

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Mariane Coimbra da Silva

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA: um estudo com base nos instrumentos de planejamento em
saúde do município de Belo Horizonte**

Belo Horizonte
2022

Mariane Coimbra da Silva

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA: um estudo com base nos instrumentos de planejamento em
saúde do município de Belo Horizonte**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos

Belo Horizonte
2022

Silva, Mariane Coimbra da.
SI586a Análise de implementação da Política Nacional de Saúde da pessoa idosa [recursos eletrônicos]: um estudo com base nos instrumentos de planejamento em saúde do município de Belo Horizonte. / Mariane Coimbra da Silva. - - Belo Horizonte: 2022.
84f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mirela Castro Santos Camargos.
Área de concentração: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Política de Saúde. 2. Saúde do Idoso. 3. Política Pública. 4. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 101

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
ATA DE NÚMERO 77 (SETENTA E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MARIANE COIMBRA DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e dois, às 15:00 (quinze horas), realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: um estudo com base nos instrumentos de planejamento em saúde do município de Belo Horizonte", da aluna **Mariane Coimbra da Silva**, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Professora Mirela Castro Santos Camargos, Professora Vanessa de Almeida e Karla Cristina Giacomini, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2022.

Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Prof^a. Dr^a. Vanessa de Almeida
Membro Titular (UFMG)

Dr^a. Karla Cristina Giacomini
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Professora do Magistério Superior**, em 26/08/2022, às 18:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa de Almeida, Subchefe**, em 02/09/2022, às 17:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo**, em 06/09/2022, às 09:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 06/09/2022, às 17:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1712041** e o código CRC **2A10E35B**.

AGRADECIMENTOS

Nada do que sou e do que tenho é fruto apenas do meu esforço individual. Minhas conquistas só são possíveis, porque tenho pessoas muito generosas ao meu lado! Por isso, utilizo este espaço de agradecimento para reconhecer todo suporte que recebi ao longo desta jornada. Não será possível citar cada um que deu sua contribuição, mas espero que todos aqueles que estiveram comigo nesta fase do Mestrado possam se sentir contemplados.

Agradeço ao meu marido, Gonzalo, pelo incentivo e parceria em todas as minhas escolhas. Aos meus pais, Janete e Luiz Carlos, pelo investimento em meus estudos e apoio sempre que necessário. Ao meu irmão Felipe, meus sogros, Sandra e José, meus tios, primos e cunhados, agradeço pela torcida incondicional pelo meu sucesso. Obrigada por acreditarem nos meus sonhos e me apoiarem a conquistá-los!

Agradeço também aos meus amigos e colegas pelos momentos de troca e por deixarem as coisas mais leves e divertidas. Vocês são muito queridos!

Gratidão a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da UFMG, em especial à minha orientadora Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos, por estar presente em cada passo desta caminhada.

Também não posso deixar de agradecer às pessoas que me inspiram no cuidado à pessoa idosa e que contribuíram grandemente para esta pesquisa: Profa. Dra. Karla Cristina Giacomin, Profa. Dra. Ana Amélia Camarano e Profa. Dra. Natália de Cassia Horta.

Por fim, agradeço ao SUS-BH e UFMG, espaços de saúde e educação pública, que estão a serviço da melhoria da qualidade de vida da população e contribuem para a concretização do envelhecimento ativo e saudável preconizado na política aqui estudada.

RESUMO

O envelhecimento populacional, que tem ocorrido de forma intensa e rápida no Brasil, traz diversos desafios no campo das políticas públicas. Na área da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 foi um passo importante na consolidação de direitos relativos à saúde da pessoa idosa e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção aos idosos, alguns autores afirmam que o Brasil ainda apresenta grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade na prática. Tendo em vista a necessidade de se compreender melhor como as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa se concretizam na realidade do sistema público de saúde, o presente trabalho teve por objetivo realizar uma análise da implementação da PNSPI na gestão do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para tal, realizou-se uma pesquisa documental, com levantamento e análise dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde de 2012 a 2021. Os resultados da pesquisa apontam que, apesar de haver um reconhecimento do envelhecimento populacional do município e uma preocupação da gestão com as implicações desse processo, na prática, as ações voltadas especificamente para a saúde das pessoas idosas ainda são bastante pontuais. Os programas mais robustos atualmente são programas intersetoriais com foco nos idosos frágeis ou em processo de fragilização. A pesquisa também identificou a necessidade de criar mecanismos mais claros e assertivos para o acompanhamento e o monitoramento da saúde da pessoa idosa nos instrumentos de planejamento e gestão.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Análise de Implementação de Políticas Públicas. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Population aging, which has occurred intensely and rapidly in Brazil, brings several challenges in the field of public policies. In the area of Health, the National Health Policy for the Elderly (PNSPI) was an important step in the consolidation of rights related to the health of the elderly and strengthening of the Unified Health System (SUS). Despite the vast Brazilian legal framework for the protection of the elderly, some authors claim that Brazil still has great difficulties in assuming aging as a priority in practice. In view of the need to better understand how health care policies for the elderly are implemented in the reality of the public health system, the present study aimed to analyze the implementation of the PNSPI in the management of the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais. To this end, a documental research was carried out, with a survey and analysis of planning instruments in management from 2012 to 2021. The results of the research indicate that, despite the recognition of the population aging of the municipality and management concern with the implications of this process, in practice, actions specifically aimed at the health of the elderly are still quite punctual. The most robust programs currently are intersectoral programs focused on frail or frail elderly people. The research also identified the need to create clearer and more assertive mechanisms for monitoring and monitoring the health of the elderly in management instruments.

Keywords: National Health Policy for the Elderly, Analysis of Public Policy Implementation, Health of the Elderly

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS - Atenção Primária à Saúde
- BH - Belo Horizonte
- CASAIC - Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, Idoso e dos Usuários com Condições Crônicas
- CEDEPLAR - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG
- CMI - Conselho Municipal do Idoso
- CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
- CMV - Centro Mais Vida
- COVID-19 - Coronavírus Disease (doença do coronavírus) 2019
- CS - Centro de Saúde. Expressão sinônima de
- DPEI - Diretoria de Políticas da Pessoa Idosa
- DRES - Diretoria Regional de Saúde
- eSF - Equipe de Saúde da Família
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- MG - Minas Gerais
- PAS - Programação Anual de Saúde
- PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
- PMS - Plano Municipal de Saúde
- PNI - Política Nacional do Idoso
- PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- RAG - Relatório Anual de Gestão
- RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
- RT - Referência Técnica
- SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
- SMASAC - Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar
Cidadania
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde (UBS)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ciclo de Políticas Públicas	16
Figura 2	Ciclo de Planejamento e Execução da Gestão do Sus	28
Figura 3	Atenção Primária em Belo Horizonte	32
Figura 4	Distribuição Geográfica da População Idosa cadastrada de acordo com as Diretorias Regionais de Saúde do Município de Belo Horizonte	32
Figura 5	Desenho de Modelo Assistencial proposto para o SUS-BH	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da População Idosa cadastrada segundo a Diretoria Regional de Saúde do Município de Belo Horizonte ...	33
Gráfico 2	Evolução do Índice De Envelhecimento da População de Belo Horizonte, 2015 A 2030	33
Gráfico 3	Número de Idosos atendidos no Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte de 2012 A 2021	51
Gráfico 4	Número de Atendimentos do Centro Mais Vida em Belo Horizonte de 2012 A 2018	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Marcos Históricos das Políticas para a Pessoa Idosa no Brasil	19
Quadro 2	- Marcos Históricos das Políticas para a Pessoa Idosa em Belo Horizonte	21
Quadro 3	- Documentos disponíveis no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte Selecionados Para Análise	37
Quadro 4	- Diretrizes Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Empregadas na Análise Documental	38
Quadro 5	- Objetivos, Metas e Indicadores de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável	43
Quadro 6	- Objetivos, Metas e Indicadores de Atenção Integral e Integrada À Saúde da Pessoa Idosa	46
Quadro 7	- Objetivos, Metas e Indicadores de Estímulo às Ações Intersectoriais Visando à Integralidade da Atenção e Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social	50
Quadro 8	- Financiamento de Ações e Programas Relacionados Especificamente à Saúde da Pessoa Idosa Presentes nos Relatórios Financeiros de 2012 a 2018	56
Quadro 9	- Ações Educacionais sobre o Público Idoso Identificadas nos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde entre 2012 e 2021	59
Quadro 10	- Divulgação e Informação sobre Saúde da Pessoa Idosa Identificadas nos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde de 2012 a 2021	61
Quadro 11	- Ações de Promoção de Cooperação Nacional e Internacional Das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas entre 2012 e 2021	63

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	15
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE.....	17
3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	22
3.4 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE.....	26
4 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	30
4.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	31
4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.4 CUIDADOS ÉTICOS.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 ANÁLISE GERAL DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE.....	40
5.2 PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....	41
5.3 ATENÇÃO INTEGRAL E INTEGRADA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	43
5.4 ESTÍMULO ÀS AÇÕES INTERSETORIAIS VISANDO À INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.....	47
5.5 PROVIMENTO DE RECURSOS CAPAZES DE ASSEGURAR QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	53
5.6 ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.....	56
5.7 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	57
5.8 DIVULGAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E USUÁRIOS DO SUS.....	60
5.9 PROMOÇÃO DE COOPERAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL DAS EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS.....	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
APÊNDICE A- PRODUTO TÉCNICO.....	77
APÊNDICE B- PRODUTO TÉCNICO.....	85

APRESENTAÇÃO

Sou Mariane, uma *lifelong learner*¹ por natureza! Herdei da minha mãe e de minha família materna o amor pelos livros e pelo conhecimento. Do meu pai herdei a habilidade de me relacionar com as pessoas e de aprender para além dos livros. Movida pela curiosidade e desejo de expandir os horizontes, cheguei ao Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Espero que toda essa trajetória de investigação e descobertas possa também ampliar as perspectivas de outras pessoas.

Sou psicóloga, formada pela UFMG em 2014, e especialista em Saúde da Pessoa Idosa pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Odilon Behrens, concluído em 2018. Grande parte da minha trajetória profissional foi dedicada ao público idoso e ao envelhecimento ativo. Atendi pessoas idosas como psicóloga clínica; fui gestora de projetos em uma Organização da Sociedade Civil (OSC) que tem como foco a educação para a longevidade chamada Rede Longevidade; fui referência técnica do NASF-AB em Belo Horizonte e sou conselheira voluntária na Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos (FN-ILPI).

Estudos sobre o envelhecimento, especialmente no campo da gestão de políticas públicas, sempre me interessaram. No meu Trabalho de Conclusão de Curso da Residência, pesquisei sobre a Atenção ao Idoso Frágil em Belo Horizonte a partir da análise de planos de cuidado. Neste estudo, foi possível perceber a importância do acompanhamento e avaliação das ações, gerando dados para a tomada de decisões mais assertivas e coerentes com as necessidades da população idosa.

A intenção com esta nova pesquisa, aqui relatada, foi reforçar a relevância de acompanhar e monitorar as políticas públicas, a fim de garantir o cumprimento do que elas propõem. O SUS já é imprescindível para a saúde da população idosa, pois tem como pressupostos a equidade e o cuidado longitudinal. Porém ainda há muito potencial para que o sistema seja mais efetivo e forneça serviços de qualidade para nossa sociedade cada dia mais envelhecida.

¹ *Lifelong learning* é um termo utilizado para definir um dos pilares do envelhecimento ativo: a aprendizagem contínua. Dizer-se *lifelong learner* é se identificar como uma eterna aprendiz, aquela que sempre busca novas vivências, conhecimentos e aprendizados.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, processo que ocorre de maneiras diversificadas em função das desigualdades socioeconômicas e singularidades de cada lugar, é um desafio coletivo que traz implicações para o setor público, empresas, organizações sociais e indivíduos. À medida que a sociedade envelhece, todos os atores precisam estar implicados na garantia da longevidade com qualidade.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento tem sido acelerado e intenso. Em 1994, por exemplo, quando foi aprovada a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), a proporção da população idosa era de aproximadamente 8%. Atualmente, são cerca de 32 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais, o que equivale a 16% da população total (PNAD, 2019). Espera-se que, em 2030, o número de idosos supere o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos e, para 2050, a projeção é de que essa população já corresponda cerca de 30% do total de brasileiros (BRASIL, 2018).

Simultaneamente à transição demográfica, o país também vive mudanças no perfil epidemiológico da população com aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais (LIMA-COSTA *et al.*, 2017). Ainda que as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não sejam consequências inevitáveis do envelhecimento e a idade por si só não pressuponha incapacidade, a presença de alguma incapacidade representa maior necessidade de cuidados médicos e sociais a longo prazo, o que repercute diretamente nas demandas por atenção à saúde.

Em 2020, o contexto da pandemia, causada pelo novo coronavírus (*Coronavirus Disease – COVID-19*), evidenciou ainda mais a necessidade de políticas de proteção voltadas para as pessoas idosas, na medida em que essa população foi considerada como grupo de risco para contaminação, agravos e óbito (KALACHE *et al.*, 2020). Até agosto desse mesmo ano, mais de 70% das mortes registradas por COVID-19 ocorreram em indivíduos com 60 anos ou mais, gerando impactos significativos para as famílias e comunidades, inclusive em aspectos econômicos (CAMARANO, 2020). Atualmente, mais de 80% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para seus cuidados de saúde e essa proporção é ainda maior entre negros e pobres (KALACHE *et al.*, 2020).

O Estado Brasileiro é pioneiro na criação de leis e políticas públicas que visam à proteção social das pessoas idosas (ROMERO *et al.*, 2019). No campo da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528

de 19 de outubro de 2006, foi um passo importante na consolidação de direitos relativos à essa temática. Ela orienta as ações de saúde da pessoa idosa desenvolvidas no país e propõe diretrizes fundamentadas no cuidado longitudinal e na perspectiva do envelhecimento ativo, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos. A PNSPI direciona medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, destacando o papel de cada ente federativo na sua implementação e consolidação. No entanto, apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção a essas pessoas, Giacomini (2014) afirma que o Brasil ainda apresenta grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade na prática.

Considerando o papel dos municípios na implementação da PNSPI, a presente pesquisa surgiu do interesse de compreender a seguinte questão: *Como a gestão de Belo Horizonte (BH), capital de Minas Gerais (MG), responde à política no nível municipal?* O município se insere no processo de transição demográfica pelo qual está passando o país e o mundo, apresentando atualmente níveis sensivelmente baixos de fecundidade e uma população acima de 60 anos representativa (CEDEPLAR, 2017).

De acordo com relatório do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da UFMG, produzido em 2017, devido às melhorias ocorridas nas condições de vida e de saúde e à força migratória que o município possuía até há pouco tempo, a população acima de 60 anos poderá passar dos quase 300.000 registrados no Censo Demográfico 2010 para mais de 500.000 em 2030. A partir de 2025, as pessoas idosas representarão 20% do total populacional do município, com contínua tendência de aumento (CEDEPLAR, 2017). Assim, a proporção de usuários idosos nos serviços tende a ser cada vez maior, quer pelo expressivo aumento de idosos na população ou pelo maior acesso às informações por parte desse grupo, sendo necessário compreender o processo de implementação da PNSPI no município a fim de fortalecer a rede de atenção à saúde da pessoa idosa.

O desejo em investigar esse tema manifestou-se a partir da vivência da pesquisadora como residente de Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), sendo a escolha justificada tanto pela familiaridade com o tema e local, quanto pela necessidade de compreensão do processo de implementação desta política em uma cidade em claro processo de envelhecimento.

Como já dito, o envelhecimento populacional desafia a habilidade dos gestores e trabalhadores na produção de políticas em rede que, de fato, respondam às necessidades desse público. Para elaborar estratégias de consolidação dessa rede é imprescindível um processo de observação e análise, pois não é possível intervir em uma realidade sem conhecê-la.

A gestão de serviços de saúde é uma atividade complexa por conta da abrangência desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos, nem sempre compatíveis. Com a descentralização do SUS, essa complexidade torna-se ainda mais evidente, pois as diretrizes do Ministério da Saúde - Nível Federal - dependem de um conjunto de ações e decisões para serem efetivadas nos outros níveis de gestão - Estadual e Municipal (DALFIOR *et al.*, 2015).

Tentando compreender as políticas públicas, Lima e D'Ascenzi (2013) separam-nas em três momentos: formulação, implementação e avaliação. Nesta pesquisa, destacou-se especificamente o processo de implementação de políticas públicas - momento em que os planos formulados se tornam realidade, ou seja, em que a política formulada no campo teórico é traduzida para a vida concreta da organização. É uma fase fortemente dependente da ação dos atores envolvidos (burocratas) e dos instrumentos de ação estatal (estruturas organizacionais) e sua análise é importante para apontar gargalos entre o que foi formulado e o que acontece na realidade (LOTTA, 2019).

Tendo como referência a própria PNSPI, pretendeu-se com este estudo investigar como as ações e diretrizes preconizadas na política traduzem-se no planejamento e gestão municipal. Se o envelhecimento é um fato, mais do que nunca é necessário abraçar uma cultura do cuidado, em que esse processo seja visto realmente como uma conquista social e não um fardo para o Estado, família e para os próprios idosos.

