Universidade do Grande Rio ¨Prof. José de Souza Herdy¨
UNIGRANRIO

IONE ANDRADE LOUREIRO

Estudo e análise crítica da política de saúde para o idoso no Brasil: o caso de Duque de Caxias

Rio de Janeiro
2013

Universidade do Grande Rio ¨Prof. José de Souza Herdy¨
UNIGRANRIO

IONE ANDRADE LOUREIRO

Estudo e análise crítica da política de saúde para o idoso no Brasil: o caso de Duque de Caxias

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio ¨Prof. José de Souza Herdy¨, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão Organizacional

Orientadora: Profª Drª Maria Cristina Fogliatti de Sinay

Rio de Janeiro
2013

Ione Andrade Loureiro

¨ Estudo e análise crítica da política de saúde para o idoso no Brasil: o caso de Duque de Caxias.¨

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio ¨Prof. José de Souza Herdy¨, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração:
Gestão Organizacional

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

_____

Profª. Drª Maria Cristina Fogliatti Sinay
Universidade do Grande Rio

_____

Prof Drº Michel Jean Marie Thiollent
Universidade do Grande Rio

_____

Profª. Drª Célia Pereira Caldas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

_____

Profª. Drª. Ana Inês Sousa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir, no Seu tempo, a realização de tudo em minha vida.

A meu esposo, querido e amado Julio, pelo carinho, força, compreensão e incentivo, sem a sua ajuda esse projeto não teria sido possível.

As minhas amadas filhas Maria Julia e Manuela, que me impulsionam a me tornar uma pessoa melhor todos os dias.

Aos meus pais que com seus esforços e sábios ensinamentos que me conduziram no caminho do bem e do ensinamento.

Aos meus queridos avós, que apesar de não estarem mais fisicamente entre nós continuam dentro de mim, fazendo com que eu veja, em cada idoso que cuido, seus rostos e os sinta presente, fazendo florescer constantemente em mim o sentimento de respeito e dignidade que devo ter, junto aos idosos.

A minha irmã Diana, que me incentiva a caminhar por meio de seu exemplo.

As minhas irmãs de coração Leandra e Lisandra, pelo carinho, dedicação e ajuda.

A minha querida madrinha Manon, por seus conselhos e inspirações.

A Profª. Drª Maria Cristina Fogliatti Sinay, que me conduziu nessa trajetória, entendendo minhas dificuldades e me alicerçando de forma segura na elaboração desse trabalho.

A Profª. Maria de Fátima Nascimento Amaral, que me incentivou e permitiu a realização desse projeto hoje concretizado.

A Profª. Drª. Ana Clementina Vieira de Almeida, que desde o começo acreditou em mim, me proporcionando oportunidades impares, sem as quais talvez esse caminho fosse um pouco mais difícil de ser trilhado.

Aos meus amigos que me incentivaram ao longo desse caminho.

Aos entrevistados pelas valiosas informações prestadas, presentes ao longo do trabalho.

¨Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota¨.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

A presente dissertação visa avaliar o serviço de saúde pública dedicado aos idosos, indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil, de forma a comparar o estabelecido em Lei com o realmente praticado. Esta comparação serve de subsídio para a formulação de novas regulamentações ou adequação da atual. Para isto, após introduzir o tema justificando o porque da faixa etária analisada, foi apresentado o Sistema Único de Saúde com a descrição de sua origem, desenvolvimento e marco legal assim como a regulamentação da Política Pública de Saúde direcionada à população idosa como a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A partir da análise deste marco foram construídos quatro questionários cujas respostas e posterior análise permitiram diagnosticar este segmento. Estes questionários foram aplicados nos postos de saúde de Duque de Caxias, Município do Estado do Rio de Janeiro resultando numa série de deficiências no serviço avaliado, destacando entre esses a ausência de conhecimento nivelado por parte dos gestores das unidades de saúde, a falta de capacitação dos profissionais e a natureza dos contratos de trabalho, a falta de comunicação entre os atores envolvidos, a descontinuidade do serviço, a dificuldade de acesso do idoso dependente e infra-estrutura inadequada. A metodologia escolhida enquadrou a pesquisa como sendo de natureza exploratória, sendo utilizadas três técnicas para seu desenvolvimento – pesquisa bibliográfica, aplicada e estudo de caso.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Programa de Saúde do Idoso; Política pública de saúde; Duque de Caxias.

ABSTRACT

This thesis aims to evatuate the public health service dedicated to elderly, part of the population aged 60 years or more in Brazil, in order to compare the provisions in the Law with the day-today practice. This comparison can help in the formulation of new regulations or adequacy of the current ones. For this, after introducing the topic justifying the sellected group, it was presented the Brazilian Public Health System with a description of its origin, development and legal framework as well as the regulation of Public Health Policy aimed to the elderly as the National Aging Policy, the Elderly Statute and the National Health Policy for Older Persons. From the analysis of this framework there were built four questionnaires whose responses and subsequent analysis allowed to diagnose this segment. These questionnaires were applied in clinics in Duque de Caxias, Municipality of the State of Rio de Janeiro City resulting in a number of shortcomings in service measured. Among those there can be mentoned the lack of knowledge level of managers of health facilities, lack of professionals and the traini ship nature of their form of contract labor, the lack of communication between the actors involved, the discontinuance of the service, the difficulty of access of the elderly that are dependent and the inadequate infrastructure. The methodology to develop this work framed this research as exploratory. Three techniques were used for its development – literature research, applied research and case study.

Keywords: Health System; Elderly Program Health; public health policy; Duque de Caxias.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO 2.1	Expectativa de vida do brasileiro	18
GRÁFICO 2.2	Média de filhos por mulher no Brasil	18
GRÁFICO 2.3	Número de equipes de saúde da família entre 1994 e 2009	22
GRÁFICO 4.1	Projeções demográficas do Brasil	35
FLUXOGRAMA 4	Diretrizes da PNSPI e atribuições dos gestores municipais	44
TABELA 6.1	Características dos domicílios do Município de Duque de Caxias	51
TABELA 6.2	Distribuição de unidades de saúde do Município de Duque de Caxias	52
TABELA 6.3	Resultados das entrevistas aplicadas aos gestores dos postos de saúde	55
TABELA 6.4	Resultado das entrevistas aplicadas nos profissionais	58
TABELA 6.5	Deficiências e propostas de ações para melhoria das ações do PSI	61
TABELA 6.6	Resultado das entrevistas aplicadas nos idosos	64

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4	Linha do tempo referente à regulamentação da Política Nacional para os Idosos	42
Figura 6.1	Mapa do Município com localização das unidades de saúde	51
Figura 6.2	Ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas com os gestores dos postos de saúde	58
Figura 6.3	Ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas com os profissionais dos postos de saúde	62
Figura 6.4	Ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas aplicadas aos idosos	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CEPERJ	Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisa e Formação de Servidos Públicos do Rio de Janeiro
CLT	Consolidação das Leis do trabalho
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDEB	Fundo de Desenvolvimento para o Ensino Básico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMDC	Prefeitura Municipal de Duque de Caxias
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSI	Programa de Saúde do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
REDUC	Refinaria de Duque de Caxias
SAS	Secretaria de Assistência Social
SEBRAE	Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UNIGRANRIO	Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”

SUMÁRIO

1	**CAPÍTULO 1**	12
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO, OBJETIVO, METODOLOGIA E COMPOSIÇÃO DA DISSERTAÇÃO	12
1.2	RELEVÂNCIA	14
2	**CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO**	17
3	**CAPÍTULO 3 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**	24
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUA ORIGEM E DESENVOLVIMENTO	24
3.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REGULAMENTAÇÃO, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES	26
3.3	O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	32
4	**CAPÍTULO 4 – AS POLÍTICAS PARA O IDOSO**	35
4.1	O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	35
4.2	DAS POLÍTICAS INTERNACIONAIS A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO	37
4.3	REGULAMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS IDOSOS	38
5	**CAPÍTULO 5 – METODOLOGIA DA PESQUISA**	43
5.1	METODOLOGIA DA PESQUISA E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	43
5.2	MODELO CONCEITUAL	44
5.2.1	QUESTIONÁRIO 1 – GESTOR – PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	45
5.2.2	QUESTIONÁRIO 2 – GESTOR DOS POSTOS DE SAÚDE	46
5.2.3	QUESTIONÁRIO 3 – PROFISSIONAL QUE REALIZA O ATENDIMENTO DIRETO AO IDOSO	47
5.2.4	QUESTIONÁRIO 4 – IDOSOS / USUÁRIOS	48
6	**CAPÍTULO 6 – ESTUDO DE CASO – O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**	49
6.1	O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	49
6.2	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
6.2.1	RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 2: GESTORES DOS POSTOS DE SAÚDE	54
6.2.2	RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 3: PROFISSIONAIS DOS POSTOS DE SAÚDE	57
6.2.3	RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 4: IDOSOS / USUÁRIOS DOS POSTOS DE SAÚDE	62
6.3	CONCLUSÕES DO ESTUDO DE CASO	65
7	**CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**	70
	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO 1 – OFÍCIO AUTORIZANDO A PESQUISA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS	82
	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

1 CAPÍTULO - INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO, OBJETIVO, METODOLOGIA E COMPOSIÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Mens sana in corpore sano, a frase do poeta romano Juvenal já nos alertava, no século I, quanto à importância da saúde como um fator primordial para o desenvolvimento humano. Entretanto e nos dias atuais, a oferta de serviços de saúde é ineficiente no Brasil, apesar do Sistema Único de Saúde – SUS ter sido implantado há mais de 20 anos. Este sistema está longe de alcançar seu objetivo original, qual seja o atendimento de todos aqueles que o procurem, objetivo este delineado para cumprir o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, onde diz ser dever do Estado prover atendimento de saúde a todos os cidadãos.

Segundo reportagem divulgada em março de 2012, pelo Jornal O Globo, apenas 6,2% dos municípios do país tem serviço público de boa qualidade, dado esse obtido a partir da aplicação de um procedimento criado pelo governo federal a fim de avaliar o SUS. Este procedimento calcula o Índice de Desenvolvimento do SUS - IDSUS.

O IDSUS é uma ferramenta que permite a avaliação tanto do acesso quanto da qualidade dos serviços de saúde no país, com a verificação da infraestrutura existente para o atendimento. Está constituído por vinte e quatro indicadores, que avaliam desde a atenção de baixa complexidade até a de alta complexidade. Segundo os dados divulgados pela reportagem referida acima, 20,7% dos municípios foram reprovados enquanto 73,1% dos municípios foram considerados apenas razoáveis Para o atual Ministro da Saúde, esses dados demonstram que o acesso e a qualidade ao Sistema Único de Saúde – SUS são grandes desafios para o país, e crescem proporcionalmente a desigualdade social e aos cortes orçamentários.

No Brasil, a deficiência do sistema público de saúde levou a população mais beneficiada do ponto de vista econômico à adesão a planos de saúde privados. Mesmo com este aparente desafogo, o SUS continua com sérios problemas para o atendimento à população carente e dentro deste grupo, à população idosa, que no país é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos .

Concomitante aos problemas do serviço de saúde encontrados no SUS, o Brasil está passando por um processo conhecido como de transição demográfica,

isto é, a transformação do perfil de uma população, decorrente do declínio das taxas de natalidade e de mortalidade, levando ao envelhecimento populacional (Lebrão, 2007).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2008), a expectativa de vida ao nascer que em 1940 era de 45,5 anos, em 2008 era 72,7 anos, poderá alcançar 81,29 anos em 2050.

Visto os dados de crescimento da população idosa, o país hoje precisa de políticas que atuem de forma incisiva e eficaz neste setor, em prol do bem-estar desta parcela da sociedade, principalmente em função de suas demandas específicas.

Do exposto pode-se representar a pergunta da pesquisa como: encontra-se a prática de acordo com a legislação vigente no que se refere aos serviços oferecidos aos idosos no Programa de Saúde do Idoso no Município de Duque de Caxias?

O objetivo do presente trabalho é realizar uma análise crítica da Política da Saúde Pública direcionadas para atenção ao idoso, por meio do Programa de Saúde do Idoso implementado no Município de Duque de Caxias, discutindo diretrizes para o atendimento a esta faixa etária.

A metodologia seguida nesta dissertação tem cunho bibliográfico e aplicado. Por um lado apresenta-se a Política de Saúde Pública, em particular aquela direcionada ao atendimento da população idosa, com o estudo da legislação vigente. Por outro, busca-se mostrar como esta política funciona na prática, por meio de elaboração de um estudo de caso desenvolvido no município de Duque de Caxias, buscando identificar a implementação do Programa de Saúde do Idoso, já que este município possui forte participação de idosos na população geral e apresenta desigualdades sociais bastante exacerbadas.

Este estudo oportunizará discussões não apenas sobre as políticas voltadas ao idoso, mas também sobre as ações integradas de forma multissetorial a fim de prevenir e controlar doenças e seus agravos, garantindo manutenção da saúde física e mental desta faixa etária. Estas ações se desenvolvem por intermédio da percepção de que as características sociais devem ser consideradas no planejamento de estratégias direcionadas ao idoso.

1.2 RELEVÂNCIA

O aumento da expectativa de vida humana e o controle de natalidade permitem concluir que a população mundial está envelhecendo, mostrando assim a importância quanto à compreensão e percepção das necessidades específicas deste segmento.

Nasri (2008), aponta que o processo do envelhecimento populacional é conseqüência do controle de natalidade, que leva a diminuição da fecundidade e não ao declínio da mortalidade. Desde 2005 o Brasil apresenta declínios suaves na taxa de fecundidade, como conseqüência das transformações ocorridas na sociedade. Em 1991 tinham-se 2,89 filhos por mulher, enquanto já em 2008 esse valor cai para 1,86. Baseado nestes dados, estima-se que em 2028, a fecundidade limite brasileira caia para 1,5 filho por mulher (IBGE, 2008).

Assim o processo de envelhecimento vem sendo possibilitado graças a políticas sociais adotadas, mais especificamente, nos grupos da saúde pública e seguridade social, destacando-se o princípio de universalização adotado pelo SUS, que preconiza o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (Lei 8080 de 1990, capítulo II).

Segundo Wajnman et al (2004) ¨*A estrutura etária da população economicamente ativa torna-se cada vez mais envelhecida, o que significa que o peso relativo da população idosa tende a crescer continuamente e ainda por muitas décadas*¨

Verifica-se, assim, que o envelhecimento não diminui a participação do idoso no mercado de trabalho, somente apresenta uma reorganização na composição dos rendimentos de aposentadorias e pensões.

O aproveitamento adequado deste período proporciona crescimento econômico para o país sendo importante lembrar que a população idosa também está participando deste desenvolvimento. Dados do IBGE (2008) apontam que o rendimento dos idosos representa entre 60% e 70% das rendas das famílias urbanas e rurais respectivamente, o que reflete as diferenças sociais e econômicas presentes no Brasil. Este fato, associado ao alto grau de desigualdade de renda, sinalizam a necessidade de políticas redistributivas já que apesar de o país

apresentar um Produto Interno Bruto (PIB) relativamente alto, a desigualdade na distribuição de renda no país impacta de forma negativa contribuindo para que as políticas sociais e econômicas não oportunizem acesso aos serviços de saúde.

Todavia, mesmo com a Constituição Federal de 1988 objetivando a promoção da igualdade para os acessos aos serviços de saúde, a ausência de estruturação adequada no SUS provoca dificuldade no acesso a seus serviços, levando a busca pela assistência de saúde privada, privilegiando apenas uma parcela da população, com maior poder aquisitivo para pagar pelo serviço.

Pesquisa realizada por Néri (2002) mostra que aproximadamente 25% da população brasileira paga por um plano de saúde, o que reforça a necessidade de uma política de saúde pública capaz de suprir a demanda da maioria da população brasileira. Este mesmo estudo mostra que quanto mais idoso e menos anos de estudo, maiores as chances do indivíduo em necessitar os serviços de saúde pública. Entretanto, o consumo dos serviços de saúde é desigual, concluindo então que as políticas de saúde pública devem ser desenhadas buscando combater a pobreza e a desigualdade.

A longevidade alcançada atualmente resulta de políticas e ações implementadas pelo Estado e sociedade, mas sua repercussão tem causado preocupação tendo em vista as necessidades de recursos financeiros que esta condição requer.

Néri (2007) afirma ainda que: “[...] *idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, piores funções físicas e tem uma menor oferta para o uso dos serviços de saúde.*¨

É um fato que o idoso consome mais serviços de saúde, pois as necessidades de internações tornam-se mais freqüentes, assim como o tempo de permanência hospitalar maior, quando comparado a outras faixas etárias.

> ¨Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos.3 Esse também foi o grupo de maior coeficiente de internação hospitalar (14,8 por 100 pessoas no grupo) no ano anterior. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas. (GARRIDO & MENEZES, 2002 p.4).

Em seu estudo Néri (2007) mostra que com a população idosa crescente em número, algumas estratégias vêm sendo praticadas para a melhora do estado de saúde da população brasileira, destacando-se dentre elas, a Política Nacional de Saúde do Idoso, Farmácia para o Idoso, vacina contra a influenza e o programa de

saúde da família. Mas apesar destes esforços, as doenças crônicas e suas complicações geram aumento de gastos, acarretam desafios que implicam na necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde que contemplem as modificações em curso.

Diante deste fenômeno, cabe às autoridades incorporarem em suas agendas de políticas, ações que de fato atendam adequadamente à população idosa, suprindo suas demandas.

Para alcançar o objetivo proposto, esta dissertação constará de seis capítulos, estando o primeiro constituído pela contextualização, objetivo e relevância, metodologia e composição da dissertação; no segundo apresenta-se o referencial teórico; no terceiro capítulo aborda-se a Política de Saúde Pública e seu desenvolvimento até os dias atuais; no quarto capítulo apresentam-se as ações de políticas públicas direcionadas à população idosa; no quinto capítulo apresenta-se a metodologia da pesquisa, o capítulo seis constará do estudo de caso desenvolvido no município de Duque de Caxias; e sétimo capítulo são alinhadas as conclusões do trabalho com recomendações gerais.

