

A photograph of a business meeting. A man in a dark blue suit and tie is leaning over a silver laptop, looking intently at the screen. To his left, a woman with blonde hair in a grey blazer is looking towards the laptop. To his right, another woman in a dark jacket is partially visible. The background is a blurred office setting with a window and some papers on a wall.

A Gestão Estratégica na Administração 3

 Editora
Atena

Ano 2018

Atena Editora

A Gestão Estratégica na Administração 3

Atena Editora
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Edição de Arte e Capa: Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

G393 A gestão estratégica na administração [recurso eletrônico] /
Organização Atena Editora. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora,
2018.
3.387 kbytes – (Administração; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-11-6

DOI 10.22533/at.ed.116283107

1. Administração. 2. Planejamento estratégico. I. Atena Editora.
II.Série.

CDD 658.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

E-mail: contato@atenaeditora.com.br

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ASCENSÃO PROFISSIONAL E PESSOAL ATRAVÉS DE UM PROGRAMA DE COACHING	
<i>Thaís Furtado Mendes</i>	
<i>Rafael José Ferreira Inácio</i>	
<i>Lucivone Maria Peres de Castelo Branco</i>	
CAPÍTULO 2	14
A INOVAÇÃO DE PROCESSOS E EFICIÊNCIA PRODUTIVA: O CASO DA INDÚSTRIA AUTOMOBILÍSTICA EM GOIÁS	
<i>Euclides Fernandes dos Reis</i>	
<i>Sara da Costa Fernandes</i>	
<i>Vagner Rosalem</i>	
CAPÍTULO 3	25
A INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DA ADMINISTRAÇÃO: ESTUDO NUMA UNIVERSIDADE DO MEIO OESTE DE SANTA CATARINA	
<i>Silvia Marina Rigo</i>	
<i>Gilberto Medeiros Borges Junior</i>	
<i>Liliane Josefa Orso Pinheiro</i>	
<i>Cristina Keiko Yamaguchi</i>	
<i>Rodrigo Regert</i>	
CAPÍTULO 4	34
ANÁLISE DE CUSTOS DE RECURSOS NATURAIS: ESTUDO DE CASO EM UMA EMPRESA DE PRODUTOS DE MINERAÇÃO NA REGIÃO OESTE DO PARANÁ	
<i>Germano de Paula</i>	
<i>Werner Engel</i>	
<i>Rosemeri Magagnin Kochen</i>	
<i>Susã Sequinel de Queiroz</i>	
CAPÍTULO 5	48
CENTRALIDADE E DENSIDADE APLICADA AO CONDOMÍNIO EMPRESARIAL FERROESTE	
<i>Alfredo Mosael Kloster</i>	
<i>Marcos de Castro</i>	
<i>Juliane Sachser Angnes</i>	
CAPÍTULO 6	67
COMPARATIVO ENTRE OS PARTIDOS POLITICOS DE 1982 E APÓS A LEI 9504/97, PARA VEREADORES: O CASO DOS SEIS MAIORES COLÉGIOS ELEITORAIS DO PARANÁ	
<i>Augusto Cesare de Campos Soares</i>	
<i>Antonio Marcos Flauzino dos Santos</i>	
<i>Edmilson Aparecido da Silva</i>	
<i>Neuza Corte de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 7	80
DETERMINANTES DA EVASÃO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS DA UFPI	
<i>Mario Fernandes Lima</i>	
<i>Helder Araujo de Carvalho</i>	
<i>Jefferson Ricardo do Amaral Melo</i>	
<i>Janaína Pereira de Miranda Lima</i>	
CAPÍTULO 8	91
ENDIVIDAMENTO DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS E PLANEJAMENTO FINANCEIRO: PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO	
<i>Fabricio Pelloso Piurcosky</i>	

Sheldon William da Silva
Jeferson Vinhas Ferreira
Pedro dos Santos Portugal Junior
Claudio Silva Palmuti
Felipe Flausino de Oliveira

CAPÍTULO 9 105

ESTUDO DE VIABILIDADE TÉCNICA E ECONÔMICA PARA SUBSTITUIÇÃO DE LÂMPADAS FLUORESCENTES TUBULARES POR LED

Paulo André Dias Jácome
Breno Felipe Ribeiro Leite

CAPÍTULO 10 124

GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA PARA IDOSOS – O CASO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ

Ione Andrade Loureiro
Maria Cristina Fogliatti de Sinay
Laura Sinay
Iluska Lobo Braga

CAPÍTULO 11 144

GRAU DE COMPLEXIDADE TECNOLÓGICA DAS ATIVIDADES DE P&D DAS SUBSIDIÁRIAS DE MULTINACIONAIS E OS SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA

Roberto Costa Moraes

CAPÍTULO 12 157

INADIMPLÊNCIA NO SERVIÇO DE INTERNET: UM ESTUDO DE CASO SOBRE AS SUAS CAUSAS EM UMA EMPRESA DE TELECOMUNICAÇÕES DE PALMEIRA DAS MISSÕES – RS

Mariane Daros
Nelson Guilherme Machado Pinto

CAPÍTULO 13 174

METODOLOGIA ATIVA NO PROCESSO DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM PARA O PROCESSO DECISÓRIO

Adival de Sousa Monteiro
Gabriel Luís da Conceição
Paloma de Lavor Lopes
Sheila Maria de Souza Santos
Waldemar Vicente Júnior

CAPÍTULO 14 188

MODELOS DE NEGÓCIOS COMO UNIDADE DE ANÁLISE: UM ESTUDO COMPARATIVO

Bruna Habib Cavazza
Thais Assis de Souza
Luiz Guilherme Rodrigues Antunes
Andréa Aparecida da Costa Mineiro
André Luiz Zambalde

