamental, assim como, a formação das equipes multiprofissionais e interdisciplinares especializadas e a implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

Os idosos quando hospitalizados, geralmente, ficam internados por períodos de longa permanência considerando a característica epidemiológica de seus diagnósticos. A proposta é evitar internações, através de atendimentos domiciliares ou especializados em centros específicos.

Para isso, faz-se necessária a capacitação de profissionais e sua disponibilização para apoio as famílias e a implantação de redes de assistência à Saúde do Idoso, que deem suporte a toda família e contribuam com as práticas direcionadas ao Envelhecimento Ativo e Saudável.

Um dos desafios a ser superado pelo SUS em virtude da escassez de recursos financeiros para este fim e a construção desses novos paradigmas sobre o envelhecimento.

A Portaria 2528 de 19 de outubro de 2006, Brasil (2006a), explica que “Não se fica velho aos 60 anos. O Envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias”.

No Pacto pela Saúde, publicado através da Portaria 399/06, encontramos um item que trata do Pacto pela Vida, que se refere a ações prioritárias no campo da saúde, que deverão ser executadas com foco em resultados e com compromissos orçamentários e financeiros adequados ao alcance dos resultados esperados, entre os objetivos pactuados em 2006 está à implantação da PNSPI, buscando a atenção integral.

A Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, (BRASIL, 2006b), detalha as responsabilidades com a pessoa idosa do Distrito Federal, Estado e Municípios na implantação da PNSPI: caderneta de saúde da pessoa idosa; manual de atenção básica e saúde para pessoa idosa; programa de educação permanente a distancia; acolhimento; assistência farmacêutica; atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar.

Observamos que a legislação é bem estruturada e desafiadora, por isso, a participação da sociedade na definição de prioridades é tão importante, além da busca por ações e ideias que contribuam com o EAS de forma acessível para podermos alcançar as transformações culturais necessárias à sociedade.

O Estado de São Paulo, em sintonia com o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) está organizado em subdivisões regionais visando desenvolver ações de educação permanente e fomentar o controle e a participação social, nos diversos segmentos: trabalhadores da saúde, gestores municipais e estaduais, organizações públicas e privadas de saúde e a sociedade.

Segundo Aguiar (2011, p. 74): “No Brasil, a política social tem uma trajetória de muitos percalços e dificuldades. Em diversos setores, ou não foi implantada, ou ocorreu de forma “tímida” e parcial”.

Para construir uma política de saúde é importante saber que ela impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, isso porque une, emprega e redefini significados sociais, gerando novos conceitos e formas de percepção socioculturais que levam diretamente a resultados nas estruturas sociais. (BINOTTO, 2012)

Grandes são os desafios, em especial a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988 e seus desdobramentos em diversos estatutos jurídicos para o segmento populacional que envelhece, garantindo direitos à população e obrigações ao Estado.

Destaque merece a criação do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), a Política Nacional do Idoso (Lei 8842/94) e o Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003), dentre outros estatutos que garantem os direitos da população brasileira.

Desde 2002 por ocasião da Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, defende-se a emergência da prioridade do Envelhecimento Ativo, definido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2005, p. 13).

As políticas públicas são produtos das lutas e negociações da sociedade civil como um todo. Entretanto, no pano de fundo encontram-se evidências de interesses articulados com objetivos específicos, sejam estes partidários, econômicos ou pessoais, que merecem problematização.

As ciências aplicadas na gestão da saúde, e por extensão ao âmbito das investigações e intervenções no âmbito do envelhecimento são resultados de escolhas e negociações.

Não há forma de pensar saúde em um território sem este envolvimento, pois o equilíbrio econômico para o financiamento da saúde no Brasil conta com a participação de ambos os setores.

A compreensão de como os grupos sociais representa da PNSPI é fundamental para que sejam traçados objetivos voltados para as mudanças necessárias na sociedade. O envelhecimento deve ser visto como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento, não como uma fraqueza a ser superada.

Quando pensamos em saúde do idoso, a preocupação é a dinâmica de mudança dos serviços e profissionais de saúde, além da quebra de paradigmas. Não esta em pauta apenas uma sobrevida maior e sim a melhoria da qualidade de vida, através do processo de Envelhecimento Ativo e Saudável, de forma sustentável para sociedade brasileira.

A sociedade tem acesso a serviços públicos e a oportunidades de educação e inclusão diferentes de poucas décadas atrás. O acesso à saúde, a educação e a urbanização são determinantes do desenvolvimento econômico, estão conectados entre si e a redução da pobreza.

O Brasil, assim como os demais países da América Latina e Caribe, apresenta alguns aspectos sócio demográficos comuns no envelhecimento de suas populações e que merecem um olhar diferenciado no que se refere à atenção das políticas públicas, tendo em vista as diferentes manifestações que estes eventos podem assumir na dinâmica do processo de envelhecimento populacional. São eles: 1) predomínio da população feminina, caracterizando o que a literatura convencionou chamar de “feminização da população idosa”; 2) maior crescimento dos grupos etários mais idosos; e 3) concentração de pessoas idosas nas regiões e centros urbanos mais desenvolvidos – como reflexo do fenômeno de industrialização/urbanização (PESSOA, 2009, p. 96).

Os fatores citados por Pessoa (2009) apontam para pontos importantes de reflexão na implantação das políticas públicas de saúde voltada para o idoso. A efetividade das ações está intrinsecamente ligada ao perfil dos idosos atuais e futuros.

O aumento de mulheres na população idosa, por exemplo, implica em questões de impacto social e econômico se considerar: o poder econômico da mulher comparado ao do homem e sua independência; a cultura da mulher cuidar dos seus idosos, gerando o ciclo de idosos cuidando de idosos (contemplando aqui o crescimento dos grupos

etários mais idosos); a concentração de idosos em determinadas regiões, que precisaram se adaptar a um novo perfil de cidadão em serviços e infraestrutura, assim por diante. Não há como pensar em ações de saúde sem considerar os vários determinantes sociais.

Destacamos neste estudo os grupos sociais fundamentais para este processo de implantação: os articuladores de saúde e os gestores municipais de saúde.

Os articuladores de saúde, também definidos como articuladores da atenção básica, segundo a Secretária de Estado de Saúde (2015) são profissionais da SES selecionados por critérios técnicos para o desenvolvimento de ações de apoio em Atenção Básica. Buscam auxiliar o gestor municipal na identificação de problemas e na formulação de estratégias. Trata-se de um colaborador para a qualificação dos processos de trabalho das unidades básicas de saúde, sem perder a perspectiva da integração loco-regional.

Esse programa de articuladores foi iniciado em março de 2009, previa um total de 90 profissionais, distribuído em 64 regiões de saúde priorizando os municípios com menos de 100 mil habitantes.

Sobre os gestores municipais de saúde, por vezes nomeados como secretários municipais de saúde, temos a definição do artigo 9º da lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que determina que: a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Os gestores municipais de saúde ou a nomenclatura utilizada pelo município (secretário de saúde, diretor de saúde, coordenador de saúde, etc.) é o agente responsável pela gestão do SUS em sua esfera, conforme as competências abaixo.

Segundo o Art. 18 da Lei 8080 de 1990 (Brasil, 1990a), a gestão municipal do SUS realizada pelos gestores municipais de saúde, tem algumas competências:

A gestão tradicional (planejar, organizar, controlar, avaliar, gerir e executar); a participação na rede regionalizada e hierarquizada do SUS em articulação com o Estado; ações como as relacionadas às condições e aos ambientes de trabalho; às vigilâncias epidemiológica e sanitária; a responsabilidade pela qualidade da alimentação e nutrição; saneamento básico; saúde do trabalhador; à política de insumos e equipamentos para a saúde; fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana; a formação de consórcios administrativos intermunicipais; gestão de

serviços laboratórios públicos de saúde e hemocentros; colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução e a normatização dos serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990a).

A implantação das Políticas Públicas alinhada à ANPPS deveria ser uma das atribuições destes grupos compartilhada com outros segmentos sociais.

A sociedade representada pelos usuários, gestores, instituições, profissionais, pesquisadores e prestadores de serviço compõe os atores sociais responsáveis pela identificação e priorização das demandas da população.

Espaços como conferências, conselhos, comissões e até mesmos grupos de trabalho são também campos de produção tecnológica. Exemplo disso é que na 15ª Conferência Nacional de Saúde “Saúde Pública de Qualidade: para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro, a ciência e tecnologia na área da saúde”, foi um eixo temático:

A Saúde também se faz com ciência e recursos tecnológicos, que evoluem e significam parcela considerável do investimento no Sistema Único de Saúde. O tema da tecnologia e inovação em saúde muitas vezes é desconhecido e negligenciado, sendo apenas veiculado sob a ótica do consumo de serviços e insumos, o que desencadeia desinformação e reivindicações sem lastro técnico-científico, aumentando a judicialização da saúde. O Brasil tem investido no desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional para o fortalecimento do SUS. Não são poucas as políticas nacionais de ciência, tecnologia e inovação em saúde, assistência farmacêutica e incentivo à pesquisa formuladas e implementadas nas últimas décadas (BRASIL, 2015c).

A tecnologia e inovação em saúde é muitas vezes um tema desconhecido e negligenciado, considerando a ótica voltada apenas para o consumo de serviços e insumos, ponto que gera desinformação e precisa de ampliação.

As discussões sobre ciência, tecnologia e inovação em saúde tiveram seu marco em 2004, quando na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – CNCTIS, que ocorreu em Brasília entre 25 e 28 de julho de 2004, com o tema central “Produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população”, a tecnologia permeou diversos eixos de discussão, apresentando-se de várias formas: tecnologia de saneamento básico, reabilitação, banco de leite, no parto, de alimentos, enfim, em todas as suas dimensões.

Esta conferência resultou na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde - PNCTIS e a ANPPS, grandes conquistas sociais que seguem fortalecendo-se em outros espaços, tendo o mais recente na 15ª Conferência Nacional de Saúde - CNS.

O eixo 7 da 15ª CNS, nomeado como Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS aprovou algumas diretrizes em seus grupos de trabalho, no qual permeiam ações sistêmicas, quando se identifica o sistema de informação e a funcionalidade dos fluxos, o fortalecimento da pesquisa quando se pensa no aprimoramento dos recursos tecnológicos e na implementação da PNCTIS, além das diretrizes voltadas para a indústria de medicamentos e insumos em saúde.

A diretriz 7.5 tem um papel fundamental na construção do SUS voltado para o atendimento em rede e a comunicação e a lógica do processo são discussões de extrema importância, além de como incorporar políticas de saúde em um sistema amplo como o SUS e o fortalecimento da informação e comunicação entre todos os envolvidos.

As pesquisas e a PNCTIS também compõem um cenário desafiador, considerando que a proposta é voltar estes projetos as necessidades da população, de forma efetiva e aplicada.

Dentre as diretrizes finais aprovadas nesta CNS (Brasil, 2015b) destacam-se: o fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, a promoção do desenvolvimento da plataforma tecnológica do país e da Ciência, Tecnologia e Inovação para fortalecimento do SUS.

O recorte das diretrizes aprovadas ao final da plenária aponta para o entendimento tradicional de tecnologia, direcionados ao Complexo Industrial de Saúde. Aborda de forma ampliada à promoção de uma ciência, tecnologia e inovação em saúde na intencionalidade de fortalecimento do SUS, quando reunidas e selecionadas, as diretrizes ainda seguem a lente da ciência e tecnologia de mercado, mais cara e de menor alcance na realidade de grande parte dos municípios brasileiros. Será esta a necessidade reconhecida para saúde brasileira ou será um olhar condicionado dos participantes das conferências e espaços públicos?

Saúde, ciência e tecnologia são requisitos para o desenvolvimento econômico e social. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU para 2015 representam um imenso desafio para os países em desenvolvimento. Esses países terão de organizar sistemas de pesquisa em saúde baseados em prioridades sanitárias e assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde (MOREL, 2004, p.261).

Os objetivos de desenvolvimento do milênio da Organização das Nações Unidas - ONU, projetados para 2015 representavam um desafio para países em desenvolvimento como o Brasil, desafios que não foram superados, apesar de retomados na 15ª CNS realizada no ano de 2015, com a proposta de inclusive incidir na formulação dos Planos de Saúde e Planos Plurianuais dos governos para os próximos anos.

Pessoa (2009) trabalha com o conceito de política social que é em tese, um mecanismo de intervenção pública em favor do bem-estar e da cidadania. Esta intervenção se dá por meio do planejamento e efetivação de ações, as quais conformam a agenda da política social que despertam a atenção do Governo e da sociedade.

A política pode ser nesta definição um ajuste das demandas do governo e sociedade na implantação das políticas públicas alinhadas à pesquisa em saúde.

A política social tem papel fundamental no enfrentamento desses desafios. Isto porque esta política tem o propósito de promover e implementar ações que viabilizem o atendimento das diferentes necessidades humanas de todas as pessoas e, sobretudo, garantir direitos de cidadania. No caso da população idosa, esses direitos são significativamente importantes porque, além de garantir, protegem as pessoas contra os efeitos deletérios do envelhecimento e, especialmente, contra os riscos de precariedade próprios do padrão socioeconômico e cultural vigente em cada sociedade (PESSOA, 2009, P.17).

Os desafios do processo de implantação das políticas de saúde da pessoa idosa são muitos, atender a sociedade em suas diferentes necessidades humanas em um país com a extensão territorial e diversidade de infraestrutura e cultura como o Brasil exige planejamento e um esforço integrado de diversos atores do Estado e sociedade.

Apenas fazer parte dessa agenda não garante que um tema seja objeto de intervenção da política pública. Para que isso aconteça é preciso que o tema passe a fazer parte das preferências e escolhas que compõem a agenda de decisões em política pública e, a partir de então, ser transformado em programas, projetos, ações ou atividades, que são os mecanismos utilizados para realizar a intervenção de política pública (PESSOA, 2009, p.130).

Muitas reflexões e discussões precisarão ser feitas na intencionalidade de encontrar os melhores caminhos para efetividade da PNSPI. Uma das estratégias pode ser a análise das representações sociais da política de saúde da pessoa idosa dos gestores municipais, responsáveis pela agenda de decisões da política pública e dos articuladores de saúde da pessoa idosa responsáveis pela implementação desta política.

A ciência e a tecnologia se discutida ampla e socialmente oferece possibilidades de conhecimento, além de técnicas que poderão auxiliar no processo de implantação das ações previstas no plano de gestão.

6. CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA SAÚDE DO IDOSO: DA AGENDA DE PESQUISA AO ACESSO

Segundo Akerman e Fisher (2013) foi através da estruturação do Departamento de Ciência e Tecnologia em 2000 e da criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em 2003 que o Brasil obteve sustentação política, operacional e financeira para iniciar a discussão da PNCTIS que resultou na construção de uma ANPPS.

A incorporação da Ciência e Tecnologia no Ministério da Saúde disparou o processo de construção da PNCTIS em 2003, o que fez com que a ANPPS se tornasse estratégica, considerando a necessidade de um levantamento das prioridades para o investimento dos recursos em pesquisas e o alinhamento da pesquisa básica e aplicada com as necessidades de saúde da sociedade brasileira.

O desenvolvimento da ciência e tecnologia em saúde ajustada aos princípios do SUS e somadas às demandas provenientes da sociedade brasileira em ampla transição pode ser considerado um dos exercícios fundamentais na definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil.

Na Conferência Nacional, foram definidos dois eixos temáticos para as discussões em plenária: o primeiro sobre a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o segundo sobre a Agenda. O resultado das discussões de cada eixo foi submetido à Plenária final, que votou e aprovou integralmente o texto da PNCTIS e, parcialmente, o relatório da ANPPS (BRASIL, 2008, p.7).

As diversas formas de apresentação da tecnologia na área da saúde pela PNCTIS ou pela ANPPS deveriam ser à base de discussão de profissionais e gestores de saúde na implantação das ações direcionadas pelas políticas públicas. A forma como esses atores interpretam a tecnologia influencia as práticas de gestão e cuidado em saúde, do planejamento à ação.

A PNCTIS deve pautar-se pelo “compromisso ético e social de melhoria a curto, médio e longo prazo das condições de saúde da população brasileira, considerando particularmente as diferenciações regionais, buscando a equidade” (1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, 1994). Os princípios são: o respeito à vida e a dignidade das pessoas, a melhoria da saúde da população brasileira, a busca da equidade em saúde, inclusão e controle social, respeito à pluralidade filosófica e metodológica (BRASIL, 2005, p. 55).

Para melhorar as condições de saúde da população brasileira, a PNCTIS estabeleceu alguns princípios na 1ª CNCTIS, logo, estes se tornaram norteadores de

uma Agenda de Pesquisa em Saúde voltada para a Ciência, Tecnologia e Inovação e alinhada aos princípios do SUS.

Segundo Guimarães (2004), foi em dezembro de 2000 que a XI Conferência Nacional de Saúde deliberou pela necessidade da realização da II CNCTIS, prevista para o primeiro semestre de 2004. Isto mobilizou diversos atores envolvidos com o tema da pesquisa em saúde e várias organizações.

A 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde aproximou os objetos da Política Nacional de Saúde com os da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, traduzindo os esforços de articulação entre os setores da Saúde, Educação e da Ciência e Tecnologia com a força tradicional dos usuários, dos trabalhadores, prestadores e gestores (BRASIL, 2005, p.15).

A produção de conhecimento e tecnologia deve estar voltada para os princípios do SUS que se referem à universalidade, igualdade e equidade. As necessidades de saúde do povo brasileiro devem caminhar de forma sustentável, integradas a comunidade científica no tripé ensino, pesquisa e extensão.

A ANPPS é uma das principais estratégias da PNCTI e para Akerman e Fisher (2014) a agenda constituiu-se como o primeiro exercício de definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no Brasil.

A ideia da existência de fronteiras rígidas e tensões estruturais entre “pesquisa básica” e “pesquisa aplicada” era objeto de intenso debate e crítica. A PNCTIS deveria considerar todos os tipos de pesquisa, da pesquisa básica até a operacional.

Uma das questões importantes da PNCTIS é a utilização da pesquisa científica e tecnológica como importante subsídio para a elaboração de instrumentos de regulação e operacionalização, nas três esferas de governo. Por suas competências legais, cabe às três esferas, a produção de leis e normas que apoiadas em conhecimentos, permitam garantir de forma ampliada, a adequada promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos (BRASIL, 2005, p. 46).

A incorporação da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Ministério da Saúde possibilitou o alinhamento da pesquisa com a prática. O incentivo público às pesquisas (da básica a aplicada) viabiliza a ampliação das discussões de leis que garantam ações voltadas para saúde pública, educação e qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, assim como, a priorização de qual é a urgência de pesquisa nos planos de financiamento das esferas de governo.

O mundo da pesquisa e o mundo do sistema de saúde não são integral ou perfeitamente correspondentes. Têm histórias, culturas e regras distintas, embora sejam capazes de conviver e convergir, nos marcos de objetivos corretamente estabelecidos. O sistema de saúde identificará os alvos e o sistema de pesquisa contribuirá para que sejam atendidos com efetividade. Em todos os ministérios envolvidos e também nos estados (GUIMARÃES, 2004, p.380).

Ao se pensar nas bases de uma Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Guimarães que foi diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde no período de 2003 a março de 2005 e em 2007 e que retornou ao Ministério da Saúde para assumir a posição de Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no Ministério da Saúde, reflete sobre a integralidade do mundo da pesquisa com o sistema de saúde brasileiro.

O desafio é de interação entre o que se define como prioridade de pesquisa, considerando as demandas de pesquisa da sociedade e do Estado e o que esse sistema de pesquisa produz e efetivamente aplica no sistema de saúde (Guimarães, 2004).

Almeida-Andrade (2007) sugere através da (12ª CNS, 2003) que apesar da pesquisa em saúde no Brasil ser antiga e deter uma ampla e consolidada comunidade científica, cuja atuação é reconhecida em âmbito internacional, as atividades de fomento neste campo, tradicionalmente, estiveram desvinculadas das concepções e prioridades da PNSPI e do SUS.

Segundo Guimarães (2004), a proposta de interação da pesquisa em saúde no Brasil com as demandas da sociedade e do SUS resultou em um processo técnico-político que buscava a redefinição dos padrões de pesquisa no Brasil.

Os primeiros movimentos voltados para a elaboração da ANPPS aconteceram no Brasil entre 2003 e 2004, sendo publicado em 2006 e revisado em 2010.

A ANPPS foi contemplada na seção 03 da 2ª CNCTIS, composta por 24 subagendas de pesquisa, conforme proposto pelo Ministério da Saúde, porém, a ANPPS foi construída em um processo composto de etapas sucessivas e que antecederam sua aprovação na 2ª CNCTIS.

A primeira etapa esta relacionada à situação de saúde e as condições de vida – foram encomendados aos especialistas, textos com objetivo de apresentar aspectos relevantes da situação de saúde e das políticas públicas, além de apresentados indicadores relacionados ao tema. Estes textos foram disparadores para a reflexão do *status quo* da situação da saúde e das condições de vida do povo brasileiro, para a

posterior definição de prioridades de pesquisa, textos disponíveis na Conferência Magna e nos Papeis Temáticos da 2ª CNCTIS.

A situação de saúde, no nosso entendimento, se define pelo nível de saúde da população, em que a carga de doença é a parte desse nível de saúde que, por sua vez, está imerso num conjunto complexo de fatores sociais, comportamentais, econômicos, biológicos que vão determinar esses níveis de saúde (BRASIL, 2005, p.198).

Para medir os níveis de saúde que são medidos por meio das doenças, das incapacidades e dos óbitos, associados aos seus aspectos econômicos e sociais os especialistas utilizam indicadores como o Daly.

O Daly é uma proposta de alguns anos atrás feita por um grupo de pesquisadores da Universidade de Harvard com o aval do Banco Mundial e que vem tendo uma série de usos mundialmente em relação à estimativa da chamada carga de doenças. O Daly significa anos de vida perdidos por morte prematura ajustado por incapacidades. (...) No Brasil, a única experiência disponível de uso do Daly é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (BRASIL, 2005, p.213 e 214).

Este indicador nos remete a uma pesquisa em saúde voltada para as doenças e morbidade, próxima à medicina e aos fármacos. A saúde não é medida em sua integralidade, com a inclusão dos fatores psicossociais e pelas causas desta longevidade.

As subagendas em pesquisa foram desenvolvidas e referenciadas pelo Comitê Técnico Assessor- CTA após a reflexão dos textos e indicador. O CTA foi composto por especialistas e gestores reconhecidos.

A terceira etapa foi à definição de temas de pesquisa, da básica à operacional, adaptados em alguns critérios para definição de prioridades de pesquisa: a) carga de doença; b) análise dos determinantes da carga da doença; c) estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível; d) custo-efetividade das possíveis intervenções e a possibilidade de sucesso; e) efeito da equidade e justiça social; f) aceitabilidade ética, política, social e cultural; g) possibilidades de encontrar soluções; h) qualidade científica das pesquisas propostas; i) factibilidade de recursos humanos e financeiros.

A última etapa antes da apresentação da ANPPS na 2ª CNCTIS foi à consulta pública, a agenda foi submetida à consulta pública no período de 23 de março a 8 de maio de 2004, totalizando 2500 acessos, foram enviadas 600 contribuições para o elenco das agendas para posterior sistematização e integração.

A ANPPS apresenta em sua 6ª agenda – Saúde do Idoso, e na subagenda de número 6.3 – A avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias. Neste é tratado, a avaliação da implementação da PNSI e do Estatuto do Idoso, documentos anteriores e de base para a elaboração da PNSPI, avaliações periódicas da qualidade, programas e práticas voltadas para saúde do idoso, além do desenvolvimento de estratégias de reabilitação, instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida do idoso e de tecnologia de autocuidado (BRASIL, 2008).

Observa-se que as pesquisas consideradas como prioritárias possuem um direcionamento para a tecnologia de medicamentos, equipamentos, exames e vacinas.

As pesquisas em tecnologia apontadas pela ANPPS no recorte da saúde do idoso apresentam possibilidades voltadas para a avaliação das políticas e das práticas.

Ao pensar a produção científica na perspectiva dos profissionais de saúde, seus saberes e fazeres tecnológicos deve-se considerar que o objetivo final de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço é o compromisso e a responsabilidade de pautar as ações em saberes tecnológicos, de natureza material e não material na produção do cuidado individual ou coletivo que busque a cura da doença, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida (OGATA e PEDRO, 2008, p. 274).

Para Morel (2002), tão importante quanto definir as prioridades nacionais na pesquisa em saúde é garantir que o conhecimento gerado e as intervenções sanitárias resultantes sejam efetivamente incorporados em políticas e ações de saúde pública.

A saúde é um dos impulsores econômicos de várias áreas do desenvolvimento, por isso é tão importante colocar a teoria em movimento efetivamente, o fundamental neste processo é considerarmos as diferenciações regionais no desenvolvimento das políticas e ações de saúde, pois a busca pela equidade ainda é um dos grandes desafios relacionados aos princípios do SUS, seja na agenda global, como nas agendas estaduais e até mesmo nas questões municipais.

Políticas e ações em saúde apresentam benefícios que extrapolam a especificidade do setor – a de proporcionar o bem-estar da população, a exemplo de seu impacto na geração de emprego, renda e de inovação. Por sua vez, o campo da saúde coletiva reconhece que as condições de saúde dependem de fatores atinentes aos padrões nacionais de desenvolvimento, a saber: distribuição de renda, grau de pobreza, condições de trabalho, de alimentação e nutrição, saneamento, lazer, padrão de crescimento econômico, entre outros determinantes sociais (GADELHA E COSTA, 2012, p.14).

Os fenômenos que levaram a definição de prioridades de pesquisa em saúde segundo Brasil (2005) foram: maior crescimento populacional; menores níveis de fertilidade das mulheres; maior longevidade; mudança na estrutura etária populacional; cobertura de água potável para a população brasileira; falta de infraestrutura no saneamento básico e o fato de que 20% da população vivem em estado de indigência.

Tudo isso aconteceu e continua acontecendo associado a processos rápidos e intensos de urbanização, industrialização, mudanças nas relações de trabalho e na seguridade social e globalização das relações econômicas, com todas as vantagens e desvantagens que estas mudanças têm trazido, inclusive sobre a saúde da população, em uma situação de extremas desigualdades sociais, regionais, étnicas e de gênero que ainda permanecem em nosso país (BRASIL, 2005, p.202).

A urbanização e a industrialização no Brasil possibilitou uma migração da população rural para as cidades, esse processo alterou a dinâmica das relações de trabalho, infraestrutura e acesso a serviços públicos como saúde e educação. Nesta transição a saúde ampliou a cobertura de água potável, a atenção preventiva e as políticas públicas voltadas para segmentos antes “esquecidos” da sociedade.

As desigualdades sociais, regionais, étnicas e de gênero não foram suprimidas, mas ocorreram ganhos desde a implantação do SUS e destas políticas voltadas para o envelhecimento que não devem ser desconsideradas.

Um dos maiores desafios para o SUS é conciliar coerentemente os princípios de universalidade e equidade, em frente às limitações e recursos que o sistema enfrenta. Isso porque o primeiro princípio implica “políticas de universalização”, que devem fornecer todos os serviços disponíveis a todos os que dele precisem, resultando no defeito de desconsiderar as diferenças de condições entre indivíduos e classes sociais, e o segundo, por sua vez, referem-se a “políticas de focalização” que deve decidir o que fornecer e para quem, implicando no defeito de introduzir um fato de discriminação, que contradiz o direito universal à assistência (AGUIAR, 2011, p.77).

As políticas públicas de saúde para o idoso deveriam estabelecer estratégias e ações pautadas na universalidade, abrangendo todos os serviços e a todos os cidadãos. Dentro de suas especificidades, não haverá efetividade se as ações forem tratadas de forma padronizada em toda região brasileira. Cada localidade, cada população é repleta de necessidades particulares de cuidado e atenção.

O perfil da população e cultura local impacta diretamente no desenvolvimento destas ações de saúde, com reflexões sociais e econômicas. O olhar diferenciado na implantação da política favorece o sucesso de suas ações, é preciso oferecer estratégias de saúde adaptadas a cada demanda, esta é uma das razões da descentralização na

implantação da política, a responsabilidade é municipal, mas o direcionamento é regional, estadual e federal.

para garantir os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde, o Estado precisa qualificar a indução do fomento científico e tecnológico, assegurar o financiamento para as áreas CT&IS e incorporar os resultados de pesquisa no sistema e serviços de saúde. Nesse sentido, a inclusão da pesquisa em saúde na agenda política brasileira é fundamental para a própria sustentabilidade do SUS (BARRETO, 2004, p. 149).

A pesquisa em saúde contribui muito no diagnóstico das diferenças e demandas regionais, no estudo do perfil do idoso na contemporaneidade e em perspectivas futuras, por isso é tão importante o alinhamento da ANPPS com o SUS e sua agenda política.

Como disse Pessoa (2009), não basta compor a agenda de pesquisa, e sim, ser um impulsionador de estudos e movimentos que viabilizem a implantação de ações ou atividades voltadas para as adequações que o Brasil precisará fazer frente o processo de envelhecimento e as demandas de saúde da população brasileira.

A legislação em ciência e tecnologia é avançada, e como pudemos observar acompanha as orientações internacionais na teoria, o desafio é torná-la prática e efetiva.

As tecnologias na área da saúde estão presentes no cotidiano dos serviços, e uma taxonomia é a de Merhy (2007) que as classificam em tecnologias duras, leve-duras e leves. A tecnologia dura como equipamentos e máquinas, a leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e a leve como os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.

As concepções de ciência e tecnologia são fundamentais, pois a compreensão dos sujeitos interfere nas estratégias de cuidado e estruturação de ações e serviços.

A tecnologia é uma coleção de sistemas projetados para realizar alguma função. Fala-se então de tecnologia como sistemas e não somente como artefatos (Bazzo, Linsinger e Pereira, 2003, p.44).

O sentido da tecnologia necessita de ampliação para além dos recursos materiais, sendo que a técnica e o processo de trabalho devem estar incluídos nestas reflexões.

As relações também são nomeadas como formas de tecnologia em saúde, já que influenciam diretamente na qualidade da atenção e saúde e sua conseqüente efetividade. As necessidades de saúde do indivíduo são consideradas em sua integralidade, os aspectos psicossociais são identificados como parte fundamental no processo de tratamento e prevenção da doença.

No campo da saúde, observa-se uma redução usual da tecnologia a equipamentos, e mais, a equipamentos médicos. No entanto, a tecnologia deve ser compreendida como conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões (SCHRAIBER, 2016, p.1).

Merhy (2007) relata que ele parte hoje, da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde.

O agir em saúde explorado por Merhy (1997), e outras discussões sobre o modelo tecno-assistencial das políticas de saúde contribuíram para fomentar reflexões sobre as diversas apresentações da tecnologia em saúde, quando compreendemos que o fazer saúde é muito mais do que os exames, medicamentos e procedimentos médicos, ampliamos o olhar para a interdisciplinaridade e integralidade do cuidado.

Não há cuidado integral sem a escuta, o acolhimento e trabalho interdisciplinar, do planejamento ao atendimento nos serviços de saúde.

Pela complexidade do processo saúde – doença no século XXI, no propósito de abordar os cuidados em saúde nesta perspectiva, entende-se que ampliar as discussões sobre a tecnologia em saúde, em todas as suas dimensões, contribui na inclusão de todos os profissionais de saúde neste modelo de atenção.

De sua origem na modernidade a seu estabelecimento como conceito já nos anos 70, 80 do último século, a ‘tecnologia em saúde’ é confundida com a própria tecnologia da medicina, e, num claro movimento de sobrevalorização da possibilidade de intervir, ou da criação desta possibilidade, até mais que a própria utilidade da técnica e seu produto, significou para muitos uma espécie de ‘bem em si mesmo’, corporificado na existência de equipamentos e de medicamentos. Os primeiros, principalmente, passam a ser o grande referente da noção de tecnologia. Será somente quase ao final daquele século que se busca definir saúde em sua positividade, a fim de conhecer os procedimentos de sua promoção ‘tecnologias de saúde’, de forma separada, ainda que complementar e interdependente, dos procedimentos da medicina (SCHRAIBER, 2016, p.4).