Cabe ressaltar que este estudo faz parte do projeto Mais Baixada, que visa o acompanhamento do desenvolvimento regional sustentável da baixada fluminense e que conta com fomento da FAPERJ.

2 ***REFERENCIAL TEÓRICO***

Este capítulo foi elaborado a partir da análise de alguns trabalhos acadêmicos e científicos sobre o assunto desta dissertação, isto é, sobre o estudo da saúde do idoso, que vem sendo desenvolvidos no Brasil e no mundo. Ramos, Veras e Kalache (1987) apontam a saúde e o social como fontes de ações direcionadas para este público-alvo, e chamam atenção quanto à necessidade de que as autoridades competentes se responsabilizem na resolução destes problemas.

Alguns pesquisadores como Küchemann (2012), Saad *in* Guimarães org (2006), Félix (2009) e Silva (2005), vêm ressaltando a questão do envelhecimento em nível mundial e principalmente no Brasil, versando a respeito de suas conseqüências, como a transição demográfica e suas repercussões, assim como as necessidades que este contingente demanda.

Silva (2005) afirma que diferentemente dos países europeus, que tiveram um maior tempo para se adequarem ao envelhecimento populacional, o Brasil precisou e ainda precisa, se adequar a esta nova realidade em um espaço de tempo menor. Saad op. cit. ressalta ainda que este envelhecimento populacional vêm acontecendo rápido em um contexto de desigualdades sociais, o que desencadeia o mal funcionamento dos sistemas de seguridade social e de saúde pública.

É importante chamar atenção quanto ao desafio econômico que o Brasil precisa encarar frente ao contingente idoso que tem aumentado, pois o processo do envelhecimento no país apresenta características econômicas diferentes dos países desenvolvidos, tendo em vista que estes primeiro enriqueceram e depois envelheceram, fato inverso dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1997).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), o brasileiro vive em média 25 anos a mais do que vivia em 1960, como mostrado no gráfico 2.1 a seguir.

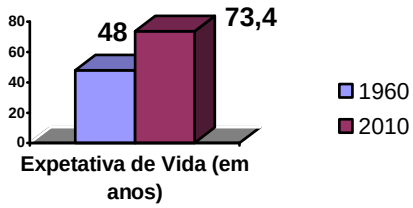


Gráfico 2.1 – Expectativa de vida do brasileiro. Fonte (IBGE, 2010). Elaboração própria (2013).

Félix (2009) aponta fatores como a queda da taxa de fecundidade e de mortalidade infantil como causas para o fenômeno do envelhecimento, e Saad (2006) ressalta que a nutrição mais equilibrada, o saneamento básico, o tratamento de água, as vacinas e antibióticos são potencializadores para o aumento da expectativa de vida no Brasil.

O gráfico 2.2 representa de forma clara a queda de fecundidade no Brasil. Na década de 1960, uma mulher tinha em média 6,3 filhos, já em 2010 essa média caiu para 1,9 filhos.

Gráfico 2.2 – Média de filhos por mulher no Brasil. Fonte: IBGE (2010). Elaboração própria (2013).

Quanto à participação da população idosa na economia, Camarano (2002) em sua pesquisa identificou que em 17 anos, a situação do idoso no pais melhorou deveras, tendo em vista que em 1981 aproximadamente 21% dos idosos não tinham renda, enquanto que em 1998, este índice caiu para 12%, fato este devido principalmente ao aumento de mulheres com algum rendimento, universalização da seguridade social e ampliação da previdência rural. Silva *op.cit* aponta a garantia ao benefício da aposentadoria aos trabalhadores rurais como fator importante na melhoria significativa das condições de vida dos idosos no cenário brasileiro.

A população idosa apresenta demandas importantes, não só por impactar com os problemas de saúde, levando a necessidade de mais serviços, como também demanda metodologias de atendimento diferenciadas, com maior intensidade e duração na utilização de equipamentos e serviços. O envelhecimento repercute da mesma forma, nas esferas: social, econômica e política. No viés social

tende a afetar a composição familiar, seus arranjos e relações. Tendo em vista que economicamente o fenômeno implica por estar diretamente relacionado com o crescimento sobre o nível de poupança, investimento, consumo, mercado de trabalho e previdência social. E finalmente, na política já que esta geração idosa, pode influenciar diretamente as representações de poder (Saad , 2006).

Paulino (2006) observa que em função da mudança do perfil demográfico, com suas tipicidades e repercussões, fazem-se necessárias pesquisas e práticas para o planejamento de estratégias de atendimento a esta demanda.

O idoso demanda avaliação global objetivando sua independência, por meio de um envelhecimento ativo e saudável, sendo imprescindível a observação e análise de suas capacidades funcionais e cognitivas, não devendo ser negligenciada a identificação de situações de vulnerabilidade social, incluindo a identificação do cuidador, quando este se faz necessário.

Karsch (2003) afirma que aproximadamente 40% dos idosos com mais de 65 anos necessitam de algum tipo de ajuda para realizar alguma atividade domiciliar, como fazer compras ou limpar a casa, enquanto que pouco menos de 10% precisam de apoio na execução de tarefas básicas como, se banhar ou se vestir. Esta autora define o cuidador da seguinte maneira: *¨Trata-se da pessoa que chama a si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o doente lesado pelo episódio mórbido não tem mais possibilidade; tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família (p.963)¨*

Assim, perante o aspecto multidimensional do envelhecimento, se os problemas de saúde do idoso não forem abordados adequadamente poderão provocar um impacto negativo para o Sistema de Saúde, considerando as demandas epidemiológicas decorrentes (MARTINS e col. 2008). Os custos do sistema de saúde gerados por tais mudanças, apontam também para a crescente e importante necessidade dos serviços de saúde adaptarem-se para atender essa demanda, em níveis primário, secundário e/ou terciário.

Outros aspectos como o estudo da economia urbana e das cidades são pontuados por Félix (2009), uma vez que estes setores influenciam diretamente na qualidade de vida deste segmento. Em sua pesquisa, Paschoal (2000) procurou os diversos significados de qualidade de vida, verificou que não somente fatores econômicos devem ser considerados neste constructo como também fatores sociais e a própria opinião do indivíduo no que se refere a subjetividade desse conceito. A

qualidade de vida para a população idosa deve considerar as dimensões, apontadas anteriormente, como um todo, perpassando pelo olhar do próprio idoso, isto é, de acordo com o modo como ele se vê dentro do contexto em que está inserido.

Nesta perspectiva, envelhecer com qualidade pode ser visto como envelhecimento ativo, que segundo a Organização Mundial de saúde - OMS implica na participação contínua tanto na força de trabalho como em questões sociais, religiosas, culturais, econômicas e civis. O envelhecimento ativo é direcionado à indivíduos e grupos, permitindo a participação dessa população idosa na sociedade, considerando suas potencialidades, possibilidades e desejos, fornecendo segurança, proteção e os cuidados necessários, tendo como meta a qualidade de vida para o maior número de pessoas por intermédio de políticas amplas e expressivas, que promovam acesso aos serviços de saúde de forma igualitária.

A respeito da igualdade de acesso aos serviços, cabe ressaltar que os determinantes sociais desempenham importante papel, já que esses influenciam diretamente no desenvolvimento e na manutenção da saúde da população.

¨Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população¨. (BUSS e FILLHO, 2007 p.78)

Estes autores ressaltam ainda que não são as nações mais ricas aquelas que têm maior expectativa de vida, mais sim aquelas que apresentam maior equidade na distribuição de renda:

> [...] as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão mais relacionadas com outros fatores, principalmente o grau de eqüidade na distribuição de renda. Por exemplo, o Japão é o país com a maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitários do mundo (p.81).

Apesar da equidade ser um dos princípios do SUS, esta ainda não foi alcançada, tendo em vista a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde encontrados não só pela população idosa, como também por toda a população brasileira, em função da geografia e da oferta de serviço, que é mais escassa quando há afastamento dos grandes centros urbanos.

O processo do envelhecimento desencadeou mudanças importantes no perfil epidemiológico da população, onde atualmente as doenças crônicas não

transmissíveis apresentam maior incidência quando comparadas com as doenças transmissíveis.

> Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003 p.5).

Contudo, pouco tem sido realizado a fim de modificar as estratégias para melhorar as condições de saúde dos indivíduos que sofrem de tais agravos, uma vez que, segundo o Relatório Mundial de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental da OMS (2003), os sistemas de saúde ainda enfocam tais agravos de forma episódica e emergencialista, não realizando a correta abordagem, ainda na atenção básica de saúde, onde estas condições deveriam ser prevenidas e/ou terem suas complicações minimizadas.

Assim, o idoso que não tem acesso ao serviço de saúde adequado, ou que o tem, mas que não dá continuidade ao seu tratamento, apresenta com mais freqüência agravos que levam a incapacidades, desencadeando dependência, que provocam a necessidade de suporte de cuidadores, que em sua grande maioria são familiares.

Em seu estudo referente ao envelhecimento com dependência, Caldas (2003) ressalta a carência de cooperação de organizações comunitárias informais ou de rede de suporte social, como fatores que direcionam para a família a responsabilidade do cuidar. Sendo este mais um desafio para o SUS.

No Brasil, as principais causas de óbito e internações de idosos são as doenças crônico-degenerativas, importantes desafios para as políticas públicas de saúde (BARRETO; CARMO, 2007). Nesta direção, Saad *op.cit*. mostra que enquanto a população era jovem sofria mais de doenças infecciosas e parasitárias (com perfil agudizado) agora, com um contingente idoso maior, sofrem mais com doenças não-transmissíveis (de caráter crônico-degenerativo) que tendem a desenvolver dependência e perda da autonomia, fatores esses que aumentam a demanda de serviços e requerem intervenções custosas e por vezes de alta tecnologia.

A faixa etária sob análise necessita de maiores cuidados com a saúde e conseqüentemente, provoca maiores gastos. Logo, os setores que oferecem os serviços de saúde, privados ou públicos, devem estar preparados para esta demanda, conforme o que está estabelecido na Constituição Federal de 1988.

A promulgação da Constituição, através de suas determinações, culminou na formulação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990 que deve ser entendido como um sistema complexo em constante construção, tendo em vista que seu objetivo maior é a mudança de paradigma na atenção a saúde, visando eficiência, eficácia, qualidade e igualdade de acesso.

Mendes, (1996), Souza e Costa (2010) apresentam estudos a respeito do SUS, mostrando seus principais avanços e deficiências. Segundo estes autores, a principal mudança está relacionada a atenção a saúde na baixa complexidade (atenção básica) que trabalha com a prevenção de doenças e com a promoção de saúde.

Para que isto possa ser realizado, o Ministério da Saúde instituiu o que se chama atualmente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que segundo Brasil (2013):

> [...] é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS.

No gráfico 2.3 mostram-se dados da cobertura de equipe de saúde da família comparando a situação do final do século passado com o início deste século (DAB, 2013; BRASIL, 2006).

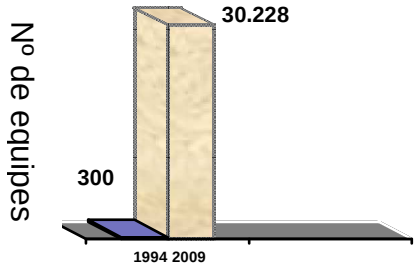


Gráfico 2.3 – Número de equipes de saúde da família entre 1994 e 2009. Fonte: (DAB, 2009; BRASIL, 2006). Elaboração própria (2013).

Em 1994, havia no Brasil apenas 300 equipes atuantes, enquanto que em 2009 haviam 30.328, mostrando o avanço significativo na reorganização da atenção à saúde da população brasileira. Entretanto ainda há muito que se caminhar, tendo em vista que este quantitativo de equipes consegue fazer a cobertura de atendimento de apenas 50,7% da população brasileira (DAB 2009.; BRASIL, 2006.).

A oferta de diversos programas, projetos e políticas de saúde são consideradas como avanço do SUS. Já sua completa implementação, associado ao seu financiamento e a sua gestão realizada de forma adequada, e a sua falta de credibilidade, se constituem grandes desafios (SOUZA; COSTA, 2010).

> A descrença do povo brasileiro num sistema de saúde para todos leva milhões de pessoas a procurar por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados, pagando, por conseguinte, abusivos valores, especialmente para a população de faixa etária mais avançada que, em função do aumento da expectativa de vida e dos agravos da terceira idade, é a que mais necessita (p.503).

Do exposto, verifica-se não só a necessidade como também a importância de que a pauta da agenda política, contemple ações que levem a melhoria dos serviços, especialmente para a população idosa com suas especificidades.

3 ***O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE***

Este capítulo descreve o surgimento e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, conceituando-o. Aborda sua regulamentação, objetivos e atribuições, assim como visa mostrar suas formas de financiamento.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUA ORIGEM E DESENVOLVIMENTO

As desigualdades sociais que se formam em resposta ao mercado precisam ser vistas e trabalhadas no sentido de serem atenuadas.

> Os modernos sistemas de proteção social no século XX surgiram para atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento do mercado, principalmente as diferenças de salários, renda e consumo e que são sempre repostas pelos diferentes momentos de funcionamento dos mercados e causa da produção de desigualdades (VIANA; MACHADO, 2008 p.647).

Por intermédio do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, as políticas de saúde pública foram redirecionadas, modificando assim seu paradigma, aumentando seu espectro de atuação.

Buss e Filho (2007*)*, ressaltam que a OMS definiu em 1948 que a saúde não é apenas ausência de doenças, mas, sim um completo bem-estar social, físico e mental. Assim a saúde passa a ser vista de forma mais ampliada, pois tudo adjacente ao indivíduo passa a determinar ou não o seu bem-estar. Apesar da divulgação do conceito de doença ampliado, em 1950 a saúde volta a focar a doença, por conta do sucesso da erradicação da varíola. Já no final da década de 1970, a Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão em 1978, direciona a visão da saúde para o paradigma ampliado dos determinantes sociais.

Entretanto, na década de 1980, este enfoque retorna à visão direcionada na doença, devido ao enfoque dado na saúde como um bem privado, com assistência médica individualizada.

A carta de Ottawa (1986), resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, que tinha como objetivo o alcance da saúde para todos no Ano 2000 e anos subseqüentes, foi importante no sentido de

direcionar a política de saúde pública para a Promoção de Saúde, entendendo esta como:

> ... o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986 p.1).

Ainda, neste documento, fica posto que cada país e região devem se adaptar às suas necessidades e possibilidades, considerando suas especificidades, para que elabore estratégias e programas na área da promoção da saúde.

Outro marco importante para a visão da saúde com sua respectiva abordagem se deu a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, onde a partir desta, muitas alterações ocorreram no Brasil, não só em termos políticos, como também sociais e econômicos, sendo um de seus frutos a reformulação do modelo de assistência à saúde pública, com o surgimento do SUS.

O SUS é entendido como um arranjo organizacional do Estado brasileiro, isto é, um conjunto de organizações de saúde, pública e privada..

> Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e, ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.
> Foi constituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial – estaduais, regionais e municipais – para entender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde (VASCONCELOS; PASCHE in CAMPOS et al. 2009).

Dessa maneira, a política de saúde pública brasileira surge, chamando para si a responsabilidade da saúde de toda a população, a partir da Constituição Federal de 1988, na tentativa de diminuir a desigualdade causada pela estratificação social que causa malefícios à saúde, denominado iniqüidade social. O Brasil precisava e ainda precisa continuar a fazer frente a uma série de demandas sociais, econômicas e de saúde, sendo esta última alcançada através de uma política de saúde competente e efetiva.

No final da década de 1990 e início do ano 2000, surge o debate sobre as Metas do Milênio, que reforçam a saúde relacionada diretamente aos determinantes sociais. A partir da análise dos maiores problemas encontrados no mundo, a Organização das Nações Unidas – ONU estabeleceu oito Objetivos do Milênio – ODM, que devem ser atingidos até 2015. São esses: o término da miséria e da fome, a educação básica e de qualidade para todos, a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher, a redução da mortalidade infantil, a melhora da saúde das gestantes, o combate à AIDS, malária e outras doenças, a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente, e todos trabalhando para o desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Assim, a saúde e a qualidade de vida ganharam destaque, evidenciando a visão ampliada que a saúde passa a adquirir de forma mais solidificada.

A Declaração do Rio (2006) também, ressalta a necessidade em se realizar pesquisas a fim de melhor entendimento sobre os determinantes de saúde e o adoecimento, sendo seus resultados divulgados e estando disponíveis para serem incorporados na formulação e intervenção de políticas, bem como sua avaliação.

3.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REGULAMENTAÇÃO, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

O SUS não deveria ser visto como uma complementação ou ampliação do antigo sistema de saúde, mas sim um novo sistema que comporta o desejo de avanços nos Acessos, Cobertura, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação, que compõem sua diretriz.

O novo Sistema de Saúde foi regulamentado pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que regulam, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente.

Dentre dos objetivos do SUS contemplados na Lei 8.080 estão a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde e assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da integração de ações preventivas e assistenciais. Esses objetivos são alcançados através de Princípios e Diretrizes previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, sendo estes a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia dos indivíduos defendendo sua integralidade física e moral; a igualdade de assistência à saúde acabando com privilégios; o direito a informações a respeito dos serviços de saúde; a utilização da epidemiologia no sentido de estabelecer prioridades quanto a alocação de recursos e a participação da comunidade para um melhor desenvolvimento do SUS.