CAPÍTULO 15 208

O COMPORTAMENTO INDIVIDUAL E SUA INFLUÊNCIA NA CULTURA ORGANIZACIONAL DO HOTEL BAEZA NA CIDADE DE GOIATUBA- GO

Thaís Furtado Mendes
Everton Sousa Pereira
Lucivone Maria Peres de Castelo Branco
Michelly Cândida Campos
Samylla Aparecida Silva

CAPÍTULO 16	221
OS EFEITOS DO COMING OUT NA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	
<i>Giovanna Belfort Moreira</i>	
<i>Fabiula Meneguete Vides da Silva</i>	
CAPÍTULO 17	237
PERCEPÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO NATURALEMDR3DS NO SUPORTE AO TRATAMENTO DE TRAUMAS CAUSADOS PELA VIOLÊNCIA	
<i>Rosa Amelita Sá Menezes da Motta</i>	
<i>Gerson Gomes Cunha</i>	
<i>Luís Alfredo Vidal de Carvalho</i>	
<i>Altemar Sales de Oliveira</i>	
<i>Saulo Barbará de Oliveira</i>	
<i>Viviane Farias do Nascimento</i>	
CAPÍTULO 18	250
PRESENTEÍSMO: A SAÚDE OCUPACIONAL, RELAÇÕES E CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DO TRABALHO, OBSERVANDO A CONTRIBUIÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	
<i>Hellen Daici Scariotte</i>	
<i>Marcos Fabricio Juszczak</i>	
CAPÍTULO 19	258
QUALIDADE DO ATENDIMENTO NA EMPRESA ALTO PADRÃO LABORATÓRIO	
<i>Lucivone Maria Peres de Castelo Branco</i>	
<i>Thaís Furtado Mendes</i>	
<i>Amanda Gabriela Scofoni da Costa</i>	
CAPÍTULO 20	273
TRABALHO, MAS NÃO TENHO EMPREGO: UM ESTUDO SOBRE O PERFIL DOS VENDEDORES AMBULANTES DA GRANDE VITÓRIA-ES	
<i>Marcelo Loyola Fraga</i>	
<i>Bruna Pereira Modzelewski</i>	
<i>Gideão Costa de Oliveira</i>	
<i>Rafaella Bazoni Rossi</i>	
<i>Muryan Passamani da Rocha</i>	
CAPÍTULO 21	285
UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA: BLOGS NAS AULAS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	
<i>Rosa Amelita Sá Menezes da Motta</i>	
<i>Altemar Sales de Oliveira</i>	
<i>Biancca Scarpeline de Castro</i>	
SOBRE OS AUTORES	297

GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA PARA IDOSOS – O CASO DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS-RJ

Ione Andrade Loureiro

Professora na Escola de Ciências da Saúde
UNIGRANRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Maria Cristina Fogliatti de Sinay

Professora do Programa de Pós-Graduação em
Administração da UNIGRANRIO

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Laura Sinay

Professora do Departamento de Ciências
Ambientais da UNIRIO (Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro).

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Iluska Lobo Braga

Professora da Faculdade de Rondônia

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

RESUMO: O Sistema Único de Saúde Brasileiro, criado há mais de 20 anos, é atualmente ineficiente neste país, pois está longe de atingir o seu objetivo original de prestação de serviços de saúde de qualidade para todos os cidadãos. As deficiências do sistema levaram a população brasileira beneficiada economicamente a optar por planos de saúde privados e com a população idosa crescendo, algumas estratégias começaram a ser implementadas para melhorar a saúde deste grupo. Este artigo apresenta um estudo de caso visando um diagnóstico do Programa de Saúde Pública para idosos

implementados no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, onde 10% da população pertence a essa faixa etária. Trata-se de uma pesquisa aplicada, com revisão da bibliográfica e estudo de campo considerando entrevistas com gestores, profissionais da área de saúde e pessoas idosas que utilizam o serviço de saúde nos postos de saúde do município estudado. Dos resultados das entrevistas aplicadas podem se destacar as seguintes necessidades: contratação de gerentes e profissionais de saúde com formação especializada e promoção de formação continuada; disseminação das melhores práticas, evitando as diferenças de gestão; promoção de estabilidade dos profissionais envolvido nos serviços evitando a descontinuidade do trabalho e também contemplando a dedicação exclusiva a este serviço; investimento na contratação de maior números de profissionais e na promoção de equipes homogêneas; adaptação da infraestrutura facilitando o acesso e a circulação interna e continuidade no atendimento dos idosos incapazes de sair de suas casas.

Destaca nos resultados dessa pesquisa necessidades de melhorar o sistema de gestão, de reestruturá-lo e de investir mais e melhor, estando esses fatores correlacionados.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde para idosos. Gestão pública da Saúde. Serviço Público de Saúde.

ABSTRACT: The Brazilian Public Health System, created more than 20 years ago, is currently inefficient in this country, as it is far from achieving its original goal of providing quality health services to all citizens. The deficiencies of the system led the Brazilian population economically benefited to opt for private health plans and, with the elderly population growing, some strategies began to be implemented to improve the health of this group. This article presents a case study aiming at a diagnosis of the Public Health Program for the elderly as implemented in the city of Duque de Caxias, Rio de Janeiro, where 10% of the population belongs to this age group. This is an applied research, with bibliographical review and field study considering interviews with managers, health professionals and elderly people who use the health service in the health posts of the studied municipality. From the interviews the following results can be highlighted: hire managers and health professionals with specialized training, promote continuing education; disseminate best practices, avoiding differences in management; promote the stability of the professionals involved in the service avoiding the discontinuity of work and also contemplate the exclusive dedication to this service, invest in hiring more health professionals promoting homogeneous teams; adapt the infrastructure facilitating access and internal circulation and continue the care of elderly people unable to leave their homes.