Esta dissertação é composta por seis capítulos. Na Introdução, há uma apresentação geral do tema, contextualizando o cenário. O Referencial Teórico aborda a importância da análise de políticas públicas, aponta os marcos históricos das políticas para a pessoa idosa no Brasil e no município, aprofunda as especificidades da PNSPI e fala sobre os instrumentos de planejamento e gestão em saúde no contexto do SUS, destacando sua relevância para a gestão. No capítulo referente à Metodologia, é descrito o percurso metodológico do trabalho, com caracterização do estudo, descrição do cenário de pesquisa, informações sobre a coleta de dados e

aspectos éticos. O capítulo de Resultados e Discussão apresenta os dados obtidos na pesquisa de forma articulada com a literatura. Por fim, no capítulo Considerações Finais são colocadas as principais percepções acerca do trabalho, principais limitações e sugestões para novos estudos. O documento encerra com as referências bibliográficas que serviram de base para a pesquisa, e traz, por último, os anexos e apêndices relevantes.

2 OBJETIVO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em Belo Horizonte, por meio da investigação dos instrumentos de planejamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A análise de políticas públicas é um campo de estudos complexo e recente, que tem como princípio investigar a ação pública do Estado, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (DALFIOR *et al.*, 2015). Os estudos sobre análise de políticas iniciaram-se nos Estados Unidos a partir da década de 1960 com a consolidação de programas de combate à pobreza, embora já se desenvolvessem pesquisas sobre a temática desde os anos 1950 (PEREZ, 2006 apud DALFIOR *et al.*, 2015). De acordo com Serafim e Dias (2012), o desenvolvimento deste campo de estudos ocorreu paralelamente ao processo de racionalização do Estado e das políticas públicas. Assim, na medida em que as políticas públicas se tornaram cada vez mais complexas, os processos de reflexão e análise sobre elas também se tornaram mais necessários.

As políticas públicas são constituídas por diversas camadas decisórias – às vezes hierárquicas, às vezes paralelas. Essas camadas são compostas por atores responsáveis por decidir temas e questões distintas (HILL; HUPE, 2003 apud LOTTA, 2019). A análise de política enfatiza aspectos como “[...] os valores e os interesses dos atores que participam do jogo político, a interação entre eles, a arquitetura de poder e tomada de decisões, conflitos e negociações, etc.” (SERAFIM; DIAS, 2012).

Dentre os principais modelos de formulação e análise de políticas públicas desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, o método clássico é o Ciclo da Política que divide o processo de uma política em etapas ou fases.

Existem várias propostas de divisão do ciclo político: Lima e D'Ascenzi (2013), por exemplo, separam em três momentos: formulação, implementação e avaliação. Lotta (2019) considera as fases de agenda, formulação, implementação e avaliação. Outros autores identificam cinco etapas, sendo elas: 1) construção da agenda; 2) formulação de políticas; 3) processo decisório; 4) implementação de políticas e; 5) avaliação de políticas (NAJBERG; BARBOSA, 2006; VIANA; BAPTISTA, 2009; RIBEIRO, 2009 apud DALFIOR *et al.*, 2015). O modelo de ciclo da política (Figura 01) não necessariamente condiz com a realidade, mas é um instrumento analítico bastante útil e válido para a compreensão das políticas públicas (LOTTA, 2019).

Figura 1- Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Elaborado pela autora.

A fase de implementação, objeto deste estudo, relaciona-se com o momento de tradução das respostas governamentais e sociais aos problemas públicos em ações institucionais. Dessa forma, os estudos sobre essa etapa podem ser situados como uma vertente do campo de análise de políticas públicas que busca olhar para o momento específico da materialização ou concretização das políticas (LOTTA, 2019). É uma etapa considerada como o “nó cego” das políticas públicas, pois analistas e avaliadores vêm constatando, com maior frequência, a distância existente entre os objetivos previstos e os resultados obtidos com as políticas (FARIA, 2012)

As análises de implementação buscam compreender as diferenças entre o que foi formulado e o que foi executado e o papel que os diferentes agentes tiveram nesse processo de transformação das políticas públicas. A operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política. A questão central destes estudos é compreender o porquê e quais são as diferenças existentes entre os objetivos planejados e os resultados alcançados (LOTTA, 2019).

No campo da Saúde, a análise de políticas públicas considera a complexidade da gestão de serviços de saúde, entendendo a necessidade de conciliar interesses

individuais, corporativos e coletivos que nem sempre são convergentes (DALFIOR *et al.*, 2016).

A descentralização do SUS fez do município o principal espaço para implementação das políticas de saúde, sendo a amplitude da implementação e sua efetividade profundamente impactadas pela conformação dos cenários locais e das relações com o governo federal. Apesar de o nível municipal ser o principal responsável pela implementação das políticas no nível local, há uma forte dependência do nível federal, tanto no que se refere ao repasse de recursos, quanto aos princípios e diretrizes norteadores. Nesse sentido, estudos sobre políticas públicas de saúde no Brasil destacam as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação dessas políticas. Atualmente, a análise de implementação de políticas públicas de saúde é imprescindível para compreender por que algumas políticas são mais ou menos eficientes que outras, abrangendo a complexidade que envolve todo esse processo.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

A idade cronológica tem sido utilizada como marco regulatório para a população em diversas fases da vida. No Brasil, por exemplo, a entrada obrigatória na escola deve ser feita até os 4 anos para o ensino infantil e 6 anos para o ensino fundamental; o ingresso no mundo do trabalho só pode acontecer formalmente a partir dos 16 anos; e para se aposentar é necessário ter no mínimo 62 anos no caso das mulheres e 65 anos no caso dos homens. A idade é, nesse sentido, um importante recorte para orientar a construção de políticas públicas específicas que contemplem as necessidades de cada faixa etária. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da Juventude e o Estatuto da Pessoa Idosa, bem como a Política Nacional do Idoso (PNI), constituem um reconhecimento por parte do Estado de que esses grupos etários têm necessidades próprias que demandam um olhar singular (ALCÂNTARA *et al.*, 2016).

A construção de políticas públicas específicas, em relação às pessoas idosas, tem sido colocada como importante pauta entre os órgãos internacionais de saúde, visto que o processo da transição demográfica vivida em diversos países evidencia a necessidade de adequação e implementação de programas sociais e assistenciais

para atender às demandas desse grupo populacional. Diante do envelhecimento, é preciso que as nações estruturem políticas de seguridade social e de cuidado que garantam a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Segundo Lebrão *et al.* (2008), se por um lado o envelhecimento populacional pode ser entendido como um triunfo social, por outro também representa um grande desafio para o Estado, visto que demanda a elaboração de novas políticas públicas inclusivas e solidárias, pois implica o aumento de demandas de cuidado e assistência em saúde, além de custos previdenciários (LEBRÃO *et al.* 2008)

De acordo com Fernandes e Soares (2012, p.1495),

[...] no Brasil, apesar de iniciativas do Governo Federal nos anos 70 em prol das pessoas idosas, apenas em 1994 foi instituída uma política nacional voltada especificamente para esse grupo. Antes desse período, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção.

Tais ações eram mais pulverizadas. Nos anos 70, ainda foram criados benefícios não contributivos, como as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social. A partir de 1994, com a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº. 1948, de 03 de junho de 1996, os direitos sociais da pessoa idosa passaram a ser assegurados. A lei defende a criação de condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Em 2003, o Congresso Nacional aprovou o Estatuto da Pessoa Idosa, elaborado com intensa participação social, no sentido de ampliar a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. No Quadro 01, é possível encontrar um resumo das políticas públicas para a pessoa idosa no Brasil.

Quadro 1 - Marcos históricos das políticas para a pessoa idosa no Brasil

Continua	
Ano	Descrição
1988	<p>Promulgação da Constituição Federal Título VIII Da Ordem Social Capítulo VII Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.</p>
1993	<p>Aprovação Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93(11), que regulamenta o benefício da Assistência Social. A LOAS cita o benefício de prestação continuada (BPC): Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.</p>
1994	<p>Aprovação da Lei Nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6, e cria o Conselho Nacional do Idoso. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a Política.</p>
1999	<p>Publicação da Portaria Ministerial nº 1.395, que anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso. A Portaria determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.</p> <p>Portaria interministerial nº 5.153 de 7 de abril de 1999 MS/MPAS - Institui o Programa Nacional de Cuidador de Idosos, visando à capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar (familiar e não-familiar) e institucional.</p>
2002	<p>É proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).</p> <p>Também é publicado o Decreto nº 4.227, de 13 de Maio de 2002 que cria o Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI)</p>
2003	<p>Promulgação da Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados aos idosos. Esse é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira relativa às pessoas idosas.</p>

Conclusão	
Ano	Descrição
2004	Publicação do Decreto nº 5.109, de 17 de Junho de 2004 que dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do CNDI; Publicação do Decreto nº 5.296, de 2 de Dezembro de 2004 que regulamenta a prioridade de atendimento aos idosos e estabelece as normas para promoção da acessibilidade.
2006	Publicação, por meio da Portaria nº 399/GM, do documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida . Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) - Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.
2013	Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação.
2019	Publicação do Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa.
2019	Publicação da Portaria nº 2.153, de 6 de novembro de 2019 que Institui o Programa Vida Saudável na modalidade Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa.
2021	Decreto nº 10.604, altera o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019 que consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Esse decreto estabelece que a "Política Nacional da Pessoa Idosa" passará a ser "Política Nacional do Idoso"; o programa Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa passará a ser operacionalizado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, por meio da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, saindo, dessa forma, da alçada do Ministério da Cidadania; extingue o Comitê Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, órgão de natureza deliberativa, composto por representantes de diversos órgãos.

Fonte: Elaborado pela autora.

É interessante observar que Belo Horizonte conta com uma Diretoria de Políticas da Pessoa Idosa (DPEI), vinculada à Subsecretaria de Direito e Cidadania da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), que tem por competência a implementação da Política Municipal do Idoso, instituída pela Lei Municipal nº 7.930 de 1999, elaborando e coordenando as diretrizes de políticas públicas locais relacionadas a esse público. Isso demonstra preocupação e cuidado para com a efetivação das políticas de atenção ao idoso no nível local.

De acordo com o site da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), a DPEI é responsável por propor, articular e implementar:

programas, serviços, ações afirmativas e parcerias que visem a promoção, afirmação do protagonismo, defesa dos direitos, eliminação da discriminação e da violência contra a pessoa idosa, superação das desigualdades e a inserção da pessoa idosa na vida econômica, política, cultural e social da cidade.

Além disso, o órgão participa do processo de discussão e decisão sobre a implementação de políticas públicas voltadas para a população idosa, “[...] colaborando tecnicamente com outros órgãos da administração pública municipal” (PBH, 2020). No Quadro 02 é possível notar o avanço das legislações no município.

Quadro 2 – Marcos históricos das políticas para a pessoa idosa em Belo Horizonte

Ano	Descrição
1992	Lei Municipal nº 6.173 29 de maio de 1992 cria o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (CMI/BH)
1999	Lei 7930/99 institui a Política Municipal do Idoso que tem por objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade.
2001	Lei nº 8.288, de 28 de dezembro de 2001, cria o Fundo Municipal do Idoso (FUMID) com o objetivo de captar recursos para financiamento de programas, projetos e ações que visem a promoção, a inserção e o desenvolvimento da cidadania dos idosos nos termos da Política Municipal do Idoso.
2011	Lei Municipal nº 10.364 define atribuições do CMI-BH.
2012	Lei nº 10.532, de 03 de setembro de 2012, institui o Programa Social Centro Dia do Idoso no município de Belo Horizonte - MG.
2015	Portaria SMS Nº 12 de 02/03/2015, estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos no âmbito do município de Belo Horizonte.
2016	Lei nº 10.930, de 16 de Junho de 2016, institui o Sistema de Informação das Condições de Vida da Pessoa Idosa no Município de Belo Horizonte e dá outras providências. Lei nº 10.921, de 04 de Abril de 2016, dispõe sobre a notificação em casos de violência contra o idoso , aos órgãos que menciona e dá outras providências.
2017	Lei nº 11.094, DE 14 de Dezembro de 2017, Institui o Programa de Vacinação Domiciliar para Idoso Restrito ao Domicílio .
2019	Portaria conjunta SMASAC/SMSA nº 007, de 29 de Novembro de 2019, Estabelece os princípios e diretrizes para gestão e operacionalização do Programa Maior Cuidado e institui instâncias de gestão e de interlocução e dá outras providências

Fonte: Elaborado pela autora.

A inclusão da temática da pessoa idosa na agenda das políticas públicas brasileiras, como ocorre no município de Belo Horizonte, vai ao encontro das

demandas levantadas pela transição demográfica e epidemiológica que o país tem vivido. No entanto, a efetivação das políticas ainda se constitui em um problema: não é clara a definição de repasses, nem os indicadores para monitoramento e avaliação das ações destinadas a esse público. Giacomini (2014) afirma que, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. Nesse sentido, reafirma-se a necessidade de estudos sobre o processo de implementação das políticas públicas para a pessoa idosa no país.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O tema da Saúde da Pessoa Idosa aparece desde a Constituição de 1988, mas somente em 1999 foi estabelecida uma política específica com diretrizes e orientações para os órgãos e entidades do Ministério da Saúde: a Portaria nº1.395 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso que trouxe a visão de que

o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

No cenário global, em 2002, aconteceu a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri/Espanha, na qual desenvolveu-se o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, composto por três orientações prioritárias: 1) pessoas idosas e o desenvolvimento, 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice, e 3) criação de ambiente propício e favorável (ONU, 2003). Tal evento fomentou novos olhares sobre as políticas públicas voltadas para a população idosa, ao colocar a necessidade de uma perspectiva mais ampliada e intersetorial. Em consonância com esse movimento, em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria/GM nº 399 trouxe as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contemplava três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No eixo Pacto pela Vida, o público acima de 60 anos apareceu como uma das prioridades, explicitando a preocupação e necessidade de avanços relacionados à saúde da população idosa brasileira. Nesse sentido, uma das metas prioritárias do Pacto foi a revisão e implantação da Política de Saúde para o público idoso (BRASIL, 2010).

Em um contexto de necessidade de readequação e reorganização das diferentes legislações que tratavam da saúde da pessoa idosa anteriormente, surgiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

De forma geral, explica Bernhard (2012), a PNSPI traz um olhar integrado, multidisciplinar e intersetorial sobre a saúde da população idosa, enquanto a antiga Portaria nº 1.395 traz uma influência mais marcante do saber médico e das preocupações econômicas como, por exemplo, a preocupação com a diminuição de gastos com a saúde dos idosos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), as diretrizes da PNSPI derivam da referida Assembleia Mundial Para o Envelhecimento, cujo documento básico denominado Plano de Madri tem como fundamentos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; (c) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; além de (d) fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.

A PNSPI é a política revisada e atualizada relacionada à saúde do idoso que amplia e especifica os direitos à saúde dessa faixa etária, trazendo como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (CARDOSO; AREOSA, 2016; BRASIL, 2006). Essa política tem por meta

[...] uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006).

Um dos principais pontos abordados é a preocupação em relação à capacidade funcional, que já consta no texto da Portaria nº 1.395 de 1999, tendo em vista que a incapacidade reflete em uma contínua necessidade de cuidados de saúde e, conseqüentemente, demandas para o poder público e sociedade civil. A seguir, parágrafos de cada uma das políticas que afirmam a relevância do olhar sobre funcionalidade:

Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso (BRASIL, 1999).

[...] o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

As diretrizes da PNSPI são: a promoção do envelhecimento ativo, a atenção integral à saúde do idoso, o estímulo à intersectorialidade, o provimento dos recursos necessários à qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa, o estímulo ao controle social, o incentivo à Educação Permanente em Saúde (EPS) na área do envelhecimento, a divulgação da própria política, a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

As políticas públicas direcionadas aos idosos, segundo Bernhard (2012), precisam primar não só pelo cuidado com a doença, mas também pela prevenção e promoção em saúde, na busca da construção de possibilidades cotidianas, que potencializem o sujeito e proporcionem aos idosos diferentes percursos.

Para viabilização da PNSPI, é necessário o comprometimento e ação dos gestores nos três níveis do SUS - federal, estadual e municipal. Isso fica explicitado no próprio texto, no trecho que trata das responsabilidades de cada esfera de gestão. Borba *et al.* (2019), em um estudo que buscou compreender a implementação da PNSPI a partir da publicação em periódicos entre 2013 e 2017, afirmam ser imprescindível a revisão da atuação das três esferas governamentais, buscando uma gestão mais articulada e efetiva e com maior mobilidade para os atores implementadores locais.