O art. 15º da Lei 8080 estabelece as atribuições do SUS, cabendo a este:

- O controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde;

- A administração dos recursos anuais financeiros e orçamentários, direcionados à saúde;

- A divulgação dos condicionantes ambientais e do nível de saúde da população;

- A realização da coordenação e organização do sistema de informação;

- A elaboração de normas e técnicas, que estabeleçam qualidade à assistência de saúde;

- A recuperação e proteção ambiental, formulando e implementando ações de saneamento básico;

- A participação do planejamento e implementação de políticas que formulem e desenvolvam os recursos humanos para a saúde;

- A formação de proposta orçamentária do SUS;

- A regulação dos serviços de saúde prestados por meio de elaboração de normas;

- A execução de transação monetária de interesse à saúde, com aval do Senado Federal;

- A requisição de bens e serviços, pessoais ou jurídicos, para suprir necessidades coletivas, urgentes e transitórias, devido à situações de perigo iminente, de calamidade pública ou epidemias.

As competências do SUS são divididas nas esferas federal, estadual e municipal, sendo contempladas nos artigos 16º, 17º e 18º da seção II da Lei 8080/90, respectivamente.

É de competência federal a elaboração do planejamento estratégico nacional, com cooperação de Estados, Municípios e Distrito Federal; a definição de normas e técnicas; a concessão de ajuda financeira e técnica a Estados, Municípios e Distrito Federal; a gerência do sistema de referências interestaduais; a avaliação, controle e acompanhamento dos serviços e ações de saúde; a coordenação e apoio técnico nos sistemas de laboratoriais, na rede se assistência de alta complexidade, e no gerenciamento de unidades complexas que ainda não estão sob administração de Estados e Municípios (BRASIL, 1990 Seção II art. 16 da Lei 8.080).

É de competência do SUS a nível estadual o planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS. Cabendo ao Estado acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS, assim como coordenar os sistemas de alta complexidade de hemocentros e de laboratórios de saúde pública.

O gestor estadual participa, como representante estadual na elaboração de políticas de saúde nacional (BRASIL, 2002). Realiza ainda: a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios; a avaliação das redes hierarquizadas do SUS; a prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios, assim como efetuar de forma complementar as ações e serviços de saúde que este não possuir; o controle dos agravos ao meio ambiente que possam repercutir na saúde humana; a contribuição da formulação e execução de políticas de saneamento básico; a participação no controle e avaliação dos ambientes de trabalho; a gestão de sistema de alta complexidade, de referência estadual e regional; a coordenação de laboratórios estaduais e hemocentros; o estabelecimento de normas e padrões, de forma suplementar para avaliar as ações e serviços de saúde, assim como o controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano; a contribuição junto à União na execução da vigilância sanitária; o acompanhamento, avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade da unidade federada (BRASIL, 1990 Seção II art. 17 da Lei 8.080).

A nível municipal é de competência do SUS, o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde, gerindo e executando tais serviços públicos (BRASIL, 2002). Fica disposto pela Lei 8080 de 1990 art. 18 seção II que cabe à esfera Municipal: o planejamento, controle, avaliação, gestão e

execução dos serviços públicos de saúde; a articulação junto à direção estadual do planejamento, organização e programação da rede hierarquizada e regionalizada do SUS; a contribuição na execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e ambientais de trabalho; a execução dos serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; a implementação de políticas de insumos e equipamentos para a saúde na esfera municipal; a fiscalização e controle de ações que agridam o meio ambiente e que repercutam na saúde humana; a formação de consórcios administrativos intermunicipais; a gestão de laboratórios e hemocentros; a execução da vigilância sanitária, junto com a União e Estados; a celebração, controle e avaliação de contratos e convênios com prestadores privados de serviços de saúde, assim como os procedimentos realizados por esses prestadores; a normatização de ações e serviços públicos de saúde em seu âmbito de atuação.

Para o processo de implantação do SUS, desde 1991, o Ministério da Saúde tem instituído, por meio de portarias uma série de instrumentos denominados Normas Operacionais.

> Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema. As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS (BRASIL, 2003 p.27).

As Normas Operacionais Básicas - NOBs têm como objetivos: o fomento à mudanças, a reorientação da implementação do SUS, a definição de objetivos estratégicos, a regulação das relações entre os gestores, e a normatização do SUS. Três NOBs já foram publicadas, em 1991, 1993 e em 1996, respectivamente.

Pontos principais da NOB/SUS 01/91, segundo Brasil (2003) são: a equiparação da modalidade de financiamento por pagamento pela produção de serviços, tanto para prestadores públicos como para prestadores privados; a centralização da gestão do SUS na esfera federal; a formulação de requisitos básicos que os municípios precisam atender para serem considerados ¨municipalizados¨; a instituição da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA, que reajusta os valores a serem repassados à Estados, Distrito federal e Municípios, multiplicando o valor da UCA anual pela população de cada unidade

federada; implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.

A NOB-SUS 01/93 foi formalizada a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema principal foi a Municipalização como um processo de gestão. Os seguintes pontos foram considerados como principais, segundo Brasil na (NOB-SUS 01/93, 2003, p.29):

> • A Criação de transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
> • A Habilitação de municípios como gestores;
> • A define do papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
> • A constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica, NOB-SUS 01/96 que apresentava como objetivo a promoção e consolidação do pleno exercício, por parte do poder municipal e do Distrito Federal, na função de gestor da atenção básica de seus municípios, redefinindo as responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União.

A NOB-SUS 01/96 propôs uma reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinindo as ações quanto: aos papéis de cada esfera de governo; aos instrumentos de gestão para que Municípios e Estados assumissem seus respectivos papéis de gestão no SUS; a utilização dos resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade para o acompanhamento, controle e avaliação do SUS; a privilegiar os núcleos familiares e comunitários, promovendo efetiva participação e controle social para redefinir vínculos de serviços com seus usuários (Brasil, 1997).

A NOB-SUS 96 promoveu um processo de descentralização, passando principalmente para os municípios responsabilidades que antes cabiam à esfera federal. Este processo fez com que a gestão descentralizada fosse amadurecida, evidenciando seus problemas, forças e fraquezas, promovendo um diagnóstico da situação que se encontrava o modelo de gestão daquele momento.

Em face das necessidades percebidas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01 objetivando aumentar a participação nas responsabilidades dos municípios, a fim de garantir o acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema (NOAS-SUS 01/2001).

Em fevereiro de 2002, foi instituída a NOAS-SUS 01/2002 que tinha como proposta o comando único, sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade, assim como a promoção do fortalecimento da gestão do Estado sobre as referências intermunicipais (Brasil, 2003).

Apesar da edição da NOB-SUS e da NOAS-SUS, a gestão do SUS ainda passava por um processo de amadurecimento e com constante avaliação e redefinição. O limite da participação da comunidade na gestão e a falta de indicadores e de metas como ferramentas que definissem responsabilidades claras dos gestores, foram pontos cruciais para a criação de uma nova proposta de pactuação do SUS, o Pacto pela Saúde, que busca a preservação dos princípios do SUS, por intermédio de três dimensões, sendo estas:

- Pacto pela vida, que estabelece prioridades que devem ser assumidas pelos gestores nas três esferas de poder,

- Pacto em defesa do SUS, que busca a reafirmação da cidadania brasileira a partir da consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, articulando ações com o objetivo de assegurar o SUS como política pública e

- Pacto de gestão, que foca os princípios de regionalização, objetivando o acesso aos cidadãos em ações e serviços de saúde.

No decorrer desses 22 anos do atual sistema de saúde brasileiro, muitas mudanças foram sendo aplicadas em um processo adaptativo. Em 2011, o decreto 7.508 buscou promover transparência à gestão do SUS, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, que redefine as responsabilidades e atribuições de cada ente federado na provisão de Ações e Serviços de Saúde, assim como quanto aos investimentos na rede de serviços, formas de avaliar resultados e de realizar constante monitoramento (BRASIL, 2011).

> ¨Outro aspecto importante do decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, a partir do reconhecimento das Comissões Intergestoras Tripartite (no âmbito nacional), Bipartite (âmbito estadual) e Regional (Regiões de Saúde), nas quais se discute e se decide de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) poderão representar os gestores públicos de saúde nas Comissões Intergestores.¨(p.1207)

Este Decreto prevê ainda a criação de um contrato, denominado como Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, que tem como finalidade a organização das responsabilidades de cada ente federado, a fim de garantir a

integralidade da assistência aos usuários do serviço, e da mesma forma, promove o aperfeiçoamento da gestão pública de saúde, concentrando-se na avaliação de desempenho dos gestores e na gestão participativa.

3.3 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 determina que os recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem financiar o SUS, enquanto a seguridade social, passa a ser financiada por toda a sociedade, direta ou indiretamente, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e municípios (art. 195).

Por meio do art. 32 da Lei 8080 de 1990, outras formas de recursos passam a serem consideradas tais como: recursos provenientes de serviços que passam a serem prestados sem prejuízo à assistência à saúde; donativos, doações e contribuições; rendimentos de capital e alienações patrimoniais; recursos de multas, taxas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e rendas eventuais, incluindo as comerciais e industriais.

Os recursos provenientes da seguridade social, devem ser alocados no Fundo Nacional de Saúde para então serem repassados a Municípios, Estados e Distrito Federal.

> A transferência é condicionada à existência do Fundo de saúde e à apresentação do Plano de Saúde, no qual deverá conter a contrapartida dos recursos no Orçamento do estado, Município ou distrito Federal. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde (Brasil, 2004 p.13).

Os art. 2º e 3º da Lei 8142 de 1990, fazem uma referência ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), estabelecendo como e onde estes recursos devem ser investidos. O Fundo Nacional de Saúde é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS. Os recursos destinam-se a prover as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

O Decreto nº 1232 de 1994 regulamenta o repasse fundo a fundo, dispondo das condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

> ¨A transferência Fundo a Fundo consiste no repasse de valores de forma, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Destina-se ao financiamento das ações estratégicas e serviços de saúde¨ (Brasil, 2012 p.13).

A distribuição dos recursos fica condicionada aos seguintes critérios, estabelecidos no art. 35 da Lei 8080: perfil demográfico da região e epidemiológico da população; pelas características qualitativas e quantitativas da rede de saúde na área; pelos desempenhos anteriores técnicos, econômicos e financeiros; pelo nível de participação da saúde nos orçamentos Municipais e Estaduais; pela previsão de investimentos do plano qüinqüenal da rede; e pelo ressarcimento de serviços prestados para outras esferas de governo.

As necessidades da política de saúde devem ser compatibilizadas com as disponibilidades de recursos em planos de saúde dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União, a fim de que o processo de planejamento e orçamento do SUS aconteça de forma ascendente (Art. 35 Lei 8080). O plano de saúde define as prioridades nas três esferas de governo, entre os gestores, sendo subjacente aos objetivos para a melhoria da situação de saúde da população.

Já a gestão financeira dos recursos do SUS, depositados em contas especiais, fica sob responsabilidade de cada esfera governamental, sendo fiscalizada por seus respectivos Conselhos de Saúde (Art. 33 Lei 8080).

Em 1990 foi publicada a Lei 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Esta Lei estabeleceu que cada esfera de governo deve constituir a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, sendo a primeira um evento que acontece a cada quatro anos e o segundo um órgão colegiado permanente. A Conferência objetiva a realização de um diagnóstico da situação de saúde com a finalidade de propor diretrizes e elaborar estratégias de políticas de saúde em seus respectivos níveis e o Conselho, representado por usuários do sistema, prestadores de serviços, profissionais de saúde e do governo,

objetiva a realização, elaboração e implementação de estratégias em sua instância correspondente.

Entretanto, apesar da política de saúde pública brasileira estar pautada em leis que a regem de forma primorosa, na práxis o discurso se distância da teoria. Não raro lê-se ou vê-se nos jornais e noticiários os descasos que ocorrem neste sistema. Em parte, isso se deve à cultura que está enraizada nos governantes, sendo a falta de ética, fator comum. Em seu livro ¨Filosofia da Saúde¨ Souza (2012) chama atenção para esta vertente e, também para a questão da cidadania:

> ¨..., podemos afirmar que muito se caminhou em direção aos valores que garantem a democracia no campo da Saúde, como a humanização, a universalidade e a justiça distributiva, que formam o arcabouço legal de todo o Sistema de Saúde nacional. À medida que a cidadania for despertando em todas as classes sociais, certamente estas metas serão alcançadas no campo prático¨.

Baseado no que foi construído a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, mudanças significativas ocorreram no cenário político brasileiro. No setor de saúde, constatam-se mudanças inclusive em seu paradigma de ação, direcionando a política pública para a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Entretanto, tudo isto faz parte de um grande e longo processo, que está em constante mudança para seu aperfeiçoamento e melhor implementação dentro do território do país.

Como visto, as normas e decretos vêm tentando preencher lacunas existentes nos sistemas de controle, operação, responsabilização, abrangência e origem de recursos na busca de fortalecer um sistema, que devido à sua abrangente área de atuação e penetração, possui relativa complexidade de implementação.

4 ***AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO***

O presente capítulo aborda as principais características que diferenciam os cuidados tipicamente prestados à população idosa, o movimento mundial verificado nas últimas décadas para proporcionar e garantir esta atenção diferenciada, o papel reservado ao estado brasileiro, bem como as técnicas e recursos empregados pelos órgãos estatais e organizações não governamentais neste objetivo e as últimas ações relativas a esta temática.

4.1 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Brasil vem apresentando altas taxas de envelhecimento populacional, o que vem alterando demograficamente o perfil populacional do país. Pesquisa realizada no ano de 2009, pelo IBGE afirmou essa tendência, corroborando ainda que se forem mantidos esses parâmetros, o país caminha rapidamente para um perfil demográfico cada vez mais velho, o que irá impor em formulações de políticas sociais direcionadas à essa população, no sentido de atender às demandas nas áreas de assistência social, previdência e saúde.

Este estudo pode ser apreciado no gráfico 4.1 a seguir, que demonstra a evolução da população brasileira.

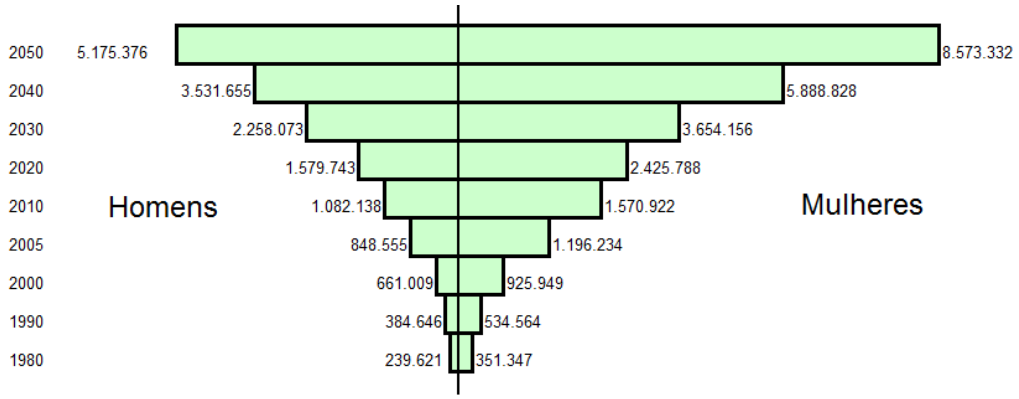


Gráfico 4.1 – Projeções demográficas do Brasil- Fonte: IBGE, 2009. Elaboração própria (2013).

Esse fato, leva a grandes desafios sociais e econômicos, para o sistema de saúde, uma vez que o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, quando comparado com outras faixas etárias, ocasionando aumento nos gastos em saúde, sendo a presença de uma ou mais doenças nos idosos um fator comum.

O custo em saúde com o idoso tende a ser maior do que para os indivíduos em outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização freqüentes destes serviços (Amaral e col., 2004).

> O crescimento da população idosa brasileira, tanto em termos absolutos como relativos, tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto já é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. E, na medida em que o país continua na sua transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro (BÓS e BÓS, 2004).

Os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade do tratamento, a exigência de acompanhamento médico-hospitalar e a necessidade de cuidados em médio e longo prazo, sinalizam para a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde se adaptarem para o atendimento desta demanda.

Portanto, perante o aspecto multidimensional do envelhecimento, se os problemas de saúde do idoso não forem abordados adequadamente poderão provocar um impacto negativo para o Sistema de Saúde, considerando as demandas epidemiológicas decorrentes (Martins e col., *op.cit*).

Cabe ressaltar que o aspecto multidimensional transcende o fator biológico, sendo seu foco a qualidade de vida que precisa, então, considerar a complexa relação e interação entre os aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, assim como os fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais (FREITAS, 2006).

4.2 DAS POLÍTICAS INTERNACIONAIS A POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

As ações brasileiras de proteção ao idoso não foram iniciativas exclusivas do Brasil, mas sim de âmbito internacional, seu início aconteceu a partir de do resultado da Assembléia Mundial de Saúde que ocorreu em 1978 (SOUZA, 2001)

Após essa Assembléia, outras ações a nível mundial direcionadas a elaboração de uma política de saúde pessoa idosa ocorreram em Viena no ano de 1982, quando foi realizada a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Neste momento as ações e idéias visavam os países desenvolvidos.

Em 2002 ocorreu em Madri a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, que colaborou no sentido de embasar, instrumentalizar e subsidiar a construção de políticas direcionados à pessoa idosa a nível mundial.

Como resultado dessa Assembléia foi elaborado o Plano de Ação Internacional para o envelhecimento cujo objetivo era garantir que durante o processo do envelhecimento, o idoso tivesse segurança e dignidade, continuando sua participação na sociedade.

Camarano e Pasionato (2004) versam a respeito deste Plano, afirmando que este se baseia em três princípios básicos:

a) participação ativa dos idosos na sociedade, a partir do seu engajamento, tanto no desenvolvimento e implementação de ações, quanto na luta contra a pobreza;

b) estímulo da saúde e bem-estar na velhice com promoção do envelhecimento saudável e

c) criação de condições favoráveis ao envelhecimento com o aparato necessário à sua execução.