KEYWORDS: Health program for the elderly. Health public administration. Health public service.

1 | INTRODUÇÃO

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 27 anos. Este sistema está longe de alcançar seu objetivo original, qual seja o atendimento de todos aqueles que o procuram, objetivo este esboçado para cumprir o artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988, onde diz ser dever do Estado prover de atendimento de saúde a todos os cidadãos.

Essa ineficiência vem de muito tempo, conforme publicado por Mendes (1996) que apontava em seu trabalho três escolas de pensamento para explicar a crise do sistema brasileiro de saúde. Para a primeira escola ou incrementalista, os problemas do SUS foram causados pela falta de investimento suficiente no setor; para a segunda escola, ou racionalista, a ineficiência dos órgãos e entidades responsáveis pela saúde pública foram às causas do problema, enquanto que a terceira escola ou a estruturalista defende a necessidade de reestruturação de todo o sistema.

Segundo reportagem divulgada em março de 2012 pelo Jornal O Globo, (SOUZA, 2012) apenas 6,2% dos municípios do país tem serviço público de boa qualidade. Para o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha (2011-2014), 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.

As deficiências do SUS levaram a população brasileira mais beneficiada do ponto de vista econômico a escolher planos de saúde privados. O estudo desenvolvido por Neri & Soares (2002) mostrou que aproximadamente 25% da população pagou, naquele ano, por planos de saúde privados, proporção que se manteve estável nos anos seguintes como pode ser visto nos dados do Sistema de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Mas, mesmo assim, os problemas do SUS permanecem, reforçando a necessidade de uma política de saúde pública visando o atendimento da demanda da maioria da população brasileira.

Essa situação levou alguns estudiosos como Santos, Francisco e Gonçalves (2016), a avaliar a eficiência das aplicações das verbas públicas no setor de saúde do país, especialmente uma vez que, após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, os recursos financeiros necessários para esse setor migraram do Ministério da Saúde para os cofres municipais seguindo o princípio de descentralização de forma um tanto radical. Assim, a distribuição desses recursos ficou dependente dos gestores municipais. Esses pesquisadores confirmaram os resultados das estatísticas apresentadas em 2013 pela Organização Mundial de Saúde sobre os níveis de despesas para o setor; Santos et al (2016) mostraram que a do País, região sudeste no período de 2008 a 2014 apresentava um nível apenas médio de desempenho em Saúde para os investimentos aplicados no setor na época observada.

Os resultados publicados por Braga, Ferreira e Braga em 2015 também apontam para evidências significativas sobre a baixa eficiência da alocação de recursos para o atendimento primário de saúde que levaram a proposta desses autores sobre a necessidade de intervenções e ações proativas, não só nos aspectos técnicos, bem como na própria gestão do Serviço de Saúde Pública brasileira.

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).

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 impacta de forma negativa contribuindo para que as políticas sociais e econômicas não oportunizem acesso aos serviços de saúde. Esse estudo aponta que a expectativa de vida ao nascer que em 1940 era de 45,5 anos, em 2008 era 72,7 anos, podendo 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. O crescimento da população idosa brasileira, tanto em termos absolutos como relativos, tem provocado alterações profundas na sociedade, alterações estas já sentidas 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).

A oferta de diversos programas, projetos e políticas de saúde é considerada como avanço do SUS. Já sua completa implementação, associada ao seu financiamento, 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, são a que mais necessita (p.503).

Com o objetivo de diagnosticar a gestão da informação dos postos de saúde que implementaram o Programa de Saúde para os Idosos no município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro, o presente trabalho realizou uma pesquisa de campo junto aos gestores, os profissionais que trabalham com os idosos e os próprios idosos que são atendidos nesses postos.

2 | FUNDAMENTAÇÃO

Alguns pesquisadores como Küchemann (2012), Saad (2006), Félix (2009) e Silva (2005), vêm ressaltando a questão do envelhecimento em nível mundial e principalmente no Brasil, versando a respeito de suas consequências, como a transição demográfica e suas repercussões, assim como as necessidades que o contingente de idosos 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 vem acontecendo rápido em um contexto de desigualdades sociais, o que desencadeia o mau funcionamento dos sistemas de seguridade social e de saúde pública.

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 e as vacinas e antibióticos são potencializadores para o aumento da expectativa de vida no Brasil; segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), o brasileiro vive em média 25 anos a mais do que vivia em 1960.

Quanto à participação da população idosa na economia, Camarano (2002)

identificou em sua pesquisa que a situação do idoso no país melhorou no período entre 1981, quando aproximadamente 21% dos idosos não tinham renda, a 1998, quando essa taxa caiu para 12%, devido, principalmente, ao aumento de mulheres com algum rendimento, a universalização da seguridade social e a ampliação da previdência rural.

A população idosa apresenta demandas importantes na saúde, não só pela necessidade de mais serviços, como também pela demanda de novas metodologias de atendimento diferenciadas, com maior intensidade e duração na utilização de equipamentos e serviços. O idoso precisa de avaliação global objetivando sua independência, com 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.

O 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, deve ser levado em consideração junto com fatores econômicos para medir a qualidade de vida (OMS, 2003).

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 jovem sofre mais de doenças infecciosas e parasitárias (com perfil agudizado), a população de idosos sofre mais com doenças não transmissíveis (de caráter crônico-degenerativo) e tende a desenvolver dependência e perda da autonomia, fatores esses que aumentam a demanda por serviços e requerem intervenções custosas e por vezes de alta tecnologia:

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 tratam tais agravos de forma episódica e emergencialista, não realizando a correta abordagem.