No nível municipal, no qual acontece a execução e supervisão das ações que chegam aos usuários, cabe ao gestor (BRASIL, 2006):

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;

- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde. (BRASIL, 2006)

O estudo de Cardoso e Aersa (2016), sobre a visão dos gestores acerca da implementação da PNSPI, no município de Santa Cruz do Sul, região Sul do Brasil, observou uma fragilidade na articulação entre os Conselhos Municipais de Saúde e do Idoso, bem como entre a Secretaria Municipal de Saúde (da qual o Conselho Municipal de Saúde faz parte) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (da qual o Conselho do Idoso faz parte), o que compromete a efetivação da PNSPI no nível municipal. As autoras apontam um distanciamento entre o que é preconizado na política e a realidade prática, identificando a necessidade da integração dos diferentes setores da administração municipal para a mudança de cenário e implementação real das ações de saúde da pessoa idosa naquele local.

O estudo avaliativo de Maia (2010) sobre a PNSPI na cidade de Fortaleza, região Nordeste do país, identificou que uma das principais dificuldades relacionadas à implementação da política é a ausência de orçamento para desenvolver as ações nela previstas. Esta pesquisa também apontou a necessidade de articulação intersetorial e intergovernamental de forma mais estruturada e menos improvisada, com o intuito de garantir a execução do que é preconizado.

De forma geral, pode-se afirmar que a efetivação da PNSPI depende do enfrentamento de uma série de desafios. Dentre eles, a própria política destaca: a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares, os quais são destinados a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida do idoso para o domicílio; a insuficiência de suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto da Pessoa Idosa, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família; a superação da escassez de equipes

multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; a implementação insuficiente ou a ausência das Redes de Assistência à Saúde do Idoso e outros (BRASIL, 2006).

Borba *et al.* (2019) sugerem a criação de uma agenda proativa que envolva atores da sociedade civil e poder público, para possibilitar a efetivação das ações de saúde da pessoa idosa, tais como:

expansão e melhoria da gestão da atenção primária; o aprimoramento do atendimento como um todo e, especialmente, o atendimento domiciliar dos idosos que estão em situação de maior fragilidade; estabelecimento de competências e limites de atuação de cada órgão, agente e instituição que faça parte das redes de gestão voltadas para o tratamento dos idosos e, por fim, o estabelecimento de ações que visem a conscientização de toda sociedade para o combate da violência contra os idosos e a ampliação e divulgação de canais diretos de denúncia de tais abusos" (BORBA *et al.*, 2019. p. 52).

Dessa forma, é importante planejar as ações necessárias à efetivação da PNSPI, em cada realidade.

3.4 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

Planejamento é o movimento que precede e direciona a ação, ou seja, é o momento em que se organiza e se define como, quando, onde e por que algo será executado. No contexto do SUS, o planejamento é imprescindível para a definição de recursos financeiros, estruturais e de pessoal que subsidiarão as atividades de saúde em uma determinada localidade (BRASIL, 2016).

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde (BRASIL, 2016, p. 81).

Para que se possa garantir a legitimidade das ações e atender aos anseios das pessoas que utilizarão os serviços prestados, o processo de planejamento deve incluir a participação comunitária, seja por meio do Conselho Municipal de Saúde ou outras modalidades de participação (REISDORFER *et al.* 2012).

De acordo com a lei nº 8080 (BRASIL, 1990), os instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS são o Plano de Saúde (PS) - que nos

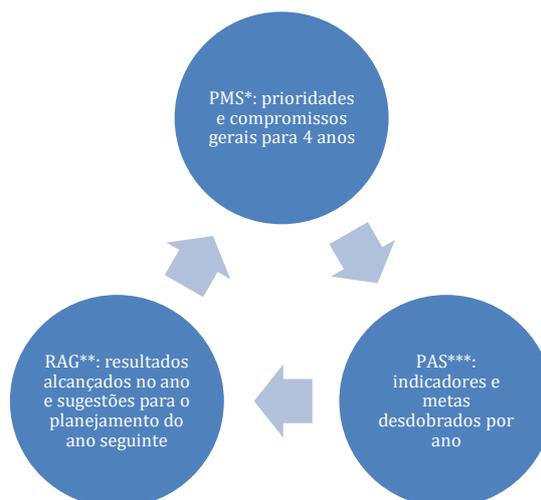
municípios é chamado de Plano Municipal de Saúde (PMS) - e as respectivas Programações Anuais (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). É recomendável que esses instrumentos sejam sequencialmente interligados, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, participativa e sistêmica do SUS. Eles devem ser de forma contínua e articulada, alinhados e compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo a cada quatro anos, a saber: Plano Plurianual de Ação Governamental, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual (BRASIL, 2016).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) explicita as prioridades e compromissos do governo, baseado na análise situacional das necessidades da população e das peculiaridades próprias do município.

O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, explicita-se o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de Saúde para atingir a sua missão. Assim, o PMS apresenta a orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas. (REISDORFER *et al.* 2012, p. 98).

A Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções e atualiza anualmente as metas expressas no PMS. O Relatório Anual de Gestão (RAG) mostra os resultados alcançados com a execução da PAS, além de orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PMS (Figura 02). Além desses instrumentos, também há necessidade de elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

Figura 2 - Ciclo de planejamento e execução da gestão do Sistema Único de Saúde



Onde: *PMS=Plano Municipal de Saúde, **RAG= Relatório Anual de Gestão e
***PAS=Programação Anual de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

O planejamento do SUS requer uma construção participativa, ascendente e intersetorial para ser utilizado como instrumento estratégico para a gestão, possibilitando o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde. Esse conjunto de mecanismos serve para orientar, acompanhar e monitorar as práticas de saúde pública de forma ampla e integrada. No entanto, apesar da reconhecida relevância dos instrumentos de gestão para o planejamento em saúde, Fuginami *et al.* (2020) afirmam:

[...] observa-se que há muitos entraves à sua efetivação enquanto base das ações em saúde, destacando-se a pouca compreensão dos conceitos básicos de sua construção e utilização, com conseqüentes falhas na sua elaboração, dificuldade na integração desses instrumentos entre si, e destes com o Plano Plurianual (PPA) do governo, e fragilidade das práticas de articulação, integração e planejamento ascendente (FUGINAMI *et al.* 2020, p. 858).

A legislação federal busca induzir os gestores das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) para que as ações de planejamento sejam integradas ao monitoramento e avaliação. Neste sentido,

as principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2016, p. 82).

Em Belo Horizonte, os PMS são formulados por um grupo de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde com base nas demandas coletivas levantadas nas Conferências Municipais de Saúde. Contudo, as diretrizes da PNSPI implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações que requerem o compartilhamento de responsabilidades entre diversos setores e níveis de governo. Estudar os instrumentos de planejamento e gestão em saúde é uma forma de compreender e analisar o direcionamento do Estado para garantir a efetivação dessa política pública.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A investigação apresentada nesta dissertação categoriza-se como uma pesquisa qualitativa, no que se refere à abordagem; exploratória, do ponto de vista dos objetivos; e documental no que tange aos aspectos técnico-metodológicos.

Os estudos qualitativos caracterizam-se como aqueles que abordam um fenômeno em seu próprio ambiente - e não em um contexto isolado/controlado - com o objetivo de entendê-lo (pesquisa exploratória), descrevê-lo (pesquisa descritiva) e às vezes explicá-lo (pesquisa explicativa), tendo o próprio pesquisador como uma peça importante da investigação.

A abordagem qualitativa permite captar a realidade dinâmica e complexa de processos diversos, como o processo de implementação de uma política pública, contextualizando o fenômeno em sua dimensão histórico-social (MINAYO, 2013). É uma abordagem que consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível (FLICK, 2009). Em um estudo qualitativo, a busca por dados leva o pesquisador a percorrer caminhos diversos dependendo do objetivo que se deseja atingir: é possível, por exemplo, a utilização de uma variedade de procedimentos e instrumentos como questionários, entrevistas, observação, grupos focais e análise documental (KRIPKA *et al.* 2015).

No universo das pesquisas qualitativas, o presente estudo categoriza-se como exploratório pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema (GIL, 2002), trazendo luz sobre a questão de como a PNSPI se traduz na prática.

Sobre a escolha da análise documental, pode-se afirmar que ela permite que o investigador aprofunde no campo de estudo buscando captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas em documentos que ainda não foram explorados por outros autores (KRIPKA *et al.* 2015). Entende-se por documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação, como leis, regulamentos, normas, jornais, revistas, cartas, etc. (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1999).

Além desses, também podem ser consideradas documentos outras fontes de informação que servem para conhecer a história, como imagens, desenhos, pinturas, fotografias, objetos, canções, vestuário e artefatos folclóricos, dentre outros (CELLARD, 2008).

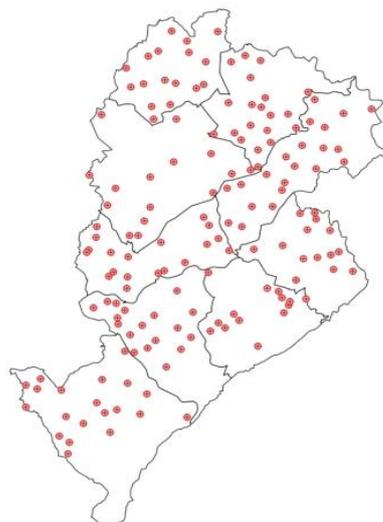
Os instrumentos de planejamento e gestão em saúde são importantes documentos norteadores no contexto da saúde pública e se apresentam como fontes de dados relevantes para o planejamento e execução das ações (FUGIGAMI *et al*, 2020). Esses documentos podem ser compreendidos como meios de comunicação e expressão dos desejos do conjunto de atores envolvidos em sua formulação (FLICK, 2009) e, por isso, foram considerados como fontes de informação bastante relevantes para o presente estudo.

A análise documental favorece a observação de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008). A escolha por essa metodologia se deu pela percepção da autora sobre a relevância dos documentos oficiais para a construção e formalização das políticas públicas. É comum ouvir dos agentes públicos que a população idosa é importante e deve ser cuidada. Porém, na prática, permanece uma dúvida sobre quais são os mecanismos que garantem esse cuidado. Nesse sentido, considera-se que a análise dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde pode apontar de que forma, concretamente, a gestão tem transformado as preocupações com o envelhecimento populacional em ações.

4.2 CENÁRIO DE PESQUISA

Belo Horizonte é a capital do Estado de Minas Gerais e faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte que abrange 34 municípios. O município dispõe de 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em 9 Diretorias Regionais de Saúde (DRES) e conta com 596 equipes de Saúde da Família (eSF), com cobertura de mais de 80% da população geral na Atenção Primária à Saúde (APS) (Figura 03).

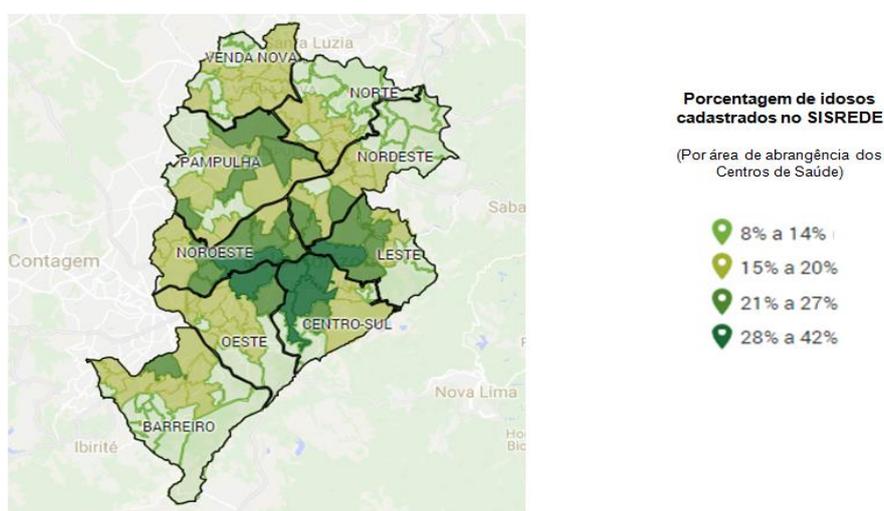
Figura 3 – Distribuição dos Centros de Saúde para Atenção Primária em Belo Horizonte – 2021



Fonte: PBH, 2022

De acordo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2019, Belo Horizonte tem um contingente de 456.000 pessoas idosas, o que corresponde a 18% da população total (IBGE, 2019). No âmbito do SUS, o número de idosos cadastrados no Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) no município, em 2017 correspondia a 17,1% da população total cadastrada (Figura 04).

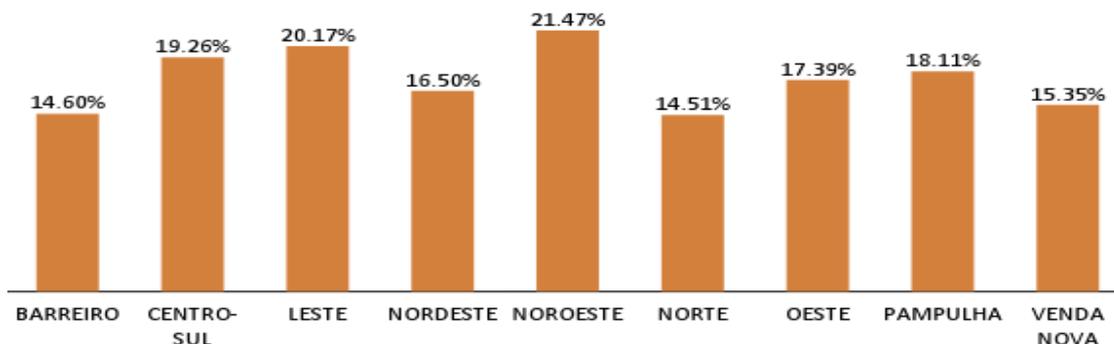
Figura 4 – Distribuição geográfica da população idosa cadastrada de acordo com as Diretorias Regionais de Saúde do município de Belo Horizonte



Fonte: SISREDE, 2017

As regiões sanitárias proporcionalmente mais envelhecidas são: Noroeste, Leste, Centro-Sul e Pampulha, o que coincide com as áreas mais antigas da cidade conforme demonstrado no Gráfico 01.

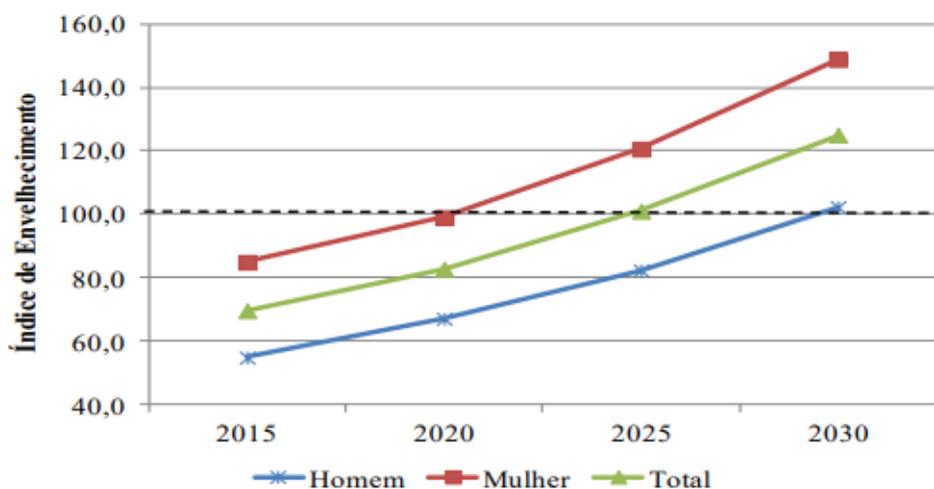
Gráfico 1 - Distribuição da população idosa cadastrada segundo a Diretoria Regional de Saúde do município de Belo Horizonte



Fonte: SISREDE, 2017

Quando considerado o Índice de Envelhecimento², as projeções indicam que, a partir de 2025, haverá mais idosos do que crianças no município de Belo Horizonte (razão maior que 100) (CEDEPLAR, 2017), conforme mostra o Gráfico 02.

Gráfico 2 - Evolução do Índice de Envelhecimento da população de Belo Horizonte, 2015 a 2030



Fonte: CEDEPLAR, 2017

Além da Atenção Primária, a cidade conta com 5 Unidades de Referência Secundária (URS), 9 Centros de Especialidades Médicas (CEM), 4 Centros de

² Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (DATASUS, 2022)

Especialidades Odontológicas (CEO), 4 Centros de Reabilitação (CREAB), 2 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 1 Centro Municipal de Oftalmologia (CMO) e 1 Centro Municipal de diagnóstico por imagem (CMDI) na atenção especializada. Possui 8 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), 5 Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras (CERSAM-AD), 3 Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI) e 9 Centros de Convivência vinculados à Rede de Saúde Mental.

A Rede de Urgência e Emergência é composta por 9 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) também distribuídas nas respectivas DRES, 1 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP), o SAMU, além de dois hospitais municipais: o Hospital Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

A rede de apoio ao diagnóstico possui 5 laboratórios distritais, 1 laboratório central, 1 laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 9 laboratórios de UPA.

A Vigilância em Saúde tem em sua estrutura 1 Laboratório de Bromatologia, 1 Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), 1 Laboratório de Zoonoses, 1 Centro de Controle de Zoonoses, 5 centros de esterilização de cães e gatos, 1 Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante.