Os idosos precisam não só estar na sociedade como também fazer parte dela, se inserido no contexto, dando continuidade às suas atribuições, inclusive no mercado de trabalho. Entretanto, para que isso ocorra, é necessária a relação intersetorial com políticas direcionadas à esse segmento. É importante pensar na velhice não esquecendo dos demais ciclos da vida. Assim, são necessárias políticas públicas que contemplem todas essas fases, para quando o indivíduo chegar na velhice, ele a alcance com qualidade de vida.

E, para que se obtenham condições favoráveis ao envelhecimento, toda a sociedade deve estar engajada nesse propósito.

Na tentativa de adequar-se às novas demandas da sociedade e ao Plano de Madri, o Brasil aprovou em 2003 o Estatuto do Idoso, que representou um passo importante para a legislação do país.

Este Estatuto se destina a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, garantindo o atendimento prioritário, outorgando-lhes o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado junto

aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população e o direito ao respeito que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (Brasil. Lei 10.741, 2003).

Outro avanço na luta por melhorias nas condições de vida da pessoa idosa foi a elaboração em 2009 do Plano de Ação sobre a Saúde das Pessoas Idosas pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, em Washington, onde é ressaltada a importância de ações direcionadas à promoção do envelhecimento saudável. Este Plano é uma resposta aos acordos internacionais e regionais e nele sbusca-se fomentar nos países membros da OPAS e os organismos de cooperação internacional, a direcionarem mais esforços com vistas a melhoria das políticas direcionadas à saúde da pessoa idosa. (ICICT, FIOCRUZ, 2013)

4.3 REGULAMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PARA OS IDOSOS

A regulamentação da Política nacional para os idosos foi efetivada no Brasil a partir da sanção da Lei de nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Esta Lei foi criada com a finalidade de assegurar ao idoso seus direitos sociais, criando condições para promoção de sua autonomia, integração e participação concreta na sociedade (BRASIL, 1994).

Esta política apresenta dois eixos norteadores: **medidas preventivas** com especial destaque para a promoção da saúde visando a preservação da capacidade e do potencial do indivíduo se desenvolver através de políticas sociais (ASSIS et al, 1998), e **atendimento multidisciplinar específico** para a faixa etária dos idosos, buscando superar os limites de cada disciplina, visando a colaboração entre os diversos profissionais que conduzem esta ação, objetivando alcançar metas em comum, que nada mais são do que fatores que contribuem para bem-estar do idoso (FREITAS et al, 2006).

Ainda tendo em vista o crescente aumento do contingente idoso e sua necessidade de cuidados, em 7 de abril de 1999, foi instituída a Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153 que criou o Programa Nacional de Cuidadores de

Idosos que tem como finalidade o estabelecimento de protocolos específicos para a capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores: domiciliar (familiar e não familiar) e institucional (BRASIL, 1999).

Neste mesmo dia e ano, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria de nº 280, tornando obrigatório o acompanhamento por parte de um familiar ou não no caso de internação do idoso em instituições hospitalares públicas, contratadas ou conveniadas com o SUS, exceto em Unidade de Terapia Intensiva ou em situações clínicas que justifiquem o não cumprimento da Portaria. Cabe ressaltar que para esta Portaria é considerado idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Em 2001, foram estabelecidas as Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil por meio da Portaria MPAS/SEA de nº 73 de 10 de maio de 2001, propondo novas modalidades de atenção ao idoso, que deverão se adequar a realidade de cada município (FIOCRUZ, 2013).

Em 2002, o MS instituiu a Portaria MS nº 702 de 12 de abril que dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, determinando as condições necessárias à sua implantação, organização, habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas Redes, de acordo com as condições de gestão encontradas nas secretarias dos estados, municípios e Distrito federal, e ainda define os critérios de distribuição dos Hospitais / Centros de Referência que as integrarão. Esta Portaria também instituiu a articulação assistencial entre as Redes Estaduais e a rede de atenção básica a ESF (BRASIL, 2002).

Dando seguimento aos desdobramentos da Portaria anteriormente citada, o MS instituiu a Portaria SAS/MS de nº 249 de 16 de abril de 2002, a fim de normatizar o cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

No ano seguinte foi promulgada a Lei de nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Além de contemplar as leis já existentes, o Estatuto do Idoso organizou-as por tópicos sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores.

Comparando as leis relativas ao idoso com o Estatuto do Idoso, constata-se uma ampliação dos direitos, uma vez que no Código Nacional de Direitos dos Usuários das Ações e dos Serviços de Saúde o idoso está protegido como usuário

comum, e no Estatuto do Idoso ele é considerado prioridade (MARTINS E MASSAROLLO, 2008).

O Estatuto do Idoso garante a prioridade no atendimento ao idoso, outorgando-lhe o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população tais como bancos, mercados, lojas, transportes coletivos, entre outros (BRASIL, 2003).

Em 17 de junho de 2004, por meio do Decreto de nº 5.109 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI que tem como função a elaboração de diretrizes para a formulação e implementação da PNI, objetivando as linhas de ação e as diretrizes dispostas no Estatuto do Idoso, como também acompanhar e avaliar sua execução (BRASIL, 2004).

Em 2005 o país elaborou o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, tendo como objetivo promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso, tendo como objetivo o enfrentamento do processo de exclusão social e o fenômeno de violência social. Esse Plano considera *"processos de não reconhecimento do idoso como sujeito de direitos e as diferentes formas físicas, psicológicas, simbólicas e institucionais de uso de coerção, da força e da produção de danos contra a pessoa idosa¨.*

Ainda segundo dados disponibilizados no o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa parcela significativa da população idosa encontra-se em situação de abandono ou sofre algum tipo de mau trato, sendo as mulheres suas maiores vítimas, em função do estigma histórico a que seu gênero está submetido. Em grande parcela de vezes os maus tratos são praticados por seus próprios familiares, o que leva a vítima a não denunciar devido ao vínculo afetivo que tem com o familiar e/ou por medo em sofrer represálias. Desta forma, por meio de políticas com estratégias e ações direcionadas à esta população, busca-se promover a adequação do idoso em espaços específicos (cultural coletivo, público, familiar e institucional), visando seu bem-estar, re-inserindo-o na sociedade de forma digna.

A respeito da saúde do idoso, foi aprovada em 19 de outubro de 2006 a Portaria de nº 2.528 que criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Sua formulação se deu no sentido de se avançar mais na prática, pois em

termos de legislação o país encontrava-se relativamente adiantado neste segmento (BRASIL, 2006).

Sabendo da demanda que é gerada em função da transição demográfica, ações e estratégias de serviços a esta faixa etária da população se tornam necessárias. Cabe aos gestores do SUS prover os meios e atuar de forma que os propósitos da PNSI sejam alcançados. Para isso são necessárias ações e cooperação entre as esferas de governo e entre os diversos setores sociais e de saúde que atendem os idosos, de forma articulada e em conformidade às suas atribuições comuns e específicas (Brasil, 1999).

Outro marco legal considerado uma vitória para a população idosa foi a criação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, através do decreto de nº 6.214 de 26 de setembro de 2007, que instituiu o pagamento no valor de 1 salário mínimo mensal para a pessoa com deficiência ou com idade igual ou maior que 65 anos, que consiga comprovar que não tem meios de prover ser próprio sustento ou de tê-lo provido por sua família.

E finalmente em 2010, a Lei de nº 12.213 de 20 de janeiro criou o Fundo Nacional do Idoso com vistas a financiar os programas e ações relacionadas ao idoso, autorizando, também, as pessoas físicas e jurídicas a deduzir do imposto de renda as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do idoso (FIOCRUZ, 2013).

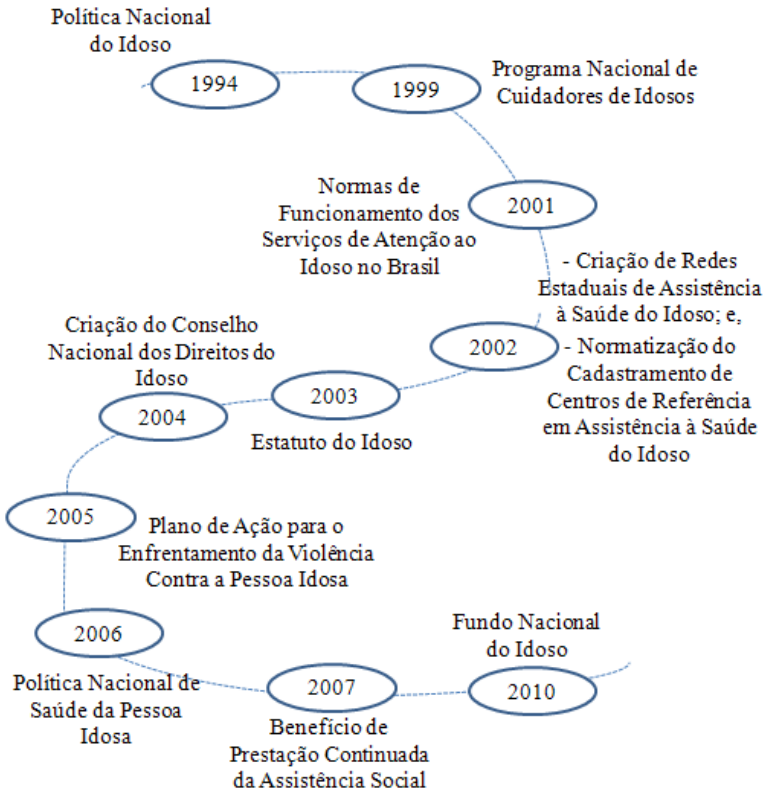


Figura 4 – Linha do tempo referente à regulamentação da Política Nacional para os Idosos.

Muito caminho já foi percorrido, entretanto o país ainda necessita realizar mais esforços para que seja possível a promoção do envelhecimento ativo e saudável que é sua meta referente ao cuidado da pessoa idosa.

As mudanças das ações direcionadas aos idosos emergem principalmente do aumento da humanização e do respeito na assistência a esta faixa etária, ficando evidenciado que uma maior participação do idoso no processo de tomada de decisão sobre seu tratamento, dá-lhe maior autonomia e proporciona um melhor diagnóstico de suas necessidades, o que ajuda no planejamento de ações, aumentando a possibilidade de sucesso.

Assim, não só os gestores e os profissionais devem ser ouvidos, como também e principalmente os idosos.

5 ***METODOLOGIA DA PESQUISA***

Este capítulo destina-se a apresentar a metodologia utilizada para elaboração da presente dissertação.

5.1 METODOLOGIA DA PESQUISA E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa de metodologia qualiquantitativa, uma vez que visa mostrar não somente quais e quantas ações estão sendo desenvolvidas para a população idosa, como também busca se aprofundar no significado que estas ações têm para seu público-alvo.

Segundo Vergara (2007) quanto aos fins trata-se de uma pesquisa bibliográfica e aplicada, pois foi desenvolvida baseada em materiais já publicados e acessíveis para o público geral, assim como são propostas ações a fim de se aprimorar as que já vem sendo executadas para este público.

Quanto aos meios caracteriza-se como um estudo de caso, tendo em vista que investigará uma,

> [...] situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que do ponto de dados e, como resultado conta com múltiplas fontes de evidência, com dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados (YIN, 2010).

O estudo de caso foi desenvolvido no município de Duque de Caxias em função da Unigranrio estar nesse local não somente em questão de localização como também por desenvolver práticas a fim de melhorar o desenvolvimento regional da Baixada Fluminense, como por exemplo, através do Projeto Mais baixada.

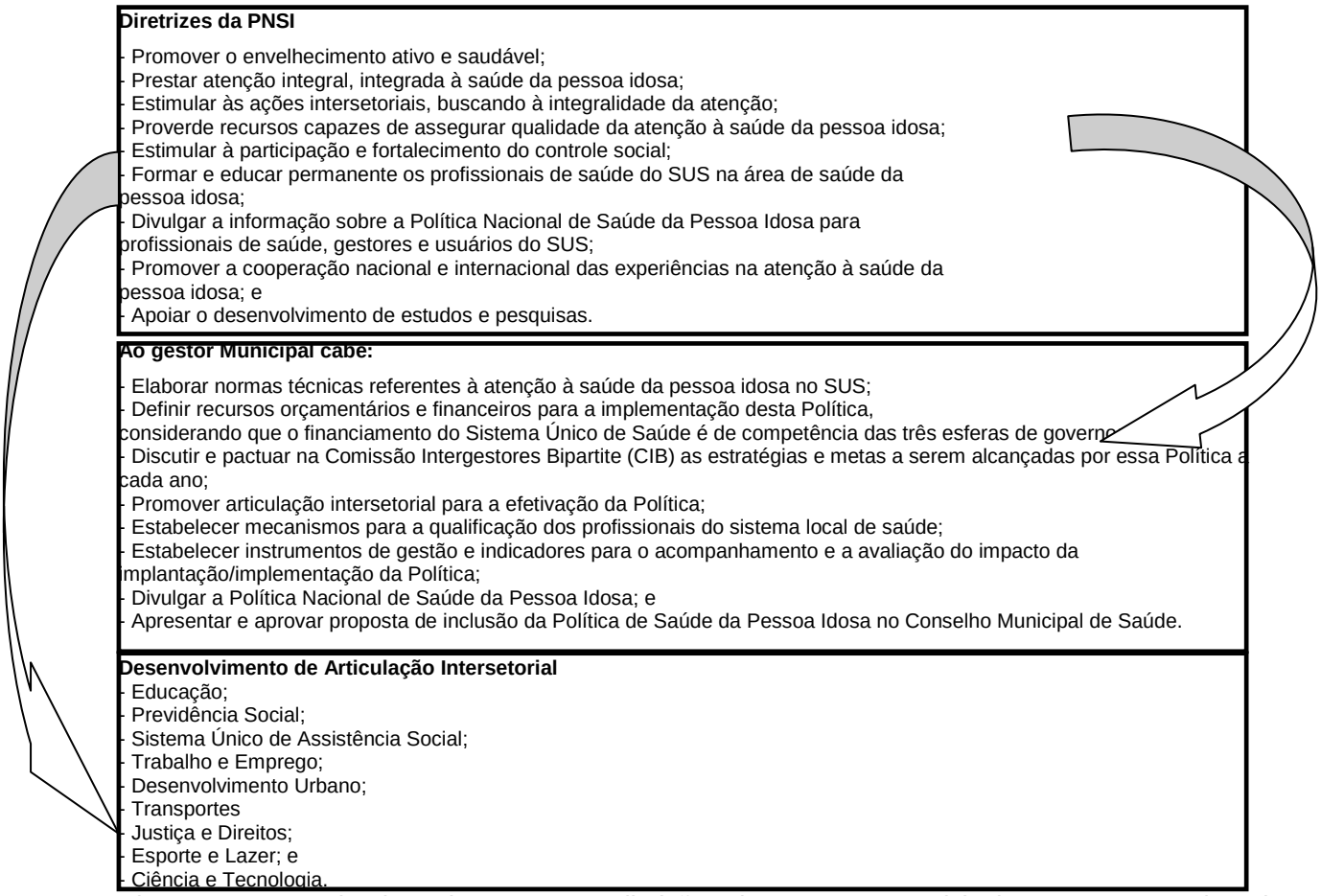
O universo da amostra foi constituído pelos grupos envolvidos diretamente no trabalho com pacientes idosos, sendo sua amostra constituída por indivíduos representativos no tema da pesquisa.

A pesquisa de campo constituiu-se de entrevistas semi-estruturadas, para o que, foram elaborados quatro questionários aplicados nos sujeitos da pesquisa. Estes são: gestores responsáveis pelo trabalho junto à população idosa na

Secretaria de Saúde do Município de Duque de Caxias; gestores e profissionais das unidades de saúde que desenvolvem ações para esta população e os próprios idosos que recebem o atendimento.

5.2 MODELO CONCEITUAL

O objetivo deste trabalho é o estudo de como o setor de saúde do idoso se desenvolveu no Brasil, a partir da reformulação do Sistema de Saúde Pública, que culminou com a formulação do SUS, assim como as políticas de saúde que vem sendo desenvolvidas para este grupo, De acordo com os modelos teóricos estudados, há a necessidade de atendimento específico, em termos metodológicos para a população idosa, que estão sendo implementados através da PNSPI. A partir das informações obtidas na fundamentação teórica, elaborou-se um modelo conceitual da pesquisa que abrange as ações encontradas na PNSPI, estando suas diretrizes, papel da esfera Municipal e ações intersetoriais descritas no Fluxograma 4.



Fluxograma 4 – Diretrizes da PNPSI e atribuições dos gestores municipais. Fonte PNSPI (1999). Elaboração própria (2013).

Assim, a partir do estudo teórico realizado nos capítulos anteriores e do que se encontra referenciado na PNSI, foram elaborados os quatro questionários a seguir descritos, estando estes separados por segmentos de aplicabilidade.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi aprovada para ser realizada no Município por meio do documento que encontra-se no anexo 1 dessa dissertação. Assim como, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo a realização do estudo e divulgação das informações que forneceram. O modelo do TCLE encontra-se no anexo 2 desse trabalho.

5.2.1 – QUESTIONÁRIO 1 - GESTOR – PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

Para o gestor municipal suas atribuições são listadas no fluxograma 4 acima apresentado e em função das diretrizes da PNSI, desenvolveu-se o questionário 1 conforme apresentado a seguir.