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.

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.

Outros aspectos como o estudo da economia e do ambiente urbanos e das

idades são ressaltados por Félix (2009) e por Ianni e Quitério (2006) uma vez que estes setores influenciam diretamente na qualidade de vida desta faixa etária.

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 MASSAROLLO, 2008).

Mendes (1996) e Souza e Costa (2010) desenvolveram estudos a respeito do SUS, mostrando seus principais avanços e deficiências. Segundo estes autores, a principal mudança está relacionada à 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 denomina atualmente de Estratégia de Saúde da Família-ESF, que segundo Brasil (1997):

[...] 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 frequentes, 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.

Em 1994, havia no Brasil apenas 300 equipes atuantes, enquanto que em 2009 havia 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)).

Cabe às autoridades incorporarem em suas agendas políticas e ações que de fato atendam adequadamente à população idosa, suprimindo suas demandas.

2.1 Sistema Único de Saúde e Políticas Públicas para o Idoso No Brasil

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 as desigualdades causadas pela estratificação social.

As Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 regulam, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde a serem executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado e dispõe, ainda, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Dentre os objetivos do SUS contemplados na Lei 8.080 estão à 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, com a integração de ações preventivas e assistenciais. Esses objetivos serão alcançados respeitando os Princípios e Diretrizes previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, quais sejam, 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 à alocação de recursos e a participação da comunidade para um melhor desenvolvimento do SUS.

No decorrer dos 27 anos do SUS, algumas mudanças gerais 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 redefiniu 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).

De acordo com Souza (2001) as ações brasileiras de proteção ao idoso não foram iniciativas exclusivas do Brasil, mas sim de âmbito internacional, a partir do resultado da Assembléia Mundial de Saúde que ocorreu em 1978. Após essa Assembléia, outros eventos como a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena 1982 e a Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri 2002, colaboraram no sentido de embasar, instrumentalizar e subsidiar a construção de políticas direcionadas à pessoa idosa a nível mundial, destacando a importância de se envelhecer com segurança e dignidade, continuando sua participação na sociedade.

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 promover a sua autonomia, integração e participação concreta na sociedade (BRASIL, 1994).

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).

Simultaneamente, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria de nº 280, tornando obrigatório o acompanhamento, por parte de um familiar ou outra pessoa, 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.

Em 2002, o Ministério da Saúde - 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 e de hospitais que integrarão estas Redes, de acordo com as condições de gestão encontradas nas secretarias dos estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 2002).

Na tentativa de adequar-se às novas demandas da sociedade, 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 idosas, garantindo-lhes 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 assim como 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, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (Brasil. 2003).

Pelo Decreto nº 5.109 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI que tem como função elaborar diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso-PNI, objetivando as linhas de ação e as diretrizes dispostas no Estatuto do Idoso, além de acompanhar e avaliar sua execução (BRASIL, 2004), e em 19 de outubro de 2006 a Portaria nº 2.528 criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em 2010, a Lei 12.213 de 20 de janeiro criou o Fundo Nacional do Idoso com vistas a financiar os programas e ações relacionados com os idosos, 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).

Na Figura 1 apresentam-se as ações implementadas no Brasil desde 1994 consideradas importantes avanços na legislação brasileira em relação aos idosos.

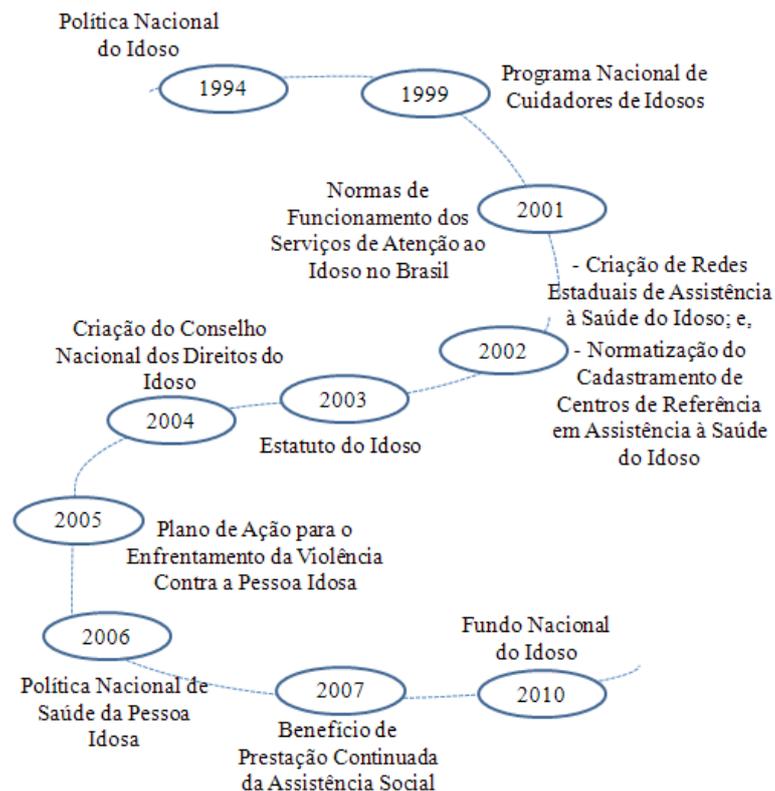


Figura1: Política Nacional para Idosos no Brasil

Fonte: Figura produzida pelas autoras

3 | METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se por ser uma pesquisa aplicada de natureza qualitativa, 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. Quanto aos meios utilizou-se de entrevista de campo onde o universo da amostra foi constituído pelos grupos envolvidos diretamente no trabalho com pacientes idosos, sendo a amostra analisada constituída por indivíduos representativos no tema da pesquisa.