Na promoção à saúde, são 78 Academias da Cidade em funcionamento, com mais de 19 mil alunos e 207 locais que promovem a prática *Lian Gong* (Portal PBH, 2022).

A porta de entrada para a pessoa idosa pode acontecer em qualquer um dos níveis de atenção: nas UBS, CREABs, CEMs, UPAs, Hospitais, dentre outros, sendo que todos devem acolher e prestar assistência humanizada a esse público. Segundo o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019, as pessoas maiores de 60 anos representam 60% dos atendimentos dos Centros de Especialidades, 30% dos de Reabilitação, 28% das internações hospitalares na rede própria, 19% daqueles dos Centros de Saúde, 14% dos atendimentos de urgência e 5% dos usuários atendidos na rede de Saúde Mental.

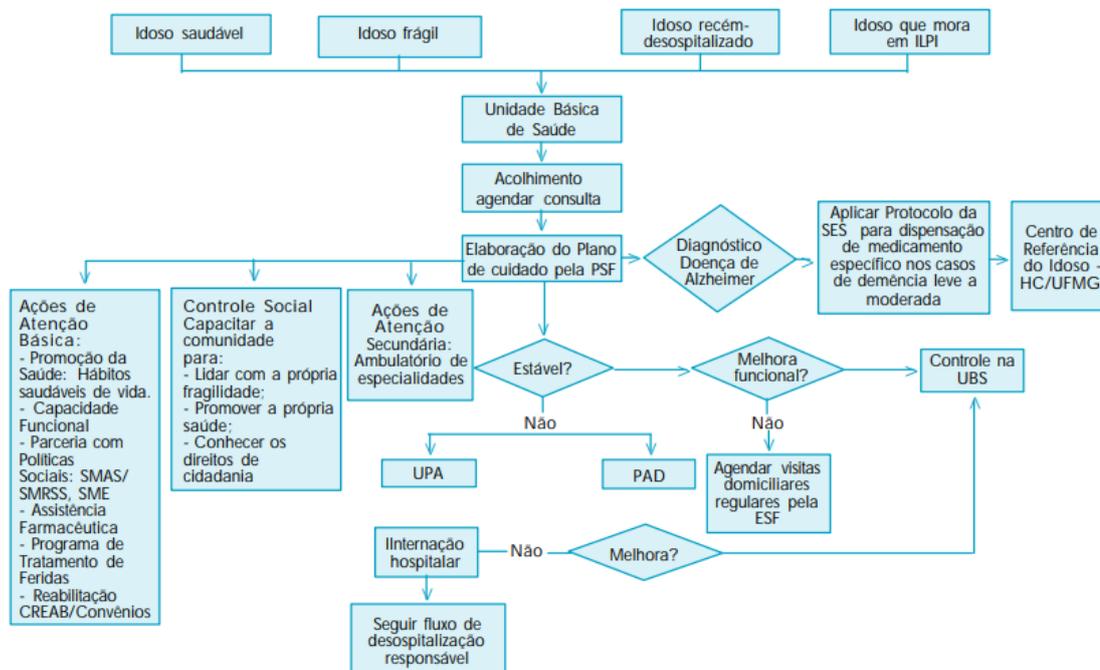
No entanto, assim como em outros municípios brasileiros, a principal porta de entrada da assistência a esse público é a APS: as eSF são as responsáveis pela coordenação, integração e centralização das ações e informações relacionadas ao cuidado (PBH, 2022). Observa-se uma demanda crescente de pessoas idosas que

buscam assistência na APS, constituindo-se em um dos maiores desafios para os profissionais da saúde da família (FERNANDES; SOARES, 2012).

Atualmente, a gestão da atenção à saúde do idoso acontece de forma hierarquizada e descentralizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), tendo duas Referências Técnicas (RT) na Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto, Idoso e Usuários com Condições Crônicas (CASAIC) e nove RT nas Diretorias Regionais de Saúde (DRES). Essas referências são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das ações desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, especialmente na APS, além de participarem de grupos intersetoriais de discussão de projetos, programas e acompanhamento de casos. Com o aumento crescente do público idoso, o município vive diversos desafios para garantir o acesso e a qualidade da assistência.

Não foram encontradas informações oficiais sobre a Linha de Cuidados da Pessoa Idosa em Belo Horizonte. O único fluxo disponibilizado nos arquivos públicos da PBH é o Fluxo de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência que orienta os profissionais de saúde no atendimento às pessoas nessa situação, contribuindo especialmente para melhorar o atendimento aos idosos frágeis socialmente vulneráveis. No entanto, por meio de uma busca ampla no Google Acadêmico, foi possível localizar o documento “Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH”, disponível na Revista Pensar BH – Edição 13 – Uma Política Especial para os Idosos, Setembro/Novembro 2005. De acordo com suas autoras, os princípios da linha de cuidado ao idoso em Belo Horizonte preconizam o respeito aos princípios e diretrizes do SUS como a garantia da integralidade, promoção da equidade, respeito à universalidade e prevenção de qualquer tipo de discriminação por idade (GIACOMIN *et al.*, 2005). Os grandes eixos norteadores para a linha de cuidado são: 1) o enfrentamento de fragilidades (do idoso, da família e do sistema de saúde) e 2) a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção, conforme demonstrado na Figura 05.

Figura 05 – Desenho de modelo assistencial proposto para o SUS-BH



Fonte: Giacomini *et. al.*, 2005.

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O estudo dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde permite compreender como se dá o ciclo de planejamento e execução da política de saúde. Os dados para essa investigação foram coletados nos documentos disponíveis no Portal da PBH, na área da Secretaria de Saúde, na aba de Planejamento em Saúde. Nesse repositório, ficam disponíveis os Planos Municipais de Saúde (PMS), as Programações anuais de Saúde (PAS), os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA). Esses últimos não foram empregados no presente estudo para evitar duplicidade de dados. Assim, optou-se pela priorização dos RAG que também trazem informações sobre os resultados das metas pactuadas nas PAS.

Como complemento da análise, também foram consultados os Relatórios Financeiros disponíveis no Portal da PBH, na aba Planejamento em Saúde/Prestação de Contas. O Relatório Financeiro é o instrumento de elaboração anual que apresenta a prestação de contas da aplicação de recursos em ações e serviços públicos em saúde pelo Fundo Municipal de Saúde. Ele é uma parte constituinte do RAG, que demonstra, de forma detalhada, os ingressos e os dispêndios executados em cada

exercício, seu formato espelha a proposta orçamentária global do Plano Municipal de Saúde e considera as Resoluções CMS/BH nº 011/96, de 11 de fevereiro de 1996, e nº 085/02, de 14 de março de 2002.

Para esta pesquisa, foram selecionados 30 documentos descritos no Quadro 03, todos de acesso público no Portal da PBH.

Quadro 3 – Documentos disponíveis no Portal da Prefeitura de Belo Horizonte selecionados para análise

Título do documento	Anos
Plano Municipal de Saúde (PMS)	2010-2013, 2014-2017, 2018-2021.
Programação Anual de Saúde (PAS)	2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.
Relatório Financeiro (RF)	2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora.

As PAS e RAG de 2010, 2011 e 2012 não foram encontradas, assim como os Relatórios Financeiros de 2010, 2011, 2019, 2020 e 2021.

Inicialmente, o objetivo da pesquisa era incluir também o PMS 2005-2008, considerando a publicação da PNSPI em 2006. No entanto, por esse documento não estar disponível no Portal da PBH e não possuir os documentos complementares PAS, RDQA e RAG, optou-se por não o incluir na análise. Contudo, cabe citar que o PMS 2005-2008 já apontava o envelhecimento populacional em Belo Horizonte em função da queda de natalidade e aumento da expectativa de vida. Além disso, havia indicadores relativos à população idosa, como: “Implantar a Linha de Cuidado do Idoso”, “Promover a capacitação das equipes de saúde da família para o atendimento global ao idoso” e “Realizar acompanhamento das Instituições de Longa Permanência (ILP) do Idoso” (PMS 2005-2008).

Cabe mencionar que os instrumentos de planejamento e gestão em saúde, analisados no presente trabalho, não são desenhados especificamente para a atenção à saúde do público idoso. Porém a escolha por tais instrumentos se justifica, porque esses indicam, de forma geral, quais são as prioridades e interesses de atuação do município em um determinado período. Desse modo, a análise realizada

poderá servir para sinalizar o que o município de Belo Horizonte tem planejado em relação à saúde da população idosa.

Segundo Andrade *et al.* (2018, p.2),

[...] a utilização da análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

Essa técnica foi escolhida para investigar quais os aspectos relacionados à Saúde da Pessoa Idosa aparecem nos textos institucionais e como são abordados, no intuito de verificar se há coerência entre o que é preconizado na PNSPI e o que é realizado na prática.

De acordo com o Art. 2º da política, um dos seus objetivos é determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema do envelhecimento, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Considerando isso, na análise dos documentos do presente estudo foram utilizados, como parâmetros, as diretrizes descritas no item 3 do Anexo da PNSPI. O Quadro 04 demonstra quais são essas diretrizes e o que foi considerado para análise dos documentos.

Quadro 04 – Diretrizes Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa empregadas na análise documental

Continua	
Diretriz	Aspectos considerados para análise
Promoção do envelhecimento ativo e saudável.	Dados relacionados à criação e implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa.
Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.	Dados relacionados à criação e implementação de ferramentas de gestão e acompanhamento da atenção à saúde da pessoa idosa, como linha de cuidado e instrumentos de avaliação funcional e sociofamiliar.
Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.	Dados relacionados a práticas intersetoriais.
Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.	Informações relativas ao financiamento de programas, projetos e ações voltados ao público idoso.

Conclusão	
Diretriz	Aspectos considerados para análise
Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.	Indícios de inclusão do público idoso nas instâncias de controle social, como Conferências e Conselho.
Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	Cursos, palestras, treinamentos e outras práticas de educação voltadas para formação dos profissionais.
Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.	Medidas que englobam produção de materiais de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos; promoção de ações e eventos de informação, divulgação e educação relacionados a atenção à saúde da pessoa idosa.
Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.	Medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem-sucedidas na área do envelhecimento.
Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.	Ações que fomentam a pesquisa na área do envelhecimento, como parcerias com universidades e instituições de ensino; criação de bancos de dados sobre o público idoso e envelhecimento; identificação e divulgação de linhas de financiamento de pesquisas.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados foram construídos a partir dessas diretrizes que serão retomadas no capítulo Resultados e Discussão.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Os documentos utilizados para esta pesquisa são de acesso público e podem ser acessados no Portal da PBH, conforme descrito no item 3.5. De acordo com a resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvam a utilização de dados obtidos com participantes ou com informações identificáveis

não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP (...) II – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (CNS, 2016).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão, apresentados a seguir, iniciam com uma análise geral dos Planos Municipais de Saúde (PMS) e, posteriormente, debruçam-se sobre as categorias analíticas definidas a partir da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

5.1 ANÁLISE GERAL DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Todos os três PMS analisados contêm uma caracterização do município de Belo Horizonte, abarcando a situação sociodemográfica e o perfil epidemiológico, antes de apresentar os eixos de programação com os objetivos, diretrizes e metas para os quatro anos. Nessa contextualização, fica evidente, em todos eles, o reconhecimento do envelhecimento populacional por parte da gestão.

A população de Belo Horizonte vem passando por um processo intensificado de envelhecimento desde 1991. A proporção de idosos com 60 anos ou mais de idade na população total aumentou significativamente nesse período, como resultado da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade no município nos últimos anos (PMS 2010-2013, p. 54).

A tabela 2 demonstra o processo intensificado de envelhecimento pelo qual vem passando a população de Belo Horizonte, nas faixas etárias a partir de 60 anos, comparando os censos de 2000 e 2010 (PMS 2014-2017, p. 20).

A promoção do envelhecimento saudável e o atendimento aos idosos, especialmente os frágeis ou em situação de fragilidade, são grandes desafios para a Saúde Pública (PMS 2014-2017, p. 42).

A redução da taxa bruta de natalidade e fecundidade, além do aumento da taxa de envelhecimento refletem essas transformações na estrutura etária de Belo Horizonte e resultam no aumento da expectativa de vida da população (PMS 2018-2021, p. 18).

A estrutura demográfica de Belo Horizonte teve uma mudança evidente (...) a esperança de vida ao nascer dos indivíduos do município, passou de 68,64 anos em 1991 para 76,37 anos em 2010, significando um aumento considerável em 19 anos (PMS 2018-2021, p. 19).

No entanto, apesar desse reconhecimento sobre o envelhecimento populacional, foram identificados poucos objetivos, metas e indicadores relacionados especificamente ao público idoso quando comparados aos outros grupos etários.

A Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009, um dos documentos orientadores na construção do PMS 2010-2013, estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o biênio

2010–2011. Ao consultar a Portaria, é possível identificar que a primeira prioridade estabelecida nessa portaria é a Atenção à Saúde do Idoso (art. 1º). Ela define que um dos objetivos é promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e coloca, como meta, a redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur. No entanto, no PMS 2010-2013, não há nenhum objetivo, meta ou indicador relacionado à redução dessa taxa.

O Pacto pela Saúde, um dos orientadores do PMS 2014-2017, estabeleceu 51 indicadores de saúde que avaliam a qualidade da assistência, a estrutura do SUS-BH, o controle social e a Ouvidoria do SUS. Apesar de o próprio texto do PMS 2014-2017 fazer referência ao envelhecimento populacional (p. 20), analisando os indicadores do Pacto ligados a ciclos de vida, observa-se que há diversos indicadores relacionados à saúde materno-infantil - como “Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal”, “Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas”, “Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência”, dentre outros, mas nenhum específico relacionado à população idosa.

O PMS 2018-2021 também traz, como cenário, o envelhecimento populacional e reforça os impactos desse processo nas demandas em Saúde. No entanto, segue a tendência dos planos anteriores com priorização de outros ciclos de vida em detrimento da população idosa na definição das metas e indicadores. No eixo “Atenção Primária: Saúde da Família e Comunidade” encontram-se 10 metas relacionadas à saúde da mulher, criança e adolescente e apenas uma meta relacionada à saúde das pessoas idosas: “Qualificar a política de saúde do idoso no município”.

5.2 PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

A promoção do envelhecimento ativo e saudável pode ser compreendida como o incentivo à manutenção da capacidade funcional e autonomia ao longo da vida (BRASIL, 2006). Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde recomenda que o Estado, organizações internacionais e sociedade civil implementem políticas e programas visando à garantia da saúde, participação e segurança da pessoa idosa,

considerando esses sujeitos como protagonistas e não agentes passivos das mudanças (OMS, 2005).

A Promoção à Saúde não é exclusiva da população idosa e, de acordo com a própria PNSPI, deve ser direcionada a diversas faixas etárias, contemplando todos os ciclos de vida. No entanto, é necessário assegurar a participação e o acesso das pessoas com 60 anos ou mais nas ações de promoção.

Na SMSA, a Promoção à Saúde é institucionalmente reconhecida e conta com uma gerência responsável por fomentar práticas individuais e coletivas relativas a atividades físicas, cessação do tabagismo, saúde do trabalhador, saúde e vigilância ambiental, saúde bucal, saúde mental, envelhecimento saudável e ativo, infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV), práticas integrativas e complementares, dentre outras, em todos os níveis de atenção. No contexto da APS, estão os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Academias da Cidade, equipes focadas na promoção à saúde e prevenção de agravos (PBH, 2022).

Ao analisar os objetivos, metas e indicadores relacionados à Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, foram identificadas as metas destacadas no Quadro 05.

Quadro 5 - Objetivos, metas e indicadores de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

Documento*	Objetivo/meta	Resultado
PAS 2013	Implantar o "Projeto Prevenindo quedas em Idosos" de modo a ampliar a oferta de grupos de prevenção de quedas.	De acordo com o RAG 2013 a meta foi realizada. Não há justificativas e/ou observações.
PMS 2014-2017	Executar o projeto intersetorial 'Vida no Trânsito - Um minuto pode valer uma vida', na vertente da educação, em espaços onde os idosos são público preferencial, beneficiando um total de 24.000 pessoas até 2017.	O total de pessoas beneficiadas em 4 anos foi igual a 44.193, de acordo com os RAG 2014, 2015, 2016 e 2017.
	Melhorar o acesso dos usuários com condições crônicas aos grupos de promoção à saúde, mediante definição da metodologia de condução dos grupos de promoção (operativos) por meio da capacitação de multiplicadores em 100% dos Centros de Saúde até 2017.	Segundo o RAG 2017, esta temática não foi incluída como prioridade de Educação Permanente devido a outras necessidades educacionais evidenciadas pela rede.

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais documentos (PMS, PAS e RAG) selecionados para análise, não foram localizadas referências em relação a objetivos, metas e indicadores de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável.

Em todos os RAG analisados, há informações sobre atividades e ações desenvolvidas no âmbito da Promoção à Saúde no município, como as ações da Academia da Cidade, *Lian Gong* e Controle do Tabagismo. No entanto, não há dados específicos sobre a participação do público idoso nessas atividades. Os textos informam que as ações são direcionadas a diferentes faixas etárias, mas não é possível mensurar nesses documentos o alcance e o impacto em cada público. Dessa forma, não há como afirmar se, de fato, as pessoas acima de 60 anos estão sendo contempladas, nem se há atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa baseado em critérios de risco, conforme preconiza a PNSPI.