Questionário 1

1) Nesta prefeitura o idoso recebe atendimento acolhedor? ( ) Sim ( ) Não

2) Classifique o nível de acolhimento é fornecido ao idoso.
( ) Muito Satisfatório ( ) Satisfatório ( ) Pouco Satisfatório ( ) Insuficiente

3) O atendimento ao idoso resolve os problemas que originaram sua busca ao serviço de saúde?
( ) Mais que 75% dos casos ( ) De 75 a 50% dos casos ( ) de 50 a 25% dos casos ( ) < a 25% dos casos

4) O idoso é informado sobre seus direitos constantes no Estatuto do Idoso?
( ) Mais que 75% dos casos ( ) De 75 a 50% dos casos ( ) de 50 a 25% dos casos ( ) < a 25% dos casos

5) Durante o atendimento, o idoso pode estar acompanhado de pessoas de sua rede social?
( ) Mais que 75% dos casos ( ) De 75 a 50% dos casos ( ) de 50 a 25% dos casos ( ) < a 25% dos casos

6) O idoso recebe informações sobre quem são os profissionais que cuidam dele?
( ) Mais que 75% dos casos ( ) De 75 a 50% dos casos ( ) de 50 a 25% dos casos ( ) < a 25% dos casos

7) Há ações preventivas e/ou educativas quanto à:
- Solidariedade para com esse grupo? ( ) Sim ( ) Não
- Prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos? ( ) Sim( ) Não
- Combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas. ( ) Sim ( ) Não
- Promoção de orientações a fim de estimular a prática de nutrição balanceada ( ) Sim( ) Não
- Estímulo de adoção de hábitos de vida saudáveis? ( ) Sim ( ) Não
- Abordagem a respeito de sexo seguro na terceira idade? ( ) Sim ( ) Não
- Estímulo ao abandono do uso de álcool, drogas, tabagismo? ( ) Sim ( ) Não

Caso tenha respondido positivamente em algum dos itens acima, descreva de que forma essas ações são desenvolvidas.

8) Há forma de promover a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, de que forma?
9) Há ações que articulam e ampliam a integração entre as secretarias municipais e as secretarias estaduais de saúde? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
10) Há ações que visam a imunização deste grupo? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
11) Há ações que avaliam, diagnosticam e tratam da saúde mental da pessoa idosa?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
12) Há o reconhecimento quanto a importância do respeito da cultura e crença dos usuários, objetivando o favorecimento da adesão e eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
13) Há programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
14) Há ações que sancionem atitudes preconceituosas e esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
15) Há ações que disseminam informação sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
16) Há ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
17) Há ações de reabilitação da pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
25) Há ações que articulam as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
26) Há outras ações que não tenham sido enquadradas nos itens anteriores, mas que mereçam destaque em desenvolvimento para a população idosa? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?

5.2.2 QUESTIONÁRIO 2 – GESTOR DOS POSTOS DE SAÚDE

Para os gestores dos postos de saúde, que tem segundo a PNSPI, as seguintes atribuições: conhecimento adequado da organização para assim, planejar, dirigir, coordenar, organizar e controlar os serviços oferecidos na unidade, a fim de assegurar serviço resolutivo e qualificado, foi elaborado o questionário 2 a seguir.

Questionário 2

01) Existem critérios de inclusão para que o idoso seja atendido nas ações e programas? Caso sim, quais?

02)Há uma estimativa da quantidade de atendimentos realizados nesta unidade para a pessoa idosa? Caso sim, quantos?
03) Qual é a forma de acesso do idoso nos programas oferecidos nesta unidade?

04) Como acontecem as marcações para o atendimento do idoso nesta unidade?

05) Existe fila de espera? Caso sim, quanto tempo?

06) Quais e quantos profissionais, desta unidade, estão envolvidos nestes programas?

07) Existe perspectiva em aumentar as equipes ou realizar outros tipos de programas, direcionados aos idosos, nesta unidade? Caso sim, pode listá-los?
08) Nesta unidade há ações que coloquem em prática cuidados às pessoas idosas realizando abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, levando em conta a grande interação entre

os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual estão inseridos?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?

09) Há grupos de auto-ajuda para as pessoas que cuidam? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?

10) Há o desenvolvimento de grupos com os idosos estimulando-os para o auto-cuidado, a fim de promover autonomia? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?

5.2.3 – QUESTIONÁRIO 3 – PROFISSIONAL QUE REALIZA O ATENDIMENTO DIRETO AO IDOSO

Os profissionais que tratam dos idosos têm as seguintes atribuições: realização de consultas, dentro de suas áreas de conhecimentos; identificação de diagnósticos específicos (dentro de sua especialidade) a fim planejar ações necessárias para a melhora do quadro que o idoso apresentar; elaborar, participar e estimular a formação de grupo de idosos e familiares. Para estes foi desenvolvido o questionário 3.

Questionário 3

01) Qual sua formação? Você atua exclusivamente no PSI?

02) Você tem formação em geriatria/gerontologia? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, há quanto tempo?

03) Há quanto tempo você trabalha neste programa/ações direcionadas ao idoso?

04) Você pensa que este programa se desenvolve como deveria? ( ) Sim ( ) Não Caso não, porque?

05) Em sua prática de cuidados às pessoas idosas, sua abordagem é global, interdisciplinar e multidimensional? ( ) Sim ( ) Não Caso não, porque?
6) Sua abordagem é flexível e adaptável às necessidades de sua clientela? ( ) Sim ( ) Não Caso não, porque?

07) A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social ao idoso também faz parte da sua avaliação? ( ) Sim ( ) Não
08) Em seu atendimento, você realiza observação objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam? (Caso exista a figura do cuidador) ( ) Sim ( ) Não
09) Você realiza avaliação com testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros?
( ) Sim ( ) Não
10) Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) tem atenção especial e são acompanhados com maior freqüência? ( ) Sim ( ) Não
11) Uma vez conhecida a condição de fragilidade, são avaliados os recursos locais para o idoso lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluindo a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados? ( ) Sim ( ) Não
12) É fomentada uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como a promoção de sua reinserção no contexto social? ( ) Sim ( ) Não

13) Você desenvolve ações de controle e de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
14) Você desenvolve ações de controle e de prevenção de agravos de doenças transmissíveis? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quais?
15) Suas intervenções são feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado? ( ) Sim ( ) Não
16) Você estimula grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam? ( ) Sim ( ) Não
17) Quais são as principais necessidades que você percebe na população idosa atendida por você?
18) Os programas disponíveis atualmente nesta unidade contemplam essas necessidades? Caso não justifique:
19) O que você mudaria ou acrescentaria?

5.2.4 – QUESTIONÁRIO 4 - IDOSO/ USUÁRIO

O questionário 4 foi direcionado ao público alvo da pesquisa, qual seja, o próprio idoso, permitindo espaço para este apresentar seus pontos de vista sobre o atendimento a ele prestado.

Questionário 4

01) Você faz parte de qual programa?
02) Como foi sua forma de acesso?
03) Houve tempo de espera? ( ) Sim ( ) Não Caso sim, quanto tempo?
04) Você espera muito tempo entre os atendimentos? Quanto tempo em média entre uma consulta e outra?
05) O programa atende aquilo que lhe foi proposto? ( ) Sim ( ) Não Caso não, justifique:
06) Como é a sua relação com os profissionais envolvidos nas ações/programa?
07) Você é bem atendido? ( ) Sim ( ) Não
08) São fornecidos esclarecimentos quanto suas dúvidas? ( ) Sim ( ) Não
09) Você percebe comprometimento por parte dos profissionais em seu trabalho? ( ) Sim ( ) Não
10) Você está satisfeito com os serviços disponíveis para a sua faixa etária? ( ) Sim ( ) Não
11) Há alguma coisa que você gostaria de mudar ou acrescentar nas ações desenvolvidas para você?
( ) Sim ( ) Não Caso sim, o que?

6 ***ESTUDO DE CASO - O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS E O PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO***

O objetivo do presente capítulo é apresentar o Município de Duque de Caxias, quanto as suas origens e características geográficas, sociais e econômicas, assim como descrever e analisar os resultados obtidos em pesquisa de campo da aplicação dos questionários desenvolvidos e realizada nos postos de saúde que implementam o Programa de Saúde do Idoso (PSI).

Sabe-se que a rede de atenção básica é a porta de entrada para o acolhimento do idoso nos serviços de saúde, podendo ser esta realizada também na ESF ou nas unidades básicas de atendimento. Preferiu-se optar pelas unidades básicas de atendimento para a realização da pesquisa, por essas unidades estarem apresentadas oficialmente no site da Prefeitura do município, constando como unidades que implementam, na prática, o PSI.

6.1 O MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

A partir das transformações ocorridas mundialmente e com a tensão provocada pela Segunda Guerra Mundial na década de 1940, houve um grande êxodo da população nordestina do Brasil em direção aos grandes centros, objetivando melhores condições de vida. Nesta mesma época, fazendas estavam sendo divididas em sítios e chácaras, transformadas posteriormente em loteamentos, que sofreram grilagem e ocupações irregulares. Assim se formaram distritos e municípios, como a Estação de Merity, que desde 1931 lutava para ser emancipada do 8º Distrito de Nova Iguaçu.

Após muita luta, em 31 de dezembro de 1943 pelo Decreto Estadual nº1055 o Distrito foi então emancipado, formando o Município de Duque de Caxias. O nome do Município foi uma homenagem prestada a um de seus cidadãos ilustres, o Marechal Luiz Alves de Lima e Silva, nascido na Taquara (Duque de Caxias), que comandou violentas batalhas em defesa do Brasil.

Parte do constructo em direção ao progresso do referente município aconteceu a partir da inauguração da BR-040 em 1928, proporcionando importante crescimento industrial. Outro fato que veio neste sentido foi a instalação da Refinaria Duque de Caxias – REDUC, em 1961 que mesmo hoje é um dos mais importantes pólos industriais do país (DUQUE DE CAXIAS, 2013).

A localização, em seu território de um Parque de Indústrias, constitui fator de desenvolvimento acelerado, sendo a refinaria de petróleo, seu considerável estímulo devido ao seu extraordinário conjunto petroquímico em expansão (IBGE, 2010). O município desde que se tornou autônomo, recebeu grande impulso em sua economia, sendo o seu PIB de 32.266.076, que corresponde a 13,86% do PIB da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e tendo o IDH de 0,753, classificado como médio, ocupando a 52ª posição estadual (SEBRAE, 2011).

Enquanto o PIB aponta para um bom posicionamento nacional do município, o IDH o apresenta em local pouco beneficiado. Entre outros motivos para esta discrepância tem-se que a maioria dos profissionais que desempenham as funções com maiores salários não reside no município. Os que lá moram apresentam menor escolaridade e desempenham tarefas com baixo salário.

Segundo a LOA (2013), a Lei 2477 de 28 de dezembro de 2012 estima a receita e fixa a despesa do município de Duque de Caxias para o exercício financeiro, ficando disposto que a receita orçamentária bruta estimada nos orçamentos fiscal e da seguridade social, conforme a legislação tributária vigente é de R$ 2.197.774.130,00 (dois bilhões, cento e noventa e sete milhões, setecentos e setenta e quatro mil e cento e trinta reais), que serão divididos em três orçamentos, sendo estes: orçamento fiscal - R$ 1.917.854.634,00 (um bilhão, novecentos e dezessete milhões, oitocentos e cinquenta e quatro mil e seiscentos e trinta e quatro reais); orçamento de seguridade social - R$ 279.919.496,00 (duzentos e setenta e nove milhões, novecentos e dezenove mil e quatrocentos e noventa e seis reais) e deduções para a formação do fundo de desenvolvimento para o ensino básico – FUNDEB - R$ 158.638.130,00 (cento e cinquenta e oito milhões, seiscentos e trinta e oito mil e cento e trinta reais).

Atualmente, o Município está dividido administrativamente em quatro Distritos, quais sejam: Duque de Caxias; Campos Elíseos; Imbariê; Xerém. Faz

limites com os municípios de Miguel Pereira, Petrópolis, Magé, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti e Rio de Janeiro.

Segundo dados da prefeitura do município de Duque de Caxias, 84,6% das ruas tem rede de esgoto, 95% tem abastecimento de água e a cidade possui 102 escolas estaduais, 02 federais e 128 particulares e apresenta taxa de alfabetização de 93%.

Segundo dados do anuário estatístico da Fundação CEPERJ, elaborado em 2012, os domicílios do município caracterizam-se da seguinte maneira (Tabela 6.1)

Domicílios com abastecimento de água	168.536
Domicílios com poços ou nascentes, rio, igarapé e açude	100.817
Domicílios com energia elétrica	269.120
Domicílios sem energia elétrica	233
Domicílio com esgotamento sanitário/pluvial	207.814
Domicílio com fossa séptica	24.062
Domicílio com fossa rudimentar	10.704
Domicílio que utiliza vala para escoar o esgoto	18.375
Domicílio que utiliza rio, lago ou mar para escoar o esgoto	6.735
Outro tipo de escoamento para o esgoto	1.267
Não tinham escoamento para o esgoto	396
Domicílios com coleta de lixo regular	258.268
Domicílios que queimam o lixo	6.158
Domicílios que enterram o lixo	83
Domicílios que despejam o lixo em terreno baldio ou logradouro	3.890
Domicílios que despejam o lixo em rio, lago ou mar	401
Outro destino para o lixo	553

Tabela 6.1 – Característica dos domicílios do município de duque de Caxias. Fonte CEPERJ (2012). Elaboração própria (2013).

A maioria dos domicílios (27,9%) pertence à classe econômica classificada como CI, ou seja, a renda familiar gira em torno de R$ 1.400,00 (SEBRAE, 2011). A média de moradores por domicílio é de 3,4 pessoas. As moradias se caracterizam como: adequadas (142.952); semi-adequadas (113.256) e inadequadas (3.589) (CEPERJ, 2012.).

Dados do SEBRAE (2011) mostram que o município tem um total de 855.048 habitantes, sendo este total composto de aproximadamente 10% de idosos (CEPERJ,2012).

Para a elaboração da pesquisa de campo, foi realizado o levantamento das instituições públicas de saúde que prestam serviço ao grupo estudado, segundo o site oficial do município, sendo essas, 3 hospitais municipais e 1 hospital estadual, 17 postos de saúde trabalhando com serviço a nível ambulatorial, 3 postos médicos atendendo na modalidade de atendimento ambulatorial e emergência 12h e ainda 3 unidades pré-hospitalar que atendem 24h e que também realizam serviço ambulatorial (PMDC, 2013).

1º Distrito		
Unidade de Atendimento	**Tipo de Atendimento**	**Localização**
Hosp. Infantil Ismélia Silveira	24h	Centro
Hosp Municipal Moacir do Carmo	24h	Beira Mar
Posto de Saúde Dr. José de Freitas	Ambulatório	Vila Operária
Posto de Saúde Alaíde Cunha	Ambulatório	Copacabana
Posto de Saúde Edna Salles	Ambulatório	Jardim Gramacho
Posto de Saúde Sarapuí	Ambulatório	Sarapuí
Centro Odontológico Profº José de Souza Herdy	Ambulatório	Parque Felicidade
Centro de Atenção Psicosocial -	Ambulatório	25 de Agosto
Centro de Atenção Psicosocial Infanto-Juvenil	Ambulatório	25 de Agosto
Centro de Atenção Total ao Adolescente	Ambulatório	Jardim 25 de Agosto
Centro de Atenção Total ao Adolescente	Ambulatório	25 de Agosto
Centro de Atenção ao Portador de Deficiências	Ambulatório	25 de Agosto
Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias - CMSDC	Ambulatório	Centro
PAM 404 – Dr. Fernando Gil[2]	Ambulatório	25 de Agosto
2º Distrito		
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes – HEAPN [1]	24h	Jardim Primavera
Posto Médico Sanitário de Campos Elíseos [2]	12h	Campos Elíseos
Posto Médico Sanitário do Pilar [2]	24h	Pilar
Posto Médico Sanitário Saracuruna [2]	24h	Saracuruna
Posto de Saúde Antônio Granja	Ambulatório	Parque Fluminense
Posto de Saúde José Camilo dos Santos		
3º Distrito		
Posto Médico Sanitário Dr. Jorge Rodrigues Pereira [2]	12h	Imbariê
Posto Médico Parque Eqüitativa [2]	12h	Parque Equitativa
Centro de Especialização Odontológica – CEO	Ambulatório	Imbariê
Residência Terapêutica	Ambulatório	Jardim Anhangá
Centro de Atenção Psicosocial	Ambulatório	Imbariê
PMS Turíbio	Ambulatório	Jardim Gramacho
4º Distrito		
Hosp. Maternidade de Xerém	24h	Xerém
Unidade Pré-hospitalar Álvaro dos Santos Simões Figueira [2]	24h	Xerém

Tabela 6.2 – Distribuição de unidades de saúde do município de Duque de Caxias. Elaboração da autora desta dissertação. Fonte: PMDC (2013)

No mapa do município ilustrado na (figura 6.1), apresentam-se as unidades de atendimento.