A pesquisa de campo constituiu-se de entrevistas semiestruturadas, para o que, foram elaborados três questionários aplicados nos sujeitos da pesquisa, quais sejam: gestores e profissionais das unidades de saúde que desenvolvem ações para a população de idosos nos postos de saúde do município de Duque de Caxias e os próprios idosos que recebem o atendimento.

Os questionários foram preparados embasados nas políticas e ações abrangidas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, observando os procedimentos a serem seguidos por diretores/gestores de postos de saúde e os profissionais que atuam nesses locais. Cabe ressaltar que a realização desta pesquisa foi aprovada por um documento assinado pelo secretário de Saúde do Município de Duque de Caxias, Dr. Camilo Junqueira, e todos os entrevistados assinaram um documento aprovando a sua participação no estudo e autorizando a divulgação dos resultados após o tratamento

estatístico sobre as informações levantadas.

O questionário dirigido aos diretores/gestores dos postos de saúde pública inclui questões sobre os critérios de inclusão e formas de acesso, sobre o tempo médio de espera para o serviço nos estabelecimentos; sobre a composição das equipes de trabalho e sobre as possibilidades de aumentar o número destas equipes; sobre a relação ou não de ações de cuidados globais e sobre a existência de grupos que promovem o auto-cuidado. Como existem sete postos de saúde em Duque de Caxias direcionados para o cuidado dos idosos, os sete diretores constituíram o grupo entrevistado.

Foram entrevistados vinte e sete profissionais, entre assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, que estão diretamente envolvidos no Programa de Saúde do Idoso implementado nos postos de saúde de Duque de Caxias. Uma vez que os questionários foram distribuídos quatro dos profissionais acima mencionados preferiram abster-se por não conhecer o sistema devido ao curto tempo de trabalho no mesmo. Portanto, 23 questionários foram preenchidos representando 74% dos profissionais que responderam sobre seus tempos de atuação no programa, sobre a sua formação e treinamento profissional, sobre a identificação e o reconhecimento da rede de apoio social para pessoas idosas, sobre a atenção especial dada aos idosos com dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária, sobre o estímulo que visa promover a sua independência, sobre a implementação efetiva de ações de solidariedade com o idoso com dificuldade e suas famílias, sobre a criação de grupos de auto ajuda entre os cuidadores e sobre ações aplicadas para o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Um total de 68 idosos que frequentam o Programa de Saúde para Idoso-PSI foram entrevistados nos 7 postos de saúde do município de Duque de Caxias. Apesar desta amostra ser bastante limitada, seus resultados permitem conclusões sobre a execução do programa a partir das perspectivas desta faixa etária. Os idosos foram convidados a expressar suas opiniões sobre o tempo de espera para consultas, sobre como acessar o programa, sobre sua satisfação com ele e sua relação com os profissionais que participam do mesmo. Eles também expressaram seus pontos de vista sobre as ações que podem melhorar o serviço a eles oferecido.

A seguir apresenta-se um breve histórico da origem do município de Duque de Caxias, caracterizando-se o mesmo em relação ao número de habitantes, respectiva renda familiar média, PIB e IDH seguido dos resultados obtidos na pesquisa desenvolvida nos três segmentos apresentados.

3.1 O Município de Duque de Caxias

O Município de Duque de Caxias, RJ, fundado em dezembro de 1943 pelo Decreto Estadual nº 1.055, desenvolveu-se num ritmo acelerado, impulsionado por um parque industrial instalado na região, Parque de Indústrias, que constituiu fator

de desenvolvimento acelerado, sendo que a refinaria de petróleo deu considerável estímulo à economia do município devido ao seu extraordinário conjunto petroquímico em expansão (IBGE, 2010).

O município está dividido administrativamente em 4 distritos, com um total de 855,048 habitantes conforme o censo IBGE 2010, com ampla participação das famílias na classe econômica com rendimentos em torno de \$ 1,400.00 (SEBRAE, 2011).

Conforme dados do SEBRAE de 2011 o Produto Interno Bruto-PIB de R\$ 32.266.076 corresponde a 13,86% do PIB da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro enquanto que o Índice de Desenvolvimento Humano-IDH de 0,753 classifica o município na 52ª posição estadual. Assim, enquanto o PIB aponta para um bom posicionamento nacional do município, o IDH o apresenta como 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 e os que lá moram apresentam menor escolaridade e desempenham tarefas com baixo salário.

Dados da CEPERJ(2013) mostram que o município tem um total de 855.048 habitantes, sendo este total composto de aproximadamente 10% de idosos.

As instituições públicas de saúde que prestam serviço ao grupo estudado, segundo o site oficial do município são 3 hospitais municipais e 1 hospital estadual, 18 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-hospitalares que atendem 24h e que também realizam serviço ambulatorial (PMDC, 2013).

4. RESULTADOS

Neste subitem são apresentados os resultados obtidos nas entrevistas realizadas com os gestores e com os profissionais dos postos de saúde avaliados e com os idosos que buscam atendimento nos mesmos.

4.1 Diretores/Gestores dos Postos de Saúde

Das 28 unidades de saúde identificadas no item anterior, apenas 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 foram compiladas. Destas respostas, apresentadas graficamente na figura 2, podem ser ressaltados os seguintes resultados.

A falta de informação por parte desses em relação às ações que estão sendo desenvolvidas sob sua gestão ficou evidente, pois 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 Política Nacional de Saúde do Idoso-PNSI.

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.