No âmbito da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), vinculada à Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa, há o Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI) que oferece programas, serviços e ações com foco na promoção e defesa dos direitos desse público. O CRPI não aparece nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, mas é um equipamento do município que integra políticas sociais, de saúde, educação, esportes e cultura entre outras, buscando favorecer condições para o envelhecimento com autonomia, dignidade e saúde, além de exercitar a criação de novas tecnologias na abordagem e cuidado da pessoa idosa (PBH, 2022). Segundo o Portal da PBH, o CRPI recebe cerca de 1.200 frequentadores mensais (PBH, 2022), o que corresponde a 0,3% da população idosa do município considerando os dados da PNAD 2019.

5.3 ATENÇÃO INTEGRAL E INTEGRADA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

De acordo com a PNSPI, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser:

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

No documento, “Orientações Técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2018), o Ministério de Saúde afirma que a linha de cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde da pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para a organização e o planejamento da atenção de forma

integral e integrada na RAS, é necessária a realização da avaliação multidimensional que permite identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa em ao menos três grandes perfis, de acordo com os níveis de funcionalidade.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sociofamiliares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Essa estratificação da população idosa é útil tanto para a organização de ações de saúde que contemplam as necessidades gerais dessa população heterogênea quanto para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito singular (BRASIL, 2018).

Uma das principais ações relacionadas à atenção integral e integrada é a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e o aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais dos diversos níveis de atenção, incluindo a eSF, a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados como avaliação funcional e psicossocial. Também é necessário que a atenção especializada disponha de estratégias efetivas, como o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2006).

Outro ponto importante para a atenção integral e integrada é a identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades como parte da avaliação sistemática, com o intuito de prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam (PNSPI, 2006).

Os objetivos, metas e indicadores relacionados à diretriz Atenção Integral e Integrada são demonstrados no Quadro 06.

Quadro 6 - Objetivos, metas e indicadores de Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa

Continua		
DOCUMENTO*	OBJETIVO/META	RESULTADO
PMS 2010-2013	Ampliar o acesso da população às ações de atenção primária à saúde por meio da capacitação de seis mil cuidadores de idosos, até dez/ 2011.	O RAG 2011, documento que traria o resultado dessa meta, não foi encontrado. A meta também não aparece nos RAG 2012 e 2013. Uma informação relacionada a esse tema foi

		encontrada no RAG 2016, que afirma que, entre 2011 a 2015, foram qualificadas 4.916 pessoas por meio do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil. Havia previsão de continuidade do projeto em 2017, mas a meta não apareceu novamente nos outros PMS.
	Realizar ações de Atenção ao Idoso, totalizando: 280 mil (2010); 280 mil (2011); 280 mil (2012); 280 mil (2013)	Até novembro de 2012, foram realizadas 522.433 ações de Atenção ao Idoso. Não há informações sobre que tipo de ações são essas, tampouco se tiveram sequência em 2013.
PAS 2012	Implantar e coordenar Grupo Técnico de Monitoramento do Estado de Saúde dos Territórios de Belo Horizonte para os ciclos de vida: criança/adolescente, adulto e idoso até Dezembro de 2012.	Segundo o RAG 2012, a meta não foi realizada.
PAS 2013	Implantar os novos protocolos assistenciais em saúde do idoso, do adolescente, de saúde mental, de tuberculose, de hanseníase e de doenças infecciosas e parasitárias - DIP-DST/HIVAIDS.	Essa meta já havia aparecido no planejamento de 2012, mas como não foi realizada, foi reinserida em 2013. No entanto, seguiu como não realizada. A justificativa é que, em face da redução dos recursos humanos da equipe da Prodabel na SMSA, as ações relacionadas ao Protocolo de DIP foram adiadas.
	Implementar as ações de matriciamento e monitoramento de 40 Centros de Saúde que integram o Projeto Cuidador até final de 2013.	De acordo com o RAG 2013, a meta foi realizada. Não há justificativa nem observações.
PAS 2013	Dar continuidade e constituir novos grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nos centros de saúde.	Meta parcialmente entregue. Segundo o RAG 2013, foram realizados apenas 6 grupos com documentação entregue e o matriciamento da implementação aconteceu em apenas uma Diretoria Regional de Saúde (DRES). Mas na meta não ficou claro quantos grupos deveriam ser mantidos e quantos novos a ser criados.
Conclusão		
Documento*	Objetivo/meta	Resultado
PAS 2014	Melhorar a política de atenção aos Idosos e às pessoas com necessidades especiais por meio da elaboração de documento com as diretrizes da política municipal de	Não concluída. O RAG 2016 informa que o documento com diretrizes da reabilitação (Síntese Operativa) e atenção à Saúde da Pessoa com deficiência, estava em fase final de elaboração. No entanto, não apareceu nada sobre a meta no RAG 2017.

	saúde de atenção à pessoa com deficiência, até 2015.	
PAS 2018	Qualificar a política de saúde do idoso no Município por meio da realização de 40 reuniões técnicas.	Meta parcialmente cumprida. De acordo com o RAG 2018, foram realizadas 34 reuniões técnicas.
PAS 2019, 2020 e 2021	Qualificar a política de saúde do idoso no município, por meio da classificação de risco clínico-funcional de 20% dos idosos.	De acordo com o RAG 2020, a meta não foi alcançada devido ao cenário da pandemia de Covid-19, que levou a redução e até a interrupção dos atendimentos do CMV.
	Implantar a Linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em 20% dos Centros de Saúde.	Segundo RAG 2020, meta não foi atingida devido ao cenário da pandemia que levou a redução das ações de acompanhamento eletivo, presencial e multiprofissional na APS.

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais documentos selecionados para análise, não foram localizadas referências em relação a objetivos, metas e indicadores de Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa.

Como é possível observar no Quadro 06, das nove metas e indicadores relacionados a essa diretriz, apenas 2 (22%) foram totalmente cumpridas. Chama a atenção a falta de continuidade de um ano para outro, quando a meta não é cumprida ou é alcançada de forma parcial, além da falta de clareza nas observações e justificativas.

Um dos pontos mais importantes, identificados neste tópico, é a meta “Qualificar a política de saúde do idoso no município, por meio da classificação de risco clínico-funcional de 20% dos idosos”. Ela aponta a intencionalidade da gestão em estratificar a população idosa para orientar a construção de ações e projetos de forma mais assertiva. Além disso, a classificação propõe novo olhar para as pessoas idosas, na medida em que tira do viés das doenças para uma perspectiva de saúde baseada na capacidade funcional (BRASIL, 2018). No entanto, não foi cumprida devido ao cenário da Pandemia de Covid-19. Será importante acompanhar como e quando essa meta será retomada.

Outra meta que chama a atenção é “Realizar ações de atenção ao idoso, totalizando 280 mil” que não discrimina que tipo de ações são consideradas. O dado em números absolutos sem detalhar a natureza dessas ações traz poucas informações sobre o impacto na integralidade da atenção.

Sobre a linha de cuidados, é interessante pontuar que, apesar de o PMS 2014-2017 citar que existe uma Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa proposta pela SMSA, não foi possível localizar esse documento nos arquivos da Prefeitura. Como foi dito no capítulo da Metodologia, no PMS 2005-2008 havia uma proposta de implementação dessa Linha de Cuidados, entretanto, não é possível saber se essa meta foi concluída ou não.

Segundo Veras (2016, p. 888), a atenção à pessoa idosa

[...] deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida.

Nesse sentido, os novos modelos de atenção à saúde da pessoa idosa necessitam apresentar uma linha de cuidados focada em ações de educação, promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, cuidado precoce e reabilitação. Um modelo nesse formato, além de gerar benefícios para o público idoso, poderia reduzir custos com a diminuição de internações hospitalares e intervenções de alta complexidade (VERAS, 2016).

5.4 ESTÍMULO ÀS AÇÕES INTERSETORIAIS VISANDO À INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

De acordo com a PNSPI, a prática da intersectorialidade consiste na interação e construção de ações conjuntas com parceiros de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. Em Belo Horizonte, há importantes programas e projetos intersectoriais com foco na atenção à saúde da pessoa idosa, mais especificamente à pessoa idosa frágil ou em risco de fragilização. São eles o Programa Maior Cuidado (PMC), o Programa Mais Vida (PMV) e o Projeto Bem Viver.

O PMC é um programa intersectorial de grande importância na assistência ao público idoso (FIOCRUZ, 2013a). É resultante da parceria entre SMSA, SMASAC e uma Organização da Sociedade Civil (inicialmente foi a Associação de Cuidadores de Minas Gerais) e consiste na oferta de cuidado domiciliar de rotina, por meio de cuidadores profissionais, a idosos semidependentes e dependentes para o autocuidado. Os idosos contemplados são residentes nas áreas de abrangência dos

Centros de Saúde e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que vivenciam situações de vulnerabilidade social e fragilidade clínica (FIOCRUZ, 2013a). O PMC tem objetivos bastante coerentes com o que é preconizado pela PNSPI, tais como: favorecer a manutenção da independência e autonomia da pessoa idosa frágil ou em processo de fragilização; prevenir ou retardar a institucionalização; reduzir as internações hospitalares; fortalecer a função protetiva das famílias e qualificar e humanizar o cuidado no domicílio. Tudo isso visando à melhoria da qualidade de vida dos idosos e de suas famílias (FIOCRUZ, 2013a).

O PMV é fruto de uma parceria entre a SMSA, a Secretaria de Estado da Saúde e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e foi implementado em 2010 com o objetivo de fortalecer e otimizar o atendimento aos idosos frágeis por meio do apoio qualificado às equipes da ESF/NASF-AB. O programa consiste em fornecer avaliação multidimensional para pessoas idosas frágeis, ou em processo de fragilização, identificadas pelas equipes da APS. Os critérios de encaminhamento para o Centro Mais Vida são o etário (≥ 80 anos) e pessoas com 60 anos e mais, que se enquadrem nas seguintes situações:

- clínico-funcional – portadores de polipatologias (≥ 5); uso de polifarmácia (≥ 5 medicamentos); síndrome demencial; doença de Parkinson; sequelas neurológicas e internações recorrentes;
- social – residentes em áreas de alta vulnerabilidade social.

A avaliação acontece no Centro Mais Vida (CMV), que conta com uma equipe multidisciplinar responsável por avaliar e elaborar um plano de cuidados individualizado para cada pessoa atendida. Esse plano com orientações diversas é encaminhado aos profissionais de saúde que darão continuidade ao cuidado no território. Todos os idosos fazem exames laboratoriais de rotina. Os exames de média complexidade, densitometria óssea e tomografia do encéfalo também são ofertados de acordo com a necessidade clínica (PBH, 2014a).

O Projeto Bem Viver é um projeto instituído em 2006 com a finalidade de levantar a situação funcional dos idosos e o perfil das instituições onde residem, propondo o reordenamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) filantrópicas de Belo Horizonte (FIOCRUZ, 2013b). O objetivo desse projeto é contribuir para a melhoria da qualidade de vida, manutenção da autonomia e independência dos idosos institucionalizados.

Nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde analisados neste estudo, foram encontradas algumas metas relacionadas às ações intersetoriais, conforme descrito no Quadro 07.

Quadro 7 - Objetivos, metas e indicadores de Estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção e estímulo à participação e fortalecimento do controle social

Continua		
Documento*	Objetivo/meta	Resultado
PAS 2013	Implementar as ações de matriciamento pelo Centro Mais Vida (CMV) em 100% dos Centros de Saúde até o final de 2013.	De acordo com o RAG 2013, a meta foi realizada. Não há justificativa nem observações.
	Monitorar e apoiar a realização de avaliação de 100% dos idosos das 4 ILPI selecionadas.	De acordo com o RAG 2013, a meta foi realizada. Não há justificativa nem observações.
PMS 2014-2017	Fortalecer a participação dos familiares nos cuidados em saúde por meio da elaboração de plano de ação integrada da APS (adulto/idoso, criança e adolescente), Centro de Educação em Saúde (CES) e Conselho Municipal de Saúde, até 2016.	Meta não cumprida. De acordo com o RAG 2016, as intercorrências assistenciais durante o ano exigiram a priorização de outras ações e a proposta ficaria para 2017. No entanto, não aparece nada sobre a meta no RAG 2017.
	Qualificar a assistência ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde por meio da implementação de matriciamento pelo Centro Mais Vida (CMV) em 70% dos Centros de Saúde até 2017.	De acordo com o RAG 2017, a meta foi concluída. Não há justificativa nem observações.
PAS 2017	Aumentar para 30% o número de visitas da equipe da ESF / ACS às ILPI filantrópicas até 2017.	Segundo o RAG 2017, foi atingido o resultado de 80%. Não há observações e justificativas.

Conclusão		
Documento*	Objetivo/meta	Resultado
PAS 2019	Aumentar para 29 o número de ILPI filantrópicas de BH com o Projeto Bem Viver implementado.	De acordo com o RAG 2021, meta concluída.

Fonte: Elaborado pela autora.

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais documentos selecionados para análise, não foram localizadas referências em relação a objetivos, metas e indicadores de Estímulo às ações intersetoriais.

Diferentemente da diretriz “Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa”, observa-se que, nesta diretriz, as metas foram quase todas concluídas (83%).

Sobre o PMC, analisando as RAG 2017 e 2021, é possível observar um considerável aumento no número de idosos atendidos desde a criação do programa (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de idosos atendidos no Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte de 2012 a 2021



Fonte: RAG (2017) e RAG (2021).

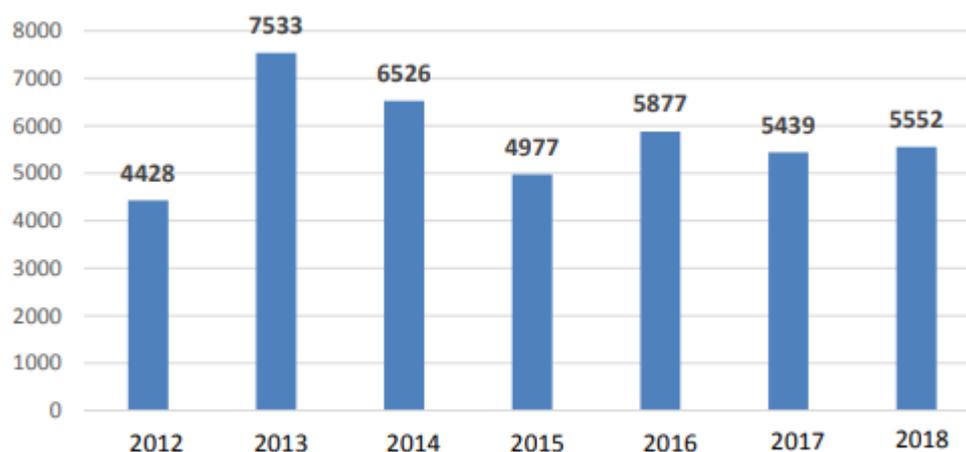
Em pesquisa sobre o PMC, Souza *et al.* (2021) afirmam que são investidos cerca de 890.000,00 dólares por ano no programa, o que inclui o pagamento de cuidadores e outros profissionais necessários para a gestão de pessoas e atividades administrativas. Os autores do estudo identificaram por meio de grupos focais realizados com profissionais envolvidos no programa, que os três principais benefícios do PMC são: 1) suporte familiar, 2) prevenção da autonegligência, 3) prevenção dos problemas clínicos, hospitalização e institucionalização (SOUZA *et al.* 2021). Todos

esses impactos observados são coerentes com as diretrizes da PNSPI que tem como finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos”. Segundo Sartini e Correia (2012), a gestão compartilhada do programa, com ações convergentes e concentração de esforços, tem materializado o conceito de intersectorialidade.

Por outro lado, o PMC também apresenta uma série de limitações. Souza *et. al.* (2021) levantaram nos grupos focais, que a rigidez nos critérios de inclusão, os desafios com os cuidadores contratados para prestar o serviço e a falha institucional, em garantir a segurança do programa, são as principais lacunas identificadas pelos participantes. Os autores também afirmam que, considerando a população idosa do município, o número de vagas e a abrangência do PMC parecem insuficientes para dar conta da real demanda.

Com relação ao PMV, observa-se que o número de atendimentos é contínuo ao longo dos anos, com pouca variação (Gráfico 04).

Gráfico 4 – Número de atendimentos do Centro Mais Vida em Belo Horizonte de 2012 a 2018



Fonte: RAG, 2019.

Quanto à atuação do CMV, análises conduzidas em 8.556 participantes da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), identificaram prevalência de 13,5% de fragilidade na faixa etária de 60 anos ou mais e 16,2% entre aqueles com 65 anos ou mais. Os fatores associados à maior prevalência de fragilidade identificados no estudo foram escolaridade mais baixa, residência sem um(a) companheiro(a), condições de saúde (pior autoavaliação da saúde e duas ou mais doenças crônicas) e limitação para realizar atividades básicas

da vida diária (ANDRADE *et al.* 2019). Considerando o número total de idosos residentes em Belo Horizonte em 2019 - 456.000 pessoas de acordo com a PNAD, 2019 - cabe a reflexão se o número de atendimentos realizados pelo CMV tem sido suficiente para abarcar toda a demanda do município, uma vez que a porcentagem de atendimentos em relação ao número de idosos corresponde a 1,3%.