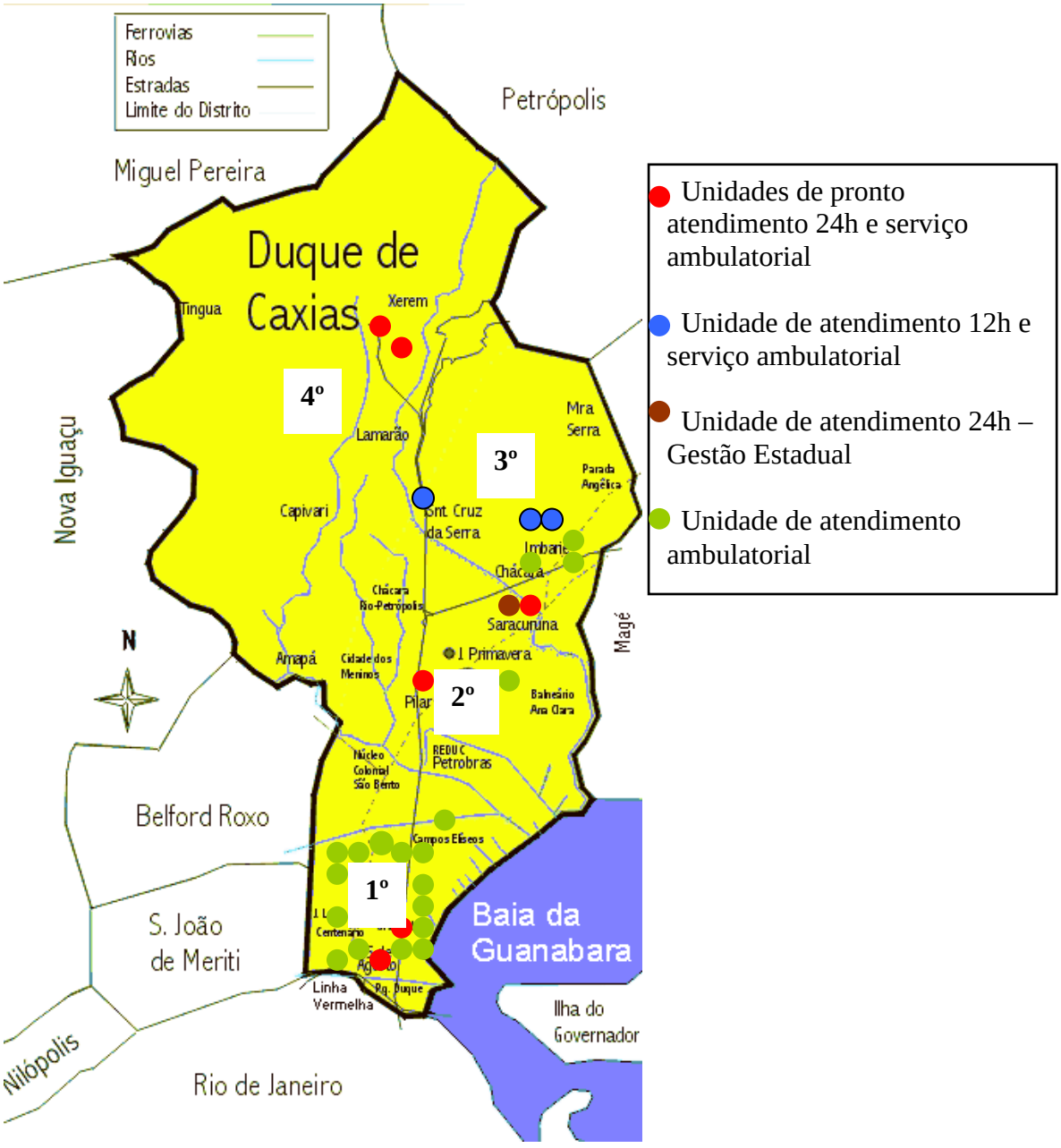


Figura 6.1 - Mapa do município com localização das Unidades de Saúde. Elaboração própria da autora desta dissertação. Fonte: Duque de Caxias mapas (2013).

[1] Unidade gerenciada pela esfera Estadual de Saúde.
[2] Unidades que têm atendimento diferenciado para o idoso (Programa de Saúde do Idoso).

É importante ressaltar a distribuição dos postos de saúde no município, com forte concentração dos postos de saúde no 1º Distrito, localizado no centro do município, prejudicando o atendimento nas demais regiões administrativas.

6.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir são caracterizadas as amostras e apresentados os resultados obtidos das aplicações dos questionários descritos no capítulo V desta dissertação.

Deve ser esclarecido que apesar do gestor municipal de saúde do município ter autorizada esta pesquisa juntamente com o Secretário de Saúde do referido município, e de ter direcionado a autora desta dissertação para a aplicação dos questionários, o mesmo não disponibilizou tempo para responder ao 1º questionário. Assim, esse deixou de ser aplicado. Entretanto, o mesmo foi mantido na dissertação pois pode ser útil para futuros trabalhos.

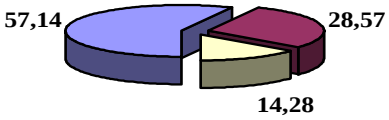
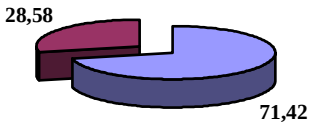
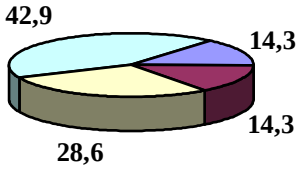
6.2.1 RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 2: GESTORES DOS POSTOS DE SAÚDE

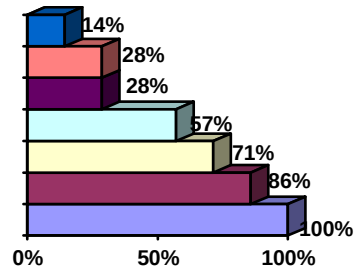
Das 28 unidades de saúde identificadas no ítem anterior, apenas o total de 7 postos de saúde implementam na prática o Programa de Saúde do Idoso – PSI segundo o site oficial do município. Assim sendo, os 7 gestores foram entrevistados e suas respostas estão compiladas na tabela 6.3.

Ao realizar a leitura e análise dos dados obtidos por meio das entrevistas aplicados nos gestores dos postos de saúde foi evidenciada a falta de informação por parte desses em relação às ações que estão sendo desenvolvidas sob sua gestão.

Somente 57,14% dos gestores relataram critérios claros, bem definidos e sendo implementados quanto à inserção dos idosos no PSI, conforme o que está estabelecido na PNSI, o que torna claro, a não realização de uma de suas diretrizes que diz que o idoso deve ser avaliado funcional individualmente e coletivamente, a fim de que se possa identificar a população que apresenta risco, para que esta tenha a devida atenção por parte dos serviços de saúde.

As equipes que compõem o PSI em cada posto de saúde apresentaram variações importantes: enquanto há postos de saúde em que a equipe do PSI é composta por enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social, outras contam apenas com o enfermeiro e com o médico em sua formação e outras contam somente com o enfermeiro.

	%	Não %		
Formas de acesso ao PSI	Demanda Espontanea %	Não souberam responder %		
	28,58	71,42		
Tempo médio de espera para atendimento	1 Mês %	2 Meses %	3 Meses %	Não souberam responder % 
	14,28	14,28	28,57	42,85

Equipe de profissionais envolvidos no PSI	Fonoaudiólogo %	Psicólogo %	Fisioterapeuta %	Nutricionista %	Assistente Social %	Médico %	Enfermeiro %	
	14	28	28	57	71	86	100	

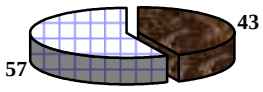
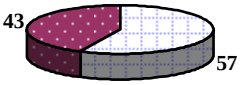
Há expectativa de aumento das equipes?	Sim %	Não %	
	14	86	
Realizam ações que promovam práticas abordando o idoso de forma global?	Realizam %	Não realizam %	
	43%	57%	
Existe fomento ao desen-volvimento de grupos de auto-cuidados com os idosos?	Sim %	Não %	
	43%	57%	

Tabela 6.3 – Resultado das entrevistas aplicadas aos gestores dos postos de saúdes. Elaboração própria (2013).

Os gestores justificam as composições diferentes das equipes entre os postos para a execução do mesmo programa – PSI, por conta das mudanças governamentais que ocorrem a cada 4 anos, gerando troca dos profissionais e dos gestores. A falta de vínculo empregatício em conformação com as Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT) ou estatutário também contribui para isso: a maior parte dos profissionais que executam o programa estudado tem como vínculo empregatício o sistema de cooperativa, o que os torna mais vulneráveis às mudanças e conseqüentemente não lhes permite maior comprometimento com o trabalho.

Um outro dado possível de ser observado ao longo da pesquisa de campo foi o fato de que, excetuando o médico, os demais profissionais trabalham no posto de saúde executando atividades em mais de um programa de saúde e ainda devem apresentar ao final do dia o número de atendimentos realizados em cada programa de forma a alcançar uma meta de atendimento pré-estabelecida.

A maior parte dos gestores considera necessário o aumento do número de profissionais que atuam no PSI.

Quanto ao tempo de espera, para os idosos serem atendidos nos postos estudados, este apresentou variações de 1 até 3 meses. Contudo, foi observado que quase 43% dos gestores não conseguiram avaliar esse parâmetro caracterizando sua falta de conhecimento a respeito do PSI na unidade sob sua gestão.

Quando questionados a respeito da realização de abordagem global de seus idosos por parte de suas equipes, mais da metade dos gestores, 57%, afirmou que esta acontece por meio de palestras, orientações e educação em saúde, mas falou sobre as dificuldades de realizar esses eventos em virtude da falta de infra-estrutura de suas unidades de saúde.

Com referência ao desenvolvimento de grupos de auto-ajuda para os cuidadores, todos os gestores entrevistados afirmaram não realizá-los, pois a maioria dos idosos vai até ao posto de saúde para realizar sua consulta sozinho, o que impossibilita a identificação do cuidador.

Também 57% dos gestores manifestaram fomentar o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda entre os idosos, objetivando sua promoção e autonomia.

Das respostas obtidas do questionário se pode concluir que a municipalidade poderia utilizar-se de modernas ferramentas de avaliação de desempenho para identificar os diferentes níveis de conhecimento de seus gestores para assim, nivelarem na medida do possível e por meio de palestras, workshops e oficinas, esses conhecimentos a fim de garantir mais qualidade nos serviços ofertados pelos seus postos de saúde. Seria interessante também que houvesse uma espécie de rodízio entre os gestores nos postos de saúde do município, para que assim suas melhores práticas fossem compartilhadas e executadas de forma igualitária.

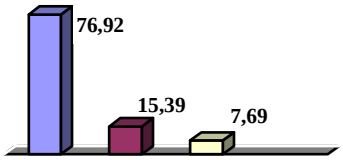
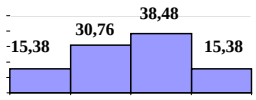
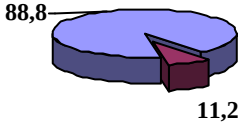
Utilizou-se ainda o software *Textalyser*, que vem a ser uma ferramenta de análise de texto *on-line*, onde dele pode se extrair principais temas que emergem de um determinado texto. Assim, essa ferramenta foi aplicada para analisar os textos produzidos pelos gestores para as respostas às perguntas abertas que lhes foram realizadas, o que possibilitou a criação figura 6.2.

Figura 6.2 – Nuvem com ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas realizadas com os gestores dos postos de saúde. Elaboração própria (2013).

Desta nuvem pode se observar que a necessidade de mudança do vínculo empregatício, a falta e a deficiência das equipes de trabalho, a importância dos cuidadores e as metas de desempenho estabelecidas para os profissionais foram ressaltadas.

6.2.2 RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 3: PROFISSIONAIS DOS POSTOS DE SAÚDE

Em relação aos profissionais que participam diretamente no Programa de Saúde do Idoso nos Postos de Saúde de Duque de Caxias, estes somam um total de 27, contando com as seguintes formações: assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Quando os questionários foram distribuídos para preenchimento, 4 dos profissionais participantes preferiram se abster por desconhecerem o sistema devido ao pouco tempo de atuação no mesmo, enquanto outros que trabalham em equipe decidiram responder em conjunto. Assim, foram preenchidos 23 questionários representando um total de 74% da população. Os resultados são expostos na tabela 6.4 a seguir.

Tempo de dedicação exclusiva do profissional no PSI	Dedicação exclusiva %	Dedicação compartilhada %			
	53,85	46,15			
Perfil dos profissionais relacionado a formação em geriatria/ gerontologia	Sem especialização %	Com especialização%	Cursando a especialização %		
	76,92	15,39	7,69		
Tempo de atuação no PSI	< de 1 ano %	De 1 a 2 anos %	De 2 a 4 anos %	> de 4 anos %	
	15,38	30,76	38,48	15,38	
Identificam e reconhecem rede de suporte social ao idoso.	Identificam %	Não identificam %			
	62,24	30,37			
Aplicam de testes específicos que avaliam precocemente distúrbios de funcionalidade	Sim %	Não %			
	88,8%	11,2%			
Realizam dedicação de atenção especial à idosos com	Sim %	Não %	Algumas vezes %		

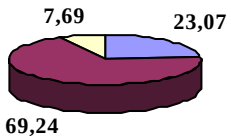
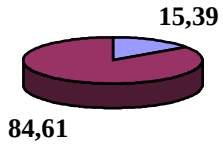
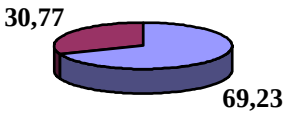
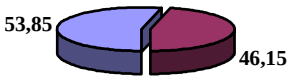
dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária - AIVD	69,24	23,07	7,69	
Estimulam ações voltadas à promoção e independência dos idosos.	Sim %	Não %		
	38,46	61,54		
Fomentam a rede de solidariedade ao idoso frágil e sua família com promoção de sua reinserção no contexto social.	Sim %	Não %		
	86,61	15,39		
Fomentam a criação de grupos de auto-ajuda entre os cuidadores.	Sim %	Não %		
	69,23	30,77		
Realizam ações voltadas ao controle e prevenção de doenças não transmissíveis	Sim %	Não %		
	46,15	53,85		
Realizam ações voltadas ao controle e prevenção de doenças transmissí-veis	Sim %	Não %		
	53,85	46,45		

Tabela 6.4 – Resultado das entrevistas aplicadas nos profissionais. Elaboração própria (2013).

A falta de capacitação dos profissionais foi um problema identificado tendo em vista, a necessidade de cuidados específicos que o idoso demanda, pois este requer abordagem global e multidimensional. Assim, esse aspecto deve ter maior atenção visto que este é uma das prioridades da PNSPI, que coloca a capacitação profissional como atribuição que cabe ao gestor municipal de saúde local.

A variação de tempo de atuação dos profissionais no referido programa pode ser apontada como uma das causas de sua falta de capacitação, em função, principalmente de ocorrerem mudanças desses a cada troca de gestão municipal, isto é, a cada 4 anos, fazendo com que o profissional descontinue seu trabalho ou o

faça sem adquirir vínculo para com o serviço e, conseqüentemente, para com o paciente. É importante ressaltar que todos os profissionais entrevistados nesta pesquisa tinham o sistema de cooperativa como vínculo empregatício.

É importante também salientar que a maioria dos entrevistados atua não só no PSI, como também divide sua carga horária no posto de saúde com outros programas, o que repercute de forma negativa para o desempenho de sua função.

Apesar de não apresentarem adequada capacitação em geriatria/ gerontologia, todos os entrevistados afirmaram realizar abordagem global e multidisciplinar, 78% dos entrevistados afirmaram que dedicam atenção especial aos idosos que apresentam alguma dificuldade em suas atividades instrumentais de vida diária.

Quando questionados a respeito da identificação do cuidador, a maioria dos profissionais entrevistados disseram não conseguirem realizá-la, pois a maioria dos idosos vão ao posto de saúde sozinhos, ou quando muito, acompanhados de algum vizinho e não de seu cuidador. Assim, esta falta de reconhecimento do cuidador implica em uma série de conseqüências para os idosos, pois algumas vezes estes não entendem as orientações que lhes são dadas pelo profissional, ocasionando insucesso em seu tratamento. Outro fator que pode ser pontuado de forma negativa pela falta de identificação do cuidador é a sobrecarga que este pode estar apresentando mas que não está sendo identificada e trabalhada da maneira adequada, o que pode acarretar em más conseqüências tanto para este como também para o idoso sob sua responsabilidade.

Entretanto, o fomento à rede de solidariedade para o idoso frágil e sua família, bem como sua inserção no contexto social foi uma prática confirmada de ser realizada pela maioria dos profissionais entrevistados.

Já quanto à realização de ações direcionadas à prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, por meio de orientações e educação em saúde, a maioria dos entrevistados, aproximadamente 53%, afirmou realizar tais ações, percebendo-se com isso que há bastante caminho a ser percorrido ainda no sentido de se aproximar a prática às diretrizes da PNSPI.

Segundo relatos de alguns profissionais entrevistados, os idosos que fazem parte do PSI devem conseguir acessar o posto de saúde por meios próprios. Caso isto não for possível ele é direcionado a ESF, que deverá se encarregar de prestar o

serviço. Se o idoso residir em uma área que não tenha ESF esse ficará sem acompanhamento.

Dentre aos principais problemas identificados pelos profissionais nos paciente entrevistados podem ser listados:

- A solidão e a necessidade de atenção e de serem ouvidos por seus familiares;

- A dificuldade de manutenção de alimentação saudável, principalmente em função da condição sócio-econômica que não facilita a aderência à hábitos saudáveis para promoção de qualidade de vida.

- A dificuldade de acesso dos idosos ao posto de saúde, principalmente para cadeirantes, como também a falta de espaço para se realizar trabalhos mais elaborados com os idosos, como reuniões de grupo e até mesmo simples consultas.

Alguns profissionais apontaram a insuficiência do número de consultórios para o atendimento de todos os programas existentes no posto de saúde.

Quando questionados sobre a realização de outras ações desenvolvidas e não presentes no questionário, os entrevistados mencionaram a realização de curativos; orientações para o tratamento domiciliar e identificação dos casos de hipertensão e diabetes com realização de seus respectivos encaminhamentos aos programas de saúde do próprio posto de saúde.

E quando questionados sobre as deficiências do PSI e sobre as ações que poderiam ser aplicadas a fim de melhorar o serviço, os entrevistados apontaram as apresentadas na tabela 6.5 a seguir.

Deficiências
Falta de incentivo no sentido de realizar ações de orientações à saúde, incluindo informações a respeito dos direitos da pessoa idosa.
Falta de infra-estrutura adequada para o atendimento.
Falta de mais apoio por parte da gestão dos postos de saúde.
Falta de atividades que propiciem mais autonomia e desenvolvimento cognitivo para os idosos frágeis.
Falta de mais comprometimento do profissional médico no PSI
Falta de vínculo dos profissionais com os idosos atendidos no PSI
Falta de tempo para se dedicar exclusivamente ao PSI no posto de saúde.
Falta de materiais como a Caderneta de saúde da pessoa idosa.
Propostas de atividades para melhoria do serviço
Desenvolvimento de atividades educativas, de arte e lazer.
Disponibilização de transporte para que o idoso com deficiência possa ir até ao posto de saúde.
Capacitação do cuidador.
Fornecimento de medicações especiais, como para o tratamento da doença de Alzheimer.
Disponibilização do serviço de fisioterapia nos postos que não o têm.