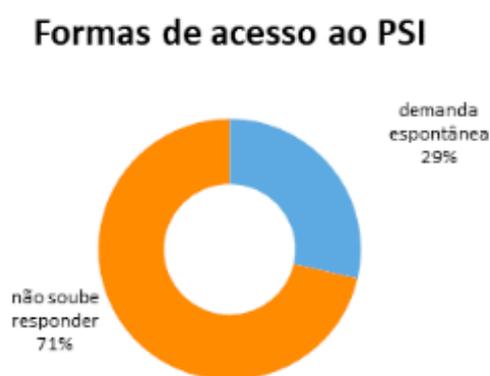
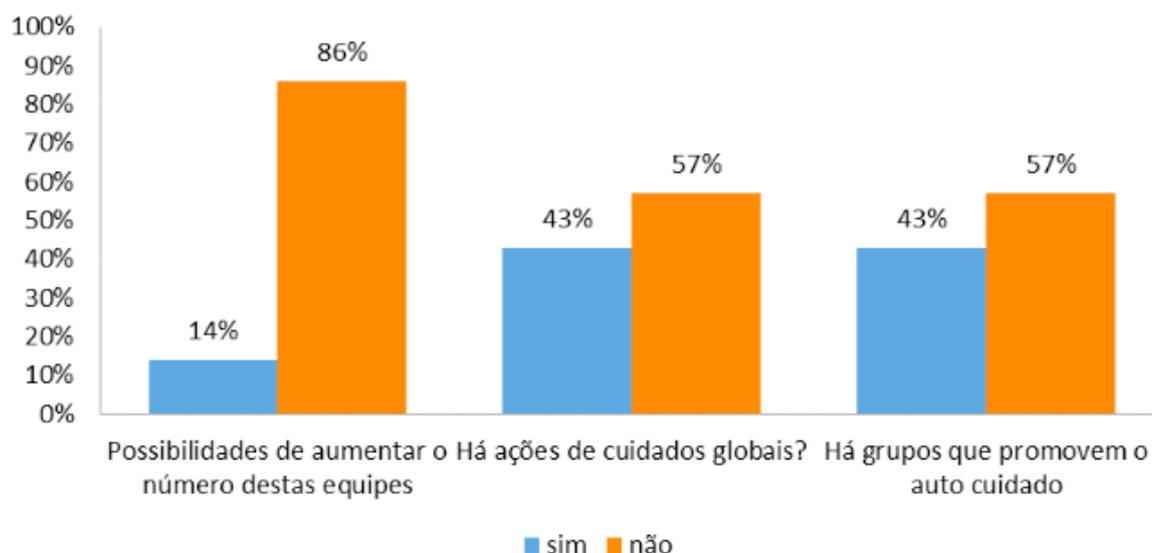


Figura 2: Respostas obtidas dos Gestores dos Postos de Saúde

FONTE: Elaborado pelas autoras.

As equipes que compõem o PSI em cada posto de saúde apresentaram variações importantes: enquanto há postos de saúde em que a equipe é composta por enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social, outras contam apenas com o enfermeiro e com o médico e algumas contam apenas com o enfermeiro. Os gestores justificam as composições diferentes das

equipes entre os postos por conta das mudanças governamentais que ocorrem a cada 4 anos, gerando troca dos profissionais e dos gestores. A maior parte dos profissionais que executam o programa estudado tem como vínculo empregatício o sistema de cooperativa, o que os torna mais vulneráveis a essas mudanças e conseqüentemente não lhes permite maior comprometimento com o trabalho.

A maior parte dos gestores considera necessário o aumento do número de profissionais que atuam no PSI. 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. Desta forma, dedicação ao PSI e a qualidade do trabalho realizado se encontram comprometidos.

Quando questionados a respeito da realização de abordagem global dos 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 apontaram-se dificuldades de realizar tais eventos em virtude da falta de infraestrutura das unidades de saúde.

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

4.2 Profissionais dos Postos de Saúde

Em relação aos profissionais que participam diretamente no Programa de Saúde para Idosos-PSI 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 ou por desconhecerem o sistema devido ao pouco tempo de atuação no mesmo, ou porque os que trabalham em equipe decidiram responder em conjunto. Assim, foram preenchidos 23 questionários representando um total de 74% da população. Das respostas, apresentadas graficamente na figura 3, podem ser ressaltados os seguintes resultados.

A falta de capacitação dos profissionais foi um problema identificado tendo em vista que apenas 23% dos profissionais ou contam com especialização, em geriatria ou gerontologia, ou estão cursando a mesma.

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 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, confirmando a resposta dos gestores.

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.