O conceito de tecnologia em saúde para além da tecnologia dura de Merhy (2007) é expandido, já de forma separada da medicina, no final do século XX.

Reflexões sobre os resultados obtidos por este movimento tecnológico são percebidas como inovações quando analisadas em conjunto com o trabalho gerencial que compõe os saberes tecnológicos e viabilizam as interações entre os atores da saúde.

Há, ainda, as inovações correlatas ao trabalho gerencial, com seus saberes tecnológicos: o planejamento, a organização e administração, a avaliação dos serviços de saúde. São proposições tecnológicas buscadas na tríade planejamento-produção de informação-avaliação e que podem ser mais voltadas à organização da produção dos trabalhos ou mais voltadas às interações entre sujeitos ali presentes (MERHY, 2007, p.16).

A complexidade dos serviços de saúde, na atualidade, justifica o fortalecimento da interdisciplinaridade, sendo que as tecnologias relacionadas ao trabalho gerencial decorrentes do planejamento, organização, avaliação e gestão dos processos e serviços são considerados tanto quanto equipamentos, medicamentos e exames exclusivos da área médica.

A escuta dos profissionais responsáveis pelo pensar administrativo e implementação das políticas públicas é fundamental nas articulações entre os saberes e definição de estratégias que fortaleçam o cuidar em saúde, assim como a priorização de recursos e definição das demandas da população.

Entretanto, tudo indica que, quando estamos diante de uma “tecnologia do tipo leve” (como o acolhimento, o vínculo, etc.), a situação é um pouco distinta de quando estamos frente a uma “tecnologia do tipo dura” (como a de se realizar uma conduta totalmente normatizada), e isto nos mostra que, no operar das leves, como a própria clínica (levedura) ou as das relações (leve), o processo operatório é bem mais aberto ao modo de proceder do trabalho vivo em ato. O que também permite nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção. (Aqui temos que rever a noção cara às políticas de saúde pública, que opera com o conceito de escassez permanente e o de priorização focal excludente) (MERHY, 1997, p.47).

A representação das tecnologias em saúde feita pelo exemplo das três valises mostra didaticamente a interação tecnológica com o cuidado em saúde. As tecnologias podem ser usadas individualmente ou conjuntamente, dependendo da ocasião e do modo de produzir o cuidado do profissional de saúde.

O trabalho em saúde pode ser percebido usando como exemplo o trabalho do médico, no qual se imagina a existência de três valises para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho em saúde. Na primeira valise se encontram os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado (tecnologias leveduras) e, na terceira, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato

(tecnologias leves). Na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado (FRANCO & MEHRY, 2009, p. 283).

O fundamental é a percepção de que as tecnologias podem ser acessíveis e se utilizadas de forma integrada, trazer grandes contribuições.

A compreensão de Ciência e Tecnologia pelos sujeitos responsáveis pela implantação da PNSPI é fundamental na escolha das prioridades, das estratégias de ação e na definição de modelos de atenção.

Entender o significado da tecnologia e suas contribuições no trabalho pode refletir na efetividade da política, aplicação dos recursos e priorização das ações.

Ogata e Pedro (2008) realizaram um estudo de caso junto a profissionais de saúde sobre a ciência, tecnologia e inovação em saúde, foram sujeitos da pesquisa oito profissionais atuantes na área da saúde, com formação acadêmica em diversas áreas do conhecimento, todos com vínculo profissional público e/ou privado.

Segundo Ogata e Pedro (2008), o estudo referendou hiatos existentes entre as áreas da pesquisa, os serviços e os profissionais, estes reconheciam a importância da produção científica para melhoria da prática profissional, mas percebiam que o acesso aos resultados de pesquisa nem sempre eram garantidos ou atendiam as suas necessidades na prática cotidiana.

Muitas questões permanecem: as pesquisas seriam alinhadas a prática e necessidade dos profissionais de saúde? Estariam claras as possibilidades tecnológicas que poderiam ser estudadas e aplicadas no cotidiano destas cidades? Como fortalecer conhecimento, divulgação e apropriação da ciência e da tecnologia para sociedade?

O aparecimento dos estudos CTS no campo acadêmico é reflexo da necessidade de uma compreensão mais completa do contexto social da ciência e da tecnologia. (...) Portanto, os estudos CTS constituem a resposta por parte da comunidade acadêmica à crescente insatisfação com a concepção tradicional de ciência-tecnologia, aos problemas políticos e econômicos relacionados com o desenvolvimento científico-tecnológico e aos movimentos sociais de protesto que surgiram nos anos de 1960 e 1970 (SILVEIRA E BAZZO, 2006, p.80).

Os estudos CTS contribuem com reflexões sobre a interface da ciência e tecnologia na sociedade, por isso, é tão importante questionar que ciência está sendo produzida, para que e para quem.

Segundo Thomas e Kreimer (2002), um dos problemas de apropriação do conhecimento C&T tem seu início com Merton e seus discípulos. Para eles a investigação científica era percebida como um processo que regulamentava o funcionamento das instituições, cujos produtos, em forma de publicações científicas, eram geradores de conflito, por comporem um sistema de recompensas, em uma estrutura hierárquica na comunidade científica.

Com isso, constrói-se o conceito da “caixa negra”, que sugere que em determinadas condições sociais obtemos determinados produtos que podem ou não ser utilizados socialmente, e quando utilizados podem ocorrer de forma difusa, uma consequência desta caixa negra é também a lógica interna que permeia a comunidade científica, sem qualquer interferência externa.

Para Thomas e Kreimer (2002, p.275), nesta perspectiva de busca de ampliação da comunicação científica, “el papel de la sociedade (y del Estado) se restringe al de proveer los recursos y recoger con beneplácito sus resultados”.

A sociedade e o Estado deveriam ser os principais beneficiários da C&T, a abertura da caixa negra e a ampliação da comunicação e da apropriação C&T são direitos de quem prove recursos para o desenvolvimento C&T. Para Thomas (2010, p.36), No hay una relación sociedad-tecnología, como si se tratara de dos cosas separadas. Nuestras sociedades son tecnológicas así como nuestras tecnologías son sociales. Somos seres socio-técnicos.

A ciência e a tecnologia formam junto um binômio que se convencionou chamar de tecnociência. O objetivo da tecnociência para Echeverría (2003) é apropriar-se do mundo natural (e também social) e controla-lo. Uma característica muito específica dessa nova forma de produzir conhecimento é a empresarialização crescente da atividade científica.

A empresarialização e o consequente direcionamento de produções científico-tecnológicas para demandas explícitas limitam e dificulta à apropriação social, a lei da demanda e oferta não atende necessariamente a interesses de Estado e sociedade, a dinâmica da inovação como questão política, econômica e jurídica resulta em patentes de mercado, acesso limitado e pesquisas desalinhadas com as agendas nacionais de prioridades de pesquisa.

A visão herdada da ciência e tecnologia reflete em concepções atuais. O campo CTS tem a influência de duas tradições de estudos: a americana e a europeia.

Tabela 1– Tradição CTS

Tradição européia	Tradição americana
Institucionalização acadêmica na Europa (em suas origens).	Institucionalização administrativa e acadêmica nos EUA (em suas origens).
Ênfase nos fatores sociais antecedentes.	Ênfase nas consequências sociais.
Atenção à ciência, e secundariamente, à tecnologia.	Atenção à tecnologia e, secundariamente, à ciência.
Caráter teórico e descritivo.	Caráter prático e valorativo.
Marco explicativo: ciências sociais (sociologia, psicologia, antropologia, etc.).	Marco avaliativo: ética, teoria da educação.

Fonte: Bazzo, Linsingen e Pereira, 2003, p.128.

Os estudos CTS, segundo Bazzo, Von Lisinger e Pereira (2003), em seus paradigmas americano e europeu apontam que os aspectos sociais da ciência e da tecnologia, tanto no que se refere aos fatores sociais que promovem as mudanças científico-tecnológicas (tradição norte-americana), como as consequências sociais e ambientais causadas pelo desenvolvimento científico-tecnológico (tradição europeia).

A tradição europeia voltava-se para ciência e pesquisas teóricas, o enfoque social é forte, enquanto que a tradição americana apresenta um caráter prático e institucionalizado, a tecnologia é prioritária.

Recentemente, Kreimer (2011) apresenta indícios que as tradições CTS passam por alterações, fortalecendo a tradição americana e a tendência de mercado e das tecnologias duras.

Nos últimos anos estabeleceu-se uma competição em termos globais entre a Europa e os Estados Unidos, relacionada com a predominância no desenvolvimento de capacidade de pesquisa científica e inovação (KREIMER, 2011, p.58).

O financiamento dos projetos de pesquisa e desenvolvimento por parte das empresas começa a ser estimulada na Europa, como acontecia de forma mais marcante nos Estados Unidos, a neutralidade da ciência é comprometida considerando os interesses e as possibilidades de acesso que estas pesquisas terão para sociedade.

Os Estudos CTS possui outra vertente, além da americana e européia, denominada Latino Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade. Este pensamento volta seu olhar para o contexto regional e suas políticas públicas. Um dos seus objetivos é o de analisar o processo de participação pública em ciência e tecnologia.

Na América Latina, o chamado Pensamento Latino Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade - PACTS concentra-se em estudos voltados para o contexto regional e seu processo de desenvolvimento, através da ênfase nas políticas públicas envolvendo ciência e tecnologia e os processos de participação pública em ciência e tecnologia. Nesta perspectiva propõe-se compreender algumas dimensões científicas e tecnológicas da saúde (idoso) em seu caráter regional (SILVA, OGATA e PEDRO, 2014, p.79).

Para Thomas e Kreimer (2002), é preciso à superação de alguns obstáculos na busca da apropriação social do conhecimento, a luta sobre a autonomia dos espaços onde se produz conhecimento, respeitando as condições sociais, políticas, econômicas e institucionais fortalece as análises externas e divulgação do conhecimento C&T, é preciso reduzir as dimensões internas e externas.

A compreensão de que o conhecimento não está terminado, a análise da apropriação social do conhecimento como um processo externo aos espaços de produção desses conhecimentos, a interpretação dos processos de forma mútua, a percepção dos interesses subjetivos deste conhecimento e o estabelecimento de mecanismos formais e legítimos estabelecidos para apropriação social do conhecimento são disparados na reflexão feita por Thomas e Kreimer (2002), sobre caminhos para estas questões.

Tanto a nível internacional como regional y nacional, las producciones sobre la cuestión socio-técnica son relativamente escasas y fragmentarias; tampoco, ocupan un espacio relevante en la formación curricular de científicos e intelectuales. ¿Ha tenido usted formación escolar o universitaria en alguna materia titulada Tecnología y Sociedad? ¿Sistemas sociales y sistemas tecnológicos? ¿Tecnología y civilización? ¿Tecnología y cultura? Seguramente no, si há cursado usted programas de formación em ciencias sociales. Pero probablemente tampoco si tiene estudios universitarios en ingeniería o ciencias exactas (THOMAS, 2010, p.36).

O campo CTS tem um papel importante na fomentação destas discussões, as universidades precisam fortalecer a formação dos pesquisadores para os estudos sociais da ciência e tecnologia, além de ampliar as discussões sobre a ciência que se produz e para quem está destinada.

Os estudos CTS têm a proposta de estudar criticamente as dimensões sociais, seus impactos e mudanças através do olhar multidisciplinar.

Este campo compreende através de sua interdisciplinaridade de acordo com Bazzo e Colombo (2001) *apud* Pinheiro, Silveira e Bazzo (2007) “(...) uma área de

estudos onde a preocupação maior é tratar a ciência e a tecnologia, tendo em vista suas relações, consequências e respostas sociais”.

Defende-se que é preciso construir aportes teóricos e evidências empíricas visando superação das lacunas e obstáculos que permeiam este campo e suas relações com os atores sociais na compreensão dos fenômenos científico-tecnológicos. Este é um dos principais objetivos do CTS e tem nos mobilizado na construção de aportes teóricos e metodológicos que subsidiem estudos relacionados às produções acadêmicas dos Grupos de Pesquisa Políticas e Práticas em Saúde (Ogata e cols, 2013) e Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Gerontologia Social (Pedro e cols, 2013).

Apesar das evidências de melhorias em indicadores de saúde no Brasil (Brasil, 2009) fruto do desenvolvimento científico e tecnológico, bem como dos avanços das políticas de atenção à saúde brasileira, em especial do SUS, nas últimas décadas, muitas lacunas e demandas são evidenciadas.

Se tomarmos por análise, as diretrizes sobre os processos de envelhecimento brasileiro sob este espectro, apesar dos avanços das normas e legislações específicas, bem como da inclusão da saúde da pessoa idosa na Agenda Nacional de Prioridade Pesquisa em Saúde (Brasil, 2008) e do direcionamento de ações estratégicas definidas (Brasil, 2010) constatam-se paradoxos, contradições e graves implicações.

En los últimos años se observa también la emergencia de algunos trabajos que intentan indagar: las dimensiones de género en la investigación científica; la percepción pública y los imaginarios sobre la ciencia y la tecnología; las prácticas de divulgación científica; las relaciones entre “saber autóctono” o “saber local” y el conocimiento codificado e institucionalizado; una tímida mirada reflexiva sobre los “usos de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología” (KREIMER, 2007, p.59).

O uso social da ciência e tecnologia, a atenção às práticas de construção e divulgação do conhecimento científico, e também da apropriação desse saber é direito da sociedade.

Si existe un papel social que los estudios sociales de la ciencia y la tecnología deberían desempeñar, ¿quiénes son los interlocutores a quienes dirigirse? ¿Sigue siendo el Estado el locus desde el cual pensar toda forma de intervención, como pensaban nuestros ancestros, o esta idea debería ser reformulada? En relación con ello, ¿qué papel desempeñan los propios participantes del campo académico, tanto los de las ciencias sociales como nuestros colegas de las ciencias exactas y naturales, tanto en la interpelación al Estado como intentando generar otros espacios? (KREIMER, 2007, p.60).

Espaços de participação pública para definição das agendas de pesquisa são fundamentais na definição de prioridades, assim como o acompanhamento do que está sendo produzido e para quem. O Estado tem um papel importante de mediar este processo.

A PNSPI inclui nesta análise, porque é uma política que deveria ser implementada junto com a sociedade, em especial as pessoas idosas, como forma de fortalecimento da cidadania e escolha efetiva das práticas pela população interessada.

Kreimer (2007, p.60), levanta alguns questionamentos sobre a questão da divulgação e apropriação C&T: ¿qué podemos hacer para producir “enrolamientos”? ¿Además de analizar la divulgación y popularización de “los científicos”, debemos emprender—o lo hemos hecho—acciones efectivas para difundir nuestras propias indagaciones y preocupaciones? ¿Cómo hacerlo?

Para Kreimer (2007), existem quatro tipos de alianças possíveis para minimizar estes problemas, a primeira é a interpelação do Estado, de “fora” para estimular a implementação de ferramentas e políticas reguladoras, a segunda é a aliança com a comunidade acadêmica, em fomentar discussões e pensar coletivamente o conteúdo e o papel do conhecimento produzido em uma sociedade periférica, a terceira aliança é com o campo das ciências sociais, no pensar a produção do conhecimento social e por fim, a quarta aliança seria com os demais atores da sociedade civil, no sentido de democratizar o conhecimento e estimular as formas de participação social.

O movimento de participação na construção das agendas de pesquisa, a divulgação e apropriação da ciência e tecnologia deve partir de todos os interessados: Estado, universidades, especialistas, sociedade civil (cidadãos, indústrias e outros).

A democratização é possível, os interesses sociais deveriam sobrepor os individuais, para isso, é necessária conscientização de todos de que é uma prática cultural possível, atenderíamos assim vários problemas sociais.

As concepções de ciência e tecnologia constituem o processo que constrói o conhecimento dos sujeitos responsáveis pela implementação da PNSPI, pois a apropriação deste conhecimento compõe a elaboração da RS da política.

A teoria das representações sociais contribui com o entendimento das escolhas e práticas dos grupos responsáveis pela PNSPI e por isso, deve ser analisada. Ao investigarmos estas representações, poderemos entender suas motivações e ações.

7. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

As representações sociais tornam familiar o não familiar, elas se utilizam das informações disponíveis no meio, sejam científicas ou uma simples roda de conversa entre profissionais e amigos.

As representações sociais são entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano. A maioria das relações sociais efetuadas, objetos produzidos e consumidos, comunicações trocadas estão impregnadas delas. Como sabemos, correspondem, por um lado, a substância simbólica que entra na elaboração, e, por outro lado, à prática que produz tal substância, como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica ou mítica (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

As informações circulam o tempo todo na sociedade, e o objeto estudado, neste caso a PNSPI, é resultado de um movimento contínuo que redefine seu conceito original. A Teoria das Representações Sociais (TRS) transforma o objeto, o reconstitui e o recoloca no contexto, não tem o efeito de duplicá-lo ou reproduzi-lo.

As informações e o meio ambiente são fundamentais na redefinição do objeto, se os grupos apresentam significados diferentes no mesmo lugar, as diretrizes nacionais e estaduais podem não estar sendo devidamente trabalhadas, ou o senso comum e as informações locais podem estar direcionando as práticas para outros caminhos.

A PNSPI é implementada conforme sua representação social, por isso, estudar um DRS é importante para compreendermos o porquê das escolhas e o quanto o ambiente influencia as ações dos articuladores e gestores municipais de saúde.

Para as ações serem colocadas em prática é preciso ter um significado, o tornar-se concreto é fundamental para que este seja integrado em um sistema próprio de valores.

A ciência e a tecnologia colaboram na construção do conhecimento e na implementação da política, por isso é estratégico aproximar nesta análise a TRS e os estudos CTS.

A TRS subsidia a análise da tese de que é pela representação social da PNSPI que os grupos definem ações e estratégias de atuação, considerando que na área da saúde, estas representações têm em seu processo muita influência da ciência e tecnologia.

O precursor da TRS é Serge Moscovici, que viveu entre 1928 e 2014. Ele retoma o estudo das representações coletivas no início dos anos 60, com sua obra sobre a representação social da psicanálise em 1961, reformulada em 1976.

Serge Moscovici, psicólogo social romeno naturalizado francês, nasceu em 1928 e experienciou a II Guerra Mundial. Em 1948, na França, estudou Psicologia. Investigou e divulgou a Psicanálise. Em 1961, terminou a tese *La psychanalyse, son image, son public e propôs a Teoria das Representações Sociais*. Lecionou em universidades renomadas e publicou, na França, sobre a influência das minorias na inovação. Em 2003, foi Prêmio “Balzan”. Atualmente dirige o Laboratório Europeu de Psicologia Social em Paris (SANTOS, 2010, p.2).

As representações coletivas haviam passado por um período de eclipse durante quase meio século, depois de ter sido um dos fenômenos mais marcantes das ciências sociais na França.

Segundo Moscovici (2001), autores como Simmel e Weber iniciaram discussões sobre representações. Simmel reconheceu à relação existente entre a separação do indivíduo – situando-se a distancia dos outros – e a necessidade de representá-lo por si mesmo, ele vê nas ideias ou representações uma espécie de operador que permite cristalizar as ações recíprocas entre um conjunto de indivíduos e de formar a unidade superior, que é a instituição (partido, igreja, etc). Enquanto que, Weber faz das representações um quadro de referencia e um vetor da ação dos indivíduos, ele descreve um saber comum, que tem o poder de antecipar-se e de prescrever o comportamento dos indivíduos e de programá-lo.

Para Moscovici quem o inspirou na TRS foi Durkheim, pela teoria das representações coletivas. O ponto de vista de Durkheim, no entanto, era diferente de Moscovici (2003), porque as representações coletivas abrangiam uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam a ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço, dentre outras Segundo Moscovici, tudo que ocorresse dentro de uma comunidade estava incluído, desde ideias às crenças, o que essencialmente são diferentes e por isso difícil de definir em características gerais e comuns.

Se, no sentido clássico, as representações coletivas se constituem em um, instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo” (MOSCOVICI, 2003, p. 49).

As representações coletivas de Durkheim eram bastante estáticas, enquanto que as representações sociais são como a sociedade atual, dinâmica e heterogênea.

Ao reviver tal noção sob outro espírito em 1961, Moscovici (2001) despertou o interesse de um pequeno grupo de psicólogos sociais (Abric, 1976; Codol, 1969; Flament, 1967). Para ele, as representações inicialmente seriam tentativas de estabelecer uma relação entre os indivíduos e a sociedade.

A grande teoria das representações sociais tem as proposições originais básicas em Moscovici, desdobrando-se em seguida em três correntes teóricas complementares: uma mais fiel à teoria original, liderada por Denise Jodelet, em Paris, que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, outra com abordagem societal liderada por Willem Doise, em Genebra; e uma que enfatiza a dimensão cognitiva-estrutural das representações, liderada por Jean-Claude Abric em Aix-em-Provence (SÁ, 1996).

Neste estudo de representações sociais, nos pautaremos na teoria da abordagem complementar sociológica de Denise Jodelet.

O estudo do fenômeno cognitivo se faz a partir dos conteúdos representativos, tomados de diferentes suportes: linguagem, discurso, documentos, práticas, dispositivos materiais, sem prejudicar, no caso de alguns autores, a existência correspondente de eventos intra-individuais ou de hipóteses coletivas (espírito, consciência de grupo) (Jodelet, 2001, p.37).

Toda informação e experiência pessoal individual ou do grupo subsidia os conteúdos da representação e é no contexto social que a representação é processada.

Para Spink (1993, p. 306), “nos diversos textos que lidam com as representações sociais enquanto forma de conhecimento prático, são destacadas diversas funções, entre elas: orientação das condutas e das comunicações (social); proteção e legitimação de identidades sociais (afetiva) e familiarização com a novidade (cognitiva)”.

Estas funções permitem que se compreenda e se explique a realidade, além de definir identidade e guiar comportamentos e práticas. Permite posteriormente também, a justificativa pelos posicionamentos e comportamentos dos grupos.

As representações não podem, no entanto, serem percebidas como meras reproduções de um grupo isolado, elas também são compostas por produtos da ciência e da mídia, além das experiências cotidianas e informações populares. O senso comum reflete as práticas de uma representação social, não podemos subestimá-lo, nem considerá-lo superficial ou incorreto.

(...) Por isso uma representação fala tanto quanto mostra, comunica tanto quanto exprime. Enfim, ela produz e determina os comportamentos, já que define a natureza dos estímulos que nos cercam e nos provocam, e a significação das respostas que lhes damos. Numa palavra, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular tendo a função de elaboração dos comportamentos e da comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2012, p.27).

O senso comum, conforme Moscovici (2003), conhecido como conhecimento popular ou o que em inglês é denominado *folk-science*, oferece-nos acesso direto as representações sociais.

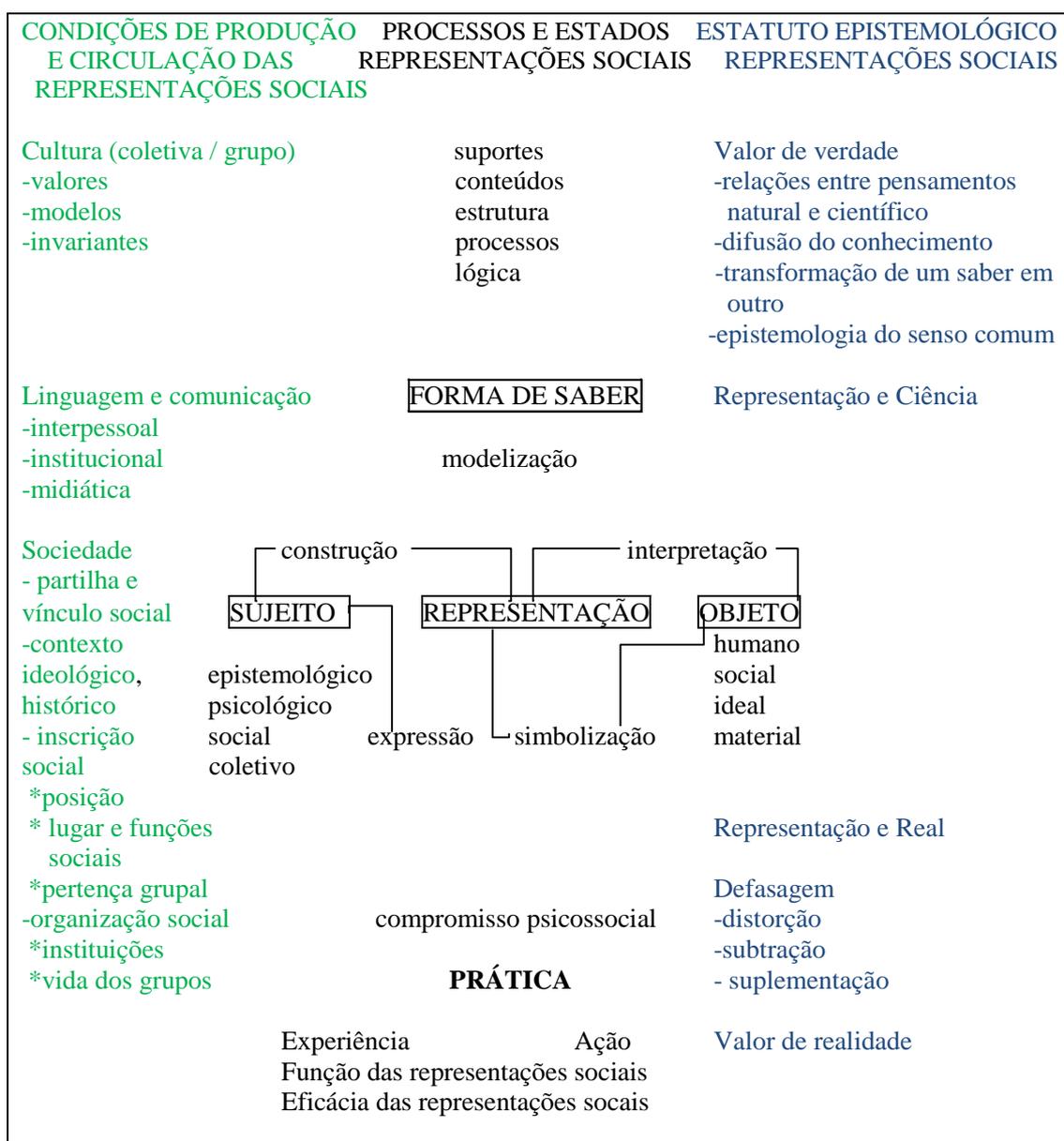
As representações sociais são interpretações da realidade, constituídas subjetivamente por características do contexto em que o objeto está inserido, considerando suas características de viés histórico, social, cultural e emocional.

Não há um corte entre o universo exterior e o que acontece dentro dos grupos. A representação de um objeto não faz parte de um senso comum heterogêneo, ela difere conforme o contexto que é ativo e muda o tempo todo, pois é concebido pelo indivíduo ou grupo, que forma opiniões e posteriores atitudes, dependendo do ambiente e das informações.

A figura 2 adaptada de Jodelet (1989)¹ por Spink (1993, p.301) demonstra o processo de construção e interpretação de um conhecimento em prática.

¹ JODELET. D. Représentations sociales: un domain en expansion. In: Les Représentations Sociales (JODELET, D; org.), p,p. 31-61, Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

Figura 2 – O campo de estudos da Representação Social



Fonte: Jodelet (1989) por Spink (1993, p.301).

Moscovici (2012, p.44) diz que uma opinião, enquanto atitude é considerada unicamente do lado da resposta e enquanto “preparação para ação”, é considerada comportamento em miniatura.

O saber prático contribui na organização de um modo de vida, adquirindo dimensões de realidade. As escalas de valor entre os pensamentos social, do senso comum e o intelectual sugeridos no dualismo tradicional, que atribuía um valor menor ao pensamento originado no cotidiano torna-se motivo de reflexão.

Moscovici (2012), diz ainda que a TRS não só prepara para ação porque guia os comportamentos, mas principalmente porque remodela e reconstitui os elementos do ambiente no qual o comportamento deve acontecer.

As representações sociais permitem que um grupo social compreenda o mundo que o rodeia e lide com problemas que o identifiquem a partir das informações que recebe do ambiente em que se encontra e das atitudes e preconceitos que possui frente ao objeto de representação.

Moscovici (2012) diz que uma representação é constituída de “informação”, “atitude” e “campo de representação”.

A informação está relacionada às suas fontes e a forma como é organizado o conhecimento que o grupo possui sobre o objeto, no caso, a PNSPI.

Considera-se que uma das principais responsabilidades do DRS é subsidiar as discussões junto aos municípios das diretrizes nacionais e estaduais de saúde, integrando gestores, articuladores, trabalhadores e usuários do sistema único de saúde. A universidade possui demandas e contribuições relevantes neste processo, devendo estar presente em alguns destes espaços, assessorando e subsidiando nas demandas de recursos humanos e na divulgação do saber científico e tecnológico, aproximando-se as políticas públicas e consequentes práticas municipais, constituindo-se potencialmente uma rede.

Defende-se que a inserção dos estudos CTS nestes espaços, pode ampliar o olhar e as reflexões sobre a PNSPI e com isso, modificar as representações sociais e consequentemente as condutas.

Os Planos Estaduais e Municipais de saúde se beneficiariam destas parcerias, aprimorando e fortalecendo de uma concepção ampliada de saúde da pessoa idosa podendo também transformar as representações.

Os conhecimentos sobre determinados objetos também tem a influência dos meios de comunicação, experiências pessoais e senso comum. Os grupos compartilham estas informações e experiências, interpretam o objeto e formam representações sociais.

No caso da saúde da pessoa idosa as primeiras experiências estão no núcleo familiar e social. O idoso que conhecemos é referencia para muitas de nossas ações. As práticas serão alteradas se a percepção sobre as necessidades de saúde da pessoa idosa for modificada e ampliada para o conceito integral de saúde, que vai muito além da visão médico-centrada.

A mídia e a indústria influenciam muito as representações sociais, se as tecnologias duras e concepções médicas apresentam destaque nestes espaços, muitas vezes como a justificativa pela longevidade, a concepção de Envelhecimento Ativo e Saudável e o desenvolvimento da cidadania não serão significativos.

A prática é resultado desta rede de relações em que o indivíduo está incluído e a representação social de um determinado grupo influencia as condutas desejáveis ou admitidas do indivíduo sobre o objeto.

(...) o tema do envelhecimento propicia condições para a existência de representações sociais que possam dar sentido, orientar e conduzir os grupos sociais. As representações formam um saber prático tanto por estarem inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos (SANTOS, TURA E ARRUDA, 2011, p. 498).

No campo deste estudo participam representantes dos municípios, muitas discussões e orientações permeiam estes espaços, o campo interfere na busca de informações e nos pontos norteadores para implementação da PNSPI.

A atitude explicita a orientação geral do objeto, se a PNSPI para alguns sujeitos é fundamentada na atividade física, será esta a defesa do que deverá ser implementado.

As representações são sociais a partir do momento que contribui com a formação das condutas e atitudes e orienta a comunicação social.

Para Moscovici (2003, p. 35), “algumas vezes é suficiente simplesmente transferir um objeto, ou pessoa, de um contexto a outro, para que o vejamos sob nova luz e para sabermos se eles são, realmente, os mesmos”.

Considerando que os processos comunicacionais são fundamentais na construção das representações sociais de um objeto num grupo social são precisos caminhos para disseminação do conhecimento, transformação do olhar e implantação das práticas da ciência em uma perspectiva social.