Tabela 6.5 – Deficiências e propostas de ações para melhoria das ações do PSI. Elaboração própria (2013).

Concomitantemente às dificuldades listadas acima os entrevistados afirmaram que o programa que existe na unidade de saúde, direcionado para o idoso, não contempla as necessidades identificadas para este grupo, quais sejam a solidão, a falta de infra-estrutura adequada no posto para o atendimento dessa clientela e a dificuldade dos idosos em manter alimentação saudável.

Foi possível a identificação, durante a aplicação das entrevistas, da falta de comunicação entre as equipes de PSI e ESF no próprio município, assim como a descontinuidade do serviço para os idosos que vierem apresentar incapacidades que os torne acamados, o que podem ser considerados problemas a serem solucionados.

Analisando os textos produzidos em forma livre pelos entrevistados, também pelo textalyser, foi criada a ilustração da figura 6.2, da análise desta figura observa-se a importância dada pelos profissionais novamente ao vínculo empregatício, à necessidade de capacitação e a deficiência da infra-estrutura dos postos de saúde.

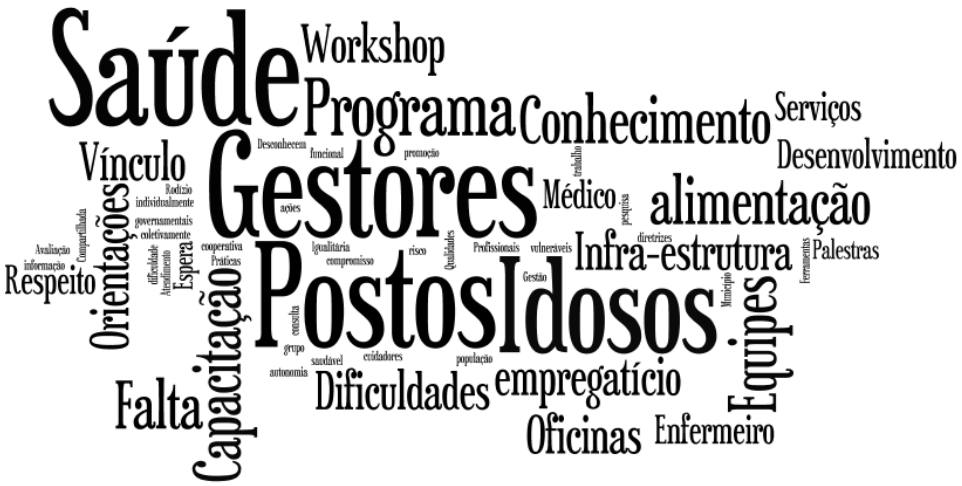


Figura 6.3 – Nuvem com ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas realizadas com os profissionais dos postos de saúde. Elaboração própria (2013).

6.2.3 RESULTADOS E ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO 4: IDOSOS/USUÁRIOS DOS POSTOS DE SAÚDE

Foram entrevistados um total de 68 idosos que participam do Programa de Saúde de idosos, sendo a amostra composta por idosos de todos os postos de saúde investigados. Cabe ressaltar que estas entrevistas foram bastante demoradas, tendo em vista que houve a necessidade de prestar ajuda individual para o preenchimento dos questionários. Assim, esta amostra ficou bastante limitada, entretanto, seu resultado permitirá pequena amostra de como o PSI vem sendo executado e de que forma seu público alvo o percebe (Tabela 6.6).

O tempo de espera para a realização das consultas nos postos de saúde apresentaram variações expressivas, ficando a maioria com o tempo de 3 meses, o que mostra que esforços ainda precisam ser realizados no sentido de diminuir esta realidade, uma vez que o Estatuto do idoso confere a esse o direito de receber atendimento preferencial imediato e individualizado, tanto nos serviços públicos como privados.

A forma de acesso do idoso no PSI foi, em sua maioria, intermediada por um médico do próprio posto de saúde, estando os demais profissionais um tanto afastados de realizar estes encaminhamentos.

Apesar das dificuldades já apontadas pelos profissionais e descritas anteriormente nesta dissertação, como a falta de infra-estrutura, a maioria dos idosos entrevistados colocou que suas expectativas frente ao PSI são alcançadas e que eles em sua maioria têm bom relacionamento junto aos profissionais, o que contribui para o bom desempenho dos serviços de saúde, pois é necessário desenvolvimento de vínculo e confiança por ambas as partes (díade – profissional x paciente) para a adequada execução do cuidado.

Igualmente, chama a atenção, o fato de que a maioria dos idosos percebe o comprometimento no trabalho que os profissionais exercem (84%), afirmando ainda estarem satisfeitos com o serviço em aproximadamente 81% dos casos e que suas dúvidas com relação a questão de saúde e social são esclarecidas em 97% das situações. Isso mostra de forma clara que, apesar das dificuldades, os profissionais têm conseguido realizar seu trabalho de forma a suprir as necessidades do idosos.

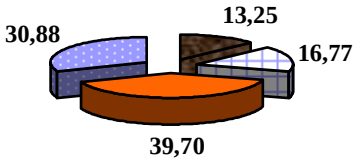
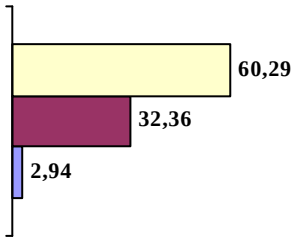
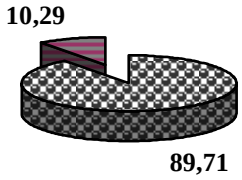
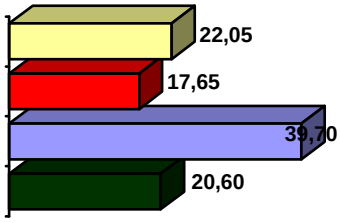
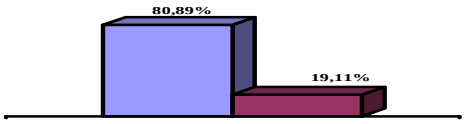
Tempo de espera entre as consultas	1 mês %	2 meses %	3 meses %	Não sabem %	
	13,25	16,17	39,70	30,88	
Forma de acesso ao PSI	Derivado de programas de saúde da própria unidade %	Derivado da emergência do posto de saúde %	Indicação de terceiros/ demanda espontanea %	Encaminhamento de médico do posto de saúde %	
	2,94	4,41	32,36	60,29	
Satisfação dos idosos em relacionação ao PSI	Satisfeitos %	Insatisfeitos %			
	89,71	10,29			
Relacionamento do idoso com os profissionais que exercem o PSI	Ótimo %	Muito bom %	Bom %	Não Sabem %	
	22,05	17,65	39,70	20,60	
Satisfação dos idosos com relação aos serviços dispensados à sua faixa etária	Satisfeitos %	Insatisfeitos%			
	80,89	19,11			

Tabela 6.6 – Resultado das entrevistas aplicadas nos idosos. Elaboração própria (2013).

Foram pontuados pelos idosos algumas sugestões para melhorar o atendimento nos postos pesquisados como: abertura do posto nas 24h (para o caso de uma emergência); serviço de fisioterapia (tanto criação como extensão do serviço); mais especialidades médicas, principalmente a ortopédica; redução no tempo de entrega dos exames médicos realizados e garantia de fornecimento de medicação gratuita.

Com referência aos exames mencionados acima, uma vez tendo sido realizados, estes demoram um intervalo de tempo significativo para ficarem prontos

e serem entregues. Em alguns casos os resultados são extraviados, obrigando o idoso a nova realização do exame.

É importante ressaltar que em todos os postos de saúde pesquisados, o público do PSI tem baixo nível de condições sócio-econômica-cultural, e que inclusive muitos são analfabetos, apresentando a simplicidade como característica peculiar. Tendo carência tanto de serviços como de atenção, qualquer ação direcionada para este grupo é vista de forma positiva. Foi percebido, que os idosos da amostra pesquisada não têm conhecimento adequado à respeito de seus direitos.

Figura 6.4 – Ilustração das palavras que mais se repetiram nas entrevistas realizadas com os idosos que fazem parte do PSI nos postos de saúde. Elaboração própria (2013).

Da análise desta nuvem, deduz-se que os idosos mostram-se satisfeitos com a atenção e o respeito a eles dados, manifestam serem tratados por equipes comprometidas e mencionam que entre as principais reinvindicações do grupo estão a extensão do tempo de atendimento, a diminuição do tempo de espera para marcação de consultas assim como do tempo para a entrega dos exames realizados.

6.3 CONCLUSÕES DO ESTUDO DE CASO

Após a realização da pesquisa nas três diferentes categorias, pôde se verificar que o município de Duque de Caxias têm procurado desenvolver ações direcionadas à população idosa. Entretanto ainda são necessários esforços no

sentido de melhorar as práticas que estão sendo de fato implementadas para essa população.

Os gestores reconhecem a necessidade em desenvolver estratégias que permitam aos profissionais a promoção de ações que abordem o idoso de forma global e multidimensional, como o que consta na PNSPI, direcionando esforços não apenas para complicações físicas desse grupo, como também avaliando todos os aspectos que envolvem a pessoa idosa.

Freitas et al (2006) ressalta que o aspecto multidimensional deve transcender o aspecto transcender o aspecto biológico, devendo existir completa interação entre os aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, assim como os fatores sociais culturais, econômicos e ambientais, logo, considerando esta afirmativa é bastante relevante a identificação e o reconhecimento de rede social de apoio ao idoso, fato este que foi evidenciado pela maioria dos profissionais e reconhecido como importante pela maioria dos gestores dos postos de saúde pesquisados.

A falta de infra-estrutura foi apontada tanto pelos gestores como também pelos profissionais, como um fator limitante para pôr em prática ações que visem a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa, como o atendimento à idosos com dependência, a criação de grupos entre os idosos e entre os cuidadores.

Quanto aos cuidadores, foi percebida a falta de identificação destes por parte dos profissionais, devido ao fato de que o idoso, em sua grande maioria vai só ao posto de saúde. Este fato se caracterizou como um problema, tendo em vista sua importância no processo do cuidar da pessoa idosa. As PNSPI, PSI e Caldas (2003) alertam quanto à necessidade de identificação e capacitação dos cuidadores informais objetivando, principalmente, o desenvolvimento de aptidões que o permitam executar o cuidado adequado.

Quanto aos profissionais foi perceptível a vontade da maioria quanto a colocar em prática ações para os idosos, entretanto há que realizar capacitações para que esse objetivo seja alcançado com mais sucesso, tendo em vista que sua maioria não é especializado em geriatria/gerontologia, especialidades tão necessárias para o atendimento de qualidade.

É oportuno também mencionar que os profissionais destes postos atuam em mais de um programa de saúde dentro do mesmo posto, fato que faz com o tempo dedicado exclusivamente para o PSI seja diminuído. Igualmente, foi identificado que

os profissionais precisam atender um número mínimo de atendimento diário, pois existem metas a serem cumpridas, mas essas metas de atendimento são fixadas por profissional e não por profissional x programa.

Assim sendo, há a necessidade de melhor se conhecer o público-alvo (pacientes idosos que procuram diariamente o posto de saúde) para melhor dimensionamento de profissionais que deveriam ser alocados exclusivamente no PSI. Desta forma, os atendimentos terão mais qualidade e essa faixa etária será atendida com a dignidade e cuidados que têm direito.

Apesar do tempo diminuído para o atendimento no PSI os profissionais entrevistados apresentaram comprometimento, mas reconhecem a limitação do programa principalmente no que se refere ao atendimento do idoso dependente, visto que só é atendido no posto o idoso que consegue ir por meio próprio, o que gera reflexão no sentido da descontinuidade do atendimento aos idosos no momento em que esses mais precisam. Fato que contradiz uma das diretrizes da PNSPI, quando essa coloca que a atenção destinada à pessoa idosa deve ser integral.

As condições de trabalho dos profissionais também devem gerar discussão, visto que segundo alguns entrevistados, não há espaço físico adequado para suas atividades, mostrando assim que o serviço de saúde pública de Duque de Caxias precisa adotar medidas que promovam a melhoria das condições de trabalho de seus profissionais.

Outro fator que deve gerar pauta para discussão é o tipo de vínculo empregatício dos profissionais entrevistados, seria interessante a fixação desses profissionais no posto de saúde, inclusive com planos de carreira, para que se evite a descontinuidade do trabalho, proporcionando mais qualidade ao serviço prestado.

Da mesma forma, foi identificado que os idosos pesquisados apresentam condições sociais e econômicas simples, fato que não lhes permite acesso a uma série de serviços. Assim, aqueles que forem ofertados, mesmo que em pouca quantidade, com dificuldade de acesso ou com infra-estrutura deficiente são vistos como muito bons.

Finalmente, a evidencia do desnível existente entre os conhecimentos e as competências por parte dos gestores dos postos de saúde em relação ao PSI, sugere como proposta para sua melhoria, treinamentos especificamente voltados para o nivelamento dos conteúdos necessários ao domínio das ferramentas de gestão, que pode ser fundamentado a partir do desenvolvimento de estudos e

pesquisas que avaliem a qualidade, aprimorando a atenção de saúde direcionada à pessoa idosa, como consta na PNSPI.

Da análise dos resultados obtidos chegou-se a algumas conclusões, destacando entre essas:

- a falta de capacitação de gestores e profissionais;
- a deficiência de conhecimento por parte dos gestores a respeito do PSI;
- a falta de estímulo e de infra-estrutura adequada que permita aos gestores e profissionais a formação de grupos de auto-ajuda entre os idosos;
- a infra-estrutura inadequada dos postos, tanto no que se refere a equipamentos quanto ao acesso e mobilidade interna dos idosos;
- a falta de vínculo empregatício que garanta estabilidade ao profissional de saúde;
- a definição de metas a serem cumpridas por profissional (número mínimo de atendimento diário) e não por profissional por programa;
- a descontinuidade do atendimento ao idoso quando esse torna-se acamado;
- a falta de entrosamento entre as equipes de PSI do município.

Frente a tais problemas, há que se refletir a respeito de estratégias a fim de mitigá-los. Estratégias como capacitação de profissionais, oficinas e workshops para esses e para gestores; compartilhamento de informação entre os gestores dos postos e entre as equipes de PSI, certamente reduziriam, em parte os problemas e as deficiências apontados.

É oportuno salientar a necessidade de se estabelecer quais e quantos profissionais devem executar o PSI, mantendo desta forma, equipes em constituição e em número mais adequadas para o serviço sob análise.

A formulação de políticas públicas visando uma forma de contratação de trabalho que garanta ao profissional estabilidade no emprego, comprometendo-o com o serviço prestado assim como outra direcionada a realização de atendimento domiciliar para o idoso acamado são de extrema importância para adequar-se as leis existentes.

Também é necessário a adequação da infra-estrutura dos postos de saúde, de forma a facilitar seu acesso e trânsito interno.

Como o questionário não foi respondido pelo gestor municipal, não foi possível identificar ações intersetoriais acontecendo para o idoso, fato descrito como

importante dentro da PNSPI, visto que em conjunto com os demais segmentos, as responsabilidades são dividas, o que contribui para melhores respostas na implementação dessa política.

Apesar do bom relacionamento relatado por ambas as partes, profissionais do PSI e idosos estes últimos identificaram a necessidade de um maior número de serviços oferecidos, assim como apontaram para o longo período de tempo para entrega de exames realizados. Estes fatos levam a concluir que os serviços nos postos de saúde não se adequam em número nem em qualidade com o desejado pelos seus usuários.

É importante que o município coloque em sua agenda política, pauta que faça referência às necessidades dos idosos, entendendo que são as demandas geradas por eles que proporcionam a elaboração de estratégias e ações mais completas para esse grupo.

A deficiência de conhecimento sobre o PSI pelos gestores dos postos de saúde, alerta quanto à característica de gestão que vem sendo realizada no referido município.

7 ***CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS***

O Brasil e o mundo vêm apresentando crescimento da população idosa em função do acréscimo da expectativa de vida associado ao controle de natalidade. A taxa de fecundidade no Brasil está diminuindo desde 2005, principalmente em função das transformações sociais ocorridas por conta das políticas sociais implementadas para os grupos da saúde pública e para a seguridade social.

No contexto atual, o grupo composto por idosos tem se mostrado mais participativo na sociedade, com sua continuidade no mercado de trabalho que reorganiza a composição de seus rendimentos de aposentadoria e pensões, permitindo a obtenção de melhores condições de vida, oportunizando inclusive a adesão aos planos de saúde do setor privado. Isto provocou a diminuição pela busca dos serviços públicos de saúde.

Apesar disso, o Brasil ainda apresenta desigualdades sociais, principalmente quando se observa seu PIB, sendo este relativamente alto, mas com distribuição de renda desigual, o que impacta negativamente para a implementação de estratégias de ações sociais e econômicas com vistas a promoção de acesso aos serviços de saúde pública.

O atual sistema de saúde pública, Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que proporcionou a reformulação do antigo sistema de saúde. Com a Constituição, o Estado chamou para si o dever de cuidar da saúde de todo cidadão que se encontra em território brasileiro, em particular, do idoso.

O SUS tem entre suas diretrizes e objetivos os seguintes: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes de saúde; formular práticas de saúde e assistência para todas as faixas etárias por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e com intermédio de ações preventivas e assistenciais.

Quanto às suas competências, o SUS as divide nas esferas federal, estadual e municipal, sendo essas implementadas por meio das Normas Operacionais Básicas. Todavia, com a efetivação destas Normas, percebeu-se que ainda haviam necessidades a serem sanadas, o que fez com que o Ministério da Saúde editasse as Normas Operacionais de Assistência à Saúde. Mesmo assim, a

gestão do SUS continuava precisando de mudanças, tendo em vista seu processo constante de amadurecimento e adaptação.

Nos seus 23 anos de existência, o SUS apresentou importantes avanços em suas políticas, visto que atualmente existe legislação específica para o grupo dos idosos, almejando o envelhecimento ativo e saudável.