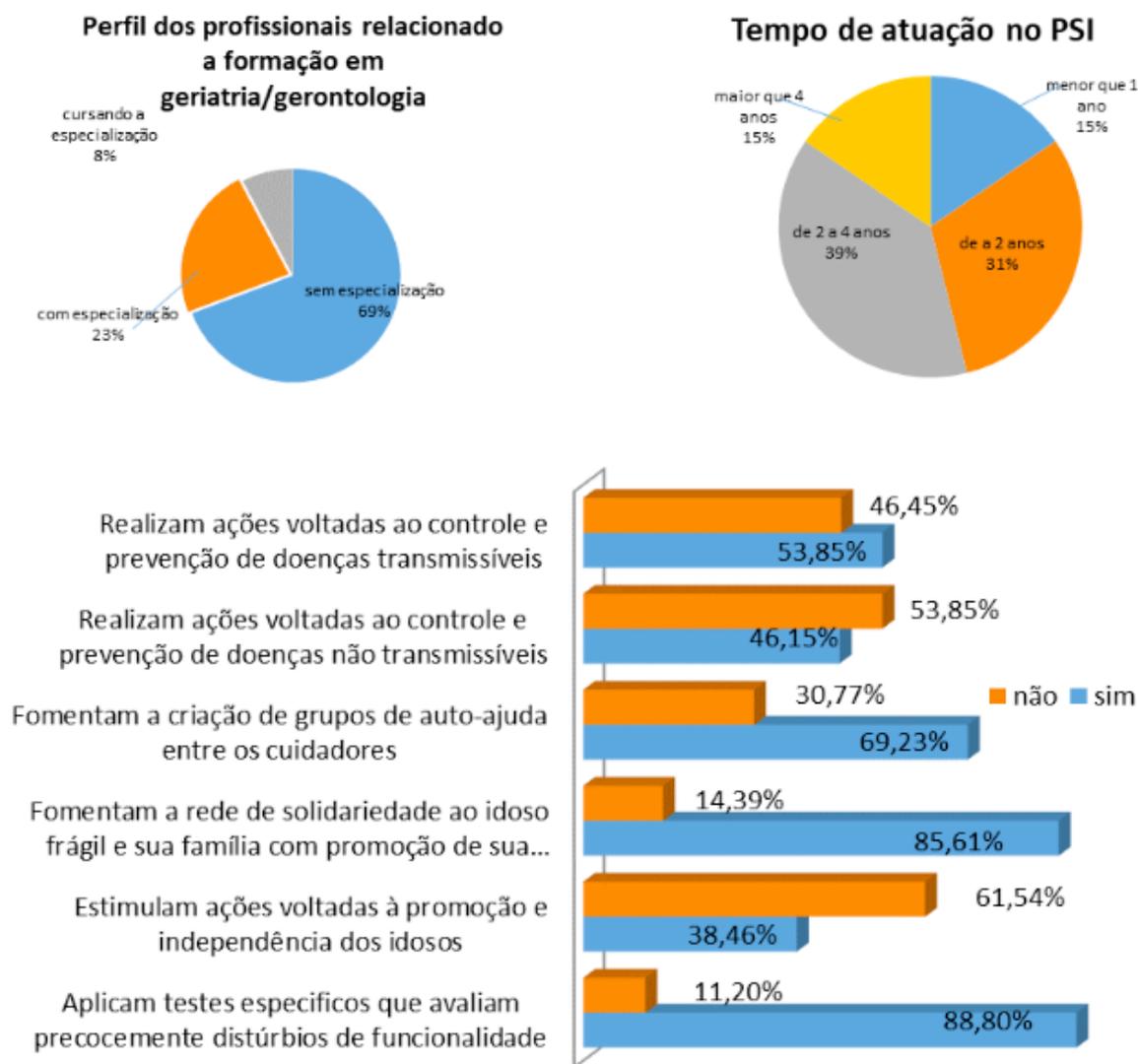


Figura 3: Respostas obtidas dos Profissionais dos Postos de Saúde

FONTE: Elaborado pelas autoras.

Quando perguntamos sobre os principais problemas que os pacientes idosos atendidos apresentam, foram destacadas: 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 socioeconômica que não facilita a aderência aos hábitos saudáveis para promoção de qualidade de vida e a dificuldade de acesso dos idosos ao posto de saúde, principalmente para cadeirantes.

Sobre as deficiências do PSI que deveriam ser sanadas a fim de melhorar o serviço, os entrevistados apontaram: a falta de incentivo no sentido de realizar ações de orientações à saúde, incluindo informações a respeito dos direitos da pessoa idosa;

a falta de atividades que propiciem mais autonomia e desenvolvimento cognitivo para os idosos frágeis como atividades educativas, de arte e de lazer; a infraestrutura inadequada para o atendimento; a falta de apoio por parte da gestão dos postos de saúde; a falta de comunicação entre as equipes de PSI e ESF no próprio município; ao frágil vínculo dos profissionais com os idosos atendidos no PSI; ao escasso tempo para se dedicar exclusivamente ao PSI no posto de saúde e a falta de materiais como a Caderneta de Saúde da pessoa idosa.

E sobre as ações que o PSI poderia desenvolver a fim de melhorar o serviço, foram mencionados a disponibilização de transporte para que o idoso com deficiência possa ir até o posto de saúde; a capacitação do cuidador e o fornecimento de medicações especiais, como aqueles para o tratamento da doença de Alzheimer.

Verificou-se bastante aproximação entre a visão dos gestores e a dos profissionais dos postos de saúde que implementam o PSI em Duque de Caxias. Ponto em comum é a necessidade de aumentar o número de profissionais que atuam no PSI assim como a necessidade destes terem capacitação em áreas como a gerontologia e a necessidade de desenvolver grupo de autoajuda para os cuidadores. A troca da gestão municipal foi apontada por estes dois grupos como causa principal de descontinuidade dos respectivos trabalhos no PSI e os profissionais das equipes de trabalho solicitaram maior apoio no dia-a-dia por parte dos gestores dos postos.

4.3 Idosos

Foram entrevistados um total de 68 idosos que participam do Programa de Saúde para Idosos-PSI, sendo a amostra composta por idosos de todos os 7 postos de saúde investigados. Das respostas, apresentadas graficamente na figura 4, podem ser ressaltados os seguintes resultados.

O tempo de espera para a realização das consultas nos postos de saúde apresentaram variações expressivas, ficando a maioria, 39,7%, com o tempo de 3 meses, confirmando as respostas dos outros dois grupos.

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.

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 à questão de saúde e social foram 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 dos idosos.

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. Assim sendo, os idosos tendem a se mostrar gratos por todo tipo de

atenção recebida. Foi também percebido, que os idosos da amostra pesquisada não têm conhecimento adequado sobre os seus direitos.