Para Moscovici (2012), o cotidiano é dinâmico, portanto, apreendido e em constante movimento, para ele o tempo e o espaço são pilares de construção das representações sociais.

Não só o indivíduo, mas a sociedade como um todo é responsável pelo pensar e construir coletivamente a realidade conhecida por todos.

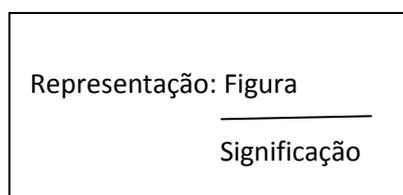
Podemos assim dizer que as Representações Sociais nos guiam na forma de nomear, apoiar e definir em conjunto diversos aspectos de nosso “dia-a-dia”, seja na forma de interpretá-los, decifrá-los e estatuí-los ou até de tomarmos uma atitude a respeito a ponto de defendê-la, esse é um dos motivos das representações sociais serem tão relevantes na vida cotidiana da sociedade (SANTOS e OGATA, 2013, p.49).

A representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), sua relação com o objeto é de simbolização e significação. Ela substitui e transforma o objeto pelas ideias e atitudes do sujeito.

Para Moscovici (2012, p. 59) “representar um objeto é ao mesmo tempo conceder-lhe o estatuto de signo e conhecê-lo em tornando-o significante. De modo particular, ele é dominado e interiorizado, nós o tornamos nosso”.

A representação social é uma equação de significação e figura, o conhecimento (objeto) passa por um processo de transformação a partir do momento que entra em contato com os significados e interpretações do sujeito (dono de crenças e valores sociais), não há com desassociar o indivíduo da sociedade e vice-versa.

Figura 3 – As Faces da Representação Social



Fonte: Moscovici (2012, p.60)

O objeto torna-se significativo em determinados grupos e ambientes específicos. As condutas e práticas são desta forma, influenciados esta representação social que é apropriada pelo grupo como ideais.

Segundo Jodelet (1984), existem pelo menos seis diferentes perspectivas de estudo das representações sociais, destacamos a quarta perspectiva que é onde a prática social do sujeito é levada em consideração. O sujeito produz uma representação que reflete as normas institucionais ou as ideologias ligadas ao lugar que ocupa.

Os gestores municipais de saúde e articuladores de saúde do idoso representam a PNSPI cada qual a seu modo, com algumas divergências e convergências.

Os gestores respondem pelas questões políticas, além da gestão de toda estrutura municipal de saúde, com o olhar voltado para as organizações públicas, mas também

para as organizações privadas que compõem o sistema local e interferem na rede municipal de saúde.

Sua formação, experiência, vínculo com a gestão pública e até os espaços que frequenta, com acesso a outras secretarias ou outros governos contribuem com a RS que terá da PNSPI.

Os articuladores de saúde do idoso, geralmente encontram-se na linha de frente do processo, nas unidades de saúde e com a responsabilidade da implementação da PNSPI, respeitando sempre as diretrizes do gestor, mas com certa autonomia nas ações cotidianas.

Este profissional na maioria das vezes é concursado ou possui sua experiência voltada para saúde do idoso, tem acesso aos outros profissionais do município e da região, escutam relatos diretos dos idosos e possuem sua visão sobre o ambiente, as possibilidades e restrições, as necessidades, além dos valores pessoais e informações técnicas e científicas relacionadas diretamente a PNSPI.

Suas concepções e a RS do objeto será diferente, principalmente se a relação com o gestor for distante.

Os municípios estudados em sua maioria são de pequeno porte, com poucos profissionais e um acesso direto ao gestor municipal de saúde e até mesmo a outras secretarias e ao prefeito. Alguns articuladores acumulam a responsabilidade de articulação de várias áreas, (idoso, mulher, atenção psicossocial e afins).

A construção das representações sociais, segundo Moscovici (2012) passa por dois processos fundamentais: a objetivação e a ancoragem.

O processo de objetivação se dá em três momentos: construção seletiva, esquematização e naturalização. A construção seletiva é o momento em que as informações, as crenças e ideias a respeito do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização. O segundo momento é denominado de esquematização, ou melhor, esquematização estruturante e o terceiro momento é o da naturalização (MOSCOVICI, 2012).

A objetivação torna um conceito real para que o processo das representações sociais se inicie, transforma o não familiar em familiar. A ancoragem categoriza o objeto, classificando-o e nomeando-o para transformar o objeto de RS em algo organizado para a prática das relações sociais.

Ancoragem e objetivação são, pois, maneiras de lidar com a memória. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2003, p. 78).

Moscovici (2003) apresenta duas consequências para as representações sociais neste contexto:

1º Ela exclui a ideia de pensamento ou percepção que não possua ancoragem. Todo sistema de classificações e relações entre sistemas pressupõe uma posição específica, um ponto de vista baseado no consenso. 2º Sistemas de classificação e de nomeação (classificar e dar nomes) não são, simplesmente, meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades discretas. Seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões (MOSCOVICI, 2003, p. 70).

A objetivação da PNSPI, a torna concreta para gestores e articuladores e resulta em atitudes que a desvincula da teoria e a transforma em algo significativo com menos inferências, a distancia entre a ciência e o real diminui.

A ancoragem classifica e coloca a RS da PNSPI em prática, auxiliando na forma como serão modeladas as ações e relações sociais. Ela incorpora o estranho no novo, instrumentaliza o saber, esses são os processos de elaboração das RS.

O Brasil envelhecerá em um curto prazo e precisará estar preparado para as mudanças e impactos sociais que viverá.

As representações sociais se baseiam no dito “não existe fumaça sem fogo”. Quando nós ouvimos ou vemos algo nós, instintivamente, supomos que isso não é casual, mas que este algo deve ter uma causa e um efeito. Quando nós vemos fumaça, nós sabemos que um fogo foi aceso em algum lugar e, para descobrir de onde vem a fumaça, nós vamos em busca desse fogo (MOSCOVICI, 2003, p. 79).

As representações sociais contribuem na construção de um ambiente mais estável, diante de tanta diversidade. Como implantar uma política de impacto tão profundo a partir de olhares e interesses tão diversos? Como transformar as pessoas em membros ativos, que participem das ações coletivas em prol do bem comum?

O estudo da representação social da PNSPI a partir do campo CTS aproxima a ciência da prática, contribui com a comunicação entre indivíduos de um grupo, modifica e transforma opiniões e comportamentos. O cotidiano, as experiências, as ideias, valores, o saber formal e popular se unem para dar sentido à implementação da PNSPI.

Ao analisarmos os atores envolvidos com a saúde do idoso, percebemos o quanto as representações são importantes para definição e modificação de condutas.

Ao analisar as representações sociais da PNSPI dos grupos responsáveis pela sua implementação local, articuladores de saúde do idoso e gestores municipais de saúde, pode-se compreender suas escolhas e definição de prioridades na prática.

Durante desenvolvimento da tese, Silva, Ogata e Oliveira (2016) realizaram um estudo sobre o estado da arte das produções científicas de representações sociais do envelhecimento no Portal de Pesquisa da Biblioteca da Virtual em Saúde (BVS).

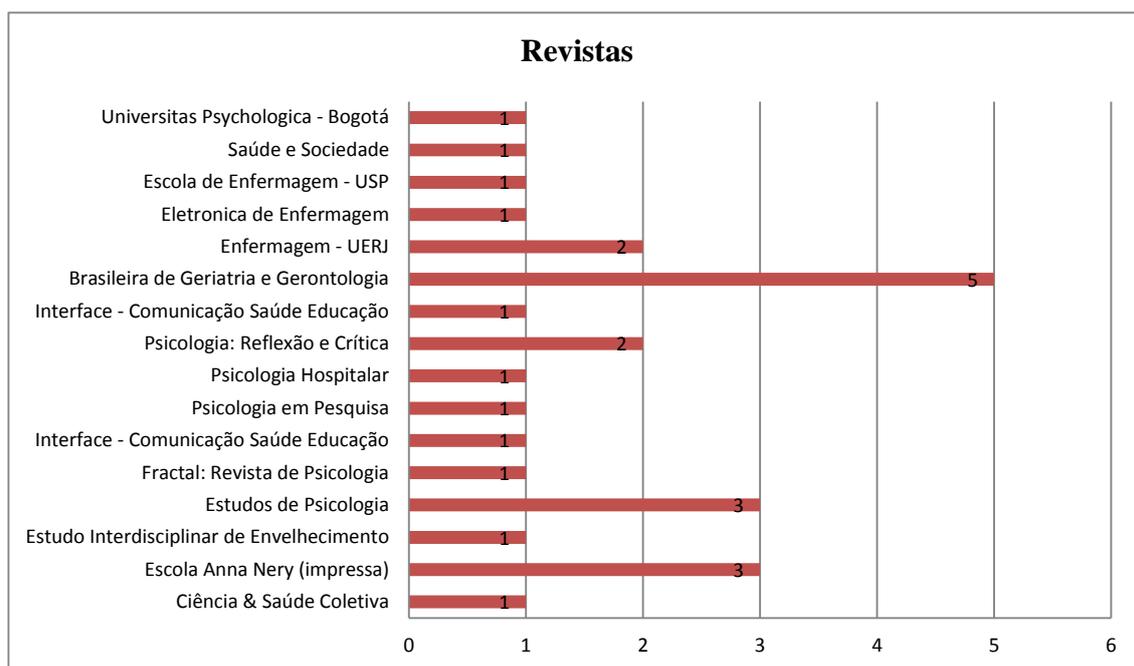
Um estudo de abordagem quali-quantitativa, utilizando como ferramenta de buscas dos artigos publicados os descritores: envelhecimento e representações sociais, disponíveis de julho a novembro de 2014.

O resultado após as análises e de inclusão e exclusão foram de 26 artigos, que foram analisados considerando o periódico de publicação, a extensão do artigo, a qualificação dos autores, o ano de publicação, os principais descritores, os sujeitos pesquisados e os métodos utilizados.

Pelo Gráfico 1 observa-se que as revistas que mais publicaram foram às especializadas em psicologia (09), seguidos da enfermagem (07), geriatria e gerontologia (05), envelhecimento (01) e as multidisciplinares (04).

Estas revistas disponibilizaram em média 11 páginas para publicação destes artigos, considerando que em uma revista de psicologia a publicação chegou a 39 páginas, enquanto que a menor publicação, 5 páginas, foi em uma revista de geriatria e gerontologia. As discussões sobre a TRS estão ainda muito ligadas à área da psicologia social, a apropriação desta teoria por outras áreas ainda é tímida.

Gráfico 1 – Revistas



Fonte: Silva, Ogata e Oliveira, 2016

As publicações sobre a TRS do envelhecimento predominaram entre os 76 autores, os psicólogos sociais, seguidos dos enfermeiros e demais áreas como saúde coletiva, gerontologia e medicina.

A primeira publicação é de 1999, possivelmente em decorrência da Lei 8842/94 que dispõe sobre Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), aprovada depois pela Portaria GM 1395/99 (BRASIL, 1999).

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (BRASIL, 2003b) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a), podem ter motivado as publicações a partir de 2007, de forma mais efetiva, a partir deste ano foram publicados 73% dos artigos.

Nas publicações apresentam-se um total de 103 diferentes descritores, divididos em envelhecimento (27%) compreendido por: envelhecimento, velhice, velhos, rejuvenescimento, pessoa velha, longevidade; representação social (15%); saúde (10%) descrita como: atenção primária a saúde, educação em saúde, hiv/aids, saúde, saúde do idoso, saúde mental; sujeitos (17%) apresentados como: adolescentes, crianças, profissionais, família, idoso, idosos, cuidadores, mulheres; sobre a metodologia (6%): evocações, método associativo, questionário *on line*, abordagem complementar (abordagem estrutural, núcleo central); Instituições e Serviços de Saúde (7%) denominadas: assistência de longa permanência, enfermagem psiquiátrica, geriatria,

instituição de longa permanência, programa de saúde da família, serviço de saúde para idosos e Outros (18%).

Segundo Silva, Ogata e Oliveira (2016) predominaram nos estudos com a Teoria das Representações Sociais do Envelhecimento pesquisas do tipo qualitativo (41%), seguido das pesquisas de caráter exploratório (17%).

Silva, Ogata e Oliveira (2016), citam também os softwares utilizados no tratamento dos dados e análise dos estudos: Alceste (50%), Evoc (17%), Spad (17%), Evocation (8%) e SPSS (8%). Observamos que o Alceste é o mais utilizado em estudos desta natureza, considerando as metodologias de análise adotadas acima.

A TRS foi escolhida como pano de fundo destes artigos, o que nos faz perceber a necessidade de ampliação da discussão do envelhecimento e seus assuntos relacionados, de forma interdisciplinar e transdisciplinar.

Observa-se uma produção científica aquém das necessidades que o tema traz, segundo Ogata, Silva e Oliveira (2015), o envelhecimento é algo crescente no Brasil e a TRS poderia contribuir muito com o significado que ele possui para os grupos. Assim, entenderíamos melhor as práticas e ações voltadas para o idoso.

É fundamental que a divulgação científica permeie diferentes grupos sociais, para a apropriação do tema seja possível, a informação científica contribui com as representações sociais da PNSPI e consequentes práticas.

Os estudos sobre representações sociais potencializam a compreensão destas e indicam potenciais caminhos para a transformação do olhar que os grupos sociais possuem sobre o envelhecimento.

A PNSPI apresenta diretrizes amplas, inspiradas em discussões internacionais onde o envelhecimento é tipo como qualidade de vida. Essa política não reflete os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, tão pouco, as práticas relatadas nos Relatórios Municipais de Gestão e entrevistas realizadas neste estudo.

Os estudos CTS levantam questões relevantes sobre a participação social, a educação científica e tecnológica, de forma analítica e crítica. Pautando-se na interdisciplinaridade, tais estudos visam garantir o acesso ao conhecimento e a apropriação de tecnologia para a garantia da cidadania, e vislumbra-se a atenção à saúde.

A teoria da PNSPI é inspiradora, mas infelizmente longe de ser implementada. A política não é reconhecida integralmente como prioridade para os municípios, como

poderemos ver a seguir. Reconhece-se que existem limites, mas também práticas importantes acontecendo e um potencial de implementação da PNSPI.

Segundo Pedro (2013, p. 25) “esforços são requeridos da sociedade civil como um todo, e da universidade de modo especial, visando ao monitoramento e avaliação da tomada de decisão; da implementação e avaliação das políticas, das estratégias e ações voltadas à população idosa”.

O DRS III compreende municípios que buscam a implementação da PNSPI a seu modo, conforme suas representações sociais. Muitas práticas voltadas para o EAS. Como diz Pedro (2013, p. 28), “as atividades físicas e esportivas ocupam hoje um lugar importante na representação social da promoção do envelhecimento ativo”.

As principais lacunas identificadas por Pedro (2013), em seu estudo sobre as reflexões do processo de envelhecimento ativo, desenvolvido no DRS III são as de trabalho e emprego, além do compartilhamento do saber científico e tecnológico presente também nas análises do presente estudo.

A Universidade Federal de São Carlos tem feito movimentos de inserção do curso de Graduação em Gerontologia no DRS III, o que favorece e amplia as discussões sobre a saúde da pessoa idosa.

A evidência empírica de que a região da DRS III – Araraquara congrega inúmeras experiências na promoção do envelhecimento ativo pode ser confirmada mediante a circulação nos espaços públicos desta região: praças, eventos, fundações, associações, dentre outros. Entretanto, através do engajamento na Área de Articulação da Saúde do Idoso, desta região, a partir de demandas e do compartilhamento de experiências e com as atividades do eixo de Gestão da Velhice Saudável do Curso de Graduação em Gerontologia é que as evidências são ressignificadas (PEDRO, 2013, p.28).

O papel da universidade é fundamental no desenvolvimento das pessoas, construção, acesso e apropriação do saber científico-tecnológico. O fortalecimento destas parcerias contribui com a transformação das representações sociais e implementação da PNSPI.

8. PERCURSO METODOLÓGICO

Para responder as questões deste estudo, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Seu caráter qualitativo justifica-se conforme Flick (2009) pelo contexto da pesquisa.

A mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas de vida fazem com que, cada vez mais, os pesquisadores sociais enfrentem novos contextos e perspectivas sociais. Tratam-se de situações tão novas para eles que suas metodologias dedutivas tradicionais- questões e hipóteses de pesquisa obtidas a partir de modelos teóricos e testadas sobre evidências empíricas – agora fracassam devido à diferenciação de objetivos. Desta forma, a pesquisa esta cada vez mais obrigada a utilizar-se de estratégias indutivas (FLICK, 2009).

Delimitamos o cenário da pesquisa aos municípios que compõe o DRS III que são: Américo Brasiliense; Araraquara; Boa Esperança do Sul; Borborema; Candido Rodrigues; Descalvado; Dobrada; Dourado; Gavião Peixoto; Ibaté; Ibitinga; Itápolis; Matão; Motuca; Nova Europa; Porto Ferreira; Ribeirão Bonito; Rincão; Santa Ernestina; Santa Lúcia; São Carlos; Tabatinga; Taquaritinga e Trabiçu.

Esses municípios são organizados em 4 regiões de saúde, de acordo com a proximidade geográfica denominados: Coração, Central, Centro Oeste e, Norte sendo que as duas primeiras são compostas pelos maiores municípios da região respectivamente.

Para definição das cidades por porte foi utilizada como referência a metodologia da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE, que é o portal de estatísticas do Estado de São Paulo, fonte também das informações de 2015 referentes ao total de habitantes por município.

O estudo consistiu em duas etapas de coleta de dados e análise, uma referente a análise documental e outra composta por entrevistas semiestruturadas.

1ª ETAPA: ANÁLISE DOCUMENTAL

De acordo com Severino (2005), o levantamento da documentação existente sobre o assunto é uma fase *heurística*, ciência, técnica e arte da pesquisa de documentos.

Coleta de Dados:

Analisaram-se os seguintes documentos: Diretrizes da PNSPI, plano estadual de saúde – 2012-2015 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com ênfase nas informações sobre Saúde da Pessoa Idosa, referentes ao Estado e aos municípios contemplados no DRS III – Araraquara, planos municipais referentes ao período de 2014 a 2017 e relatórios de gestão do ano de 2014 dos respectivos municípios.

A PNSPI e o Plano Estadual de Saúde foram à base para identificarmos o que foi planejado para fins de análise comparativa com os Planos Municipais de Saúde.

Os Relatórios de Gestão demonstram a operacionalização e implantação prática da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, assim como, seus resultados.

Análise de Dados:

A metodologia de análise de dados nesta etapa foi descritiva e exploratória, pautada nos documentos relacionados ao planejamento e implantação da PNSPI.

2ª ETAPA: ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

As entrevistas semiestruturadas compõem a pesquisa de campo, considerando o objetivo de analisar as representações sociais da PNSPI dos articuladores da saúde do idoso e gestores municipais de saúde compreendidos no DRS III.

Com o propósito de explorar de forma qualitativa os objetivos deste estudo, a entrevista semiestruturada possibilitou a coleta de dados por questões abertas e fechadas. As fechadas são produto essencial no processo de definição do perfil dos sujeitos de pesquisa, representados aqui por alguns dos responsáveis pela implantação da PNSPI.

Sujeitos:

Foram sujeitos de pesquisa os articuladores saúde do idoso e os gestores municipais de saúde, nomeados como secretários de saúde ou diretores de saúde nos municípios compreendidos no DRS III dos 24 municípios que compõem a DRS III. Estes foram visitados para realização das entrevistas durante o 2º semestre de 2015, com prévio agendamento, após apresentações e articulações nas reuniões dos Colegiados Intergestores dos DRS III em Araraquara e após a aprovação do Comitê de Ética em

Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP), através do parecer consubstanciado do CEP de número 997.137, emitido em 14 de abril de 2015.

Foram entrevistados 43 sujeitos, sendo 21 gestores e 22 articuladores de saúde. Optamos por entrevistar um gestor e um articulador em cada município, que foram identificados na presente pesquisa por códigos, para garantia da confidencialidade das entrevistas.

Seguem critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa:

Critérios de Inclusão:

- a. Participar do grupo de articuladores de saúde do idoso no Departamento Regional de Saúde III;
- b. Ser Secretário Municipal de Saúde dos municípios compreendidos no Departamento Regional de Saúde III – Araraquara.

Critério de Exclusão:

- a. Não foram admitidos sujeitos que não atendiam os critérios de inclusão;
- b. Os sujeitos que não aceitaram participar da pesquisa;
- c. Os que estiverem afastados do trabalho no período da coleta;
- d. Os municípios que realizaram a entrevista conjuntamente (articulador de saúde do idoso e secretário municipal de saúde);
- e. Os que não conseguirmos contato ou agendamento após 03 tentativas.

Coleta de Dados:

Aplicou-se no momento da coleta um questionário para identificação do perfil dos sujeitos participantes deste estudo: sexo, faixa etária, entrevistas por porte de município, grau de instrução, formação acadêmica; vínculo com a administração pública; experiência na área da saúde e experiência na área do idoso.

Para as entrevistas foram construídas questões norteadoras que cumpriram o papel de investigar profundamente as representações sociais destes grupos.

As Questões Norteadoras da Entrevista foram:

- a) Quais são os serviços e ações voltados para a saúde do idoso no seu município?
- b) Para você, quais são as necessidades de saúde do idoso?
- c) Onde você busca informação sobre o tema “saúde do idoso”? Comente.
- d) Para você, quem é responsável por pensar e implementar as políticas de saúde do idoso no seu município?
- e) Quem participa da implantação dessa política?
- f) Fale-me sobre como acontece a implantação da política nacional de saúde da pessoa idosa no seu município.
- g) Agora me fale das suas expectativas sobre a implantação dessa política.
- h) Para você a Ciência contribui para implantação da política nacional de saúde da pessoa idosa?
- i) E a Tecnologia, como ela contribui para essa implantação (da política nacional de saúde da pessoa idosa)?
- j) Como a sociedade participa das escolhas das ações ou serviços que serão implantados na saúde do idoso?
- k) Quais são os espaços de participação pública do seu município?

A coleta de dados iniciou-se em junho de 2015 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – CEP-UFSCar, com o número de parecer 997.137.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas da forma mais fidedigna possível e encaminhadas para validação dos sujeitos por e-mail.

Análise de Dados:

As entrevistas foram transcritas e validadas, depois foi realizada leitura flutuante que implicou na leitura exaustiva do texto, de forma que permitiu o pesquisador flutuar sobre o texto, propiciando o não direcionamento de elementos específicos da leitura inicial. A seguir, viabilizou-se a construção de hipóteses provisórias, como produto da leitura flutuante.

Para a sistematização dos dados das entrevistas foi utilizado o Alceste que consiste num software de Análise de Dados Textuais que permite realizar de maneira

automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas socioeconômicas, compilações de textos diversos (obras literárias, artigos de revistas, ensaios), etc.

O programa se utiliza de um único arquivo que indica as unidades de contexto iniciais (u.c.i) para prepara-lo segundo certas regras. A definição das u.c.i é feita pelo pesquisador de acordo com a natureza da pesquisa. Cada entrevista é uma unidade de contexto inicial e um conjunto de unidades de contextos iniciais constitui um corpus de análise (CAMARGO, 2005).

A partir das várias leituras das entrevistas construiu-se um dicionário para as palavras que apresentaram o mesmo significado nas entrevistas.

Estas palavras foram formatadas de acordo com o tutorial do sistema, que exclui preposições e maiúsculas, feito isso foi realizadas as análises pelo software Alceste.

O software Alceste classifica estatisticamente os enunciados que constituem o texto e organiza as informações mais relevantes.

Foram consideradas as transcrições por grupo: articuladores de saúde do idoso e gestores de saúde, o software obteve 59% de aproveitamento nas entrevistas dos articuladores de saúde do idoso e 559 unidades de contexto iniciais – UCI. Os gestores municipais de saúde obtiveram 68% de aproveitamento nas entrevistas e 542 UCI.

Essa técnica estatística possibilita identificar o que há de comum nas diferentes visões do objeto estudado, visões essas que estão presentes ao longo do texto, permitindo a identificação dos núcleos de sentido cuja combinação forma a representação veiculada pelo texto (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

9. ANÁLISE DOS RESULTADOS - DOCUMENTOS

Os documentos analisados estão relacionados com o Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, os Planos Municipais de Saúde – PMS 2014-2017 e os Relatórios Municipais de Gestão - RMG 2014 dos municípios compreendidos pelo DRS III, disponíveis no sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão - SargSUS do Ministério da Saúde Brasileiro.

O SargSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. O Relatório de Gestão é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Os Relatórios Municipais de Gestão analisados foram os do ano de 2014, considerando que nem todos os relatórios de 2015 foram depositados no SargSUS até o momento da coleta de dados para a pesquisa.

Estes relatórios estão disponíveis para consulta pública e tem a finalidade de demonstrar os resultados do Plano Anual de Saúde ou do Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017, como pactuado no DRS III. Ele comprova a aplicação de recursos e as atividades desenvolvidas, com alguns indicadores, sendo o principal Relatório Municipal de Gestão alinhado ao Estado.

Foram analisadas exclusivamente, as informações sobre Saúde da Pessoa Idosa, em um comparativo com a expectativa da PNSPI e do Plano Estadual de Saúde, além da análise entre os municípios.

Os Planos Municipais de Saúde, referentes ao período de 2014 e 2017, também estão disponíveis no SargSUS, as exceções foram os municípios de Ibaté, Gavião Peixoto e Rincão, que não puderam ser analisados por não estarem no sistema. Analisamos 21 Planos Municipais de Saúde.

O Plano Estadual de Saúde de São Paulo foi desenvolvido para o período de 2012 a 2015, anterior aos Planos Municipais de Saúde, com diretrizes parcialmente relacionadas com a PNSPI.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que orientam a implantação desta em âmbito nacional são:

Tabela 2 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Diretrizes

a) promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável
b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa
c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção
d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa
e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social
f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa
g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS
h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa
i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

Fonte: Brasil, 2006a.

O Plano Estadual de Saúde no recorte da saúde do idoso apresenta como prioridade nacional (Teixeira, 2012, p.119) “Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas” e prioridade estadual “Aprimorar a atenção à saúde da pessoa idosa”.

A prioridade nacional está relacionada com o trabalho compartilhado entre saúde do idoso e portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, como se um tema estivesse diretamente ligado ao outro, desconsiderando que a saúde do idoso tem outros propósitos além deste, porque apesar do envelhecimento estar relacionado às doenças crônicas estes são temas que não podem ser considerados interdependentes.

A prioridade estadual voltada para o “aprimoramento da atenção a saúde da pessoa idosa” apresenta uma abordagem mais ampliada, mas infelizmente suas metas não compreendem a atenção integral de saúde do idoso.

O Plano Estadual de Saúde foi organizado em diretrizes, destacamos na tabela 3 a diretriz 11.7, por tratar da organização da rede de atenção da pessoa idosa:

Tabela 3 – Plano Estadual de Saúde SP - 2012 a 2015- Diretriz Saúde do Idoso

Objetivo	Meta	Indicador
11.7.1. Promover o Envelhecimento Ativo e Saudável com qualidade de vida	Meta 1 – Realizar 05 oficinas intersetoriais de envelhecimento ativo de âmbito estadual e nas regiões prioritárias	Indicador 1 – Oficinas realizadas
	Meta 2 – Implementar o selo paulista das cidades amigo do idoso em 30 cidades nas várias regiões do Estado e em 05 Bairros no município de São Paulo.	Indicador 2 – Cidades com projetos em andamento
11.7.2. Organizar e qualificar a rede de atenção e estimular estratégias de gestão do cuidado no sentido de manter e recuperar a autonomia e independência da pessoa idosa	Meta 1 – Elaborar as linhas de cuidado de saúde e da pessoa idosa	Indicador 1 – Documento publicado e divulgado
	Meta 2 – Informatizar a carteira de saúde da pessoa idosa	Indicador 2 – Software disponível e validado
	Meta 3 – Desenvolver metodologia de certificação para serviços amigos dos idosos no SUS	Indicador 3 – Metodologia disponível e validada
	Meta 4 – Implementar o selo dos serviços de saúde e sociais amigos da pessoa idosa nas modalidades hospitalar, ambulatorial, atenção primária em saúde e instituições de longa permanência para idosos em 30 serviços	Indicador 4 – Número de serviços selados

11.7.3. Implementar novos serviços geriátricos gerontológicos	Meta 1 – Implementar 05 CRIs (Centro de Referência do Idoso) nas regiões prioritárias (Ribeirão Preto, Campinas, Baixada Santista, ABC e Botucatu)	Indicador 1 – Serviços implementados
	Meta 2 – Implementar Centro Dia de Cuidados Integrados em São Paulo como serviço piloto para idosos semidependentes	Indicador 2 – Serviços implementados
	Meta 3 – Implementar 160 leitos de retaguarda de unidades prolongados em hospitais nas regiões nordeste e noroeste do Estado	Indicador 3 – Número de leitos implementados
11.7.4. Capacitar profissionais de saúde do SUS na atenção a saúde da pessoa idosa	Meta 1 – Capacitar 800 profissionais de saúde da atenção básica e hospitais do SUS na atenção à saúde da pessoa idosa.	Indicador 1 – Número de profissionais capacitados

Fonte: Teixeira, 2012, p. 131

Os objetivos descritos na tabela 3 quando comparados a PNSPI demonstram que as diretrizes priorizadas em seu planejamento relacionam-se com a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, com ações integrais de saúde (estimulando ações intersectoriais), preocupação com a formação e educação permanente dos profissionais de saúde, com a qualidade da atenção (ao pensar em linhas de cuidado) e com o compartilhamento de experiências.

No entanto, não estão contemplados objetivos e metas voltados para a participação e fortalecimento do controle social, a divulgação e informação da PNSPI para usuários (além de profissionais e gestores) e o desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Um ponto de atenção está na elaboração das linhas de cuidado de saúde e da pessoa idosa, o PES considera como indicador a publicação e divulgação do documento que comprove a linha de cuidado como meta, mas não esclarece onde deverá ser publicado e quantos documentos seriam necessários para esta comprovação.

A informatização da carteira de saúde da pessoa idosa, nomeada *in loco* como caderneta do idoso é uma meta frágil para os municípios, considerando as dificuldades de distribuição e acesso às tecnologias da informação e a disponibilidade de software nos locais e quando está não se encontra instalado, geralmente pela falta de infraestrutura de equipamentos e internet.

A implementação de novos serviços geriátricos e gerontológicos, apesar de restritos, (referentes à meta limita-se a 05 CRIs em regiões prioritárias para a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo), concorrem com as demandas da intersectorialidade, requerendo a articulação das áreas da saúde com a área social. Até o momento de conclusão da coleta de dados, não se identificou entre os sujeitos do estudo, registro de orientação técnica aos municípios de como expandir essa rede. Questiona-se: seriam suficientes estes serviços?

Os Planos Municipais de Saúde abordam a saúde do idoso, na maioria das vezes pautado nas diretrizes do Plano Estadual de Saúde de São Paulo, da organização da rede municipal de atenção à pessoa idosa e dos portadores de DCNTs, na intencionalidade de atingir a meta proposta nos Relatórios Municipais de Gestão, especialmente no que tange à redução da taxa de mortalidade prematura (pessoas com menos de 70 anos de idade pelas DCNTs) e da maior prevalência de doenças (dentre elas, doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Analisa-se que tais orientações devem-se provavelmente a um denomina-se do ponto de vista do estudo das representações sociais de um conhecimento reificado, ou seja, a rede de cuidados aos portadores de DCNT é conhecida e esta minimamente estruturada nos municípios, motivo provável da integração da saúde do idoso com as DNCTs.

Percebe-se ainda um afunilamento das diretrizes da PNSPI, quando analisamos o objetivo dos Planos Municipais de Saúde em consequência de orientações do Plano Estadual de Saúde. O PES propõe o fortalecimento da intersectorialidade e a elaboração das linhas de cuidado, o que não aparece muito nos PMS, sem considerar nesta análise ações de âmbito estadual como a implementação de serviços estratégicos e ampliação de leitos especializados.