O PMS 2018-2021 afirma que

o CMV contribui para aumentar a resolubilidade das equipes e facilitar a detecção precoce do processo de fragilização dos idosos, com encaminhamento dos casos mais complexos para os serviços de geriatria de referência da rede (PBH, 2018b).

No entanto, não foram encontradas evidências, nem nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, nem em artigos científicos que permitam afirmar que o Programa de fato aumenta a resolubilidade das equipes no atendimento ao idoso frágil. Um estudo de 2013 sobre implementação dos planos de cuidado identificou que, dentre idosos avaliados que receberam sugestão de encaminhamento para profissionais de reabilitação na APS, cerca de 40% procuraram pelo atendimento sugerido e apenas 25% das sugestões de encaminhamento foram efetivadas (REIS *et al.*, 2013).

Com relação às ILPI, o RAG 2017 afirma que visitas técnicas às instituições filantrópicas sem médico próprio já fazem parte da rotina da ESF desde 2003. Nessa rotina, os idosos dependentes são avaliados bimestralmente pelas eSF, sendo assegurada a visita médica a cada 3 meses e visita dos agentes comunitários de saúde quinzenalmente. Algumas equipes visitam as instituições com maior assiduidade, dependendo das características e/ou necessidades de cada uma (PBH, 2017b).

Segundo o RAG 2018, também foi elaborada uma nota técnica para suporte das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para atendimento nas ILPI sem médico próprio. Paralelamente a essa assistência, o Projeto Bem Viver, criado em 2006, alcançou, em 2019, a marca de 100% de visitas e avaliação das ILPI filantrópicas do município (29 ao todo). Nesse processo, foram elaborados planos de ação para as instituições junto aos centros de saúde de referência, além de um seminário com os enfermeiros para discussão da qualificação do cuidado direcionado aos idosos nas ILPI (PBH, 2019b).

No contexto da pandemia, as ações intersetoriais foram imprescindíveis para o enfrentamento da Covid-19. Diante da necessidade de isolamento social e maior risco de agravamento entre o público idoso, desenvolveu-se um projeto de monitoramento da doença nas ILPI (incluindo filantrópicas e privadas), junto ao Centro Mais Vida (equipamento do PMV) e um projeto de testagem para residentes e trabalhadores das instituições junto ao Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD/HC-UFMG). Ações de vigilância ativa foram utilizadas para identificação precoce de sintomáticos leves, realizando o isolamento imediato do idoso e testagem para Covid-19, como medida de contenção de surto (PBH, 2020b).

A Unidade de Acolhimento Provisório para Idosos (UAPI), criada em junho de 2020, em parceria com a SMASAC, foi destinada ao cuidado e isolamento aos idosos com sintomas respiratórios leves das ILPI, identificados pelos centros de saúde ou pela Vigilância Sanitária municipal com dificuldade para garantia do isolamento adequado aos idosos sintomáticos. Segundo o RAG 2021, no período de funcionamento (2020 e 2021), o total de idosos acolhidos foi de 551 idosos, sendo que 87 idosos foram transferidos para atendimento em unidades de pronto atendimento e 11 para o nível hospitalar. Destaca-se que nenhum óbito aconteceu na UAPI. Este serviço intersetorial inovador mostrou-se uma estratégia eficiente na mitigação de danos da Covid-19, assegurando o acesso a testes em tempo hábil e reduzindo o número de casos, de óbitos e de carga de trabalho para as equipes das unidades de acolhimento contempladas (PBH, 2021b).

O enfrentamento à Covid-19, em Belo Horizonte, considerou o diagnóstico situacional das pessoas idosas institucionalizadas em longa permanência e teve como diretriz o fortalecimento das ações de suporte em saúde para esse público. No total, foram acompanhados cerca de 1.600 idosos que moram em mais de 90 instituições de longa permanência para idosos envolvidos no projeto, por meio de ações de proteção à Covid-19 e assistência geriátrica (equipes matriciadoras do Hospital das Clínicas) e equipes de saúde da família (PBH, 2021).

5.5 PROVIMENTO DE RECURSOS CAPAZES DE ASSEGURAR QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A alocação de recursos, especialmente o financiamento da saúde, tem sido apontada como um dos desafios para a implementação do SUS e como preocupação

permanente dos gestores e dos envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras (GONÇALVES, 2014). De acordo com a PNSPI, para assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, é imprescindível que sejam definidas e pactuadas entre os entes federativos as formas de financiamento e provimento de recursos destinados à atenção desse público.

Nos Relatórios Financeiros de 2012 a 2018, foram encontradas informações sobre a receita pública, que correspondem à soma dos ingressos arrecadados (impostos, taxas, contribuições, transferências e outros) para atender as despesas públicas, de acordo com a origem de recursos: municipal, estadual, federal e outras.

Os valores transferidos pela Prefeitura de Belo Horizonte ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) são destinados ao pagamento de despesas, dentre essas, a folha de pagamento de servidores e o custeio de serviços e infraestrutura. As receitas que a Secretaria de Estado da Saúde repassa para o FMS sempre são acobertadas por Resoluções e Deliberações que determinam o objeto de gasto, como, por exemplo, o Programa Rede Cegonha, o Programa MG Transplantes e o Programa Mais Vida (esse relacionado ao público idoso). O Governo Federal repassa receitas ao FMS/SMSA/BH por meio de Convênios destinados a projetos especiais e Fundo a Fundo.

Os recursos específicos referentes ao público idoso, descritos nos documentos analisados, encontram-se no Quadro 08.

Quadro 8 – Financiamento de ações e programas relacionados especificamente à Saúde da Pessoa Idosa presentes nos Relatórios Financeiros de 2012 a 2018

Continua			
Programa/Convênio/Projeto	Origem do recurso	Valor	Período
Programa Mais Vida	Estadual	2012: R\$4.376.633,95 2013: R\$1.346.656,60 2014: R\$4.722.987,54 2015: R\$ 560.000,00 2016,2017 e 2018: não há informações nos relatórios	2010 - atual
Convênio 5422/2005 - implantação das ações da atenção à saúde do idoso.	Federal	Total: R\$570.000,00	31/12/2007 a 26/08/2018

Conclusão			
Programa/Convênio/Projeto	Origem do recurso	Valor	Período
Convênio 34867/2011 – Prevenindo quedas em idosos.	Federal	Total: R\$101.444,66	29/10/2011 a 29/07/2017
Convênio 757097/2011 – Idosos com risco de quedas.	Federal	Total: R\$96.734,00	30/12/2011 a 29/10/2018

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre os recursos descritos no Quadro 08, não está claro nos RAG como eles foram gastos nem quais os impactos na população. Conforme mostrado no item 4.2, no RAG há apenas a informação de que a meta “Implantar grupos de prevenção de quedas” foi realizada.

É interessante observar que não há recursos municipais, destinados ao público idoso, relatados nos Relatórios Financeiros. Por isso, um outro documento que não compôs a lista de documentos analisados neste estudo foi consultado a título de conhecimento para compreender a composição do orçamento do município.

Há um instrumento da PBH específico sobre os recursos destinados às políticas públicas para esse público chamado Orçamento Temático do Idoso (OTI). Ele representa um conjunto de ações e despesas destinadas ao atendimento das necessidades das pessoas idosas, selecionadas, agrupadas e consolidadas a partir do orçamento público ou de sua execução orçamentária.

De acordo com a metodologia do OTI – disponível no Portal da PBH – há uma série de programas desenvolvidos pela gestão municipal que se relacionam de alguma forma com o público idoso. Esses programas foram categorizados segundo o grau de influência na vida das pessoas com 60 anos ou mais, e os pesos identificados em cada um foram atribuídos ao total de recursos destinados a cada programa, estimando-se assim o montante que se destina ao público idoso (SMPOG, 2018).

Os critérios de classificação são: 1) exclusivos, com influência absoluta na vida dos idosos e 2) não-exclusivos, com ações dirigidas para a promoção e melhoria das condições de vida das famílias que beneficiam também o atendimento e a proteção do idoso, mas de forma indireta. Para a área da Saúde, que contempla ações do Programa Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, assistencial, hospitalar, ambulatorial, bem como as construções e reformas de unidades de saúde, utilizou-se o critério não-exclusivo, com percentual de 25% ou 12%. Isso significa que,

de acordo com o OTI, nenhum recurso da área da saúde é destinado especificamente para o público idoso. Grande parte do orçamento exclusivo para o público idoso em Belo Horizonte é proveniente da Assistência Social.

5.6 ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

Segundo a PNSPI, é imprescindível a inclusão de temas relacionados à atenção à população idosa nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, e é também fundamental o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências (BRASIL, 2006). Os instrumentos de planejamento e gestão em saúde analisados neste trabalho, por exemplo, são fruto das Conferências Municipais de Saúde. Entretanto, não há dados específicos sobre a participação das pessoas idosas e organizações defensoras do público idoso nesses espaços.

A política afirma que, para a promoção e implementação de ações que contemplem as características e necessidades locais, devem ser estimulados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, a fim de se criarem condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população. Nesse sentido, entende-se que objetivos e metas contempladas em outras diretrizes podem contribuir para o estímulo e fomento à participação social, como os grupos de cuidadores de idoso por exemplo.

Uma das principais formas de participação e controle social da população idosa acontece por meio dos Conselhos de Direitos. Bredemeier (2002) destaca a importância desses espaços para a autonomia e fortalecimento do público:

[...] o próprio idoso, alvo das ações e políticas em questão, compõe o corpo de conselheiros, diferentemente dos conselhos da criança e do adolescente onde, poucas vezes, o usuário dos serviços tem ocupado o assento que tem por direito (BREDEMEIER, 2002, p 02).

Belo Horizonte conta com um Conselho Municipal do Idoso (CMI), que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e a implementação da Política Municipal do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nas legislações federal, estadual e municipal disciplinadoras da matéria, bem como acompanhar, avaliar e fiscalizar a sua execução (PBH, 2022). Ele é composto por representantes da população idosa, representantes de organizações da sociedade

civil, representantes de organizações de ensino superior e representantes do poder público. Apesar de não estar citado em nenhum dos documentos analisados neste estudo, considerou-se relevante trazer o dado de que existe um órgão de controle social instituído no município.

Uma das atuações mais relevantes do CMI-BH, segundo Mallet (2015), é em relação ao enfrentamento da violência. O Conselho é responsável por receber denúncias de diversos órgãos de atendimentos, tais como: Centro de Saúde, hospitais públicos e privados; Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), Associação e Movimento de Idosos, Disque 100, Disque Direitos Humanos, Ministério Público, Defensoria Pública e outros como também demandas espontâneas de modo presencial ou por telefone.

Entre 2011 e 2013, o CMI-BH recebeu 859 denúncias de violência intrafamiliar, o tipo mais comum de violência denunciada contra pessoas idosas (MALLETT, 2015). A autora afirma que é imprescindível que o CMI esteja cada vez mais fortalecido em termos de conhecimento e recursos humanos para o recebimento e monitoramento das denúncias (MALLETT, 2015 p. 71)

5.7 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS NA ÁREA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

De 2010 a 2016, o município contava com um programa de educação permanente, chamado PEP, que utilizava estratégias educacionais implementadas pela Secretaria Estadual de Saúde para qualificação dos médicos. A partir de 2016, com a publicação da Portaria Conjunta 001/2016 que estabeleceu a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, o Programa de Educação Permanente em Saúde passou a se chamar ProEP e foi ampliado para outras categorias profissionais (PBH, 2016b).

De acordo com a PBH (2022), atualmente o ProEP é gerido pela Gerência de Educação em Saúde (GEDSA), que promove a discussão, elaboração e fomento das ações educacionais estabelecidas no programa. A carga horária protegida para a realização das atividades educacionais pelos profissionais de saúde é distribuída em três grandes eixos:

- Agenda Estratégica – Capacitações priorizadas pelo comitê assistencial de acordo com as necessidades da assistência;
- Seminários – Capacitações priorizadas pela gestão municipal de saúde;
- Grupo de aperfeiçoamento profissional/GAP – Estratégia educacional voltada para aprendizagem colaborativa em pequenos grupos a partir de lacunas que surgem da reflexão da prática. Princípio de aprendizagem autodirigida que a busca da qualidade da atenção do cuidado.

A GEDSA também é responsável por coordenar e regular as inserções de acadêmicos de graduação e pós-graduação e residentes nos cenários de prática da rede SMSA a partir de uma interlocução direta com as instituições de ensino e ainda é responsável por receber, analisar e autorizar formalmente os projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos no contexto da SMSA, além de analisar e encaminhar processos dos trabalhadores que solicitam liberação para atualizações e aperfeiçoamento profissional (PBH, 2022).

No âmbito da atenção à saúde da pessoa idosa, foram identificadas nos documentos analisados as ações educacionais descritas no Quadro 9.

Quadro 9 – Ações educacionais sobre o público idoso identificadas nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde entre 2012 e 2021

Continua		
Documento	Tema	Descrição
RAG 2013	Formação Cuidador de Idoso	Capacitação realizada com profissionais diversos. Realizaram-se 37 ações (não discriminadas qual tipo) que abrangeram 572 profissionais (também não informadas).
RAG 2015	Sensibilização para retomada do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil.	Encontro de 3h com 79 profissionais do NASF, Gerentes e técnicos distritais.
RAG 2015	Rodas de conversa sobre o Programa "Maior Cuidado".	Encontro com carga horária total de 4h, com participação de 30 profissionais dos Centros de Saúde.
	Treinamento das oficinas de promoção da saúde (5,6,7,8).	Treinamento de 4h com participação de 31 gerentes e profissionais da APS.

	Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil.	Capacitação de 20h com participação de 101 profissionais dentre ACS, Técnicos de Enfermagem, auxiliar de enfermagem e médicos.
	Manejo cardiovascular no Programa Academia da Cidade.	Encontro de 4h com 18 profissionais de Educação Física.
RAG 2019	Nutrição do Idoso.	Foram capacitadas 48 nutricionistas do NASF, em treinamentos com carga horária de 28h.
RAG 2021	Cuidado com o idoso portador de Alzheimer.	Evento para formação dos cuidadores do Programa Maior Cuidado. Participação das RT em saúde do idoso das 9 DRES, RT dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), RT da SMASAC e da empresa terceirizada responsável pela contratação dos cuidadores.

Fonte: elaborado pela autora

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais documentos analisados não foram localizadas outras ações.

Apesar de o público idoso compor mais de 17% da população cadastrada no SUS e trazer diversas demandas para a assistência, observa-se baixo investimento em termos de capacitação sobre o tema para os profissionais de saúde. Não foram encontrados indícios sobre agenda estratégica, seminários, nem grupos de aperfeiçoamento profissional voltados à temática do envelhecimento. Chama atenção que as equipes de NASF-AB, que se constituem como dispositivo estratégico para ampliação da capacidade resolutiva das eSF, por meio do apoio matricial e qualificação técnico-pedagógica (BRASIL, 2014b), tenham recebido poucas capacitações sobre a saúde da pessoa idosa ao longo dos anos.

O estudo sobre o impacto da Educação para a efetividade da implementação da PNSPI de Torres *et al.*, apresentam mudanças significativas de práticas entre profissionais que participaram de um curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa ofertado à distância pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Encontraram-se diferenças significativas na proporção de egressos que não realizavam atividades como 'uso da caderneta', 'aplicação de testes' e 'uso dos dados dos sistemas de informação em saúde' e passaram a realizá-las após o curso. Por outro lado, os participantes do estudo também relataram a ausência de profissionais capacitados como sendo um fator de dificuldade na implementação das atividades

preconizadas pela PNSPI. As autoras destacam que a falta de profissionais especialistas, ou mesmo de serviços especializados voltados para idosos, demanda dos profissionais generalistas conhecimentos específicos para atender necessidades desse público de forma integrada com as outras práticas da rede de cuidado (TORRES *et al.*, 2018).

Considerando o evidente envelhecimento populacional e o aumento de demandas de atenção ao público idoso, cabe ao município avaliar e incluir, de forma mais ativa, estratégias de educação permanente em saúde do idoso, visando capacitar os profissionais e aprimorar a assistência.

5.8 DIVULGAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTORES E USUÁRIOS DO SUS

A PNSPI considera que é fundamental incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS, por meio da produção de materiais como cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos e outras ações de divulgação.

A informação em saúde colabora na prevenção de doenças e na promoção da saúde, na medida em que proporciona uma mudança no comportamento dos indivíduos. Portanto, trata-se de uma informação que altera a estrutura cognitiva dos indivíduos e desencadeia ações que podem ser, entre outras, a mudança de comportamento (MORAES, 2008, p. 2045).