A população idosa requer maior preocupação quanto ao seu tratamento, visto que suas necessidades devem ser trabalhadas objetivando sua independência e qualidade de vida. O processo do envelhecimento gera a transição epidemiológica, onde há mudança extrema nas doenças que até determinado momento tinham características infecciosas e agudas (transmissíveis), passando, neste grupo, a terem características crônico-degenerativas (não-transmissíveis), que demandam ações do serviços específicos de saúde almejando a prevenção de agravos incapacitantes, que geram dependência nos idosos, levando a necessidade de cuidados constantes, fazendo, assim, surgir a figura do cuidador, que em sua maioria são familiares e do gênero feminino, conforme citado por Caldas (2003)

Apesar do conhecimento a respeito da transição epidemiológica e de suas conseqüências, a atual política de saúde publica ainda continua trabalhando de forma pontual e emergencialista. A falta da aplicação do Princípio de equidade preconizado pelo SUS gera complicações de agravos de doenças crônicas, devido a população brasileira ter dificuldade em acessar os serviços de saúde, tanto pela carência de oferta, como também por conta da geografia brasileira, que os torna menos acessível às populações residentes longe dos centros urbanos.

Buscando resolver este problema, o Ministério da Saúde formulou a Estratégia de Saúde da Família, que em 2009 contava com 30.328 equipes. Este programa tem como objetivo de trabalhar na atenção básica, atuando na vertente promoção de saúde e prevenção de doenças. Essa ação do MS pode ser interpretada como um avanço no SUS, pois demonstra a tentativa de reorganização da atenção à saúde no Brasil. Contudo, o número de equipes instaladas cobre apenas 50,7% de todo o território nacional, o que torna o serviço restrito a uma parcela da população (DAB, 2009; BRASIL, 2006).

Um dos grandes desafios do SUS é o atendimento adequado para o idoso, pois esse grupo demanda abordagem específica e multidisciplinar com reconhecimento de todos os fatores condicionantes e determinantes para seu

processo de adoecimento e/ou agravo, que podem gerar conseqüências negativas para sua saúde.

Entendendo essa especificidade, o país vem ao longo dos anos formulando políticas públicas para esse grupo. Este processo teve início em 1994 com a promulgação da Política Nacional do Idoso seguido pelo Estatuto do Idoso em 2003. Este regula os direitos assegurados as pessoas idosas, garantindo ao idoso entre outros direitos o atendimento preferencial e imediato em órgãos prestadores de serviço à população públicos e privados; a preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas específicas; a prioridade de ser cuidado por familiares; de ser atendido por profissionais capacitados em função de suas necessidades e a garantia de acesso aos serviços de saúde e assistência sociais locais.

Com os desdobramentos do Estatuto do Idoso foi possível a formulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no ano de 2006, visto a necessidade do setor de dispor de uma política atualizada e direcionada ao idoso. Essa política tem como objetivos principais a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência desse grupo, com ações individuais e coletivas, respeitando os Princípios e Diretrizes do SUS, reconhecendo todos os aspectos do processo do envelhecimento, com avaliação multidisciplinar de forma global, com respeito e dignidade.

Assim, no sentido de averiguar em que grau os idosos tem assegurado a assistência à saúde, foi desenvolvido um estudo de caso no Município de Duque de Caxias, que possui um total de 855.048 habitantes (SEBRAE, 2011), sendo desses 10% compostos por idosos (CEPERJ, 2012). O município possui 7 postos de saúde com atividades voltadas parcialmente ao atendimento das pessoas idosas, por meio da implementação do Programa de Saúde do Idoso (PSI).

Para a elaboração do estudo de caso foram formulados 4 questionários, direcionados: ao gestor municipal de saúde responsável pelo Programa do Idoso; aos gestores dos postos de saúde que implementam o PSI; aos profissionais que atuam no PSI e aos idosos que participam do PSI.

Os três últimos questionários foram aplicados nos postos do município, no período de dezembro a junho de 2013.

Como trabalhos futuros que dêem continuidade a esta dissertação vislumbram-se: aplicação dos questionários aqui apresentados em outros municípios; aplicação do questionário para o gestor municipal; estudos estatísticos sobre o

tempo de marcação de consulta para esta faixa etária, assim como sobre o número de idosos atendidos por posto; estatística a respeito das doenças prevalentes nesse grupo e o desenho de um sistema nacional de informação sobre a saúde do idoso brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ana Claúdia Santos [et.al.] Perfil de morbidade e mortalidade de pacientes idososs hospitalizados. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1617-1626. Dez de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n6/20.pdf> Acesso em: 19 de jul de 2012.

ANDERSON, Maria Inês Padula [et.al] Saúde e qualidade de vida na terceira idade. In: Prado SD, org. **Textos sobre envelhecimento: saúde e condições de vida do idoso**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, v.1, p. 23-43, 1998. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-59281998000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 01 de jul de 2012.

ASSEMBLÉIA MUNDIALSOBRE ENVELHECIMENTO, 2., Madri. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Madri, 12 de abr. de 2002. Disponível em: < http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf> Acesso em: 14 de mar. de 2012.

ASSIS, Mônica [et. al.] Programa de promoção da saúde do idoso : uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.9, n.3, Rio de Janeiro, p.557-581, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf> Acesso em: 15 de jun de 2012;

BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(sup), p.1779-1790, nov, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/03.pdf> Acesso em: 04 de jun de 2012.

BOS, Antonio; Bos, Ângelo. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, v.38, n.1, p.113-120, fev, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de jul. de 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para **entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília : CONASS, 2003. 248p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em 24 de abr de 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 5.109 de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 18 de jun de 2004. p.2 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5109.htm> Acesso em 18 de mar de 2013.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.214 de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 28 de set de 2007, p. 16. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm> Acesso em: 18 de mar de 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família. 2009. Disponível em: <** http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em: 12 de mar de 2012.

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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 05 de abr. de 2012.

BRASIL. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de dez. 1990. p. 25694 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em: 05 de abr. de 2012.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de jul. de 1991. p. 14809. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm> Acesso em: 05 de abr. de 2012.

BRASIL. Lei nº8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de jan. de 1994. Seção 1, p. 77. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-norma-pl.html> Acesso em: 05 de abr. de 2012.

BRASIL. Ministério de Estado da Previdência Social e da Saúde. Portaria Interministerial nº 5.153 MS/MPAS de 7 de abril de 1999. Dispõe a Criação do programa nacional de cuidadores de idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 08 de abr de 1999. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/ProgramaNacionaldeCuidadoresdeIdosos.pdf> Acesso em 18 de mar de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 702 / MS de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 13 de abr de 2002. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf> Acesso em 18 de mar de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 249 SAS/MS, de 16 de Abril de 2002. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 17 de abr de 2002. Disponível em:< http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf> Acesso em: 18 de mar de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas / Agência Nacional de Saúde Suplementar.** - Rio de Janeiro:, Série ANS n.3, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/tendencias_desafios_sistema_saude.pdf> Acesso em: 23 de abr de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.395/GM, de 10 de dez de 1999. Dispõe de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de dez de 1999. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117> Acesso em: 12 de abr. de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607 / MS, de 10 de dez de 2004. Aprova o **Plano Nacional de Saúde/ PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.** Brasília, DF, jan de 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf Acesso em: 15 mai. 2012

BRASIL. Portal da Saúde. Pacto pela Vida, 2008. Apresenta os objetivos e metas prioritárias do Pacto pela Vida. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32062> Acesso em: 15 mai. 2012

BRASIL. Portal da Saúde. **Legislação Básica do SUS**. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm/?portal=pagina.visualizarArea&codArea=320> Acesso em: 12 abr. 2012

BRASIL. Portaria nº 2.528 / MS de 19 de out de 2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out de 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf> Acesso em: 15 mai. 2012.

BRASIL, Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.** Brasília, 2005. 26p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf> Acesso em: 28 de jan de 2012.

BRASÍLIA, DF. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de ago de 1994- Seção 1, p. 13093. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm> Acesso em: 13 de jun. de 2012.

BRASÍLIA, DF. Decreto nº 7.508 de 28 de jun de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de jun de 2011. p.1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 13 de abr. de 2012.

BRASÍLIA, DF. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de out de 2003. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 13 de abr. de 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Phisis -Rev Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1 p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 23 de fev de 2012.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Texto para discussão nº 858. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília. 2002. 31p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf> Acesso em: 05 de jun de 2012.

CAMARANO, Ana Amélia, PASIONATO, Maria Terezaa. O envelhecimento populacional na agenda das políticas publicas. In: Castro AA, organizador. Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p.253-92. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas.pdf> Acesso em: 15 de mar. de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al. Tratado de Saúde Coletiva. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009.871p.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com Dependência:. Responsibilities e Demandas da Família **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v.19, n. 3, junho de 2003.Disponível a partir do http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_ arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 de mar. de 2012

CONFERÊNCIA INTERNACIONALSOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Canadá, 21 de nov. de 1986. Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf> Acesso em: 14 de mar. de 2012.

CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11., 2006. Rio de Janeiro. **Declaração do Rio.** Rio de Janeiro, 25 ago. de 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_rio.pdf> Acesso em: 14 de mar de 2012.

DEPARTAMENTO de Informática do SUS. **Estimativas de 2000 a 2012 utilizadas na publicação "Saúde no Brasil - 2012", segundo faixa etária e sexo.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30970> Acesso em 24 de fev de 2013

FÉLIX, Jorgemar Soares. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional in: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA E SAÚDE 8. 2007. São Paulo. Apresentação de trabalho/seminário. 2007. Disponível em http://www.pucsp.br/ desenvolvimento _humano/Downloads/JorgeFelix.pdf> Acesso em: 15 de mar de 2012.

FREITAS, Elizabete Viana et.al **Tratado de Geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.

GARRIDO, R. MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. 2002 (Supl I): 3-6 Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s1/8849.pdf Acesso em 14 março de 2012

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Educação melhora mas ainda apresenta desafios. Síntese de indicadores sociais . 2008.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&> Acesso em 12 março de 2012

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Disponível em: **<**http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/ caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm> Acesso em: 12 de mar de 2012

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sóciodemográficos e de Saúde no Brasil.** Estudos e pesquisas de informação demográfica e socioeconômica nº 25. Rio de Janeiro, 152p. 2009. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf> Acesso em: 16 de mar de 2012.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-211, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>. Acesso em 20 de set. de 2012.

KARSCH, Ursula. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, nº3, 861-866, jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300019> Acesso em: 12 de nov de 2012.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev Sociedade e Estado**, Brasília, v.27, n.1, p.165-180, jan/abril 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de janeiro de 2013.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**. São Paulo, v4 n.17. Bolina, 2007. 135-140. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf> Acesso em: 10 de nov. de 2012.

MAPAS. Duque de Caxias. 2013. Disponível em: <http://www.webbusca.com.br/pagam/duque_caxias/duque_caxias_mapas.asp> Acesso em: 20 de mai. De 2013.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo os profissionais de hospital geriátrico. **Rev Esc. de Enferm**. USP, São Paulo. V.42, n.1, 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/04.pdf> Acesso em: 15 de mar. de 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo. HUCITEC, 1996. 300p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. Rio de Janeiro:, 2013. *Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Disponível em :* <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=polit> Acesso em: 16 de mar de 2013.

NASRI , Fabio. **O envelhecimento populacional no Brasil.** Einstein, São Paulo; 6 (Supl 1): S4-S6, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/

arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1 %20pS4-6.pdf> Acesso em: 15 abr de 2012.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner Lopes. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** RJ. (Supl 18) S77-S87, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf> Acesso em 10 março de 2012.

NERI,Marcelo; SOARES, Wagner Lopes. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 8. p.1845-1856, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800011> Acesso em 20 abr de 2012.

O BRASIL e os objetivos do milênio. Brasília, Portal Brasil, 2013. **Apresenta os ODM**. Disponível em: http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm Acesso em 14 de mai de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília. 2003. 105p. Disponível em: < http://www.saude.es.gov.br/download/CUIDADOS_INOVADORES_DAS_CONDICOES_CRONICAS.pdf> Acesso em: 12 de jan. de 2012.

PASCHOAL, Sérgio Pacheco. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 255p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. São Paulo. 2000. Disponível em: < http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Trabalhos%20Acad%C3%AAmicos/Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20-%20Idealizada%20e%20Real.pdf> Acesso em: 01 de jul de 2012.

PAULINO, Luciana Fernandes. O fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil e a participação do serviço social. **Revista ¨Em Debate¨**, Rio de Janeiro, n.5, 2006. Disponível em: < http://www.maxwell.lambda.ele.pucrio.br/ 13799/ 13799.PDFXXvmi=LEDxTUmp59VRkPZFswu3sgz2Qe9EbeQWSuuMpSdu39noZm4sTzvmP6pHkzlwNctGH0t8THEWQ2lQoqki0QGQX6zjFUQt7laPlFXgmCeeEB542pn3h4UgbtARorlwNvmabkqzXGNDhTHjk5nDaiTlMtdbVzIK66UirmRp3F3lALGVQ4z2msn9XBlUb5GhcCAEZs4398pJT6FLafNxIcIHO4D0ajimVT2Vm60vfpgavVWHbLfUXXDN3gOeA7Cv2Eso> Acesso em: 23 de janeiro de 2013.

PMDC, Prefeitura de Municipal de Duque de Caxias**. Apresentação das unidades de saúde do Município.** 2013. Disponível em: <http://duquedecaxias.rj.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=224&Itemid=340> Acesso em 06 de jan de 2013.

SAAD, Paulo M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. In: GUIMARÃES, José Ribeiro Soares. **Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações.** Campinas: ABEP, 2006. p.153-166

SEBRAE. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Informações Socioeconômicas do Município de Duque de Caxias. Rio de Janeiro. 2011**. 14p. Disponível em: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/3C0F2AE4C6B74D7B83257950005F787B/$File/Duque%20de%20Caxias.pdf> Acesso em 13 de mar de 2013

SILVA, Marina da Cruz. O processo do envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 30 de jul. de 2012.

SOUZA, Antônio Bonifácio Rodrigues**. Filosofia da Saúde**. Fundamentação para uma Práxis Educativa. Rio de Janeiro: Galenus, 2012. 154p.

SOUZA, Ana Inês. A visão das mulheres idosas em relação à atenção à saúde e o apoio social em uma localidade de baixa renda do Rio de Janeiro [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

SOUZA, Geórgia Costa de Araújo; COSTA, Íris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Rev Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19 p.509-517, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf> Acesso em: 24 de abr. de 2012.

SOUZA, A. SUS muito longe da perfeição. **Jornal O Globo.** Rio de Janeiro, 02 de março de 2012. Folha O País, p.3

VERGARA, Sylvia Constant. **Relatórios de Pesquisa em Administração**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2007 VIANA, Ana Luiza D`Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.18, n.4, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400004> Acesso em: 30 de jul de 2012.

WAJNMAN, Simone; OLIVEIRA, Ana Maria; OLIVEIRA, Elzira Lúcia. Os Idosos no Mercado de Trabalho: Tendências e Consequências. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Capítulo 14. Disponível em: < http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf> Acesso em:30 de jul de 2012.

YIN, Robert R. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

93 74 4966 - Ione

UNIVERSIDADE
UNIGRANRIO

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO - *Prof. José de Souza Herdy*
Reconhecida pela Portaria MEC 940/94 D.O.U. de 16 de junho de 1994
Escola de Ciências Sociais Aplicadas - ECSA
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA
Mestrado em Administração
Reconhecido pela CAPES D.O.U. de 12 de julho de 2006

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO – *Prof. José de Souza Herdy*
Reconhecida pela Portaria MEC 940/94 D.O.U. de 16 de Junho de 1994
PRÓ - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PROPEP
Mestrado em Administração - Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

Ofício de nº 1

Da: Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração

Para: Secretaria Municipal de Saúde Duque de Caxias

Venho pelo presente documento solicitar autorização para que a nossa aluna do Mestrado em Administração da Unigranrio, Ione Andrade Loureiro, RG.010.028.663-2 DETRAN/RJ, realize sua pesquisa de campo nas unidades de saúde sob gestão desta Secretaria. Os dados coletados subsidiarão a dissertação desta aluna, cujo tema é *"Estudo e análise crítica da Política de Saúde Pública do Brasil referente as ações direcionadas para atenção ao idoso: o caso de Duque de Caxias"*.

Professora Rejane Prevot Nascimento
Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Administração
UNIGRANRIO

Ao gab. do Secretário

Antônio Carlos Russano
Subsecretário de Administração e Gestão de Pessoas
Matrícula ... CRM 5251293-0

Autorizo a realização do estudo em questão

Dr. Camillo L. C. Junqueira
Secretário Municipal de Saúde
Mat.: 20802-5 / CRM: 52518972

11/03/13.

Campus Lapa
Rua da Lapa 86 / 9º andar.
Rio de Janeiro – RJ
CEP 20.0021-180

UNIVERSIDADE
UNIGRANRIO

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO – *Prof. José de Souza Herdy*

Reconhecida pela Portaria MEC 940/94 D.O.U. de 16 de Junho de 1994

PRÓ - REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA – PROPEP

Mestrado em Administração - Programa de Pós-Graduação em Administração – PPGA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ autorizo a minha participação na pesquisa de campo para coleta de dados a fim de elaboração da dissertação de mestrado da aluna Ione Andrade Loureiro, cujo tema é: **Estudo e análise crítica da Política da Saúde Pública do Brasil: o caso da atenção ao idoso.**

- A pesquisadora se compromete a utilizar os dados somente para esta pesquisa e com finalidade de publicação;
- As informações obtidas nesta pesquisa serão avaliadas em conjunto com as informações das outras pessoas pesquisadas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa;
- Não terei nenhuma despesa decorrente da participação na pesquisa, em qualquer fase do estudo, como também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.

Assino este documento em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará comigo e a outra será entregue à pesquisadora.

_____, _____ de _____ de 2013

_____

Participante

_____

Ione Andrade Loureiro - Pesquisadora