Dentre os montante de municípios compreendidos no DRS III, 21 deles apresentaram Planos Municipais de Saúde no SargSUS, 02 municípios não citaram a saúde do idoso neste documento e 01 município citou a saúde do idoso exclusivamente na prevenção do câncer bucal.

Os principais temas relacionados à saúde do idoso abordados no PMS foram: prevenção e promoção de saúde; capacitação da equipe; implantação das linhas de cuidado (DCNT e Idoso em alguns casos); ações intersetoriais; participação do idoso nas ações de saúde como forma de promoção do empoderamento; ações de saúde bucal; ações de atenção aos casos de violência; vacinação da gripe; prevenção de quedas; monitoramento das internações por quedas; protocolos de DCNT e do Idoso; protocolos de fluxo da rede e hospital; capacitação dos cuidadores e familiares; caderneta do idoso; atividades físicas e implantação de serviços especializados.

Constataram-se ações distintas, como estratégias implementadas: oficinas de memória; garantia de medicamentos para doenças prevalentes; saúde do homem; cadastro dos idosos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS; materiais de divulgação e garantia de representatividade do idoso no Conselho Municipal de Saúde – CMS (não no Conselho Municipal do Idoso - CMI).

Tabela 4– Planos Municipais de Saúde – 2014 a 2017 – Saúde do Idoso

Envelhecimento Ativo e Saudável	Organizar e Qualificar a Rede Atenção
ações intersetoriais	implantação das linhas de cuidado
prevenção e promoção de saúde	vacinação da gripe
participação do idoso nas ações de saúde	caderneta do idoso
prevenção de quedas	ações de saúde bucal
atividades físicas	ações de atenção aos casos de violência
oficinas de memória	protocolos de saúde das DCNT e do Idoso
representatividade do idoso no CMS	protocolos de fluxo da rede e hospital
	medicamentos para doenças prevalentes
	saúde do homem
	cadastro dos idosos nas UBSs
	controle de internações por quedas
Serviços Novos e Especializados	Capacitações
implantação de serviços especializados	capacitação da equipe
	capacitação dos cuidadores e familiares
	material de divulgação

Fonte: Silva, 2016

Ao correlacionarmos o Plano Estadual de Saúde com os Planos Municipais de Saúde, pode-se observar que os objetivos presentes no contexto geral dos municípios estão alinhados com o DRS III.

Incluimos nesta comparação a ausência de planejamento voltado para o estímulo da participação social e fortalecimento do controle social, além do apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas presentes na PNSPI.

Os pontos de divergência entre o Plano Estadual e os Planos Municipais são a informatização da caderneta do idoso (muitos municípios não tem o documento impresso implantado), selos nas modalidades hospitalar/ambulatorial e leitos especializados.

Os municípios com os Planos Municipais de Saúde mais estruturados em relação à saúde do idoso não são necessariamente os maiores ou mais desenvolvidos economicamente. Constata-se que muitas ações estão voltadas para a iniciativa local, dado que reforça a tese de que a PNSPI é implementada conforme as representações sociais dos grupos (articuladores e gestores).

Alguns municípios do DRS III possuem menos de 10.000 habitantes e condições socioeconômicas bem restritas para a saúde pública, o que não os impede de implementar práticas voltadas para o Envelhecimento Ativo e Saudável, utilizando-se de tecnologias leves como a escuta e o acolhimento; o envolvimento intersetorial e alguns movimentos voltados para o fortalecimento da cidadania da pessoa idosa.

Não significa que os Planos Municipais de Saúde estejam colocados em prática, pelo contrário, os Relatórios Municipais de Gestão apontam essa ineficácia de aplicação, pela inconsistência ou falta de dados.

Esse cenário demonstra a importância dos estudos CTS na discussão da PNSPI e outras políticas de saúde, pois o conhecimento e a apropriação científico-tecnológica contribui com a ampliação das possibilidades de intervenção, mais do que a disponibilidade de recursos financeiros ou de equipe.

Em muitos Planos Municipais de Saúde estão descritos de forma padronizada, com muitas semelhanças entre os municípios de sua região. Observa-se que o fato do Relatório Municipal de Gestão apresentar-se de forma “padronizada” no SargSus, com um único indicador voltado para saúde do idoso (morbidade das DCNT), muitas vezes não representa o que de fato o município desenvolveu e limitando, portanto, a caracterização das informações e a análise dos resultados das informações obtidas no SargSus.

Esse indicador presente nos relatórios de gestão refere-se ao cumprimento da diretriz – Garantia de atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de

promoção e prevenção. O objetivo é a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

O indicador Número de óbitos prematuros (< 70 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), indica grande variação entre os municípios, não fica claro se a compreensão do significado deste indicador é clara a todos, ou mesmo se estes municípios possuem mecanismos de identificar exatamente a causa dos óbitos prematuros na tabulação dos dados.

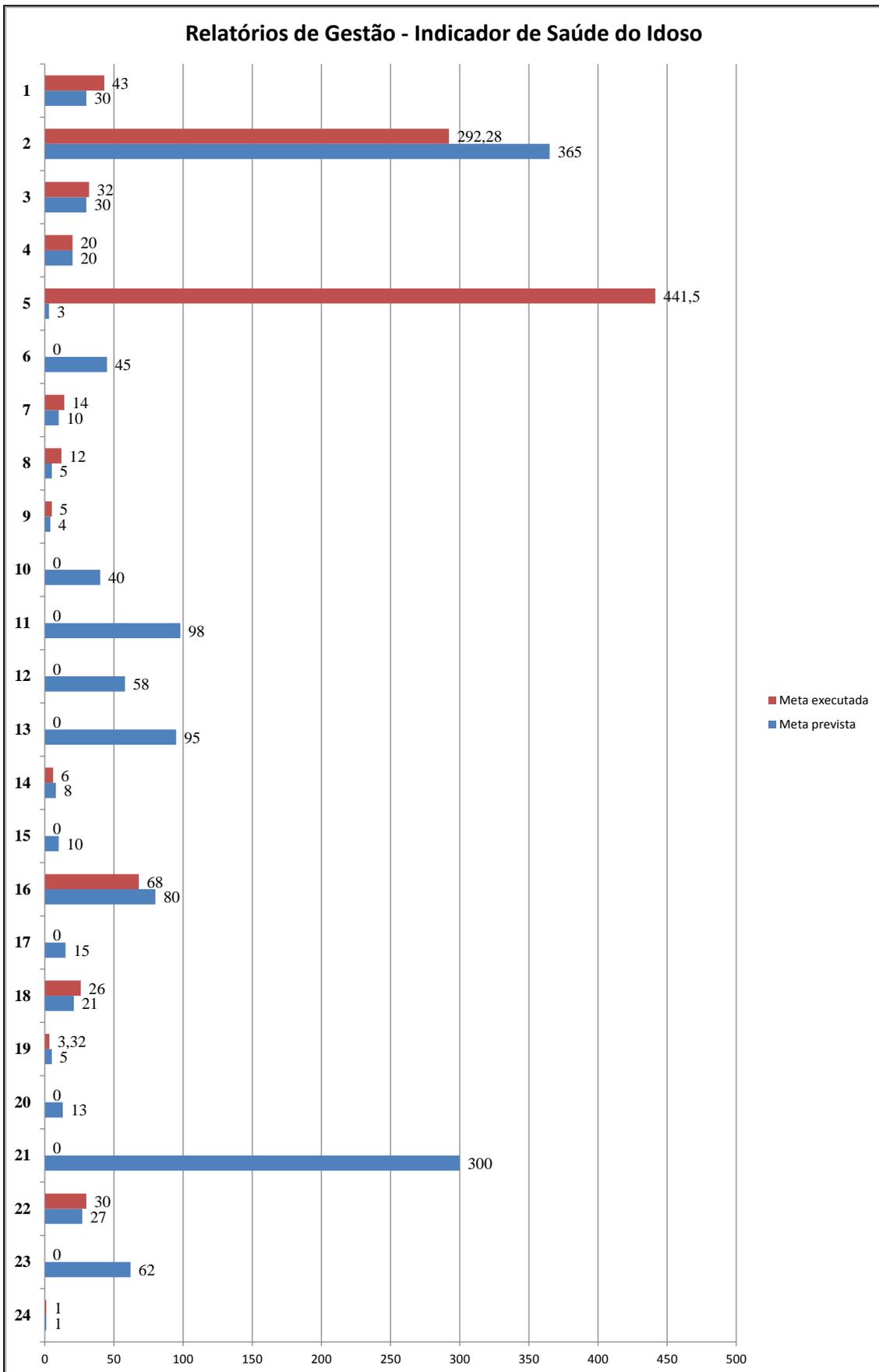
Nota-se uma herança das concepções de ciência e tecnologia voltada para as ciências biomédicas, de exames, vacinas e medicamentos. Um modelo insuficiente quando analisamos a complexidade do conceito de saúde do idoso alinhado a proposta da PNSPI.

Quando analisamos as percepções dos articuladores e gestores de saúde sobre a ciência e tecnologia observa-se uma aproximação como modelo herdado “americano” da ciência e tecnologia. A busca é por inovações de mercado e práticas, não são consideradas as questões sociais ou as tecnologias leves como alternativas de desenvolvimento social. Nesta perspectiva, os resultados são medidos por sobrevida e redução de morbidade, aspectos médicos.

As condições psicossociais que compõe o conceito de saúde em sua integralidade, não são consideradas e por isso não podem ser implementados. A preocupação está voltada para medicamentos, exames, redução de quedas, procedimentos médicos e ações voltadas para o idoso fragilizado.

O gráfico 2 apresenta o indicador por município, referente ao ano de 2014.

Gráfico 2 – Relatório de Gestão 2014– Indicador de Saúde do Idoso



Fonte: Silva, 2016

A análise dos Relatórios Municipais de Gestão, comparados aos Planos Municipais de Saúde esta representada na tabela 5, destacamos todas as ações planejadas e não executadas ou não relatadas para reflexão do que está sendo de fato implementado nos municípios.

Tabela 5– Relatórios de Gestão - 2014 – Planejado para Saúde do Idoso

Município	Ações não executadas ou não relatadas
1	Protocolos; capacitações; cuidadores e linhas de cuidado
2	Não se aplica, cumpriu todas as ações do Plano Municipal de Saúde
3	Câncer bucal; protocolos; ações intersetoriais; capacitações; cuidadores e carteira do idoso
4	Todas as planejadas, só o indicador
5	Câncer bucal
6	Sem plano específico para o idoso e informações no relatório de gestão
7	Planejado 01 protocolo único, não está claro se foi implantado e sem capacitações
8	Assistência farmacêutica e caderneta do idoso
9	Sem plano municipal de saúde e informações sem clareza de implementação
10	Sem plano municipal de saúde
11	Protocolos; capacitações; cuidadores; acompanhamento psicológico; atividade física, oficina de memória e medicamentos.
12	Vacinas, taxa de internação por fraturas e centro de referencia do idoso
13	Todas as planejadas
14	Sem plano municipal de saúde
15	Atenção psicossocial; linhas de cuidado; capacitação; saúde do homem e representação do idoso no CMS
16	Todas as planejadas, só o indicador
17	Sem plano específico para o idoso
18	Sem plano municipal de saúde
19	Ações no centro de referencia do idoso; ações com a terceira idade e capacitação
20	Implantação da política estadual do idoso; implantação do programa de saúde do idoso em cada UBS; carteira do idoso; violência e capacitação
21	Todas as planejadas
22	Quedas; carteira do idoso; vacinação; saúde bucal; atividade física; diabetes e hipertensão.
23	Protocolos; carteira do idoso e atividade física
24	Ações educativas; divulgação; intersetorialidade; capacitação; família e cuidadores e cadastros

Fonte: Silva, 2016

Observa-se um volume extenso de ações não executadas ou relatadas, algumas podem ser consideradas básicas inclusive, como a vacinação, a caderneta do idoso, cadastros e capacitações.

A percepção sobre estes relatórios é de que não são elaborados com o objetivo de prestar contas de forma efetiva e transparente e sim de cumprir um requisito exigido pela Secretaria de Saúde do Estado, considerando o atraso no depósito destes relatórios e os resultados desalinhados e muitas vezes sem qualquer justificativa.

Como implantar efetivamente a PNSPI sem estruturamos antes nossos Departamentos Municipais de Saúde, sem sensibilizar as equipes e traçar planos possíveis de alcançar?

O apoio à formação de linhas de cuidado voltadas para o idoso pode ser uma caminho, considerando o olhar exclusivo e integrado que esse modelo de cuidado traz, a interdisciplinaridade presente nas linhas de cuidado contribui com a redução das lacunas de atenção.

Constata-se que a aproximação da Universidade favorece discussões interdisciplinares que ampliam o olhar sobre o Envelhecimento Ativo e Saudável e a ciência e tecnologia, pelas discussões, pesquisas e intervenções realizadas nos municípios e no DRS III. Esta pode ser uma das estratégia de transformação das representações sociais na implementação de uma PNSPI ampla e efetiva.

As diretrizes da PNSPI não são tão complexas ou exigentes em relação a investimentos e sim a iniciativas. Através da análise documental demonstra-se a ineficácia da implementação da PNSPI, com suas devidas exceções, pouco representadas se analisarmos que de 24 municípios, apenas 01 cumpriu seu plano com efetividade.

O que se planeja nos documentos disponibilizados no SargSUS não estão comprovados em seus RMG. Os municípios apresentam apenas o indicador sobre a mortalidade das DCNT. A formatação destes relatórios talvez direcione os municípios para este modelo de prestação de contas, pois entre os municípios do DRS III, apenas 01 preocupou-se em alinhar as informações contidas no PMS com o RMG.

As intenções, valores e concepções dos responsáveis pela implementação da PNSPI serão analisados pelas entrevistas, pautadas na TRS.

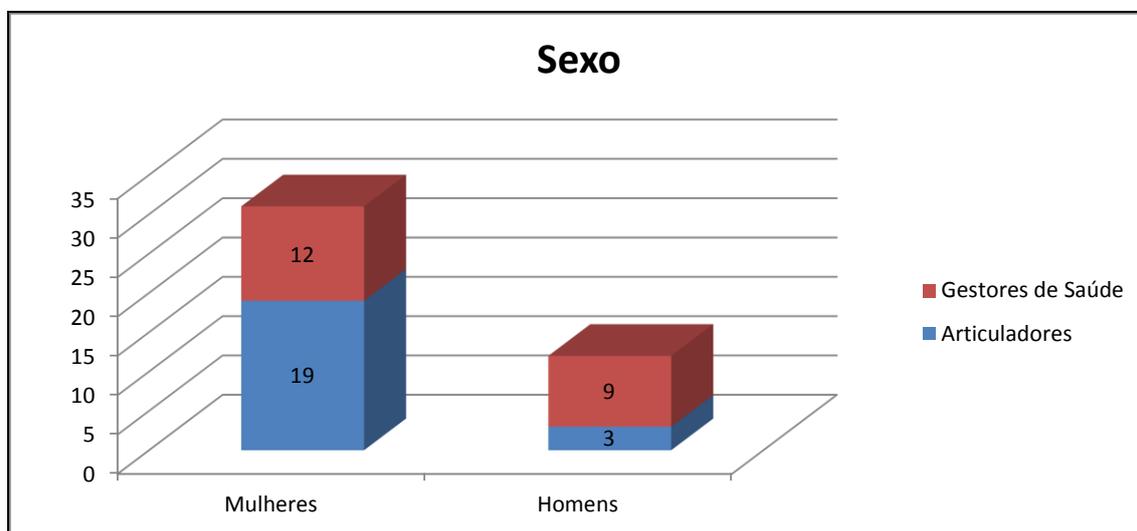
10. ANÁLISE DOS RESULTADOS - ENTREVISTAS

10.1. PERFIL DOS SUJEITOS

Apresentam-se nos gráficos o perfil dos sujeitos deste estudo, considerando-se dados como: sexo, faixa etária, entrevistas por porte de município, grau de instrução, formação acadêmica; vínculo com a administração pública; experiência na área da saúde e experiência na área do idoso.

O gráfico 3 classifica os sujeitos por sexo e observa-se uma predominância de mulheres entre os atores, principalmente entre articuladores.

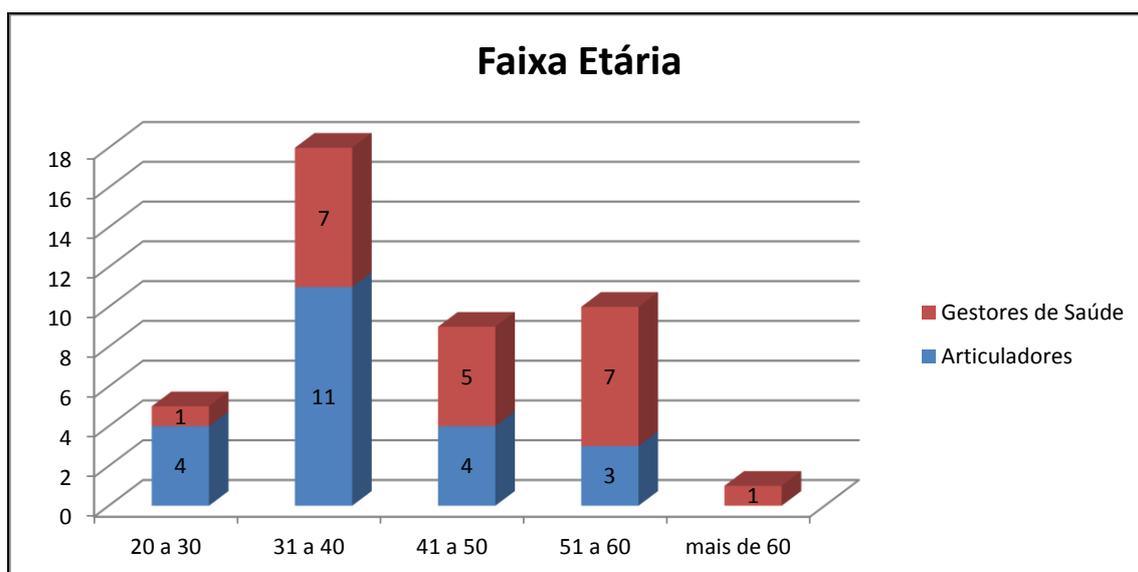
Gráfico 3 – Sexo



Fonte: Silva, 2016

No gráfico 4 apresentam-se os sujeitos por faixa etária, considerando a importância da representação social dos grupos na implementação da PNSPI, esse dado é fundamental: como pensam estes sujeitos que se encontram em processo de envelhecimento? A faixa etária que antecede os 30 anos e a que ultrapassa os 60 anos não é tão expressiva, portanto, os sujeitos incluem-se nas preocupações presentes neste processo de envelhecimento.

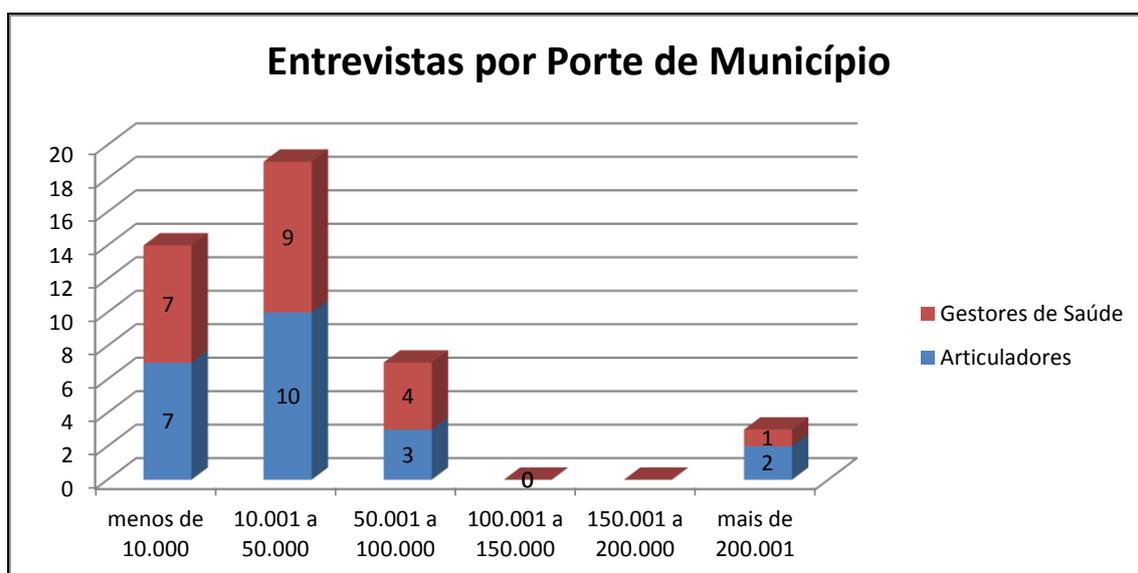
Gráfico 4 – Faixa Etária



Fonte: Silva, 2016

As entrevistas ocorreram em uma região de saúde composta em sua maioria por pequenos municípios, dado representativo quando analisamos as concepções de ciência e tecnologia e as representações sociais da PNSPI, considerando a característica destes municípios.

Gráfico 5 – Entrevistas por porte de município



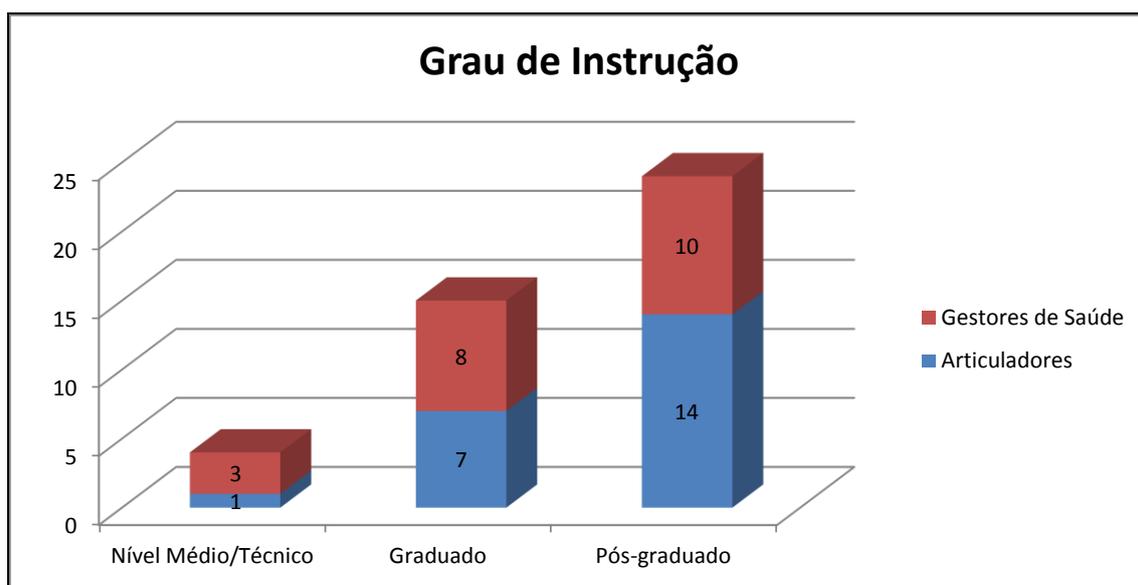
Fonte: Silva, 2016

O diferencial destes municípios é a sua localização, no centro do Estado de São Paulo, em um polo de Ciência e Tecnologia com diversas Universidades em seu entorno. Ponto que deveria tornar as informações mais acessíveis, o que não acontece conforme o relato dos sujeitos da pesquisa.

O grau de instrução dos articuladores e gestores é apresentado no gráfico 6, os gestores apresentam uma parcela maior de profissionais sem graduação de nível superior, assim como instrução na pós-graduação. Encontramos muitos profissionais administrativos a frente da gestão da saúde dos municípios de pequeno porte.

A preocupação parece ser da operacionalização das secretarias de saúde e não do planejamento ou formação especializada, em saúde ou administração pública. Isso compromete em alguns lugares o engajamento com as Políticas de Saúde, já que o olhar dos gestores é voltado geralmente para as questões econômicas e financeiras.

Gráfico 6 – Grau de Instrução

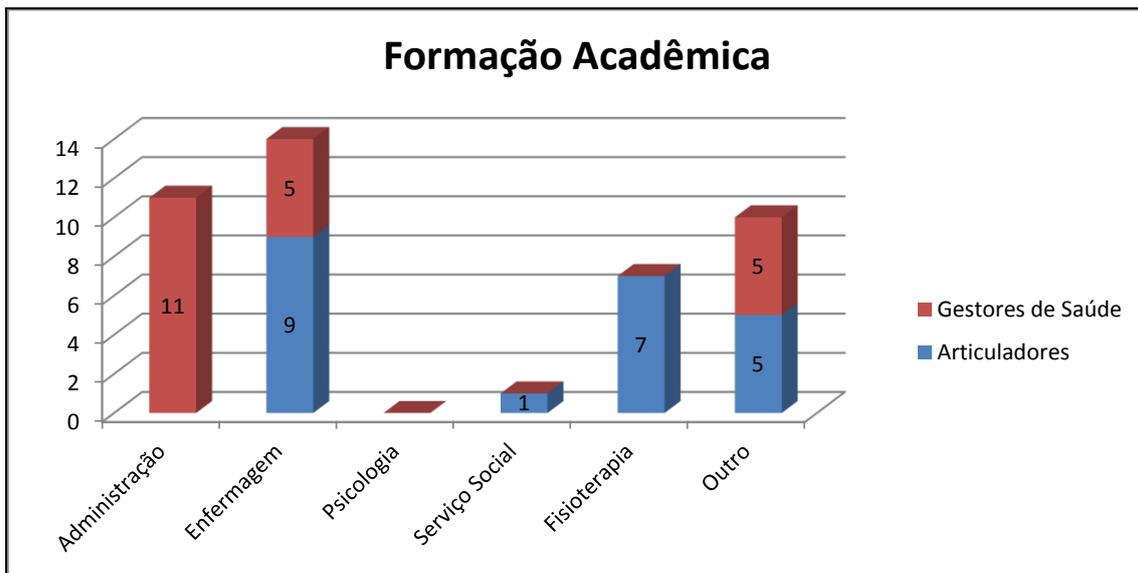


Fonte: Silva, 2016

Nos municípios do DRS III, o nível de instrução dos articuladores é superior aos gestores e, o cargo geralmente é ocupado por enfermeiros e fisioterapeutas, com maior experiência e especializações na área da saúde, como demonstrado no gráfico 7.

Os gestores graduados tem a formação voltada para administração (muitas vezes de cursos técnicos, não necessariamente graduação) e em alguns casos enfermagem. Outras formações são casos pontuais nestes municípios.

Gráfico 7 – Formação Acadêmica



Fonte: Silva, 2016

A região tem a influência das Universidades locais e do pólo tecnológico do município de São Carlos quando se trata de ciência e tecnologia. Uma região privilegiada neste sentido, considerando que dispõe de Universidades Públicas reconhecidas, como a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em São Carlos, Universidade de São Paulo (USP) em São Carlos, Universidade Estadual Paulista (UNESP) em Araraquara, Faculdade de Tecnologia do Estado de São Paulo (FATEC) em São Carlos e Taquaritinga, o Instituto Federal de São Paulo (IFSP) em Araraquara, Matão e São Carlos, além de Universidades Municipais e Privadas.

Uma região com acesso a ciência e tecnologia e a diversas pesquisas realizadas nos municípios pode interferir nas concepções dos sujeitos sobre a temática, sendo que o DRS III inclui as Universidades em espaços onde articuladores e gestores tem participação.

Os gestores, nomeados como secretários ou diretores de saúde, na maioria dos casos são exclusivamente cargos de confiança. Alguns casos acumulam o vínculo do concurso público com o cargo de confiança.

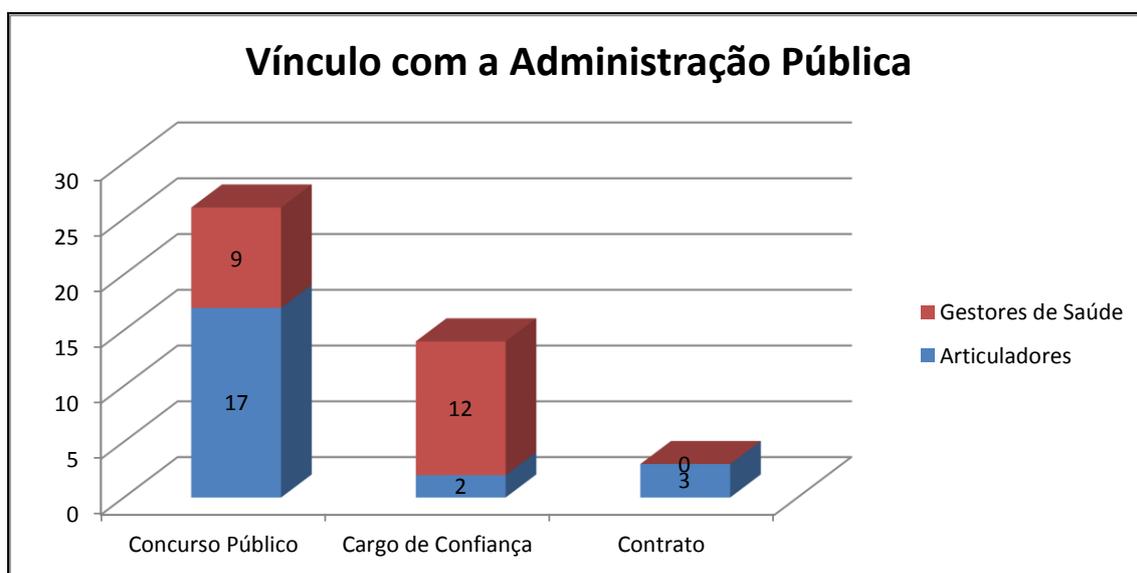
Os articuladores em contrapartida geralmente são concursados e profissionais de carreira na administração pública, motivo que talvez explique os indicadores relacionados à instrução e a experiência na área da saúde em contraposição aos gestores de saúde.

Uma nova modalidade de vínculo tem surgido na administração pública, os contratos, normalmente realizados com as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e parte dos articuladores foram selecionados desta forma nestes municípios.

Esses contratos de gestão tem tempo determinado, o que prejudica a continuidade na articulação de saúde do idoso, um processo que é longo e requer engajamento.

Apresenta-se no gráfico 8, o vínculo profissional com a gestão pública.

Gráfico 8 – Vínculo com a Administração Pública



Fonte: Silva, 2016

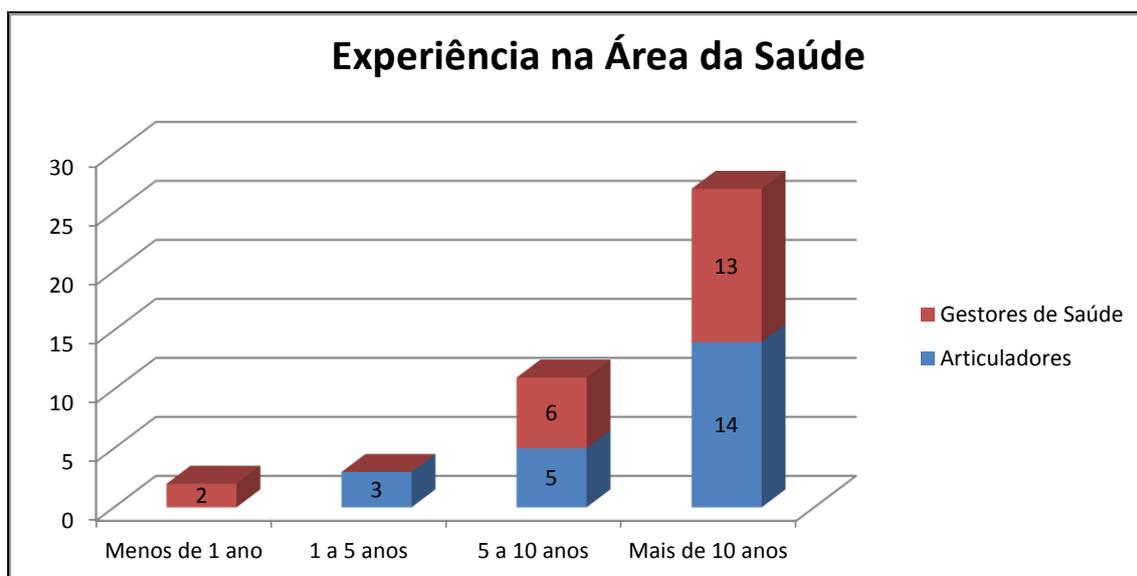
A experiência na área da saúde é equivalente entre gestores e articuladores, e com predominância superior a 10 anos. O olhar destes atores sobre a aplicabilidade da ciência e tecnologia na saúde do idoso pode ser influenciado muitas vezes pelo meio de atuação e pela cultura nos processos de trabalho no qual estão inseridos.