Nesse sentido, divulgar e informar sobre a política para profissionais, gestores e usuários é uma das formas de fomentar sua implementação. Na análise dos documentos, não foram identificadas ações específicas sobre a PNSPI, mas a aspectos contidos na política. Foram listadas, no Quadro 10, todas as webconferências que contemplaram a temática do idoso.

Quadro 10 – Divulgação e informação sobre Saúde da Pessoa Idosa identificadas nos instrumentos de planejamento e gestão em saúde de 2012 a 2021

RAG ^a	Ação	Descrição
RAG 2020	Webconferências “Cuidados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em tempos de Covid-19”.	Dois encontros com participação da DIAS ^b , Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso, DVSA ^c , SMASAC ^d , coordenadores, enfermeiros e técnicos sociais de ILPI e Centro Mineiro de Articulação Intersetorial (CEMAIS). Na primeira agenda os gestores foram alertados quanto à vulnerabilidade das ILPI face a COVID-19 e às medidas de prevenção. Na segunda agenda, os enfermeiros puderam tirar dúvidas sobre as medidas de precaução de contágio, detecção precoce de casos além das ações para organização local. Técnicos da SMASAC destacaram as ações para reduzir os efeitos do isolamento dentro das ILPI.
RAG 2020	Webconferência “Atuação da rede SUS-BH ^e na atenção ao envelhecimento da população”.	Em comemoração ao Dia Internacional do Idoso, em 11 de novembro de 2020, foi realizada uma webconferência com o tema “Atuação da rede SUS-BH na atenção ao envelhecimento da população”, com objetivo de valorizar a atuação na atenção ao processo de envelhecimento da população cuidada e promover o protagonismo da pessoa idosa na promoção da saúde, do envelhecimento saudável, na proteção dos direitos e na prevenção da violência. Foi apresentado pelas nove regionais as experiências exitosas na oferta de serviços assistenciais à população idosa de Belo Horizonte. O evento contou com a participação dos profissionais das eSF ^f , NASF-AB ^g , GAERE ^h , DRES ⁱ , GEICS ^j e DIAS com 85 pontos de acesso.
RAG 2021	Webconferência “Os desafios da Proteção e do Cuidado no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas no contexto da pandemia pela Covid19”.	Oficina Técnica Virtual organizada pela SMASAC, com participação de 340 profissionais entre cuidadores de idosos, supervisores e técnicos que atuam no Programa Maior Cuidado.

Fonte: elaborado pela autora.

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais documentos analisados (PMS, PAS) não foram localizadas referências à divulgação de informação sobre o tema.

Encontrou-se em busca no Portal PBH (portal de serviços), o serviço “Material de Apoio à Pesquisa sobre Idosos” de responsabilidade da DPEI/ SMASAC. Ele consiste em oferecer materiais para orientação de como montar uma Instituição de Longa Permanência para Idosos e Grupos de Convivência; disponibilizar *folders* e cartilhas para conhecimento dos projetos da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa e cursos

oferecidos pelo Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI); ofertar folhetos da Campanha de Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, que tem como objetivo esclarecer, para a vítima que vive tais agressões, a existência da rede de serviços de apoio e encaminhamentos para ajudá-las, bem como aos seus familiares e a comunidade.

Não foi possível avaliar, nem afirmar, por meio deste trabalho, se, de fato, existe divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

5.9 PROMOÇÃO DE COOPERAÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL DAS EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE ESTUDOS E PESQUISAS.

As duas últimas diretrizes foram unificadas neste tópico por afinidade do tema e resultados. Segundo a PNSPI, os órgãos públicos nas três esferas devem fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem-sucedidas na área do envelhecimento, e também devem apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Além disso, preconiza que é necessário identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, como universidades e faculdades.

Na análise dos documentos que compõem este estudo, não foram encontradas metas e indicadores relacionados a essa diretriz. No entanto, nos RAG localizaram-se informações relativas a essas diretrizes, de acordo com o Quadro 11.

Quadro 11 – Ações de Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas entre 2012 e 2021

Documento	Ação
RAG 2013	O Ministério da Saúde selecionou e premiou o Programa Maior Cuidado (PMC) pelo Concurso de Mapeamento de Experiências Estaduais e Municipais, no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, considerando os critérios: alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, caráter inovador, reprodutibilidade em outras realidades, relevância dos resultados para qualificar a gestão.
RAG 2015	A coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso apresentou o PMC em seminário internacional em Brasília, a convite da Organização Pan Americana de Saúde e do Ministério Saúde.
RAG 2018	A efetividade do PMC tem sido objeto de avaliação por um grupo de pesquisadores ingleses e brasileiros. O projeto de pesquisa conta com o apoio do <i>Medical Research Group</i> , da Fundação de Amparo à pesquisa de Minas Gerais e do Ministério da Saúde. O documento não especifica como foi firmado esse acordo e os RAG 2019, 2020 e 2021 não falam sobre os resultados.

Fonte: elaborado pela autora

Onde: PAS = Programação Anual de Saúde, RAG= Relatório Anual de Gestão, PMS = Plano Municipal de Saúde

* Nota: Nos demais anos não foram localizadas ações relacionadas aos temas.

As apresentações e premiações sobre o PMC corroboram a relevância e o êxito do programa na atenção à saúde da pessoa idosa.

Sobre o apoio ao desenvolvimento de pesquisas e estudos, o município conta com um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso ofertado pelo Hospital Odilon Behrens, informação que consta em todos os relatórios anuais de gestão (RAG). O Programa visa formar e capacitar profissionais de saúde no contexto da Rede de Serviços do SUS/BH. Segundo o RAG 2015, a Residência Multiprofissional:

[...] está organicamente articulada à dinâmica da Rede de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, o que possibilita integrar a residência à educação permanente da SMSA/PBH, bem como desenvolver competências que articulem ensino, serviço, gestão e controle social (RAG, 2015, p.188).

Para ingressar nos Programas é preciso que o candidato seja graduado e aprovado em processo seletivo coordenado pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Há vagas para profissionais formados em Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O Profissional de Saúde Residente recebe mensalmente, durante todo o programa, uma bolsa de trabalho de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde).

Por meio dos Programas de Residência, foram feitos investimentos para formar novos profissionais especializados em Saúde do Idoso (PBH, 2017b). Gerlack *et al.*,(2009), em relato de experiência sobre a residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado, afirmam que:

[...] o trabalho em equipe multiprofissional na atenção à saúde do idoso propõe uma dinâmica sustentada por um modelo assistencial fundamentado na interdisciplinaridade, integralidade e na humanização do cuidado, demonstrando que é possível ampliar o foco do processo de trabalho, apontando algumas ações que consideraram toda a complexidade do processo de envelhecimento (GERLACK *et al.*, 2009, p.107).

O município conta com a Residência Médica em Geriatria e Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso, com profissionais de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Fonoaudiologia, Odontologia e Enfermagem. Os Programas de Residência têm duração de 24 meses e são desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas. De acordo com a Resolução CNRMS Nº 3, de 4 de maio de 2010, atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor; atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos. Além disso, ao final do Programa, os Profissionais da Saúde Residentes deverão apresentar, individualmente, uma monografia ou um artigo científico com comprovação de protocolo de envio à publicação.

Dessa forma, compreende-se que os Programas de Residência em Saúde do Idoso em Belo Horizonte estão diretamente relacionados à diretriz “desenvolvimento de estudos e pesquisas” preconizada pela PNSPI.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve por objetivo investigar como o município de Belo Horizonte tem respondido à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) por meio da análise dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde. A análise desses documentos é uma forma de acompanhamento e avaliação de políticas públicas, e essa opção foi escolhida pelo entendimento de que esses, especificamente, são instrumentos oficiais e concretos da direção adotada pela gestão.

O texto da PNSPI é bastante genérico e dá diretrizes pouco claras para a concretização das ações, afinal não há na política a definição de metas e/ou indicadores, nem de metodologia de acompanhamento da atenção à saúde das pessoas idosas. A PNSPI propõe uma mudança de concepção acerca da velhice e aponta possíveis caminhos para as políticas públicas, mas não fornece instrumentos e técnicas que permitam tangibilizar isso na prática.

Os materiais estudados apontam uma preocupação da gestão com o envelhecimento populacional, mostrando que a transição demográfica já é um fato relevante no município. Foi possível perceber que há um discurso de valorização da pessoa idosa e um reconhecimento da importância dessa população na sociedade, inclusive atentando para os impactos do envelhecimento populacional para o sistema de saúde.

Identificaram-se ações e programas relevantes e coerentes com as diretrizes da PNSPI. Porém, não foram encontradas evidências de uma linha de cuidados da pessoa idosa como eixo central norteador e integrador de tudo isso. Considerando que a finalidade da PNSPI é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos”, percebe-se que a cidade tem empreendido esforços nesse sentido, especialmente por meio dos programas intersetoriais voltados aos idosos frágeis, como Programa Maior Cuidado, Programa Mais Vida e Projeto Bem Viver. Entretanto, não foi possível verificar por meio deste estudo, se esses esforços são suficientes para atender às demandas atuais da população idosa residente.

Na análise dos instrumentos, evidencia-se a centralidade da ESF como ordenadora do cuidado: o foco é na família, abarcando todos os ciclos de vida. A população idosa é contemplada nessa estratégia e muitas ações acabam atingindo direta ou indiretamente essas pessoas. Porém, tendo em vista o princípio da equidade que preconiza o atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados, acredita-se que seria importante ter projetos e programas mais específicos para o público idoso. Em outros ciclos de vida, como no caso da gestação e primeira infância, observa-se maior clareza na organização da assistência, com medidas de acompanhamento e garantia do acesso.

Outro ponto observado é que ainda não há uma prática institucionalizada de estratificação da população por meio de avaliação multidimensional. Há iniciativas nesse sentido, como o Programa Mais Vida, mas elas ainda não abarcam todos os idosos. A estratificação da população poderia facilitar o trabalho das equipes, permitindo melhor organização das agendas para garantia de acesso.

Considerando que os instrumentos de planejamento e gestão operacionalizam os desejos e intenções da gestão, é importante que os indicadores e metas sejam claros e que mostrem os impactos concretos na saúde da população. Quanto aos objetivos, metas e indicadores analisados, foi possível perceber uma grande dificuldade na integração das informações, inclusive com dados diferentes de um ano para outro, o que pode prejudicar o acompanhamento e monitoramento.

Entende-se que o ciclo de planejamento é dinâmico e que as pactuações feitas na elaboração dos PMS podem ser alteradas nas PAS, por exemplo. Entretanto, seria interessante se as mudanças fossem contextualizadas e explicadas para melhor acompanhamento do público leitor. Apesar da significativa melhoria na qualidade das metas e indicadores, mais alinhados a uma qualificação da atenção a partir da PAS, ainda é difícil acompanhar quais - e como - as diretrizes estão sendo cumpridas. Em alguns momentos, observou-se descontinuidade de ações sem justificativa.

Tendo em vista que são documentos de acesso público e servem para orientar, monitorar e avaliar as ações do Estado, é importante que sejam claros para os leitores que não fazem parte da estrutura pública. Falta um documento que integre os RAG dos 4 anos e faça um fechamento do ciclo de PMS. Isso ajudaria no acompanhamento e novos planejamentos. O que não é medido é mais difícil de ser gerenciado, e a dificuldade de gerenciamento pode acabar trazendo desperdício de tempo, de recursos e oportunidades que poderiam concretamente melhorar os serviços de saúde.

Com relação à população idosa, uma sugestão é a utilização do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) como norteador para a construção de objetivos, metas e indicadores do município de Belo Horizonte. O SISAP-Idoso compreende um sistema de consulta de indicadores pela internet, em nível federal, estadual e municipal, sobre a saúde do idoso. A finalidade é oferecer uma ferramenta para a gestão do SUS que permita, ao mesmo tempo, conhecer a situação de saúde da população idosa e estabelecer processos contínuos de acompanhamento (monitoramento da implementação e avaliação de resultados). A proposta do sistema é fornecer aos gestores e à sociedade, como um todo, dados úteis à formulação de políticas e ações de prevenção, além de contribuir na melhoria da qualidade da assistência à saúde e da informação gerada nos níveis básicos de atenção do SUS.

O SISAP-Idoso foi desenvolvido como uma iniciativa conjunta da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e está disponível para acesso público no portal SISAP-Idoso.

Outro aspecto importante é investir na divulgação de informações e indicadores de saúde da pessoa idosa de maneira simples e acessível para os profissionais. A cartilha apresentada como produto técnico (APÊNDICE A) deste trabalho visa contribuir nesse sentido.

Os instrumentos de planejamento e gestão em saúde orientam as ações de forma macro, e não necessariamente traduzem tudo que acontece no dia a dia do SUS-BH. Dessa forma, entende-se que o estudo pode não ter sido capaz de identificar iniciativas locais relacionadas à saúde da pessoa idosa, como atendimentos e grupos do NASF-AB, Centros de Reabilitação, dentre outros. Outra limitação é que outros documentos relevantes que poderiam contribuir para a análise não foram contemplados, como o Orçamento Temático do Idoso, por exemplo.

Para novos estudos, sugere-se que sejam realizadas entrevistas com os formuladores dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, especialmente dos PMS, entrevistas ou grupos focais com gestores locais e das Diretorias Regionais, além de análise mais aprofundada do Orçamento Temático do Idoso para compreender como os recursos são gerenciados e aplicados na atenção a esse público. Também sugerem-se estudos em outros municípios, avaliando os instrumentos de planejamento e gestão a partir da matriz criada (APÊNDICE B).

Por fim, é importante reconhecer que o município tem empreendido esforços para garantir a atenção à saúde da pessoa idosa. Para que a caminhada seja fortalecida e as ações ampliadas, deseja-se que os instrumentos de planejamento e gestão possam traduzir as necessidades reais e sejam capazes de acompanhar e mensurar as melhorias concretas na vida dessa população que cresce a cada dia e gera desafios para o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. O.; *et al.* **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. 615 p.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 1999.
- ANDRADE, S. R *et al.* Análise Documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.
- ANDRADE, J. M *et al.* Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. **Rev Saúde Pública**, 2019.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2005 a 2008**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Disponível em: < <http://www.enf.ufmg.br/internatorural/textos/Manuais/planomunicipaldesaude20052008.pdf> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2010 a 2013**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2014 a 2017**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Plano Municipal de Saúde 2018 a 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2012a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2013**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2014**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2015**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude> > Acesso em: 29 jul. 2022.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2016**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016a. Disponível em:

< <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2017**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2017a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2018**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2019**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2020**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Programação Anual de Saúde (PAS) 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021a. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2012b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014c. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2017b. Disponível em:

< <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018c. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2021b. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>> Acesso em: 29 jul. 2022.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de. (PBH). Portal de Notícias, Serviços e Informações da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. 2022. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

BERNHARD, C. A. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a integralidade da atenção e a fragilidade do idoso. (49f.) 2014. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Univates. Lajeado, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/8e52fd5d-c78d-4ffa-a872-ae4360a94502/content>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL, Portaria nº 1.395 de 10 de Dezembro de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso, 1999. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/legislacao/48.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL, Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília/DF, 2010. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Cadernos de Atenção

Básica nº39/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 23 out. 2022.

BREDEMEIER, S. M. L. O espaço público e o idoso: possibilidades através de um conselho municipal. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 1, n. 1, p. 1-8, 2002.

BORBA, E. L.; *et al.* A política Nacional da Saúde do Idoso em perspectiva. **Revista de Administração, Sociedade e Inovação**, v. 5, n. 1, p. 41-56, 2019.

CAMARANO, A. A. **Os Dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?** Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10145>>. Acesso em: 14 set. 2020.

CARDOSO, C. G; AREOSA, S. V. C. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI): A Visão dos Gestores em Santa Cruz do Sul e Região. **Jornada de Pesquisa em Psicologia**, 2016.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL (CEDEPLAR). Diagnóstico da população idosa em Belo Horizonte. **Anais...** Seminário A Pessoa Idosa e a Cidade – Diagnóstico e Políticas Públicas. Belo Horizonte, Dez. 2017.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). “A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.” Petrópolis: Vozes, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 23 out. 2022.

DALFIOR, E. T.; *et al.* Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 128-139, 2016.

DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde/ TABNET. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 out. 2022.

FARIA, C. A. P. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: PUCMG, 2012.

FIOCRUZ. **Saúde da Pessoa Idosa: Boas Práticas**. Programa Maior Cuidado – Projeto Cuidador de Idosos, Qualificando e Humanizando o Cuidado – Uma experiência intersectorial da Secretaria Municipal de Belo Horizonte, 2013a.

FIOCRUZ. **Saúde da Pessoa Idosa: Boas Práticas**. Projeto Bem Viver- Reordenamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos Filantrópicas de Belo Horizonte, 2013b.

FUGINAMI, C. N.; *et al.* Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 857-870, 2020.

FERNANDES, M. T. O; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

GERLACK, L. F.; *et al.* Saúde do idoso: residência multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 104-108, 2009. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/5598>. Acesso em: 23 out. 2022.

GIACOMIN, K. C.; *et. al.* Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS-BH. **Revista Pensar BH**. v. 13, p. 3-9, 2005.

GIACOMIN, K. C. Contradições do Estado brasileiro ante o envelhecimento do seu povo. **Revista Argumentum**, v. 6, n.1, p. 22-33, 2014.