Profissionais da área da saúde (fisioterapeutas e enfermeiros) deveriam estar mais próximos das tecnologias leves, pela escuta presente em suas consultas e formação, mas pelas entrevistas observou-se uma concepção parecida com os gestores, das tecnologias duras e médico centradas.

O ponto de convergência é a experiência no setor saúde, tempo considerável que deveria apresentar resultados mais críticos em relação às Políticas Públicas de Saúde.

A experiência na área da saúde apresenta-se no gráfico 9 pelo tempo de experiência.

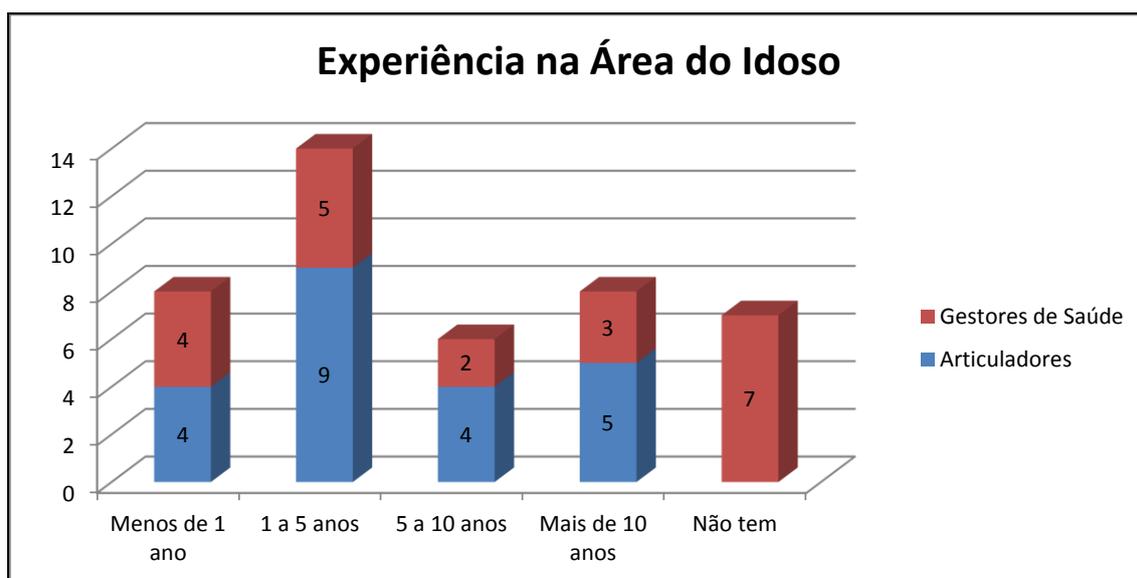
Gráfico 9 – Experiência na Área da Saúde



Fonte: Silva, 2016

A experiência na área do idoso não é muito percebida entre os gestores, reflexo na falta de priorização deste segmento nos Planos Municipais de Saúde, dado que influencia a definição das prioridades e a compreensão de qual tecnologia aplicar para saúde dessa população. O preocupante é que a opinião dos articuladores em relação a conceitos de ciência e tecnologia não é muito diferente.

Gráfico 10 – Experiência na Área do Idoso



Fonte: Silva, 2016

Entende-se que é fundamental a exploração do perfil dos gestores e articuladores inseridos no DRSIII para análise do conteúdo das entrevistas. Apesar de tratar-se de municípios compreendidos como pequenos estão umas regiões movimentadas pela ciência e tecnologia, em uma posição geográfica privilegiada no Estado de São Paulo, caracterizado pelo trecho de entrevista de um gestor:

A tecnologia favorece em alguns pontos e em alguns pontos pode ser que prejudique. A tecnologia evolui de uma forma muito rápida, pode ser que todo sistema ainda não esteja preparado para acompanhar toda essa evolução, por exemplo, São Carlos é uma cidade privilegiada, ao qual há desenvolvimento através das universidades na tecnologia de ponta em saúde, referencia que auxilia demais, e o trabalho de inserção da tecnologia no serviço publico, desde que consolidado, tem contribuído demais para nossas políticas. (G20)

Observa-se que a tecnologia é presente nos municípios, um ponto facilitador em determinados momentos na inserção da tecnologia no setor público e frustrante em outros, quando se percebe a dificuldade de acompanhar e implementar o que é desenvolvido nas universidades e no pólo de tecnologia.

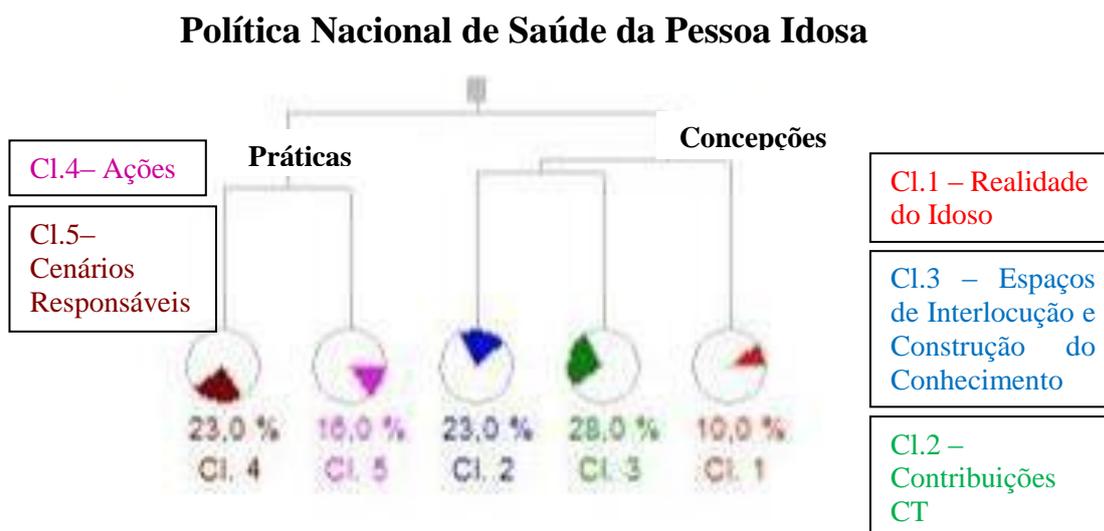
10.2. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PNSPI POR ALGUNS DE SEUS ATORES

A) Articuladores de Saúde do Idoso

A análise das entrevistas dos articuladores resultou em cinco classes, apresentadas a seguir na Figura 4, representada pela Classificação Descendente das entrevistas com os articuladores.

Estas classes aproximam-se por grupos de palavras com o mesmo significado. Os discursos apresentam elementos das RS da PNSPI e também da saúde do idoso, que conduzem ações dos articuladores, pois a segunda dificilmente se desassocia da Política.

Figura 4 – Articuladores: Classificação Hierárquica



Fonte: Silva, 2016

CONCEPÇÕES

As classes 1, 2 e 3 aproximam-se nesta análise por tratarem das questões relacionadas às concepções que os sujeitos têm da realidade da saúde do idoso em seu município e região, das contribuições da ciência e tecnologia para implementação da PNSPI e também na saúde do idoso, além dos espaços de interlocução e construção de conhecimento sobre a PNSPI.

O conjunto destas classes apresenta as percepções e informações dos articuladores ao representar a PNSPI em sua instância de diagnóstico e planejamento.

Moscovici (2003, p.30) diz que nós percebemos o mundo tal como é e todas as nossas percepções, ideias e atribuições são estímulos do ambiente físico ou quase-físico, em que nós vivemos.

Ao somarmos as classes relacionadas às concepções dos articuladores, encontramos o total de 61% da análise das entrevistas. Os relatos transpassaram em sua maioria o campo de concepções, deixando a prática em segundo plano.

Classe 1 – Realidade da saúde do idoso

A classe 1 representa a realidade da saúde do idoso nos municípios, quais as dificuldades e percepções dos articuladores sobre as condições e necessidades desta parcela da população.

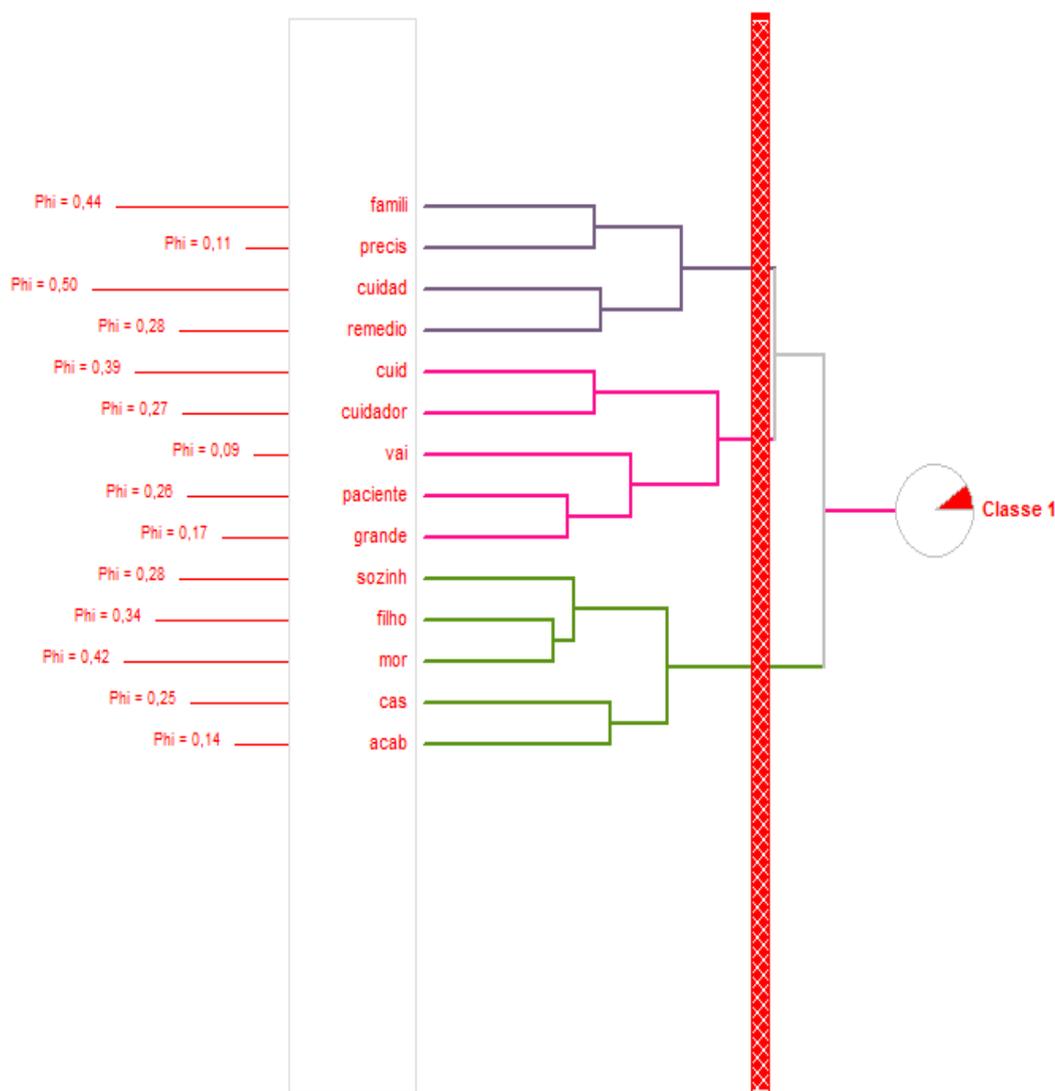
Quando analisada em subgrupos, a classe 1 aproxima termos como: família-precisa- cuidado- remédio; cuidar- cuidador- vai- paciente- grande; sozinho- filho- mora- casa- acaba.

Esse conjunto de palavras apresenta a demanda de atenção ao idoso nestes municípios. Os articuladores percebem um grande número de idosos morando sozinhos e fragilizados, dependentes, ligados a saúde da família com a necessidade de cuidados especiais e medicamentos.

As condições de segurança e acesso aos serviços de saúde que estas cidades possuem, pela personificação do atendimento em locais onde os habitantes conhecem as famílias, inclusive os filhos que moram fora no intuito de trabalhar ou estudar.

Estes fatores formam a representação da realidade do idoso para este grupo, que somada a outras concepções sugere um diagnóstico preliminar do perfil do idoso local, que deveria direcionar o planejamento em saúde destes locais.

Figura 5 – Articuladores: Classe 1



Fonte: Silva, 2016

A saúde da família se faz presente e tem forte representação para este grupo. Os agentes de saúde conhecem sua população e seus familiares e em muitos casos, mantem estreito relacionamento com todos. A atenção básica conta muito com a saúde da família, as visitas, orientações e conversas dos agentes de saúde e dos profissionais da UBS.

Nesta classe destacam-se os remédios, pois a orientação aos idosos sobre a medicação é um ponto forte para os sujeitos. Em alguns relatos percebeu-se que esta orientação é frágil, pois não há um trabalho estruturado com cuidadores ou interlocução efetiva entre os profissionais, o que gera retornos aos serviços de saúde pela não utilização correta dos medicamentos e outras ações de prevenção e promoção da saúde.

Existem casos onde o idoso não mora sozinho, mas fica só durante o dia como relata A9:

Idoso morando sozinho não tem, mas tem muito que a família precisa trabalhar e não têm condições de manter um cuidador, ela sai para trabalhar de manhã e deixa a alimentação pré preparada e o idoso acaba se cuidando sozinho (A9).

Nestes casos, o agente de saúde geralmente apoia o idoso e fica como um ponto de apoio, não são todos os idosos que frequentam os centros especializados para idosos e muitos municípios não possuem um programa de cuidador municipal.

A intersetorialidade seria fundamental na atenção deste perfil de idoso, este ponto apresenta fragilidade e demanda ações de fortalecimento e integração das equipes.

Temos os casos de desinteresse da família ou cuidador que também é idoso e necessita de atenção. O idoso sofre rejeição e é marginalizado:

Aqui é bem complicado porque a gente vai atrás, mas a família não quer agregar tanto com o idoso assim, ter aquela responsabilidade, tem também muito cuidador idoso (A14).

Os casos de violência também são citados nas entrevistas da classe 1, sendo a falta de notificação um problema que dificulta a ação intersetorial.

Não são registrados os casos de violência, a gente escuta falar e vai atrás, mas é muito difícil, eles acabam sendo violados, mas ninguém faz o registro e denuncia (A3).

Essas discussões e a mudança do olhar para o idoso podem aprimorar as redes de atenção do idoso, e avançar na implantação das diretrizes da PNSPI. A capacitação dos profissionais sobre as questões de segurança do idoso e o desenvolvimento de fluxogramas que aproximem a saúde do social são estratégias para minimização deste quadro.

Segundo os articuladores esse “diagnóstico extraoficial do idoso” é resultado da segurança que as cidades oferecem, assim como a qualidade de vida e a proximidade entre vizinhos e profissionais dos serviços de saúde.

Se por um lado este cenário apresenta aspectos favoráveis que poderiam fortalecer a independência e a vida social deste idoso, por outro permite o abandono, a violência e muitas vezes os acidentes dentro de casa.

O relato de A4 busca soluções para alguns destes problemas, quanto tem uma queda no nosso hospital:

Eu sei o nome do paciente e entro em contato com o agente de saúde e falo com ele que o paciente caiu, para ele dar uma olhadinha de novo na casa e dar uma reforçada, ver como esta a residência (A4).

Apesar de a intenção ser boa, mas a articulação entre os profissionais de saúde e outros setores é insuficiente. Não basta visitar a casa e readequar o espaço, são necessários programas de intervenção continuada.

O diagnóstico que os articuladores fazem da realidade do idoso em seus municípios e conseqüentes demandas, direcionam os planos e ações locais.

Esta classe remete a uma PNSPI que precisa de cuidados básicos nas residências, o olhar está voltado para o idoso fragilizado, sozinho e dependente.

Classe 2 – Contribuição da ciência e tecnologia

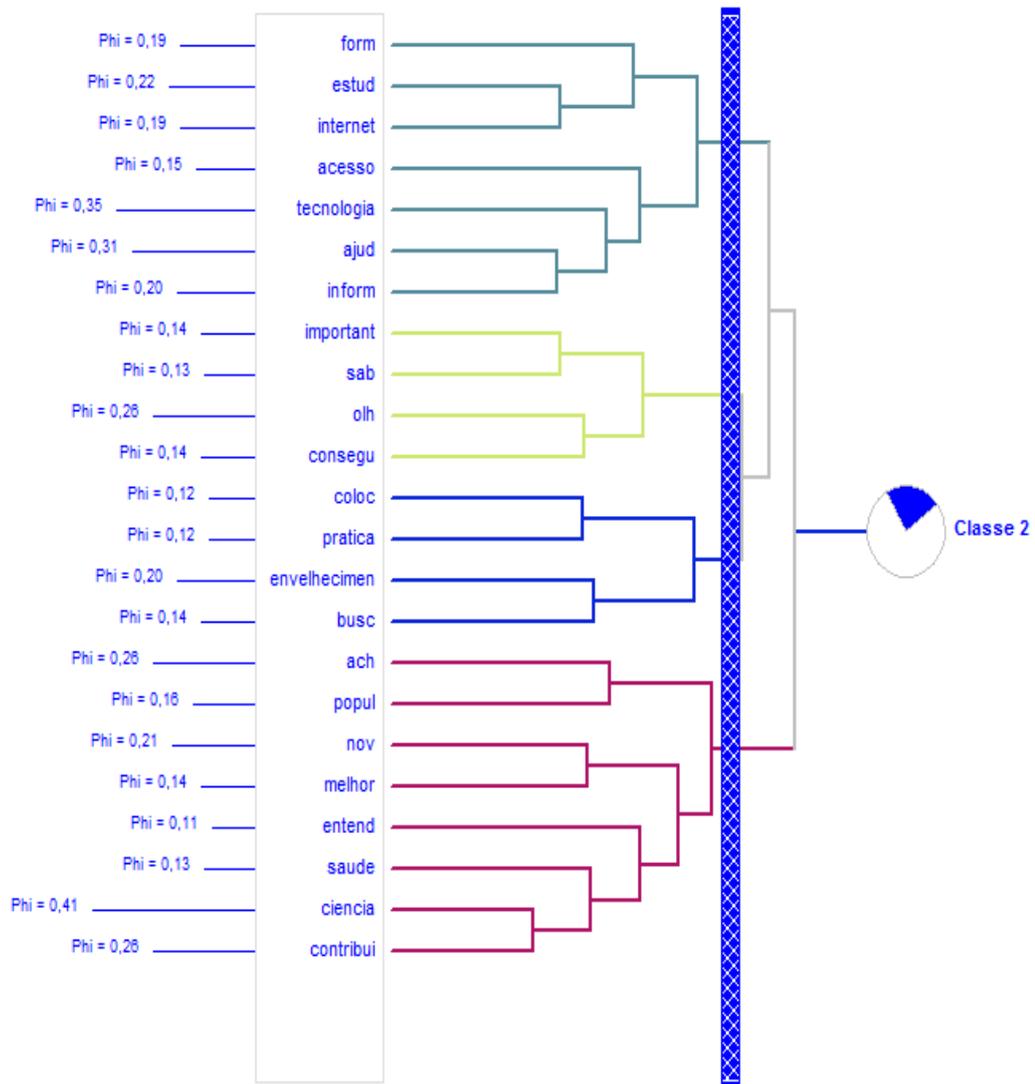
A classe 2 representa a contribuição da ciência e tecnologia para este grupo na implementação da PNSPI e também na saúde do idoso.

Estas concepções auxiliam na compreensão de como o pensamento científico-tecnológico é construído pelos articuladores, a entender como está o acesso a estas informações e recursos e qual sua apropriação.

O que é aplicado dos Planos Municipais de Saúde, no cotidiano dos serviços e na promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.

As palavras mais relevantes desta classe foram: forma- estudar- internet- acesso- tecnologia- ajudar- informação; importante- saber- olhar- conseguir; colocar- prática- envelhecimento- buscar; achar- população- nova- melhor- entender- saúde- ciência- contribui.

Figura 6 – Articuladores: Classe 2



Fonte: Silva, 2016

A tecnologia para os articuladores está associada à internet e a informação e está compreendida como uma ferramenta de ajuda e acesso.

Os atores reconhecem a importância de buscar, saber, olhar e conseguir colocar em prática ações voltadas para o envelhecimento, citam também a importância da ciência para entender e melhorar a saúde, em especial para esse novo segmento da população que cresce a cada dia.

A internet representa muito a ciência e a tecnologia segundo A17, a facilidade de acesso à informação é uma importante contribuição na construção do conhecimento, principalmente com a disponibilização das formações à distância:

Eu gosto de ler, estudar, o governo federal, em algumas ocasiões, liberou formação continuada em saúde, você tinha que se inscrever num processo seletivo, eles selecionavam, a primeira vez eu fiquei sabendo pela internet (A17).

Buscam informação na internet, no site no Ministério da Saúde.

Eles têm protocolo para tudo, passo a passo e isso ajuda bastante, mas tudo é só literatura (A7).

A busca pelos protocolos favorece a formação das representações sociais, que segundo os relatos são resultantes de um universo reificado. O Ministério da Saúde tem a saúde básica estruturada em protocolos e está é uma importante fonte de informação para os articuladores. A saúde do idoso não possui documentos estruturados desta maneira, o que dificulta a implementação da PNSPI e de práticas específicas.

O trabalho é percebido também de forma fragmentada, nota-se uma divisão do intelectual com o manual. Os articuladores relatam por vezes a dificuldade de colocar em prática a teoria, sendo para alguns de acesso difícil e algo distante de sua realidade.

A ciência é uma questão de teoria, para articular com a saúde, e para ele a prática dessa ciência é algo muito distante, e a prática é tudo (A15).

Uma dificuldade apontada pelos sujeitos é a integração de todas as áreas, de forma interdisciplinar e intersetorial.

O diferencial da ciência é ver o idoso como um todo, da parte biológica, psicológica e social, porque assim, o idoso não é só visto na saúde, e sim também na parte social, o diferencial disto é ver a real necessidade dele (A13).

É um trabalho interdisciplinar e intersetorial, um trabalho de formiguinha na busca de vínculos interessantes, como com o fundo de solidariedade, a secretaria de assistência social e a educação (A2).

A produção de novos medicamentos, a atividade física, os estudos voltados para o envelhecimento saudável e a prática da cidadania são citados pelos sujeitos, mas a ênfase esta na informática.

A informática no sentido da propaganda, informação, pesquisas para descobrir novos recursos e novas maneiras para pesquisar e oferecer recursos melhores à população (A17).

Classe 3 – Espaços de Interlocução da PNSPI

A classe 3 está associada aos espaços de interlocução e de aquisição de conhecimento da PNSPI para este grupo, as palavras relacionam-se a reuniões, a rede, ao tentar implantar, ao DRS e a figura da responsável pela saúde do idoso no DRS, a Dina Maria.

Os meios de informação dos articuladores, segundo relatos, estão nas reuniões onde na maioria das vezes acontece a troca de vivências, além da orientação teórica e técnica do DRS e da rede de saúde do município.

Quando analisamos os subgrupos de palavras, temos: coisa- acontece- pessoas; DRS- juntos- reunião- falar; necessidade- saúde do idoso- articular- rede- falta; equipe- levar- gestor-mundo- tentar- participar- implantar- política de saúde do idoso.

Os relatos falam da importância de todos participarem da implementação da PNSPI, da equipe, do gestor, prefeito, além da busca de informações com a ajuda ou não do DRS, muitas vezes, na figura da articuladora do DRS Dina Maria.

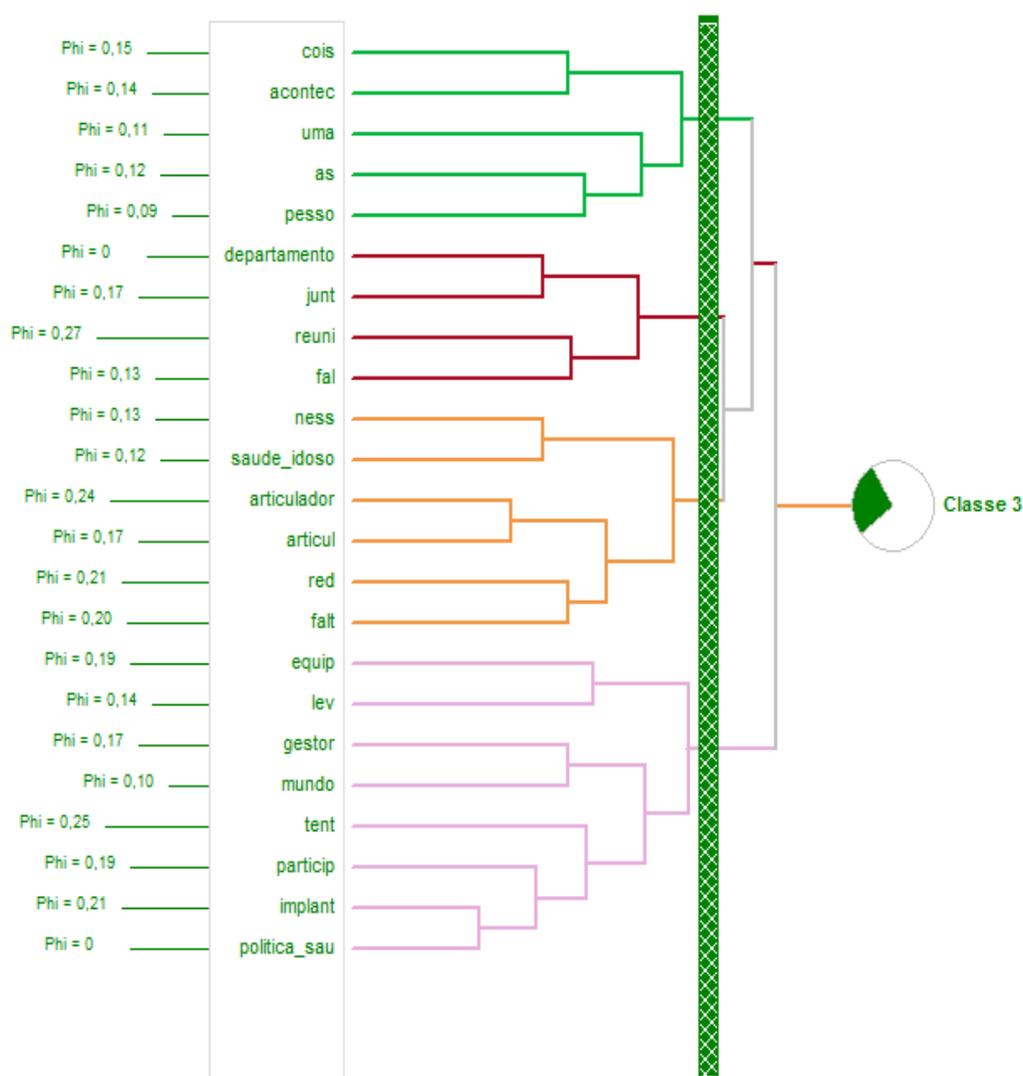
A informação e o meio ambiente transformam o objeto em representações sociais, por isso é tão importante a intersetorialidade e estes espaços de interlocução.

Segundo Moscovici (2003, p.60), não é fácil transformar palavras não familiares, ideias ou seres, em palavras usuais, próximas e atuais. São necessários dois mecanismos para isso: ancorar, classificar e nomear.

Ao ancorar incorporamos o novo elemento a um sistema de categorias existente, damos nome para o objeto e com isso, o colocamos a disposição do grupo, para que as práticas aconteçam.

Tratando-se da PNSPI o processo de interdisciplinaridade e intersetorialidade é muito importante, só assim a RS resultará em práticas e ações.

Figura 7 – Articuladores: Classe 3



Fonte: Silva, 2016

O falar é importante e valorizado nas reuniões e entre os municípios, e os espaços públicos, conselhos, secretarias, além dos materiais e cadernos do Ministério da Saúde também são apresentados como estratégias para fortalecer a intersetorialidade, a representação dos idosos e seus direitos.

Toda a equipe é responsável pela implementação da PNSPI, porque se todo mundo não participar, não funciona. Não adianta só o gestor, os enfermeiros e os médicos (A5).

A implantação da PNSPI precisa da participação de todas as áreas, porque trabalhando na saúde é percebida a falta de articulação entre as redes (A10).

As reuniões no DRS são consideradas importantes, A21 relata que busca informação no DRS:

Porque a reunião antigamente era só sobre a saúde do idoso, e quando dava ia sempre, quando tinha carro para levar, mas agora que juntou tudo (todas as redes) percebe que está melhor, porque antes tinha coisas que não entendia (A21).

As dificuldades citadas por A22 são as de olhar para a equipe toda e a sociedade civil organizada:

A PNSPI é muito bonita no papel, mas na prática é difícil ser implantada e é muito complexa, nós não temos infraestrutura e pessoal preparado (A22).

A intencionalidade de articular, reunir, implantar está presente nos discursos, assim como a importância da participação de todos. As dificuldades são de capacitação da equipe para essas mudanças decorrentes do envelhecimento e o acesso à informação e a espaços de participação pública.

Pelas concepções dos articuladores a PNSPI é bonita e bem estruturada teoricamente, mas difícil de ser implantada pela sua complexidade e falta de infraestrutura dos municípios.

As prioridades de atenção são também diferentes das diretrizes da Política Nacional, considerando o diagnóstico de saúde do idoso preliminar que os articuladores possuem. Seu conhecimento científico e consequentes representações sociais.

Os espaços e os documentos capazes de modificar o olhar dos articuladores sobre a PNSPI estão cristalizados e demandam uma aproximação com as pesquisas e discussões acadêmicas, além de uma urgente sensibilização sobre a relevância do tema.

PRÁTICAS

As classes 4 e 5 estão relacionadas pelas ações voltadas para o idoso e os cenários e responsáveis pela implementação da PNSPI, correspondem a 39% das palavras analisadas no software.

O conjunto destas classes é o resultado das percepções e expectativas dos articuladores. Nesta análise estão o que é significativo e que no ponto de vista deste grupo, deverão ser as práticas implantadas nos municípios, com seu cenário e responsabilidades reconhecidas.

A TRS transforma os conceitos em práticas, Moscovici explica (2003, p.79):

A teoria das representações sociais, por outro lado, tem como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade.

Classe 4 – Ações voltadas para o idoso

A classe 4 trata das ações voltadas para o idoso nos municípios, no que os sujeitos compreendem como necessário para implantação da PNSPI, algumas estão implantadas e outras são projetos.

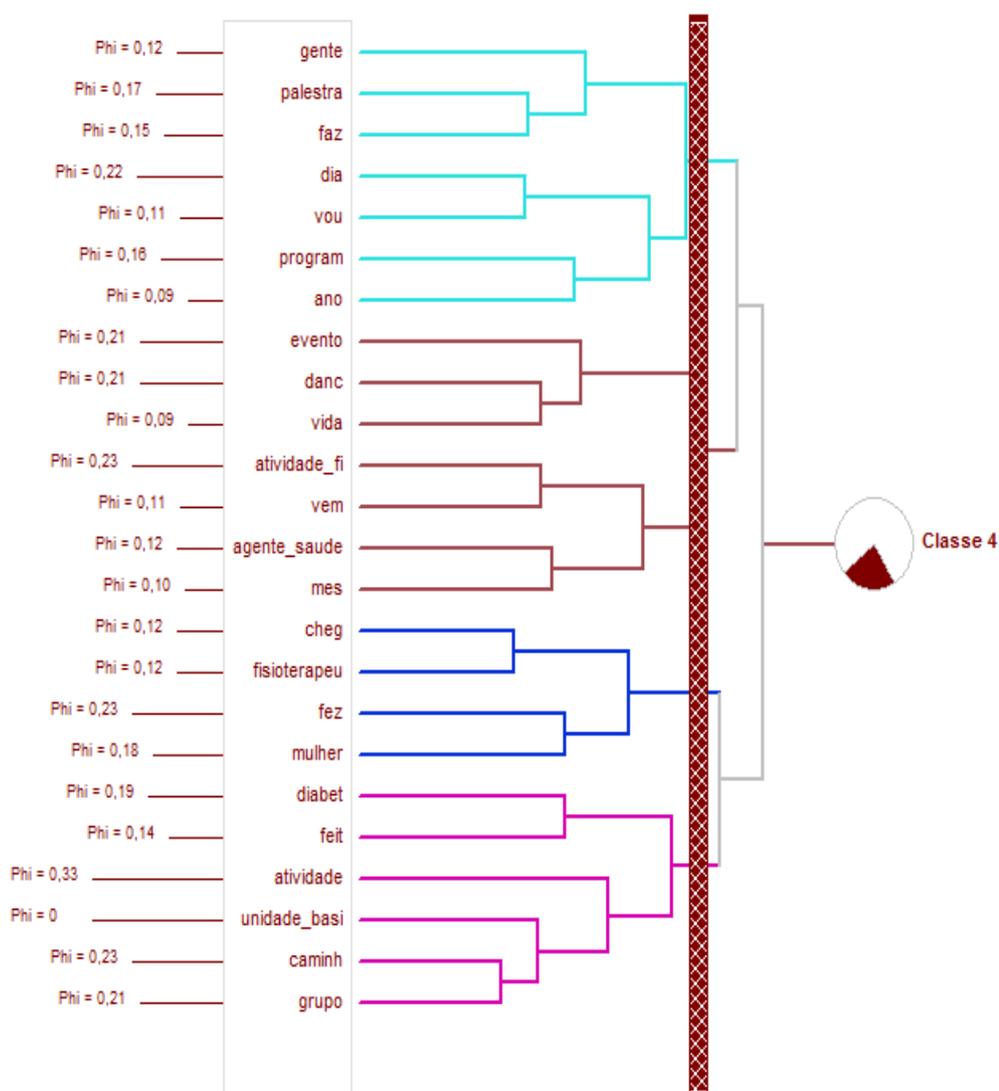
Os subgrupos de palavras da classe 4 são: gente- palestra- fazer- dia- vou- programação- ano; evento- dança- vida- atividade física- vem- agente de saúde- mês; fisioterapeuta- fez- mulher; diabetes- feito- atividade- UBS- caminhada- grupo.

Muitas ações desenvolvidas nos municípios estão voltadas para atividade física, controle de DCNT, promoção e prevenção da saúde, projetos sociais, qualidade de vida, a parceria com a terceira idade e tudo que é feito nos Centros do Idoso.

A implementação da PNSPI tem seu foco no Envelhecimento Ativo e Saudável, na perspectiva dos articuladores que o compreende somente pelo pilar saúde. As atividades físicas prevalecem, principalmente, as alinhadas com o controle das DCNT, meta estabelecida no PES e nos PMS.

As parcerias com a terceira idade e as promovidas pelo Centro do Idoso também representam as estratégias de promoção da saúde, afinal são atividades que socializam e exercitam a memória e o empoderamento social dos idosos.

Figura 8 – Articuladores: Classe 4



Fonte: Silva, 2016

Para os articuladores essas são ações que representam o que o DRS orienta e o que o grupo acredita. Em muitas das entrevistas a intenção do grupo é tirar o idoso de casa e aproxima-lo destes espaços onde ocorrem as atividades físicas, promoção da saúde e socialização. Para este grupo este é o caminho para o Envelhecimento Ativo e Saudável.

O que não é desenvolvido é a questão da promoção ao exercício da cidadania, que acontece muito timidamente em alguns espaços e municípios. Muitos articuladores não reconhecem o idoso como um cidadão ativo que participa de espaços políticos, sendo que para o grupo o objetivo é alcançado com a participação em atividades de saúde.

As ações também não consideram muitas vezes, a escuta e as questões psicossociais, o relacionamento entre familiares, cuidadores, idosos e até entre a equipe interdisciplinar precisam de fortalecimento.

Além do alongamento e da caminhada feito na unidade básica de saúde e no centro do idoso, outras atividades culturais acontecem além das atividades físicas, eles promovem eventos, bailes, bingos, jantares e dança (A6).

O exercício físico e os bailes e eventos da terceira idade são frutos dos paradigmas médicos e comunitários. Ao ampliarmos o olhar sobre os diversos pilares que compõe o Envelhecimento Ativo e Saudável possibilitamos uma mudança nas RS da PNSPI.

Segundo Oliveira (2011, p. 597) A necessidade de articulação da TRS com os paradigmas da saúde encontra eco nas proposições de Moscovici (1988) ao atribuir a dimensão da informação um papel fundamental na formação e também na transformação das representações sociais.

A informação altera o paradigma biomédico e a imagem do idoso acomodado. Esta representação social estabelece comportamentos que convencem além da equipe de saúde, o próprio idoso de suas supostas limitações, por isso são a mudança é tão urgente e necessária.

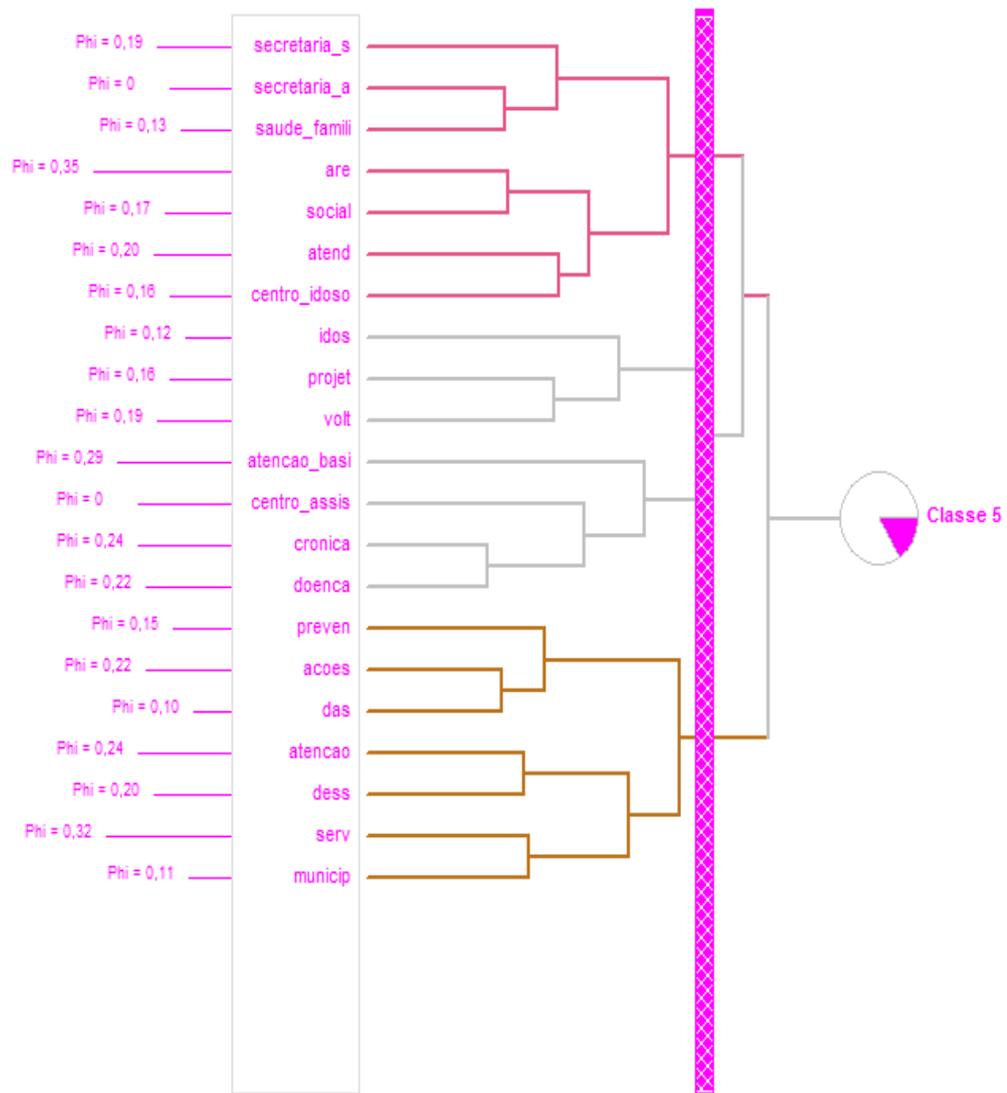
Classe 5 – Cenários e Responsáveis pela implantação da PNSPI

A classe 5 tem como grupos de palavras os cenários e os responsáveis pela implantação da PNSPI.

Os subgrupos de palavras são: secretaria da saúde- secretaria da assistência social- saúde da família- social- atendimento- centro do idoso; idoso- projeto- voltado- atenção básica- centro de assistência social –crônica- doença; prevenção- ação- atenção- serviços- município.

As secretarias de saúde e assistência social, os centros do idoso e de assistência social, a saúde da família e os serviços do município voltados para prevenção, atenção e atendimento do idoso e dos portadores de DCNT estão entre os espaços e equipamentos relatados pelos articuladores.

Figura 9 – Articuladores: Classe 5



Fonte: Silva, 2016

A atuação da atenção básica, os projetos sociais e de saúde são as estratégias para implantação da PNPSI, ações voltadas para o Envelhecimento Ativo e Saudável.

Aferimos a pressão arterial, encaminhamos para saúde da família, glicemia, avaliação bucal, da ultima vez um advogado deu orientação jurídica e teve uma rádio ao vivo. Um evento foi na praça e outro dentro de um salão paroquial, temos essas duas ações pontuais e também outra em junho de prevenção de quedas na saúde da família e no centro de assistência social (A13).

A20 relata que no município também tem oficina de prevenção de quedas:

São muitas as ações no município, já tiveram a oferta de oficina para cuidadores, a própria universidade, a FESC, em sua programação oferta curso de cuidadores de idoso, existe, mas ainda é menor do que as ações voltadas para o idoso (A20).

As ações estão voltadas para atividades de promoção e prevenção, muitas vezes sem a especificidade da saúde do idoso, já que este se inclui no grupo de DCNT, as ações são para todos os munícipes.

Os articuladores não percebem as diferenças entre a população idosa e a que esta em processo de envelhecimento, tratar e prevenir as DCNT talvez seja o principal objetivo dos PMS.

A saúde do idoso é compreendida como algo difícil, é um problema para os municípios. A mudança das representações sociais poderia tornar a tarefa diferente, se as mudanças paradigmáticas ocorressem como sugere Oliveira (2011).

As mudanças parecem permitir afirmar o fortalecimento de uma mudança paradigmática nos campos não médicos da saúde, fortalecendo a adoção de princípios humanistas e o afastamento de uma perspectiva clínico-biomédica ou sociológica, além de uma maior visibilidade da apropriação da psicologia social nesse processo (OLIVEIRA, 2011, p.597).

As questões sociais e os espaços de participação pública não compõem em muitos municípios as representações dos articuladores, muitos locais não têm implantado o Conselho Municipal do Idoso.

O município tem o conselho do idoso, um conselho atuante, que reuni com frequência e têm os membros das entidades filantrópicas, as instituições têm os conselheiros também ligados à cidadania, ter um conselho atuante ajuda muito (A20).

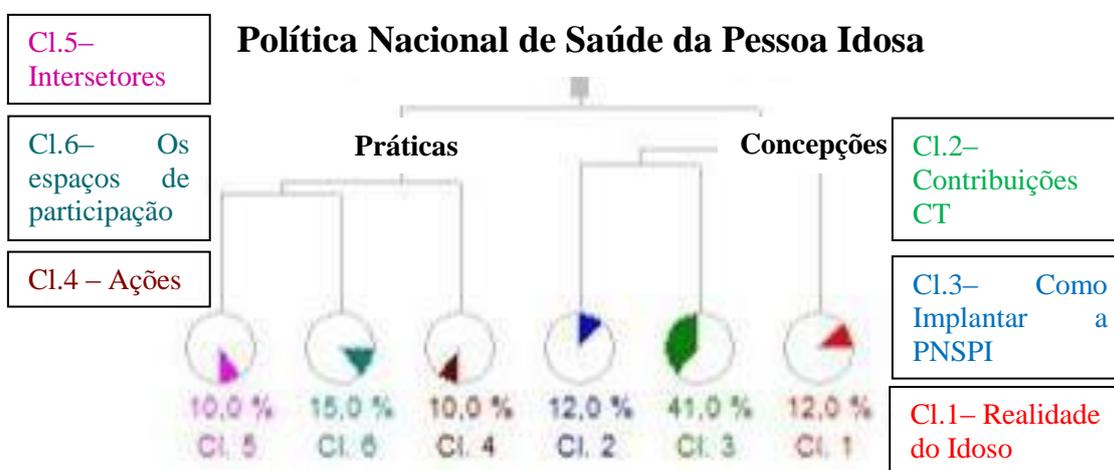
O movimento de fortalecer esses espaços de cidadania e aumentar a participação do idoso na sociedade é um ponto fundamental na implementação da PNSPI, mas para isso é preciso antes que isso se torne importante para os articuladores, que represente saúde e desenvolvimento socioeconômico tanto quanto as atividades realizadas na saúde e assistência social.

B) Gestores Municipais de Saúde

As entrevistas dos gestores constituíram um corpus que ao ser trabalhado pelo ALCESTE construiu em 6 classes com maior aproveitamento das UCESs das entrevistas.

Pode se observar a diferença nos discursos dos gestores, apesar da semelhança entre as classes. A Figura 10 apresenta as classes de palavras pela Classificação Descendente das entrevistas com os gestores.

Figura 10 – Gestores: Classificação Descendente



Fonte: Silva, 2016

CONCEPCÕES

A classe 1, 2 e 3 estão relacionadas com as concepções que os sujeitos têm da realidade da saúde do idoso em seu município e região, das contribuições da ciência e tecnologia para implementação da PNSPI e também na saúde do idoso, e das formas que compreendem a implantação da Política Nacional.

O grupo de classes que representam as concepções dos gestores totalizam 65% do total de palavras processadas, valor próximo dos articuladores (61%).

O diagnóstico e o planejamento estão pautados na representação que os gestores possuem da PNSPI, estas classes trazem definições do idoso, da ciência e da tecnologia e de como executar a implementação.

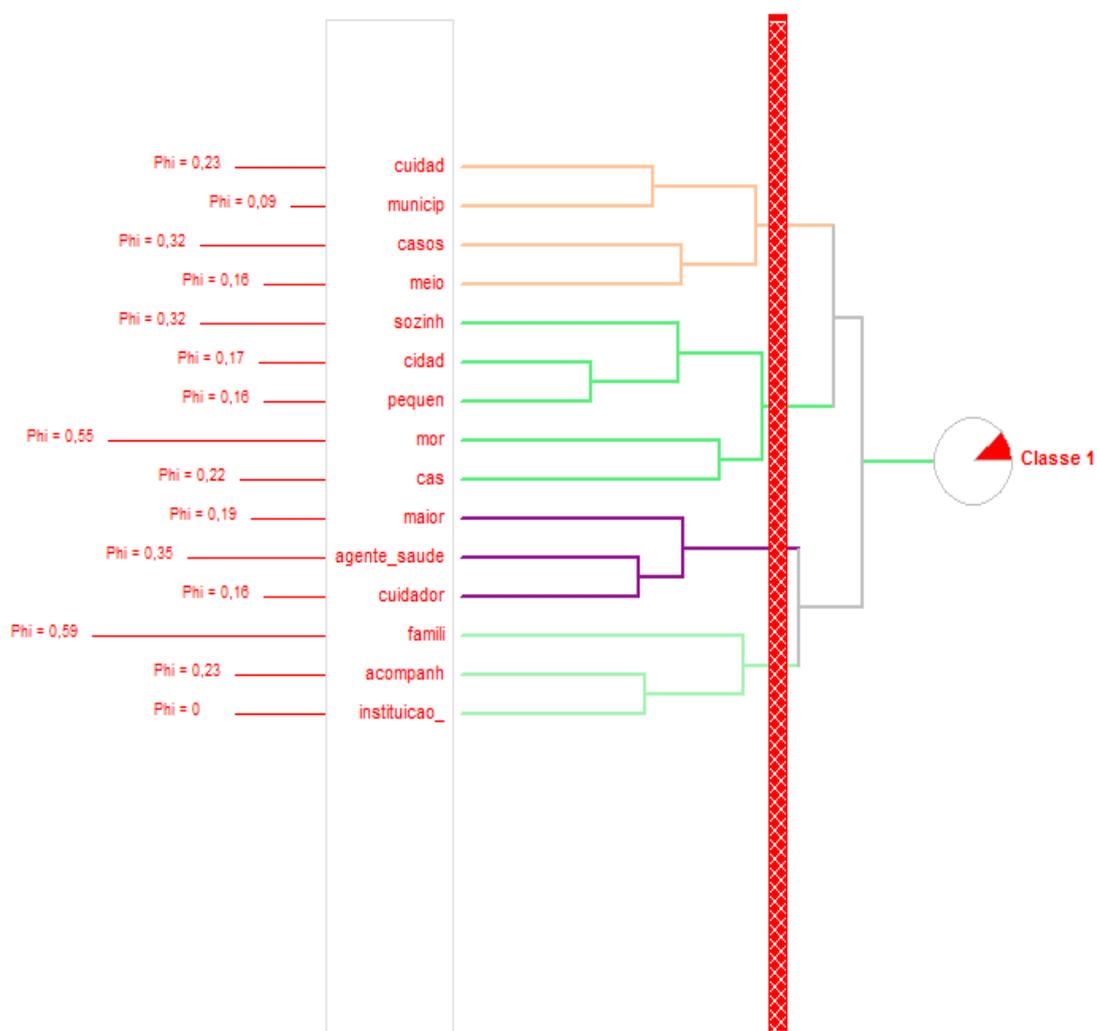
Classe 1 – Realidade da saúde do idoso

A classe 1 das entrevistas dos gestores é similar ao resultado dos articuladores. Representa a realidade da saúde dos idosos no município, demonstrando um alinhamento de pensamento no que se referem aos problemas e foco de atenção.

Reforça também a necessidade de se realizar um diagnóstico municipal, para que se comprovem as demandas e o perfil da população percebido pelos gestores e articuladores.

O subgrupo de palavras da classe 1 resultou: cuidado- município- casos- meio; cidade- pequena- mora- casa; maior- agente de saúde- cuidador; família- acompanhante- instituição de longa permanência.

Figura 11 – Gestores: Classe 1



Fonte: Silva, 2016

Os gestores apontam semelhanças com os articuladores quando consideram que enfrentam dificuldade de acompanhar os idosos que moram sozinhos e que o cuidado é compartilhado com os agentes de saúde, família e acompanhantes.

Um dos pontos de divergência é que na visão dos gestores aparecem as instituições de longa permanência e os familiares, que no ponto de vista deles são responsáveis pela acolhida desta população.

O agente de saúde tem um papel bem expressivo no cuidado com o idoso, tem algum idoso no município que mora sozinho, oitenta anos, a família mora em São Paulo e outras cidades (G23).

A preocupação com a orientação dos agentes de saúde na medicação dos idosos em seus domicílios é um dos pontos de atenção dos serviços de saúde.

O agente de saúde coloca uma luinha à noite e colocam os medicamentos para eles tomarem certo, o agente de saúde auxilia muito nessa parte, não tem muito idoso que mora sozinho ou cuidador que também é idoso, mas tem algum idoso que a família mora em outra cidade e eles ficam sozinhos (G8).

Os agentes de saúde tem um papel fundamental de monitorar, orientar e até mesmo acompanhar em consultas externas, substituindo o papel do familiar ou acompanhante desse idoso nestes locais.

No atendimento domiciliar mesmo tinha um paciente que tinha consulta em outro município e o agente de saúde foi junto, ela não tinha com quem ir. O agente marca a consulta, traz as guias para autorizar e faz toda essa parte que a família poderia fazer, mas como mora fora são eles que fazem (G8).

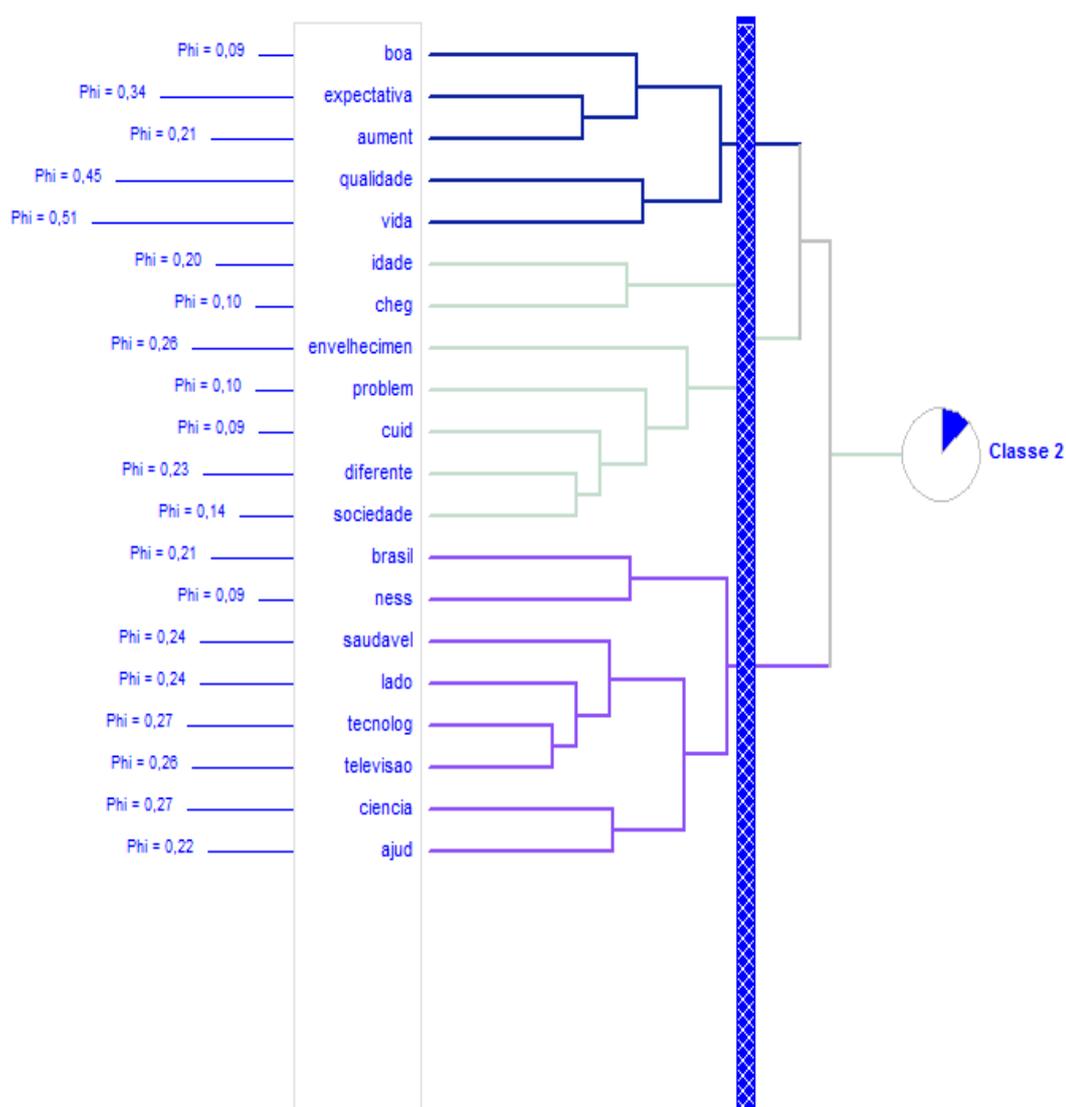
O cotidiano direciona os cuidados para o atendimento domiciliar, atenção básica e para saúde da família. As ações de cuidado são as estratégias que os gestores encontraram para a promoção da saúde.

Classe 2 – Contribuição da ciência e tecnologia

A classe 2 demonstra a contribuição da ciência e tecnologia na implementação da PNSPI. Os articuladores também formaram uma classe com esta categorização, o diferencial está em algumas palavras e relatos.

O subgrupo de palavras da classe 2 foi: boa- expectativa- aumento- qualidade- vida; idade- chega- envelhecendo- problema- cuidado- diferente- sociedade; Brasil- necessidade; lado- tecnologia- televisão; ciência- ajuda.

Figura 12 – Gestores: Classe 2



Fonte: Silva, 2016

A expectativa dos gestores é de uma boa qualidade de vida com o aumento no processo de envelhecimento. Para eles a sociedade está diferente e os cuidados são essenciais para uma vida saudável.

Segundo os gestores, a tecnologia e a ciência ajudaram neste processo e ferramentas como a televisão, computador e o celular tem o papel de informar e facilitar a comunicação para o conseqüente Envelhecimento Ativo e Saudável.

A tecnologia em parte ajuda bastante, pela internet e televisão, mas por um lado a tecnologia é ruim por não fazer certas coisas que fazíamos antes porque todo mundo está ligado nessa parte tecnológica de televisão e computador (G9).

A tecnologia, representada pela internet, televisão e computadores é percebida como algo que informa, mas também como algo que afasta as pessoas do contato pessoal, que é tão importante para a saúde.

Hoje a tecnologia permite que você não esteja mais sozinha, obvio que tem os dois lados da moeda, você ficar demais em frente ao computador não é saudável, tem problema de vista, problema de dores, de articulação porque você não fica na posição correta (G13).

O idoso fica sedentário por um lado, mas por outro, a tecnologia, televisão é uma coisa que a gente tem e passa bastante propaganda do Ministério da Saúde, da importância da caminhada, de uma alimentação saudável, rica em proteínas, que tem que evitar bebidas alcoólicas (G9.)

Eu acho que se vê no aumento da longevidade do brasileiro e da cidade pequena, com hábitos rurais se vê muito mais isso, utiliza qualidade de vida, alimentação saudável e com medicação que vem prorrogando, ajudando, os diagnósticos rápidos e as próteses (G23).

A ciência e a tecnologia para os gestores estão relacionadas com a informação e as ferramentas que a produzem, além dos equipamentos de saúde e medicamentos.

A informação que os articuladores percebem é diferente do que a representada pelos gestores, uma é voltada para o aprendizado da equipe e a outra para a divulgação da informação para o idoso, mas em ambos os grupos é a principal representação de ciência e tecnologia.

Classe 3 – Formas de implementação da PNSPI

A classe 3 relaciona-se as formas de implementação da PNSPI para os gestores e o que efetivamente fazer para a política acontecer, palavras de ação com citações referentes ao Ministério da Saúde e ao SUS.

Os gestores procuram seguir as diretrizes das políticas e governos, articular e planejar conforme suas concepções e diagnóstico.

O subgrupo de palavras desta classe foi: gente- coisa- muita; articulador- ministério da saúde- sistema- único; ver- pessoas- poder; falar- querer- exemplo- fazendo.

A classe 3 obteve um percentual de palavras superior às outras classes. A maior parte dos relatos dos gestores estavam relacionados aos projetos e no que os gestores acreditam como caminho para implementação da PNSPI.

Para os gestores o foco de atuação para saúde do idoso antecede a PNSPI, a preocupação é diminuir o tempo de espera no pronto socorro, disponibilizar exames e medicamentos.

A Política Nacional está distante de sua realidade e das demandas cotidianas, a formação dos gestores prioritariamente na área das ciências administrativas justifica também esta representação. São significativos os problemas administrativos, as questões associadas aos recursos materiais e financeiros.

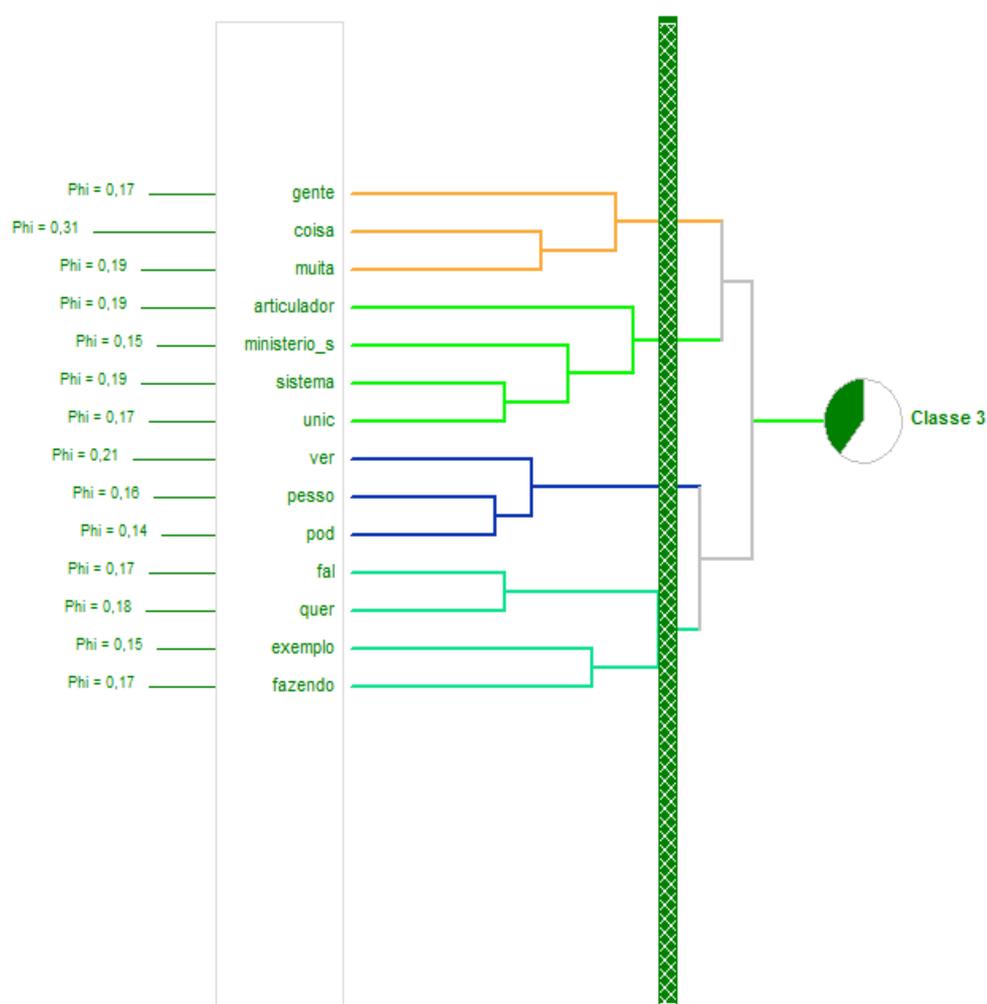
Não são reconhecidas formas de implementação sociais, a concepção é influenciada pelas ciências médicas e exatas. Ampliar o olhar dos gestores para outras possibilidades de atuação, que não estejam relacionadas a grandes investimentos, mas com resultados efetivos como os provenientes do EAS e tecnologias leves é um caminho importante quando compreendidas suas representações sociais.