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas**. In: Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. p. 41-57. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, M. A. **Organização e funcionamento do SUS**/ Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 132p. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**, 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>> Acesso em: 29 jul. 2022.

KALACHE, A.; *et. al.* Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.23, n.6, Rio de Janeiro: 2020.

KRIPKA, R.; *et al.* **Pesquisa Documental**: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. v. 2, 2015.

LEBRÃO, M. L.; *et al.* A regulação da Saúde Suplementar e o direito da pessoa idosa à assistência à saúde. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo. v. 9, n. 2, p 190-206. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13123/14927>. Acesso em: 29 jul. 2022.

- LIMA-COSTA e VERAS, 2003. Lima-Costa, M.F e Veras, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, n. 3 p. 700-701. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001> Acesso em: 31 jul. 2022.
- LIMA-COSTA, M. F.; *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
- LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2022.
- LOTTA, G. S. **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil**, Brasília: Enap, 2019.
- MAIA, S. M. P. **Avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE**. 2010, 141f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas), Repositório UFC, Fortaleza-CE, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/3257>. Acesso em: 23 out. 2022.
- MALLET, S. M. **Denúncias e ações de enfrentamento à violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte 2011-2013**. Belo Horizonte, Repositório UFMG, 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37. 1999.
- MORAES, A. F. Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 13, suppl 2. p. 2041-2048. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900008>>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos**. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- REIS, D. A.; *et al.* Implementação de Planos de Cuidados para idosos de Belo Horizonte. **Revista Geriatria & Gerontologia**, v. 7, p. 99-107, 2013.
- REISDORFER, E.; *et al.* Plano municipal de saúde: um instrumento de transformação social. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 97-102, 2012.
- ROMERO, D. E.; *et al.* Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569/2252>. Acesso em 23 out. 2022.

SARTINI, C. M; CORREIA, A.M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Revista Pensar/BH Política Social**, v. 31, p. 10-13. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (SMPOG). **Metodologia de Elaboração do Orçamento Temático do Idoso**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/contas-publicas/orcamentos-tematicos/orcamento-idoso>>. Acesso em: 31 jul. 2022.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, v. 3, n. 1, p. 121-134, 2012.

SISREDE. **Sistema de informação em Saúde de Belo Horizonte**. 2017.

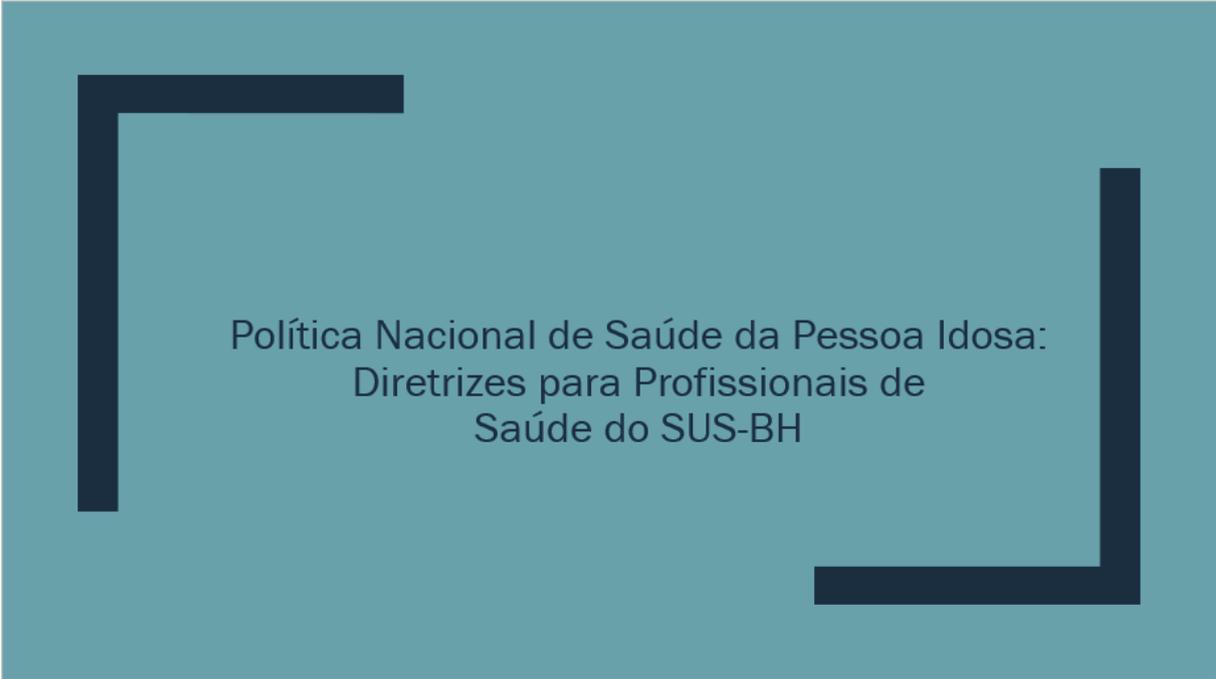
SOUZA, A. J.; *et al.* Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme). In.: Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. **International Journal of Integrated Care**, v. 21, n. 2, 2021.

TORRES, K. R. B. O. *et al.* A educação a distância no contexto da política nacional de saúde da pessoa idosa: estudo de egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 337-360, 2018.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

APÊNDICE A- PRODUTO TÉCNICO

Cartilha sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde



Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Diretrizes para Profissionais de Saúde do SUS-BH

Apresentação

Esse material foi desenvolvido com base na pesquisa “Análise de implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI): um estudo com base nos instrumentos de planejamento em saúde do município de Belo Horizonte”, desenvolvida por Mariane Coimbra da Silva sob orientação da Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos.

O objetivo dessa cartilha é apresentar de forma simples e didática a PNSPI e contribuir para sua implementação no dia-a-dia dos serviços de saúde de Belo Horizonte.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Fonte: Brasil, 2006



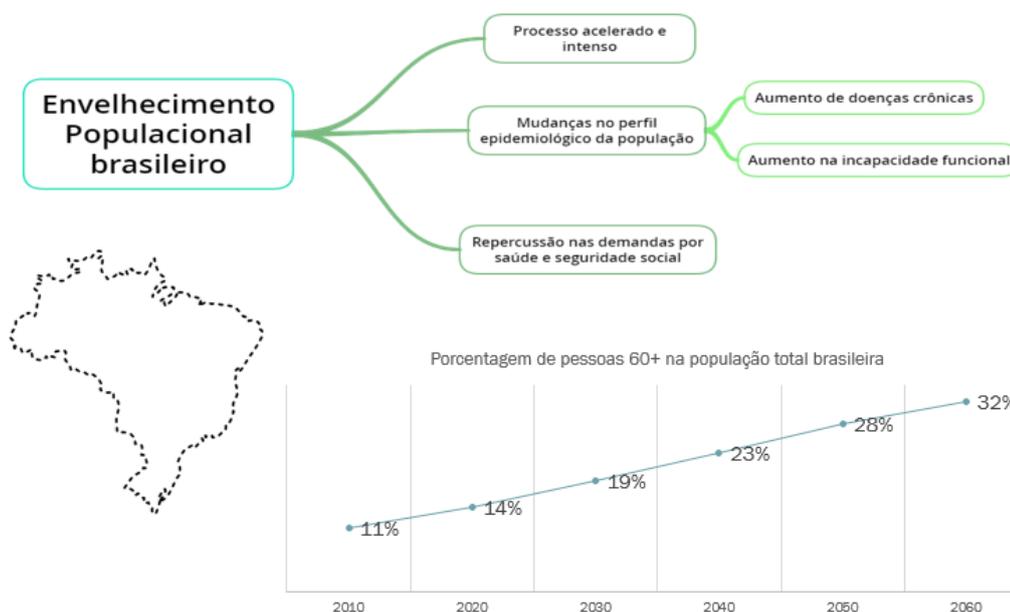
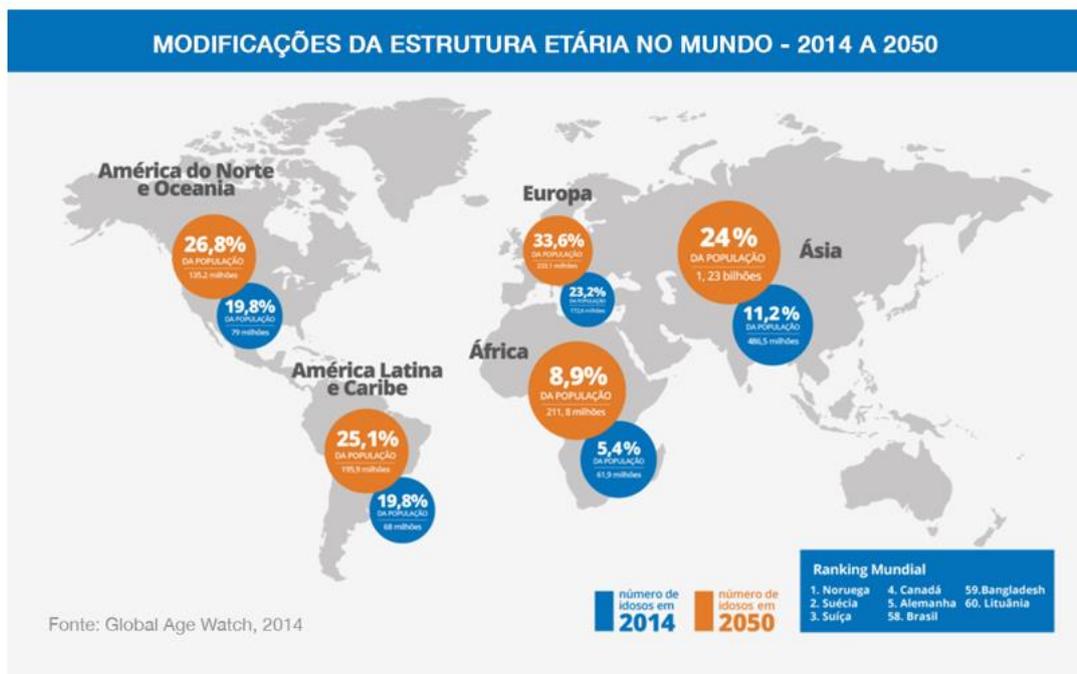
Diretrizes PNSPI

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral e 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;



Fonte: Brasil, 2006

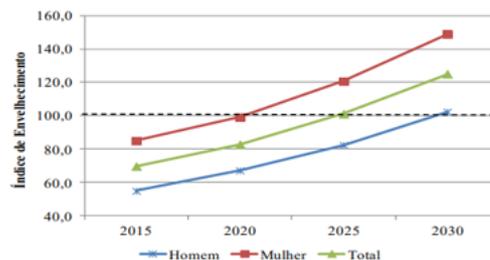
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.



Fonte: IBGE, 2016

Índice de Envelhecimento em Belo Horizonte

O Índice de Envelhecimento (IE) mostra a relação entre os grupos etários extremos (0-14 e 60 e mais) e indica o ritmo do envelhecimento por meio do número de pessoas mais velhas para cada 100 menores de 15 anos. Um elevado valor dessa razão significa um processo de envelhecimento mais avançado.



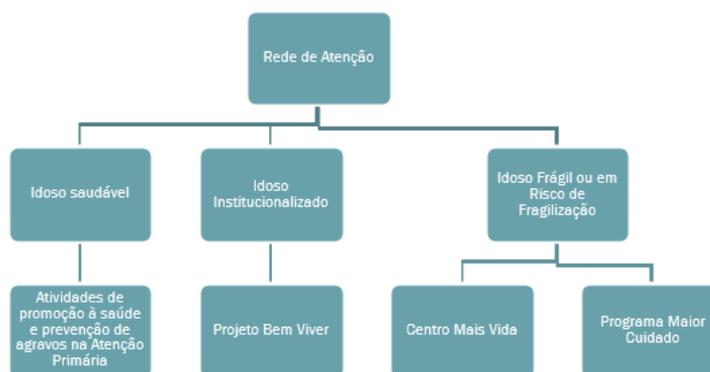
Em Belo Horizonte, a razão tende a crescer no período de 2015-2030, de forma que o número de idosos superará o de jovens em 2025 quando a razão se torna maior que 100. Em 2015, havia cerca de 70 idosos para cada 100 crianças e chegará a 125 para cada 100 em 2030.

Observa-se diferenciais importantes por sexo: entre as mulheres, essa razão é mais alta que entre os homens, de modo que já em 2020 é esperado mais mulheres idosas do que jovens.

Fonte: CEDEPLAR, 2017

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Belo Horizonte

O município não tem uma linha de cuidados específica para as pessoas idosas, mas conta com ações, programas e projetos voltados para esse público



A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Belo Horizonte



Acompanhamento e avaliação



Acompanhamento e avaliação são imprescindíveis para que seja possível verificar o alcance do propósito da PNSPI e, conseqüentemente, de seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos. Esses processos também possibilitam eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Acompanhamento e avaliação – SISAP-Idoso

Para o processo de **planejamento e tomada de decisão** em saúde **conhecer as condições de saúde e vida da população** é essencial. A informação de qualidade cumpre papel fundamental na construção desse conhecimento, principalmente aquelas oriundas de fontes confiáveis e seguras.

O SISAP-Idoso foi desenvolvido com o propósito de oferecer uma ferramenta para a gestão do SUS que permita ao mesmo tempo conhecer a situação de saúde da população idosa e estabelecer processos contínuos de acompanhamento. A proposta do sistema é que, por um lado, o planejamento adequado de ações de saúde só é possível quando o gestor conhece a situação de saúde, ou seja, as principais características e problemas, de saúde de sua população. Por outro, a sua eficiência e eficácia dependem de acompanhamento da implementação e dos resultados dos programas por meio de indicadores.

Fonte: FIOCRUZ, 2011

Acompanhamento e avaliação – SISAP-Idoso

Os indicadores de saúde são medidas-sínteses, quantitativas, que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde de uma população. Cada indicador no SISAP-Idoso foi agrupado por dimensão dentro da Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde do sistema (matriz de indicadores). Para construção da Matriz de indicadores partiu-se da concepção ampla de saúde na qual inclui-se aspectos sociais, econômicos, de serviços de saúde, morbidade e mortalidade, funcionalidade entre outros.

A **análise dos indicadores** de cada dimensão traz **informações que auxiliam** o entendimento das demandas que devem ser priorizadas pelos **gestores** no seu **processo de programação e desenvolvimento** de ações de saúde.

Fonte: FIOCRUZ, 2011



Sistema de Indicadores de Saúde e
Acompanhamento de Políticas do Idoso

Indicadores que auxiliam na análise da situação de saúde de uma maneira geral

Demográficos	Ambientais, Socioeconômicos e familiar	Auto avaliação da saúde e funcionalidade	Mortalidade	Morbidade	Serviços de saúde
Esperança de vida aos 60 anos	Proporção de idosos que vivem em domicílios adequados	Proporção de auto avaliação da saúde boa ou muito boa	Taxa de mortalidade por grupo de causas evitáveis	Taxa de internação por grupo de causas evitáveis	Cobertura do Programa de Saúde de Família
Índice de envelhecimento da população	Proporção de idosos em situação de pobreza	Proporção de idosos com alguma limitação funcional		Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis	Número de Médico por habitante
Proporção de população idosa	Índice municipal de vulnerabilidade sociofamiliar				Número de Geriatra por habitante

Fonte: FIOCRUZ, 2011

SISAP-Idoso: Como acessar?



Fonte: FIOCRUZ, 2011

Referências

- BRASIL, Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006.
- Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR). Diagnóstico da população idosa em Belo Horizonte. Apresentação no seminário A Pessoa Idosa e a Cidade – Diagnóstico e Políticas Públicas. Belo Horizonte, Dez. 2017.
- FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (IICIT). Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 07 Agosto. 2022.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016

APÊNDICE B- PRODUTO TÉCNICO

Matriz de análise de políticas públicas e instrumentos de gestão e planejamento baseada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Diretriz	Aspectos a ser considerados para análise
Promoção do envelhecimento ativo e saudável.	Dados relacionados à criação e implementação de políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa.
Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.	Dados relacionados à criação e implementação de ferramentas de gestão e acompanhamento da atenção à saúde da pessoa idosa, como linha de cuidado e instrumentos de avaliação funcional e sociofamiliar.
Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.	Dados relacionados a práticas intersetoriais.
Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.	Informações relativas ao financiamento de programas, projetos e ações voltados ao público idoso.
Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.	Indícios de inclusão do público idoso nas instâncias de controle social, como Conferências e Conselho.
Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	Cursos, palestras, treinamentos e outras práticas de educação voltadas para formação dos profissionais.
Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.	Medidas que englobam produção de materiais de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos; promoção de ações e eventos de informação, divulgação e educação relacionados a atenção à saúde da pessoa idosa.
Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.	Medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem-sucedidas na área do envelhecimento.
Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.	Ações que fomentam a pesquisa na área do envelhecimento, como parcerias com universidades e instituições de ensino; criação de bancos de dados sobre o público idoso e envelhecimento; identificação e divulgação de linhas de financiamento de pesquisas.