Oliveira (2011) aponta para outras formas de agir no mundo, quando discutidas as tecnologias do cuidado em saúde:

As demais práticas profissionais de saúde ganham sentido e contexto como ações intencionais, institucionalmente localizadas e socialmente determinadas. Enquanto forma particular de agir no mundo, a tecnologia do cuidado em saúde é constituída por um saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais, inseridos na produção de serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011, p.599).

Reconhecer a amplitude de possibilidades das tecnologias em saúde é um recurso importante na construção do Planejamento e definição de práticas nos municípios.

Figura 13 – Gestores: Classe 3



Fonte: Silva, 2016

Os articuladores falaram também do que estava sendo feito e do que deveria ser feito para implementar a PNSPI, mas se aproximavam mais do senso comum. Os

gestores ampliaram o discurso, a imagem da PNSPI se fundia em muitos momentos com a rede completa de saúde.

Implantar a PNSPI representa fazer reunião em equipe, tentar levar as articuladoras todo mês no departamento regional de saúde para poder estar participando, o problema é a falta de apoio, o ministério da saúde é distante e não há muita conversa (G21).

Para alguns a preocupação está relacionado ao atendimento do idoso fragilizado, considerando que a implantação da PNSPI está ainda insipiente e começando a ser implementada, mas a maior preocupação estava na garantia do atendimento à pessoa idosa sem as filas de espera no Pronto Socorro.

A percepção dos gestores inclui a rede de serviços e a equipe interdisciplinar, não há conhecimento de outras tecnologias em saúde e possibilidades de atuação. Um campo rico de discussões e possibilidades de fortalecimento, onde as representações sociais tem um papel importante de transformação.

Os gestores observam pouca participação das Universidades no seu cotidiano, reconhecem que a ciência e tecnologia é presente na região, mas sentem falta de uma proximidade com o que é produzido e discutido nas Universidades.

O grupo não se sente contemplado pelo polo tecnológico, para alguns a ciência é teoria e não chega aos municípios menores.

O município não tem respaldo de uma universidade que nos apoie e venha fazer uma reunião. Sabemos que a universidade tem essa competência, a gente vê os estudantes vindo e a gente teve vários projetos com as universidades, mas fica na teoria (G21).

Os outros relatos são sobre as preocupações dos municípios de monitorar, apreender, se aproximar das discussões das articuladoras e de aplicar esforços para que a rede funcione completamente.

O objetivo é a troca de experiência dentro do município, o atendimento ao idoso fragilizado na rede, a possibilidade de oferecer o medicamento e o exame ao idoso, mesmo com as dificuldades de recurso e acesso presentes nos municípios.

Para a maioria dos gestores a PNSPI representa algo que precisa ser implantado, mas, ainda está sendo iniciada pelas diversas dificuldades relatadas.

Moscovici (2003, p.59) diz que o objetivo da ciência é tornar o familiar não familiar em suas equações matemáticas, como em seus laboratórios.

Na busca de apropriação da ciência e da tecnologia, por vezes, nos deparamos com a dificuldade de acesso e compreensão, o que deixa a prática distante da teoria e de políticas bem estruturadas.

PRÁTICAS

As classes 4, 5 e 6 relacionam-se pela identificação das ações voltadas para os idosos nos municípios, pelas parcerias que apoiam a gestão em saúde e os espaços de participação pública percebidos para implementação e articulação da PNSPI.

Ao aproximarmos a análise entre as classes percebemos a intersectorialidade na implementação local da PNSPI, ponto importante nas discussões da integralidade da saúde do idoso.

As classes representam 35% das palavras analisadas no software, valor aproximado ao grupo de articuladores (39%). A diferença é que a análise das entrevistas dos gestores dividiu-se em 3 classes, enquanto os articuladores apresentaram apenas 2 classes.

Os gestores representaram as práticas considerando a intersectorialidade e os espaços de participação pública, além das ações desenvolvidas nos municípios. Este é o diferencial com a representação dos articuladores que se voltou para ações e cenários de implementação da PNSPI.

Percebe-se nesta análise pouca expressividade em ações de educação, cidadania e pesquisa, mesmo com a citação dos espaços de participação pública. A Predominância é para atividades de promoção da saúde em pequenos grupos e espaços.

A educação CTS contribui com a ampliação do olhar destes sujeitos, que se encontram na linha de frente do cuidado, afinal como cita Moscovici (2003, p.58):

As representações que nós fabricamos são sempre o resultado de um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não-familiar), ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. E através delas nós superamos os problemas e o integramos em um novo mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado.

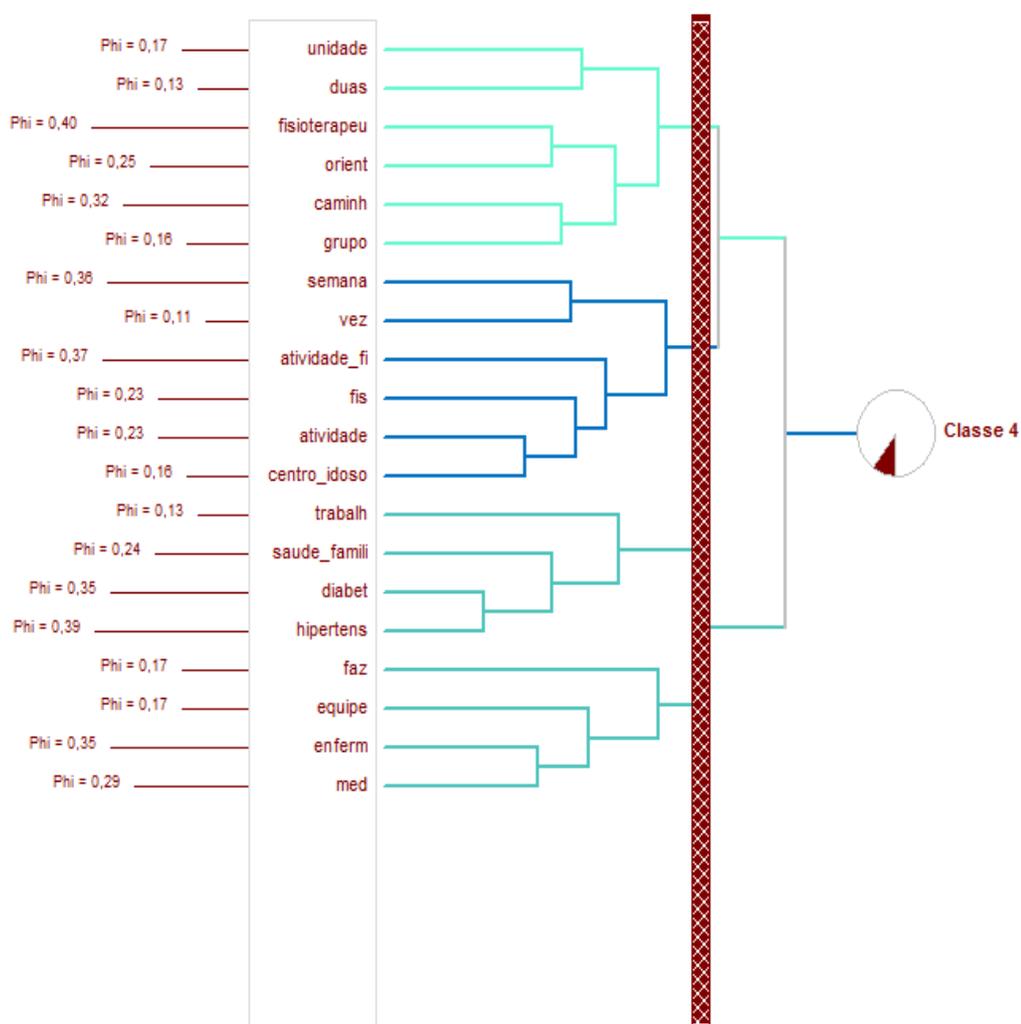
As práticas são resultados das representações construídas, por isso, a informação é tão importante na elaboração e transformação do objeto. São pelas percepções do grupo e informações recebidas que se redefine e se implementa a PNSPI.

Classe 4 – Ações voltadas para o idoso

A classe 4 representa as ações voltadas para o idoso percebidas pelos gestores nos municípios, assim como, os serviços e atividades ativos e em desenvolvimento para esta parcela da população.

O subgrupo de palavras da classe 4 é: semana- unidade básica de saúde- duas- fisioterapeuta- orientação- caminhada- grupo; semana- vez- atividade física- atividade- centro do idoso; trabalho- saúde da família- diabete- hipertensão; fazer- equipe- enfermeiro- médico.

Figura 14 – Gestores: Classe 4



Fonte: Silva, 2016

O atendimento nas Unidades Básicas de Saúde para o idoso está ligado à prevenção de diabetes e hipertensão. O indicador dos Relatórios Municipais de Gestão para prestação de contas dos Planos Municipais de Saúde é único para as DCNT e a saúde do idoso.

As atividades realizadas na maioria dos municípios: caminhada, exercício físico, atendimento do fisioterapeuta, orientações e medição de pressão, grupos no centro do idoso e educador físico são as ações que os gestores compreendem como prioritárias.

O que acontece é através das visitas domiciliares, eles (os agentes de saúde) acompanham a caminhada, antes tem o alongamento, depois tem os exercícios que eles fazem tanto com a mente como com o físico, tudo acompanhado de um profissional de saúde e verificado a pressão antes e depois (G9).

O relato de G12 esta relacionado ao idoso fragilizado:

Há gestor que compreende que a dificuldade de atender a necessidade do idoso na implantação da PNSPI, refere-se ao fato de que no município não há serviço médico específico, não tem geriatria, só a clínica médica com aquelas preocupações nas doenças mais prevalentes para o idoso, como a hipertensão e o diabetes, e tem a equipe de enfermagem, que para este sujeito é fundamental na atenção ao idoso (G12).

As informações referem-se a ações desenvolvidas nos serviços que o município possui, como os centros do idoso, o programa do hiperdia, as caminhadas e atividades físicas na academia de saúde. Todas voltadas para os munícipes em geral, o idoso é incluído nas atividades comuns das Unidades Básicas de Saúde. A exceção está apenas nas ações dos centros especializados do idoso.

Classe 5 – Intersetorialidade na implementação da PNSPI

A classe 5 representa as parcerias na implementação da PNSPI e os corresponsáveis pela implantação. Os gestores relatam muitos exemplos de intersetorialidade.

Possuem trabalhos com outros setores municipais, relato que não aparece nas entrevistas dos articuladores, talvez por tratar-se de uma característica deste grupo que compõe a gestão dos municípios.

Este ponto de análise é importante, pois, a PNSPI é ampla e demanda ações coletivas. O acesso a outras áreas e a discussão ampliada dos casos sustenta a proposta de integralidade do cuidado à pessoa idosa.

O subgrupo de palavras desta classe foi: precisar- secretaria de saúde- secretaria de assistência social- secretaria de educação- secretaria do esporte; construir-prefeitura- ação-gestão-prevenção-atenção; dever- social- achar- política de saúde do idoso- implantar- gerir- voltar.

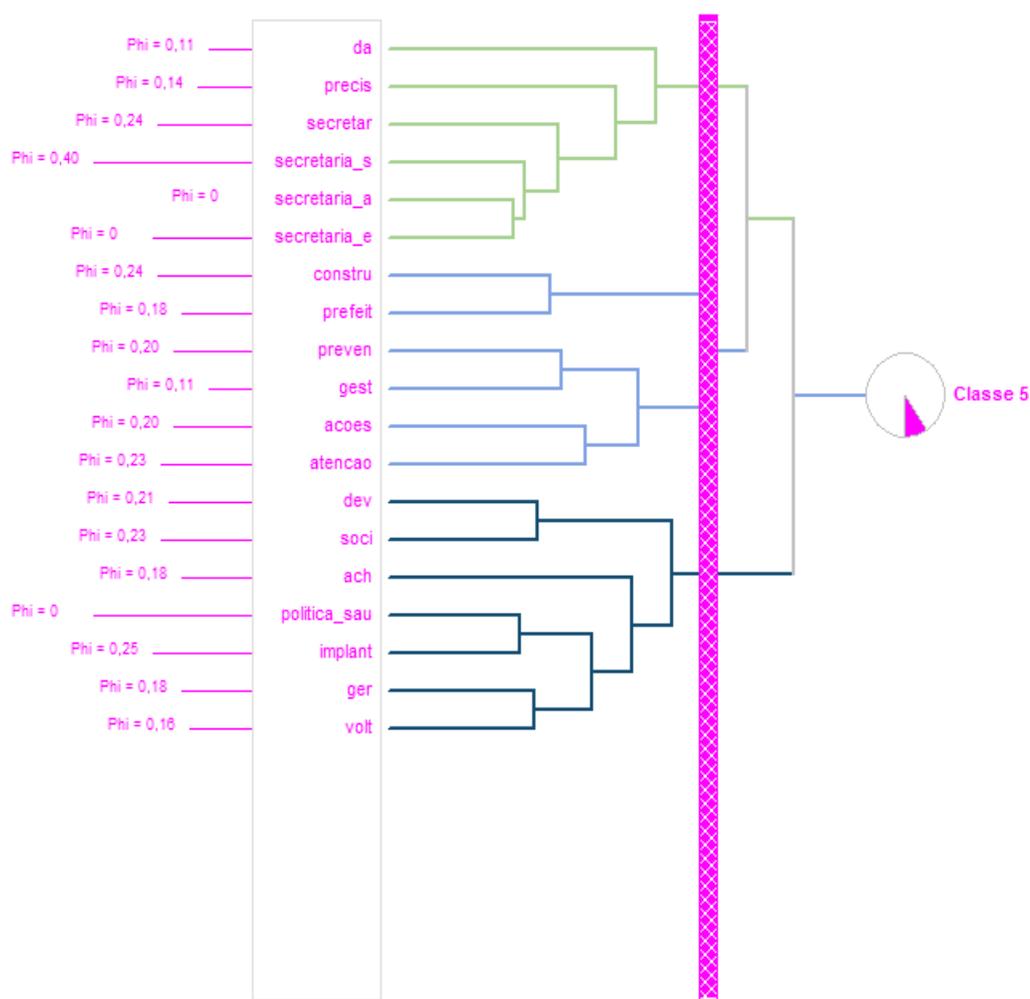
Nota-se que várias secretarias foram citadas, assim como a prefeitura e a gestão, e são citadas palavras como construir, ação, prevenção, atenção, dever, social, achar, implantar, querer e voltar, além da própria Política de Saúde do Idoso.

Oliveira (2011) apresenta a questão da inter e transdisciplinariedade de forma didática, contribuindo com a valorização do trabalho intersetorial na saúde.

Cada disciplina tem acesso a uma faceta do objeto de estudo e, por isso, é necessário reproduzir agentes capazes de circular simultaneamente entre dois ou mais campos disciplinares. A inter e transdisciplinaridade implicariam a intersecção de diferentes disciplinas, provocando atravessamento entre campos capazes de possibilitar múltiplas visões do objeto em estudo. Os campos disciplinares constituem estruturas; interagindo entre si produzem relações (OLIVEIRA, 2011, p.598).

A PNSPI precisa deste trabalho transdisciplinar e intersetorial, por isso, é fundamental a extensão das discussões e compartilhamento das responsabilidades entre todos os segmentos municipais quando tratarem de sua efetiva implementação. Não há como fragmentar o idoso em aspectos sociais, educacionais ou de saúde.

Figura 15– Gestores: Classe 5



Fonte: Silva, 2016

As intenções e articulações para implementação da PNSPI estão presentes nesta classe, ela representa o que é preciso para a PNSPI acontecer plenamente nos municípios para este grupo.

A secretaria de saúde é uma secretaria que é abastecida pelos serviços de outras secretarias, a secretaria de assistência social é fundamental nas articulações de saúde pública para o idoso, nós temos o envolvimento da secretaria de educação com algumas propostas diferenciadas e enfim, nos temos essa articulação interna que acaba favorecendo o desenvolvimento de alguns projetos de atenção (G20,).

A articulação é percebida e necessária neste grupo que compartilha responsabilidade entre os setores em espaços como Centros do Idoso ou Centros de Referência de Assistência Social.

O município está inserido em todas essas secretarias e é preciso realmente um trabalho em conjunto de secretaria de assistência social para eles, da questão da secretaria de educação e da questão da secretaria de saúde (G22).

Um relato significativo e muito presente nas representações do grupo é que, como diz G16:

Todo mundo é responsável pela implantação da política de saúde do idoso, a população de forma geral, mas tem que ser voltada para os dirigentes dos municípios, saúde, assistência social, acho que tem que ter a participação de todas as pastas (G16).

Muitos gestores reconhecem a participação da sociedade e dos profissionais, no entanto, se destaca muito a importância do prefeito e das demais secretarias acreditarem e participarem da implantação da PNSPI.

Esta demanda dos gestores reafirma a tese de que é implantado o que é representativo para os responsáveis, sejam os articuladores que se encontram na linha de frente do processo ou os gestores responsáveis pelo planejamento e direcionamento das estratégias e ações.

A intersetorialidade na PNSPI é ponto fundamental, não é possível fragmentar sua implantação e por isso é tão importante à escuta de todos os envolvidos em sua implantação. A sociedade deve participar tão quanto a Universidade e os profissionais de saúde, educação, assistência social, etc.

O cuidado ao idoso deve ser estendido e integrado, saúde não é apenas ausência de doença.

O discurso da intersetorialidade e do compartilhamento das pastas está presente, mas nas entrevistas percebe-se também a dificuldade do olhar para a rede de forma integrada, é um desejo comum dos gestores, mas ainda em construção.

Classe 6 – Espaços e participação pública na implantação da PNSPI

A classe 6 apresenta os espaços e a participação pública, principalmente do idoso, na implantação da PNSPI. Esta classe aparece de forma mais definida nas entrevistas dos gestores.

Muitos gestores relatam a ocorrência das conferências municipais de saúde e a existência de espaços de participação, geralmente nos conselhos de saúde (poucos municípios tem conselho do idoso ativo), e os espaços de conversa direta com a população, muitas vezes nos seus gabinetes.

A questão para este grupo não são os espaços, mas o interesse dos idosos em participar, segundo os gestores a participação é muito pequena, mas acontece, o que contradiz algumas entrevistas de articuladores que não reconhecem essa participação.

O município tem conselho de saúde, com participantes que nunca participam, como representantes de sindicatos. A população participa e inclusive o presidente do conselho de saúde é representante da população (G8).

Os relatos são contraditórios, pois alguns sujeitos relatam que não há idosos no Conselho Municipal de Saúde, enquanto outros que o idoso é representado neste Conselho, geralmente pela Instituição de Longa Permanência do município.

Muitos municípios não tem o Conselho Municipal do Idoso, possui apenas um representante do idoso no Conselho Municipal de Saúde, membro que não participa segundo gestores.

Outras entrevistas apontam a participação do idoso em conferências de saúde, mas os relatos são de pouca representativa, como diz G3:

Teve conferência de saúde e o idoso participou, a secretaria conseguiu que eles participassem, mas eles trouxeram poucas ideias e participaram mais como ouvintes (G3).

Alguns relatos falam da participação efetiva do idoso nos espaços públicos:

Tem o conselho do idoso e tem dois membros da saúde que participam do conselho de saúde, inclusive o presidente do grupo de terceira idade e o presidente do conselho de saúde participam e sempre que precisam procuram a secretaria de saúde (G10).

A participação pública do idoso para este grupo existe, mas de forma tímida, apesar dos convites, muitas vezes por uma questão cultural. O grupo de modo geral não conhece possui muita informação sobre o Conselho Municipal do Idoso, por estar em uma secretaria diferente da saúde.

Não ficam claras também as estratégias de atração e envolvimento da sociedade na tomada de decisão. Alguns representantes são convidados e a participação é pequena.

A divulgação e o fortalecimento da prática da participação social, em especial, na implementação da PNSPI pelo próprio idoso é pouco expressiva nas representações do grupo.

11. DISCUSSÃO

As políticas públicas relacionadas à saúde do idoso no Brasil, apesar de bastante avançadas, tem no cotidiano dos profissionais de saúde e na sociedade, práticas insatisfatórias em sua operacionalização, ainda insipientes dada à diversidade das demandas e das suas contradições socioeconômicas.

Desde o Plano Internacional de Madri (1982), vem se discutindo o envelhecimento no mundo, passaram-se mais de 30 anos e princípios básicos deste plano, que se repetiram em diversos documentos e políticas não foram atingidos.

As diretrizes da Política Nacional (Brasil, 2006a), não ocupam lugar nos municípios, com exceção da promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável que acontece parcialmente e conforme a representação social dos articuladores e gestores municipais de saúde.

Pontos como atenção integral à pessoa idosa (não ao portador de doenças crônicas); provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção ao idoso; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais do SUS na área da saúde do idoso; divulgação e informação sobre a PNSPI; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção a saúde do idoso e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa são pontos que ainda não saíram do papel.

Um dos principais desafios entre estes princípios é a participação ativa dos idosos na sociedade, que segundo muitos dos sujeitos desta pesquisa, não acontecem por falta de interesse dos idosos, não sendo reconhecida a ausência de espaços e o fortalecimento da cidadania dos idosos na implementação da PNSPI.

Muitos municípios não estão com o Conselho do Idoso implementado e as práticas estão direcionadas a idosos fragilizados ou a pequenos grupos de idosos saudáveis, que por livre demanda, buscam as unidades de saúde ou centros especializados para prática de exercícios físicos.

O Envelhecimento Ativo e Saudável é sem dúvida, uma das metas da saúde do idoso em planos e políticas de todo mundo. A questão é a fragmentação na implementação desta ação, não são considerados seus outros dois determinantes além da saúde: participação e segurança. O idoso cidadão participa política e socialmente, produz e contribui com o desenvolvimento da sociedade.

Para os articuladores, a representação social da PNSPI permeia questões relacionadas com o idoso fragilizado e dependente, que conta com uma equipe de saúde reduzida e não especializada, com suporte voltado para a saúde da família e pouca interlocução interdisciplinar e intersetorial.

Os espaços de discussão e conversações para o aprimoramento das atividades estão voltados para o DRS III e as orientações da gestão municipal, uma comunicação frágil e sem acesso a outras secretárias e equipes.

Os articuladores apesar de mais experientes em relação à temática de saúde do idoso, atuam conforme as orientações dos gestores municipais de saúde. O DRS III dispara processos de reflexão e planejamento, mas a execução depende do município.

A PNSPI como não é prioridade nestes municípios, não desenvolve espaços de discussão e não envolve a população idosa socialmente.

O principal objetivo da Política Nacional nestes locais é ampliar a participação dos idosos nas atividades que estão estabelecidas na prática, mas não há cultura de incentivo à cidadania da população idosa.

Para os articuladores e os gestores municipais de saúde a representação social da PNSPI é de uma Política teórica e distante das demandas e realidade dos municípios.

As entrevistas apresentaram representações sociais da PNSPI e do idoso, uma vez que ao explorarmos quem era o idoso, as práticas e as expectativas de saúde para esta população, o idoso aparecia também como objeto destas representações sociais.

O discurso dos gestores municipais de saúde sobre quem é o idoso do seu município e que ações estão sendo desenvolvidas convergem com a representação social do idoso dos articuladores. Para eles; o idoso possui necessidades de tratamento da doença e cuidados básicos que antecedem muito a proposta da PNSPI.

O contexto justifica a escolha pelas atividades e práticas, que segundo gestores e articuladores estão adequadas ao perfil do idoso do seu município e aos recursos que reconhecem possuir para esta implementação.

Os gestores apresentaram algumas dificuldades na implementação da PNSPI, uma percepção que não aparece na fala dos articuladores.

Para os gestores, as formas de implementação volta-se para as orientações do Ministério da Saúde e DRS III, compreendidos por eles como o SUS, em ações ainda estruturais como a garantia de atendimento no Pronto Socorro sem filas ou ainda o recurso para a realização de um exame ou para compra de medicamentos.

A percepção da intersetorialidade na implementação da PNSPI é uma realidade próxima dos gestores que afirmam a participação de outras secretarias, como a de assistência social, educação e esportes.

Em contrapartida, os gestores relatam a existência de espaços de participação pública, segundo eles não há adesão por parte dos idosos, mas os convites são feitos e os espaços disponibilizados.

Para os gestores municipais de saúde, a PNSPI está sendo definida pela equipe municipal, com grande participação da equipe de saúde. No entanto, não evidenciamos participação da sociedade e as práticas não estão alinhadas as diretrizes nacionais e estaduais, pois as necessidades municipais dos gestores antecedem estas orientações.

Os Planos Municipais de Saúde e os consequentes Relatórios Municipais de Gestão são insuficientes para implementação da PNSPI, alguns municípios sequer incluíram o idoso no PMS.

Quando analisamos o PMS percebemos que muitos destes documentos foram elaborados sob a lente do DRS, que procurou aproximar as metas dos PMS com o PES, com o afunilamento das ações e metas de forma expressiva.

A percepção dos gestores municipais de saúde e articuladores sob o diagnóstico “empírico” de saúde do seu município pode ter influenciado no desenvolvimento do PMS, a fragilidade de comunicação entre gestor e articulador também contribuiu. Como discutir aspectos “mais sociais” se as necessidades são estruturais?

Outra possibilidade é de que os municípios não dominam o processo de elaboração de planos estratégicos, planos de ação e relatórios de gestão. Como planejar e prestar contas sem um diagnóstico técnico e o entendimento teórico das políticas públicas para o desenvolvimento e gestão destes documentos.

Os estudos CTS poderiam contribuir com a construção destes documentos, pois é solo fértil de reflexões sobre as contribuições sociais da ciência e da tecnologia. Ocupa um lugar fundamental na discussão das políticas públicas.

Os Estudos CTS compõem um campo de trabalho interdisciplinar orientando à compreensão do fenômeno científico-tecnológico em sua relação com o contexto social, tanto em relação aos fatores econômicos, políticos e culturais que exercem influência sobre o desenvolvimento científico-tecnológico, como no que se refere às consequências que essa mudança traz para a sociedade e para o meio ambiente (SILVEIRA E BAZZO, 2006, p. 81).

Os PMS quando não estão “padronizados”, estão desalinhados e frágeis em sua estruturação. As metas não possuem indicadores efetivos e quando analisamos o recorte de saúde do idoso este problema é potencializado, considerando que há um indicador que não está claro em sua definição de resultados e é insuficiente para análise crítica que deveria acontecer na implementação das ações dos PMS.

O mesmo indicador (morbidade das DCNTS) apresenta percentuais extremos de mortalidade entre as cidades, que nem mesmo a diferença de habitantes explica. Esse dado também não acompanha explicações ou considerações sobre o quanto esta informação é benéfica para o RMG.

Ações de contingência para o caso das metas não alcançadas também inexitem, assim como, indicadores sem resultado final do RMG são frequentes.

Quem analisa e cobra os resultados ou os planos de contingência em caso de não cumprimento das metas? Estes relatórios tem a finalidade efetiva de prestação de contas ou aprimoramento da gestão?

Segundo Kreimer (2011, p.59), Definir necessidades sociais que podem ser objetivo de “demanda de conhecimento” é um problema complexo, na medida em que supõe interrogar sobre os atores que tem legitimidade e capacidade para formular tais demandas.

A elaboração de um planejamento capaz de minimizar os problemas sociais só é possível se o “problema do conhecimento” estiver sanado. Os estudos CTS podem contribuir com reflexões que auxiliam na construção de mecanismos para o desenvolvimento destes Planos Municipais de Saúde.

A aproximação da Universidade com o DRS e municípios também é uma estratégia de aprimoramento das informações e conseqüente mudança da representação social dos sujeitos.

Os Relatórios Municipais de Gestão refletem esse problema de conhecimento e valorização das demandas provenientes da saúde do idoso, ao prestar contas, a maioria dos municípios apresentam números desconexos, sem explicações sobre o critério de definição da meta ou o motivo do resultado.

Esse número é bom ou ruim? Por quê? Que ações foram efetivas ou estarão sendo pensadas para minimizar este indicador em um próximo RMG?

O Relatório Municipal de Gestão é disponibilizado em local de fácil acesso e ampla divulgação para sociedade? Se o depósito no sistema SargSUS é demorado, a análise social e mesmo institucional estará sendo suficiente?

Estas questões são pontos de reflexão que poderiam ser abordados em reuniões no DRS, para sensibilização da importância dos indicadores de saúde.

Não é produtiva a tomada de decisão sem estas reflexões, o caminho precisa estar alinhado a objetivos e metas possíveis, sem isso não há sentido no planejamento e prestação de contas.

As contribuições que a ciência e tecnologia trouxeram para PNSPI e também para o campo da saúde do idoso apresentaram pontos de divergência e convergência entre articuladores e gestores, oportunidade de reflexão para o aprimoramento dos documentos e ressignificação da PNSPI.

A percepção sobre a pesquisa em saúde apresentou uma descrença por parte dos articuladores e gestores, apesar de valorizar a teoria os sujeitos a consideraram distante e pouco acessível, o que fere uma das propostas da PNSPI que é o fortalecimento da pesquisa em saúde, assim como o alinhamento da prática com a ANPPS.

A ANPPS tem um papel fundamental no direcionamento das pesquisas, incluindo as pesquisas sobre saúde do idoso. O processo de construção desta agenda contou com a participação de diversos segmentos (especialistas, políticos e sociedade), não foi desenvolvido com base em interesses de categorias específicas e por isso, deveria ser divulgada e utilizada amplamente no meio científico e técnico.

Destacamos nesta discussão, a fragilidade da teoria alcançar a prática, em especial nestes municípios. Se em um centro de ciência e tecnologia como a região estudada, encontramos estas percepções de CT dos sujeitos que implementam as Políticas de Saúde em seus municípios, temos a urgência de disparar o processo de aproximação destas Universidades com a Saúde Pública.

Faz-se necessária a compreensão das demandas dos municípios para com as Universidades, assim como o entendimento que os mesmos possuem de Ciência e Tecnologia.

Moscovici (2012, p.29) diz que quando se declara isto como ciência e aquilo como não ciência, invoca-se critérios de demonstração e de rigor e não de descoberta e de fecundidade.

A representação social de ciência e tecnologia entre os articuladores de saúde do idoso e gestores municipais de saúde é: fonte de informação (para os articuladores ela ajuda a estudar e compreender a PNSPI e para os gestores ela é ferramenta de comunicação para o EAS); responsável pelo aumento da expectativa de vida (os gestores percebem os medicamentos e exames de forma mais expressiva neste

contexto); forma de aproximar as pessoas (televisão, internet e celular) para alguns e como forma de aumentar o sedentarismo para outros sujeitos da pesquisa.

As tecnologias duras foram expressivas nas entrevistas dos articuladores e gestores de saúde, o que limita muito a implementação da PNSPI, a construção do conhecimento científico-tecnológico dos sujeitos e as práticas provenientes da ciência e tecnologia.

As tecnologias leve-duras e principalmente as classificadas como leves foram pouco citadas entre os articuladores e gestores, o que demonstra a fragilidade do conhecimento e da apropriação científica destes grupos das tecnologias em saúde.

Definir como ciência apenas uma parcela das tecnologias em saúde é a não descoberta e ampliação das possibilidades de aplicação destas.

As tecnologias leves estão muito relacionadas ao acolhimento, cuidado integral, promoção e proteção da saúde, e por isso, são acessíveis e efetivas na atenção a saúde de todos, especialmente na saúde do idoso que apresenta questões psicossociais relevantes na avaliação do cuidado.

Para Boaventura (1987, p.68), a sistemática de uma articulação de modos de produção de saúde significa, no plano das políticas de saúde, que os déficits da produção da medicina oficial são em alguma medida compensados pela atuação da medicina popular.

A concepção médico centrada de saúde dos articuladores e gestores municipais de saúde limita a implementação da PNSPI, pois as tecnologias duras além de não suprirem todas as necessidades de saúde do idoso custam caro.

A medicina popular e o investimento em promoção e prevenção da saúde é o pilar do desenvolvimento das políticas públicas em saúde. Estratégias como a criação de programas de intervenção continuada e novos programas com foco nas tecnologias leves contribuiria muito com a PNSPI e o EAS.

A ciência e da tecnologia limitada à disponibilização de recursos financeiros, somada ao momento político e econômico atual faz com que planos e práticas evoluam muito aquém da necessidade da sociedade.

Considerando a localização do DRS estudado, essa questão torna-se importante em sua discussão, pois a região é polo de ciência e tecnologia, com diversas Universidades e Centros de Pesquisa atuantes na região, no DRS e muitas vezes nos municípios estudados.

A região apresenta um discurso parecido na maioria dos municípios, alinhados as orientações do DRS, neste ponto, destacamos a importância da informação que estes sujeitos recebem e do direcionamento de suas atividades para implantação da PNSPI.

Uma região com cidades de portes diferentes, mas características parecidas e ligadas a um DRS atuante nos municípios tem potencial para desenvolver ações expressivas, principalmente pela localização e acesso a tantas universidades.

As representações sociais destes grupos fortalece o discurso de um universo simbólico reificado, cristalizado em uma imagem de idoso fragilizado em uma sociedade que enfrenta problemas políticos e econômicos e que por isso, não possui infraestrutura para implementar a PNSPI e tão pouco apropriar-se da ciência e da tecnologia durante este processo.

O idoso é tido como um “problema” para sociedade quando observamos os relatos das entrevistas, e talvez por isso, não é um tema muito discutido nos PMS e RMG.

A cultura brasileira ainda é medico centrada e voltada para tratar a doença, resolve-se o que está “batendo na porta” da gestão municipal em determinado momento.

Há uma relação direta entre os níveis de saúde e os níveis de consumo de cuidado de saúde. Estes podem ser elevados e, no entanto, não lhe correspondem quando os efeitos morbigenos da industrialização contrariam a eficácia das políticas de saúde mais desenvolvidas (BOAVENTURA, 1987, p.62).

Tratar a doença com o investimento em medicamentos, exames e hospitalização custa caro e torna o envelhecimento insustentável em qualquer município. A industrialização da saúde contraria as diretrizes das políticas públicas em saúde, que tem em seu espectro a promoção e prevenção da saúde, em sua integralidade e intersetorialidade.

A PNSPI é resultado de um trabalho feito a várias mãos, por diversos setores municipais e estaduais, não há como fragmentar a saúde.

Segundo Brasil (1986), a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.

A representação social da PNSPI como algo inviável e a saúde do idoso como um problema social dificulta sua implementação e a transformação do olhar para o envelhecimento.

As representações que nós fabricamos são sempre o resultado de um esforço constante de tornar comum e real algo que é incomum (não familiar) ou que nos dá um sentimento de não familiaridade. E através delas nós superamos o problema e o integramos em um novo mundo mental e físico, que é, com isso, enriquecido e transformado (MOSCOVICI, 2003, p. 58).

A representação social dos grupos está muito alinhada ao que acontece nos municípios. Não são desenvolvidas ações e atividades que não foram apresentadas como representativas ou de valor para os sujeitos, a visão do idoso no município e do que ele precisa é quase exclusividade a dos responsáveis pela implementação da PNSPI.

Nestes locais, uma discussão ampliada e a intensificação de materiais e ferramentas de estudo e informação fariam diferença na representação do objeto para articuladores e gestores e consequente implementação da PNSPI.

Como diz Moscovici (2003, p.79) “O cientista que estuda o universo está convencido de que existe lá uma ordem oculta, sob o caos aparente, e a criança que nunca para de perguntar ‘por que’ não está menos segura a esse respeito”.

A falta de articulação da PNSPI com as práticas e ações locais resulta em uma sociedade que não está se preparando para o envelhecimento. Não reconhece o idoso como cidadão e não amplia o olhar para a ciência e tecnologia em saúde.

A queixa é pelo custo crescente dos serviços de saúde decorrentes dos avanços tecnológicos, compreendidos pelos profissionais e gestores como equipamentos, exames e medicamentos, produtos da tecnologia dura e em alguns casos a levedura.

A percepção de que a escuta, o acolhimento, o cuidado interdisciplinar e a integralidade, presente principalmente na atenção básica são grandes ferramentas da tecnologia leve precisa ser fortalecida, junto com ações de empoderamento da cidadania dos idosos e de toda população que envelhece em um país extenso em proporções territoriais e diverso culturalmente, socialmente e economicamente.

As representações sociais contribuem neste processo de compreensão do porque escolhemos determinados caminhos, práticas e ações.

O objetivo último da ciência é eliminar esse “por quê?”, embora as representações sociais tenham grande dificuldade de fazê-lo sem ele (MOSCOVICI, 2003, p.79).

Enquanto a ciência tenta responder todas as questões, a TRS nos ajuda a compreender o significado das ações e práticas.

Nem tudo está definido a ponto de consideramos finalizado. Esta tese fundamenta-se na representação social da PNSPI de dois grupos em um determinado contexto.

Os estudos CTS permeiam as discussões do conhecimento e apropriação da ciência e tecnologia, além da defesa pela participação social (em especial do idoso, neste caso) na construção das políticas públicas e sua implementação.

Estudos como estes tem a intencionalidade de compreender a necessidade de ampliar discussões e reflexões sobre o objeto e se necessário contribuir com a sua transformação.

A sociedade brasileira está envelhecendo e o idoso não pode ser considerado um problema que é transferido de gestão a gestão. A PNSPI completa 10 anos em 2016 e não foi sequer compreendida efetivamente pelos seus responsáveis.

As mudanças desta representação social podem influenciar em práticas futuras e na transformação da sociedade, que inevitavelmente envelhece e tem muitas potencialidades para serem desenvolvidas.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de estudar o grupo de gestores e o grupo de articuladores foi o de encontrar seus pontos de convergência e divergência, conforme o meio e interesses.

Percebe-se que é implantado o que o gestor determina e considera importante na sua perspectiva, implantação que pode não ser a mesma que o articulador escolheria. A comunicação é um ponto frágil entre os grupos.

Estamos envelhecendo em uma sociedade que não percebe o idoso como cidadão, não aproveita suas potencialidades e não fortalece a interdisciplinaridade, a intersectorialidade e a pesquisa em saúde.

Seriam os idosos os despreparados para esta sociedade moderna e tecnológica ou os seriam os mitos e preconceitos da população jovem e adulta que limitam as adequações e potencialização das ações destinadas ao Envelhecimento Ativo e Saudável em sua totalidade, para além das caminhadas orientadas e academias de saúde nas praças?

Que ciência estará sendo produzida e para quem? O campo de estudos CTS contribui com estas reflexões, a análise das políticas e a educação CTS tem a intencionalidade de buscar estratégias de transformação da sociedade, É preciso fortalecer a compreensão e a apropriação da ciência e tecnologia, assim, recursos como os provenientes das tecnologias leves estarão acessíveis e aplicados.

O momento que hoje o Brasil vivencia compromete a implementação da PNSPI, as conquistas sociais estão em risco e esse cenário reflete nas representações sociais destes grupos.

Não se pretende encontrar soluções em um ambiente político tão instável, as representações sociais podem passar por transformações, já que é resultado do meio ambiente e das informações que circulam nos grupos sociais.

O importante é levantarmos reflexões para analisar a representação atual da PNSPI e as ações e práticas governamentais que foram escolhidas para efetivar sua implementação.

O desafio é conciliar o preparo da sociedade para as demandas que o processo de envelhecimento trará em um prazo curto de tempo, com o contexto cotidiano em que os grupos sociais se encontram, dialogam e disputam.

Esta tese investigou as representações sociais da PNSPI e as contribuições do campo CTS neste processo, em um recorte do DRS III.

Conclui-se que a PNSPI é implementada conforme sua representação social, conforme as demandas dos grupos responsáveis pela sua implementação e percepções adequadas a sua realidade, mesmo que estes recebam diretrizes nacionais e internacionais.

O fortalecimento dos estudos da TRS e CTS são fundamentais na análise e compreensão das práticas e ações direcionadas a saúde do idoso no Brasil e também dos movimentos necessários para efetiva implementação da PNSPI.

A participação pública na implementação da PNSPI, o desenvolvimento do conhecimento científico-tecnológico, sua apropriação e utilização, o fortalecimento das pesquisas alinhadas a ANPPS e as práticas, são pontos de discussão presentes nos estudos CTS.

O paradigma médico centrado não sustenta a implementação da PNSPI e o paradigma comunitário, de promoção e prevenção da saúde não se implementa nas atuais representações sociais dos articuladores de saúde do idoso e gestores municipais de saúde.

Os responsáveis podem estar em processo de mudança e reflexão, estudos e orientações Nacionais e Estaduais contribuem e alteram a escolha de prioridades e práticas.

Há um campo vasto de pesquisas a serem desenvolvidas: Sobre a PNSPI em outras regiões do Brasil, as tecnologias em saúde, a aproximação da ANPPS com os Planos Estaduais de Saúde, a participação social e construção da cidadania do idoso e principalmente a ampliação das discussões CTS.

A presente tese apresenta uma análise das representações sociais da PNSPI à luz do campo de estudos da Ciência, Tecnologia e Sociedade, considerando suas contribuições na implementação desta política.

Investigou-se o que a PNSPI significa hoje para os articuladores de saúde da pessoa idosa e gestores municipais de saúde do DRS III, a fim de refletir sobre o porquê das escolhas dos planos, metas, indicadores e práticas voltadas para a saúde do idoso em seus municípios.

A próxima etapa é a divulgação destes resultados na perspectiva de ampliação do olhar para a saúde do idoso e o aprimoramento das práticas e ações municipais, com vistas ao envelhecimento ativo e saudável e implementação efetiva da PNSPI.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, M.F.B; (et al). Representações profissionais dos professores e o sentido do trabalho docente. **Anais IV SIPEQ – Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos – pesquisa qualitativa: rigor em questão**. Rio Claro: UNESP, 2010.

_____. Representações sociais dos professores formadores: o sentido do trabalho docente e a profissionalização. **Revista Nuances: Estudos sobre Educação**. Presidente Prudente, SP, ano XV, 16 (17): 35-52, 2009.

AGUIAR, M.C.A. et al. Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde Brasileiras para o idoso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. 13 (1), p. 73-79, 2011.

AKERMAN, M; FISCHER, A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.23, n.1, p.180-190, 2014

ALMEIDA-ANDRADE, P. **Análise da política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde (1990 a 2004)**: a influência de atores e agendas internacionais. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade de Brasília, Brasília. 2007.

ALVES, A.P. M; OGATA, M.N.; PEDRO, W.J.A. Breve análise de periódicos da área de ciências da informação sobre as teorias de identidade e representações sociais. **Revista UNIARA**, v. 12, n.2, dez. 2009, p. 243-260.

ALVES, R. **A arte de educar**. Site Trilhando Autonomia. Disponível em: <http://www.tautonomia.com/2015/07/arte-de-educar-rubem-alves.html>.

BANCO INTERNACIONAL PARA A RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. 2011.

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. 3ª edição. 2008.

BARRETO, M. Conhecimento científico e tecnológico como evidencia para políticas e atividades regulatórias de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 9, n. 2, p.329-339, abr/jun. 2004.

BAZZO, W.A; VON LINSINGEN, I.; PEREIRA, L.T.V. **Introdução aos estudos CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade)**. Madri: Cadernos de Ibero-América, 2003.

_____. O que são e para que servem os estudos CTS. **Anais do XXVIII Congresso Brasileiro de Educação em Engenharia**, Ouro Preto/MG, 2000. Disponível em: http://www.abenge.org.br/cobenges-antiores/2000/artigos-2000/artigos-publicados_8. Acesso em: 12 out 2013.

BRASIL. **Relatório Final**. 8ª Conferencia Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.
- _____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. BRASIL, 1990 (a).
- _____. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. BRASIL, 1990 (b).
- _____. **Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994**. BRASIL, 1994.
- _____. **Portaria GM/MS n.º 1395 de 10 de dezembro de 1999**. BRASIL, 1999.
- _____. **Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003**. BRASIL, 2003 (a).
- _____. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. ONU. Série Institucional de Direitos Humanos, V.1, 2003 (b).
- _____. 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília, 2004: **Anais/Ministério da Saúde, Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**, Departamento de Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. BRASIL, 2006 a
- _____. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Diário Oficial da União, 2006. BRASIL, 2006 b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.
- _____. **Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.
- _____. **Indicadores Sociais de Saúde e Demográfico**. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.
- _____. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010.
- _____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, 2013**. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>. Acesso em 11 out 2013.
- _____. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 2015a. Disponível em: <http://conferenciasaude15.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Documento-Orientador-Digital.pdf> em 30 de março de 2016.
- _____. **Diretrizes Aprovadas nos Grupos de Trabalho ou na Plenária Final - 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 2015b. Disponível em: <http://conferenciasaude15.org.br/wp-content/uploads/2016/01/Diretrizes-Aprovadas-Vers%C3%A3o-Final.pdf> em 30 de março de 2016.

_____. **15ª Conferencia Nacional de Saúde**. Brasília: 2015c. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html em 30 de novembro de 2016.

_____. **Sistema de apoio à construção do relatório de gestão – SargSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>.

BINOTTO, C.C.S. **O estado da ciência, tecnologia e inovação e sua relação social com a enfermagem no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) - Universidade Federal de São Carlos, 2012.

BOAVENTURA, S.S. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 23, Set.1987, p.13-74.

CAMARANO, A.A; PASSINATO, 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, p.253-292.

CAMARGO, B.V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P. et al (Org). **Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária: 2005, p.511-540.

CARNEIRO, L. A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: IESS, 2013. Disponível em: <http://www.iess.org.br/envelhecimentopop2013.pdf>. Acesso em: 01 maio 2013.

CASTRO, R. V. Prefácio. In: ALMEIDA, A.M. O; SANTOS, M.F. S; TRINDADE, Z.A. (org). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

ECHEVERRÍA, J. **Introdução à metodologia da ciência**. Coimbra: Almedina, 2003.

ECO, H. **Como se faz uma tese**. Tradução Gilson Cesar Cardoso de Souza. São Paulo: Perspectiva, 2008. 21 edição.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed. 2009.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista Saúde Pública**. 2012; 46(Supl):13-20.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):375-387, 2004.

INGLEZ, S.D´A; TRUNINGER, M; VASCONCELOS, P. Notas sobre as representações sociais e o Habitu: esboço de uma análise comparada. **Revista Psicologia**, XI (2/3): 139-158, 1996.

JODELET, D. Représentation Sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (org). **Psychologie Sociale**. Paris: PUF, 1984, 357-378.

KREIMER, P. Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología em América Latina: ¿Para qué?, ¿Para quién? **Redes**, diciembre, año/vol. 13, número 026, Universidad Nacional de Quilmes Bernal Este, Argentina: 2007, pp. 55-64.

_____. Internacionalização e tensões da ciência latino-americana. **Revista Ciência e Cultura (online)**. 2011, vol.63, n.2, pp. 56-59.
<https://estudosdects.files.wordpress.com/2014/08/a18v63n2-pablo-kreimer.pdf>.

LIMA, R.C.P.; CAMPOS, P.H.F. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscoviciana das representações sociais. **Revista Educação Pesquisa**, São Paulo, 41 (1): 63-77, 2015.

LOPES, G.Z.L. **Dimensões sociais de ciência e tecnologia**: representações sociais de alunos de escolas públicas de um município paulista. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2011.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy, E.E. (*et al*). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007, 4.ed., p.15-35.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, Brasco. 2004.

MOREL, C.M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):261-270, 2004.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978.

_____. (org). **Psychologie Sociale**. Paris: PUF, 1984, 357-378.

_____. Das representações coletivas às representações sociais. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001, 45-66.

_____. **Representações Sociais**: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes (Título Original: La psychanalyse, son image et son public, 1961). 2012.

NETO, G.V., MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. Rio de Janeiro: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 12(4), 825-839. 2007.

SHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e Representação Social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 157-200.

OGATA, M. N., PEDRO, W. J. A. Ciência, tecnologia e inovação em saúde: um estudo de caso junto a profissionais de saúde. In Souza, C. M., Hayachi, M. C. P. I. **Ciência, Tecnologia e Sociedade**: Enfoques teóricos e aplicados. São Carlos: Ed. Pedro e João Editores, 2008, p. 267-289. 2008a.

_____. Aportes teóricos e metodológicos para a compreensão das dimensões intersubjetivas e sociais na ciência e tecnologia. In: HOFFMANN, W. A. M.; FURNIVAL, A. C. M. **Olhar**: Ciência, Tecnologia e Sociedade. São Carlos: Pedro & João Editores: CECH-UFSCar, 2008b. p.67-75.

_____.e cols. Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde. **Anais da Jornada Científica da UFSCar**, Workshop de Grupos de Pesquisa, 2013.

OLIVEIRA, D.C; GOMES, A.M.T; MARQUES, C.S. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da Saúde: In: MENIN, M.S.S; PEDRO, W.J.A.; SILVA, M.; PERSEGUINO, S.A. Experiência de Inovação no Contexto da Administração Pública. In: ESOCITE 2012, **IX JORNADA LATINOAMERICANA DE ESTUDIOS SOCIALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA**, México: 2012.

_____.ORLANDI, B.D.M., SILVA, M.C., PERSEGUINO, S.A. interfaces CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade) e Gestão Pública: O estado da arte. In: SIDETECS 2012, Itajubá: UFI: **III Simpósio de Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade: Interdisciplinariedade e produção do conhecimento**. 2012.

_____. Reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 16(5), 09-32, 2013.

_____. e cols. Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Gerontologia Social. **Anais da Jornada Científica da UFSCar**, Workshop de Grupos de Pesquisa. 2013.

PESSOA, I. L. **Envelhecimento na agenda da política social brasileira: avanços e limitações**. Tese (Doutorado em Política Social) -Universidade de Brasília, 2009. Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Política Social.

PINHEIRO, N.A.M., SILVEIRA, R.M.C.F., BAZZO, W.A. Ciência, Tecnologia e Sociedade: A relevância do Enfoque CTS para o contexto do ensino médio. **Revista Ciência e Educação**, 13(1), 71-84. 2007.

PPGCTS Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Recuperado em Novembro 04, 2014. Disponível em: <<http://www.ppgcts.ufscar.br/linhas-de-pesquisa/linha-01>>. Acesso em: 14 jul 15.

SÁ. C. P. Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socio-culturelles et comportement. **Paper on social representations**. 1994, 3 (1): 40-46.

_____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1998.

SANTOS, D.C., OGATA, M.N. Diálogos entre Representações Sociais, Saúde e o Campo CTS. In: Hoffmann, W.A.M., Miotello, V.M. (organizadores). **Diálogos em Ciência, Tecnologia e Sociedade.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2013.

SANTOS, R.F.; MAGALHÃES, R.A. HERMÓGENES, J.A. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde,** Brasília: 1986.

SANTOS, V.B., TURA, L.F.R., ARRUDA, A.M.S. As representações sociais de pessoa velha construídas por adolescentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, 2011, 14(3), 497-509.

SÃO PAULO. Secretária de Saúde do Estado de São Paulo. **Programa Articuladores de Atenção Básica.** 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; HILLEGONDA, A. M.; NOVAES, M.D. **Tecnologia em Saúde.** Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html> em 22 de março de 2016, p.1-9.

SEVERINO, A. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez Editora, São Paulo. 2005.

SILVA, M. C. **Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar** : um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade. Dissertação (Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade) -Universidade Federal de São Carlos, 2010.

SILVA, M.C.; OGATA, M.N.; PEDRO, W.J.A. A política de saúde do idoso sob o espectro CTS: considerações preliminares. **Revista Tecnologia e Sociedade.** Editora: UFTPR 2014, (19), p.77-87.

SILVA, M.C.; OGATA, M.N.; OLIVEIRA, D.C. O estado de arte das produções científicas nacionais das representações sociais do envelhecimento na perspectiva da saúde. **Revista Kairós Gerontologia.** Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. Editora: PUC, 2016, 19 (1): p.49-63.

SILVEIRA, R.; BAZZO, W. Ciência e Tecnologia: Transformando o homem e sua relação com o mundo. **Revista Gestão Industrial.** 2(2): 68–86, 2006.

SOBOLL, M. L. M. S; CARVALHO, A. O; EDUARDO, M. B. P.; TANAKA, O. Y; WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization.** Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.

SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, 1993.

_____. (org). **O conhecimento no cotidiano: as representações sócias na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

TEIXEIRA, J.M.C ; et al (org). **Plano estadual 2012-2015**. São Paulo: Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf. Acesso em: 27 out. 2016.

THOMAS, H. Los estudios sociales de la tecnología en América Latina. **Íconos. Revista de Ciencias Sociales**. Num. 37, Quito, mayo 2010, pp. 35-53.

THOMAS, H; KREIMER, P. La apropiabilidad social del conocimiento científico y tecnológico. Uma proposta de abordagem teórico-metodológico. In: DAGNINO, R; THOMAS, H. (orgs). **Panorama dos Estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade na América Latina**. Cabral-Editora e Liv. Universitária, São Paulo: 2002, p. 273-291.

UNITED NATIONS. **Vienna International Plano of Action on Aging**. Resolution 37/51 on 3 december 1982. Áustria, Vienna, 1982.

_____. **Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities**. Resolution 46/91 on 16 december 1991, 1991.

_____. **Proclamation on Ageing**. Resolution 47/5 on 16 october 1992, 47 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 13, U.N. Doc. A/47/49, 1992.

_____. **International Year of Older Persons: towards a society for all ages**. Resolution 50/141 on 21 december 1995, 1995.

_____. **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**. Resolución 57/167. Madri, Espanha, 2002.

WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization; trad. Suzana Gontijo. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

14. ANEXOS

14.1. PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções

Pesquisador: MELIZA CRISTINA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41529115.0.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 997.137

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que visa analisar o processo de implantação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa na perspectiva CTS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar o processo de implantação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa na perspectiva CTS.

Objetivo Secundário:

1)Analisar as ações governamentais no âmbito regional e municipal para área da saúde do idoso e como se articulam com a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2)Analisar as representações sociais de saúde do idoso de secretários de saúde e articuladores.3)Analisar as contribuições do campo CTS para compreensão do processo de implantação da Política de Saúde do Idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa incorrerá em riscos mínimos. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

14.2. TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE -DRS III - ARARAQUARA
AV. ESPANHA, 188 - 4º ANDAR - CENTRO - CEP 14801-130
TEL.: (016) 33011810 - FAX: (016) 3322-9976

Araraquara, 13 de março de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos –
CEP/UFSCar

Autorização para realização de pesquisa

Eu, JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA diretor responsável da Diretoria Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. Que na reunião realizada com os gestores da região Central que contempla os municípios: Araraquara; Américo Brasiliense; Boa Esperança do Sul; Gavião Peixoto; Motuca; Rincão; Santa Lúcia e Trabiú, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Meliza Cristina da Silva, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata e coorientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro. Esta instituição esta ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesque nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e Carimbo do Responsável da Instituição


JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA
Diretor Regional de Saúde III - Subsist.
RG: 5.932.108 - DRS - III



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS III - ARARAQUARA
AV. ESPANHA, 188 - 4º ANDAR - CENTRO - CEP 14801-130
TEL.: (016) 33011810 - FAX: (016) 3322-9976

Araraquara, 13 de março de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos –
CEP/UFSCar

Autorização para realização de pesquisa

Eu, JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA diretor responsável da Diretoria Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. Que na reunião realizada com os gestores da região Centro-Oeste que contempla os municípios: Borborema; Ibitinga; Itápolis; Nova Europa e Tabatinga, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Meliza Cristina da Silva, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata e coorientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Esta instituição esta ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesque nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e Carimbo do Responsável da Instituição


JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA
Diretor Regional de Saúde III - Subst. II
RG: 5.902.105 - DRS - III



COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS III - ARARAQUARA
AV. ESPANHA, 188 - 4º ANDAR - CENTRO - CEP 14801-130
TEL.: (016) 33011810 - FAX: (016) 3322-9976

Araraquara, 13 de março de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos –
CEP/UFSCar

Autorização para realização de pesquisa

Eu, JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA diretor responsável da Diretoria Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. Que na reunião realizada com os gestores da região Coração que contempla os municípios: Descalvado; Dourado; Ibaté; Porto Ferreira; Ribeirão Bonito e São Carlos, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Meliza Cristina da Silva, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niiutuma Ogata e coorientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Esta instituição esta ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesque nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e Carimbo do Responsável da Instituição


JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA
Diretor Técnico de Saúde III - Substã
RG: 5.932.109 - DRS - III



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE - DRS III - ARARAQUARA
AV. ESPANHA, 188 - 4º ANDAR - CENTRO - CEP 14801-130
TEL.: (016) 33011810 - FAX: (016) 3322-9976

Araraquara, 13 de março de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos –
CEP/UFSCar

Autorização para realização de pesquisa

Eu, JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA diretor responsável da Diretoria Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, venho por meio desta informar a V. Sa. Que na reunião realizada com os gestores da região Norte que contempla os municípios: Candido Rodrigues; Dobrada; Matão; Santa Ernestina e Taquaritinga, foi dada a anuência dos gestores para a pesquisadora Meliza Cristina da Silva, do curso de doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos, desenvolver a pesquisa intitulada “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções” sob orientação da Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata e coorientação do Prof. Dr. Wilson José Alves Pedro.

Esta instituição esta ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesque nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Assinatura e Carimbo do Responsável da Instituição


JOÃO ROBERTO BETTONI NOGUEIRA
Diretor Técnico Regional de Saúde III - Subst. C
RQ, 9, 12, 14 - DRS - III

15. APÊNDICES

15.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – G1

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções”.
2. O envelhecimento e a conseqüente mudança demográfica brasileira nos apontam para uma profunda transformação socioeconômica do país. A estimativa é que a população idosa triplique nas próximas décadas, passando de 20 milhões em 2010 para 65 milhões em 2050. O Estado precisará repensar seu modelo de gestão, adaptando-se às futuras demandas recorrentes deste processo de envelhecimento, principalmente na área da Saúde, que necessitará de planejamento para suportar o impacto epidemiológico, econômico e social. O perfil da população brasileira idosa altera a dinâmica dos serviços e da atuação dos profissionais de saúde. Estratégias de gestão voltadas para as diretrizes de promoção de saúde do idoso brasileiro serão fundamentais nesta transição demográfica. Gestores e profissionais terão de adequar-se a uma sociedade onde as relações sociais e humanas terão relevância no processo de envelhecimento. O objetivo deste estudo é analisar o processo de implantação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa na perspectiva CTS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A metodologia é a de análise documental, revisão bibliográfica e exploração de campo, através de entrevistas semiestruturadas. Pretende-se enriquecer a reflexão sobre as representações sociais de saúde do idoso. Uma população idosa saudável participa ativamente da sociedade, gasta menos com saúde e movimenta positivamente a economia de um país. A autonomia e o protagonismo dos sujeitos são valores fundamentais no processo de envelhecimento.
 - a. Você foi selecionado (a) por participar do grupo de articuladores de saúde do idoso do Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, onde o estudo será realizado. Primeiramente você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada, e sua participação não é obrigatória.
 - b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões para identificação do perfil dos sujeitos de pesquisa e da representação social do grupo em relação à política nacional de saúde do idoso, considerando sua articulação com a agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Os encontros serão realizados no Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, ou em outro local, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir.
3. A presente pesquisa incorrerá em riscos mínimos. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que caso sua participação na pesquisa gere algum estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais, você terá garantidas pausas nas entrevistas e a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.
4. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que serão utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão

trazer benefícios para a área da saúde do idoso, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades na implementação da política de saúde do idoso nos municípios.

5. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.
6. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.
7. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas, nesses encontros. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. Em seguida, a pesquisadora utilizará o software Alceste, para análise e tratamento dos dados textuais.
8. Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, porém se isso ocorrer, ele será ressarcido pela pesquisadora.
9. Você receberá uma cópia deste termo constando o telefone, o endereço pessoal e o e-mail da pesquisadora, podendo solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Meliza Cristina da Silva

Rua Dr. Marino da Costa Terra, 1000, ap.24, bloco 6 – Parque Sabará – São Carlos – SP

meliza.ufscar@gmail.com – telefone: (16) 98158-3901

Pesquisador Principal

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data

Local e data: _____

Nome do participante da pesquisa: _____

Número e tipo de documento de identificação _____

Assinatura do Sujeito da pesquisa: _____

15.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – G2

10. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A política nacional de saúde do idoso na perspectiva CTS: Concepções”.
11. O envelhecimento e a consequente mudança demográfica brasileira nos apontam para uma profunda transformação socioeconômica do país. A estimativa é que a população idosa triplique nas próximas décadas, passando de 20 milhões em 2010 para 65 milhões em 2050. O Estado precisará repensar seu modelo de gestão, adaptando-se às futuras demandas recorrentes deste processo de envelhecimento, principalmente na área da Saúde, que necessitará de planejamento para suportar o impacto epidemiológico, econômico e social. O perfil da população brasileira idosa altera a dinâmica dos serviços e da atuação dos profissionais de saúde. Estratégias de gestão voltadas para as diretrizes de promoção de saúde do idoso brasileiro serão fundamentais nesta transição demográfica. Gestores e profissionais terão de adequar-se a uma sociedade onde as relações sociais e humanas terão relevância no processo de envelhecimento. O objetivo deste estudo é analisar o processo de implantação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa na perspectiva CTS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A metodologia é a de análise documental, revisão bibliográfica e exploração de campo, através de entrevistas semiestruturadas. Pretende-se enriquecer a reflexão sobre as representações sociais de saúde do idoso. Uma população idosa saudável participa ativamente da sociedade, gasta menos com saúde e movimenta positivamente a economia de um país. A autonomia e o protagonismo dos sujeitos são valores fundamentais no processo de envelhecimento.
 - a. Você foi selecionado (a) por ser Secretário de Saúde de um dos municípios compreendidos no Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, onde o estudo será realizado. Primeiramente você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada, e sua participação não é obrigatória.
 - b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões para identificação do perfil dos sujeitos de pesquisa e da representação social do grupo em relação à política nacional de saúde do idoso, considerando sua articulação com a agenda de prioridades de pesquisa em saúde. Os encontros serão realizados no Departamento Regional de Saúde III - Araraquara, ou em outro local, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir.
12. A presente pesquisa incorrerá em riscos mínimos. As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que caso sua participação na pesquisa gere algum estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais, você terá garantidas pausas nas entrevistas e a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.
13. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que serão utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde do idoso, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades na implementação da política de saúde do idoso nos municípios.

14. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.
15. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.
16. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas, nesses encontros. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. Em seguida, a pesquisadora utilizará o software Alceste, para análise e tratamento dos dados textuais.
17. Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, porém se isso ocorrer, ele será ressarcido pela pesquisadora.
18. Você receberá uma cópia deste termo constando o telefone, o endereço pessoal e o e-mail da pesquisadora, podendo solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Meliza Cristina da Silva

Rua Dr. Marino da Costa Terra, 1000, ap.24, bloco 6 – Parque Sabará – São Carlos – SP

meliza.ufscar@gmail.com – telefone: (16) 98158-3901

Pesquisador Principal

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data

Local e data: _____

Nome do participante da pesquisa: _____

Número e tipo de documento de identificação _____

Assinatura do Sujeito da pesquisa: _____