Foram pontuados pelos idosos algumas sugestões para melhorar o atendimento nos postos pesquisados, destacando entre essas: a abertura do posto nas 24h; a inclusão dos serviços de fisioterapia e ortopédica; a redução no tempo de entrega dos exames médicos realizados e a garantia de fornecimento de medicação gratuita.

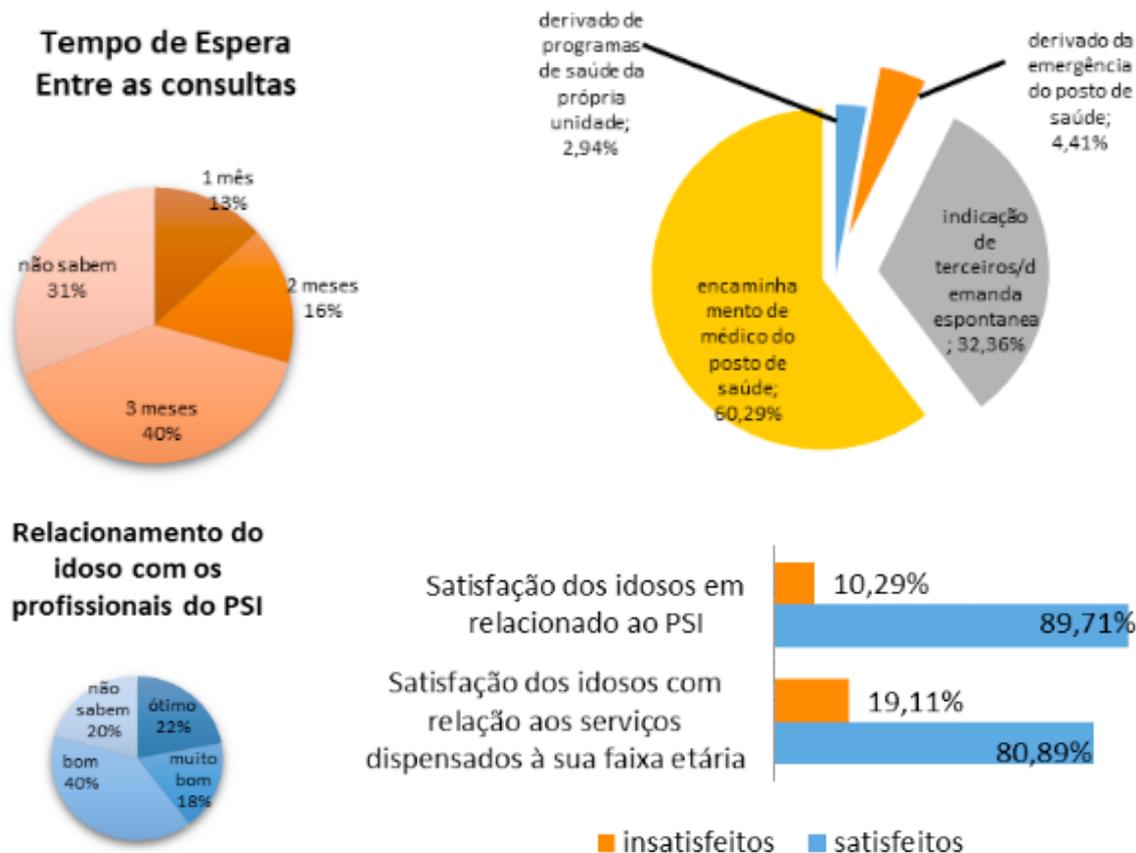


Figura 4: Respostas obtidas dos Idosos dos Postos de Saúde

Fonte: Elaborado Pelas Autoras.

Deve ser observado 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 infraestrutura deficiente, são vistos como muito bons.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já mencionado, um dos grandes desafios do SUS é o atendimento adequado dos idosos, pois este grupo exige um cuidado específico e multidisciplinar.

Apesar de ser reconhecido que este grupo da sociedade requer atenção diferenciada com relação aos cuidados aplicados no tratamento de sua saúde, a política atual do Brasil continua a trabalhar de forma pontual e emergencial o que pode levar a complicações e agravar a saúde, em particular, por causa da dificuldade de

acesso aos serviços de saúde e a escassez de oferta, em particular pela localização geográfica de difícil acesso, especialmente para aqueles que vivem longe dos centros urbanos.

Buscando resolver este problema, o Ministério da Saúde formulou a Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de trabalhar na atenção básica, atuando na vertente promoção de saúde e prevenção de doenças. Contudo, o número de equipes instaladas cobre apenas 50,7% de todo o território nacional, o que torna o serviço restrito a uma parcela parcialmente significativa da população (DAB, 2009; BRASIL, 2006).

Entendendo essa especificidade, o Brasil 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 seguida pelo Estatuto do Idoso em 2003. Mas todos estes avanços esbarram nas desigualdades sociais e na falta de controle do SUS.

O caso pesquisado permite observar alguns problemas presentes no serviço de gestão da saúde pública dos idosos no município estudado, mas que certamente devem estar presentes em outros municípios brasileiros com as mesmas características e em outros segmentos da população. Os problemas encontrados demonstram que as três correntes que Mendes (1996) destacava em seu trabalho que são incrementalista, racionalista e estruturalista. Sendo assim os fatores presentes e responsáveis pela crise que o sistema de saúde brasileiro se encontra, ou seja, a necessidade de melhorar o sistema de gestão, a necessidade de reestruturá-lo e a necessidade de investir mais e melhor, continuam existindo concomitantemente. A intervenção nestes fatores, combinados com políticas públicas especificamente dirigidas às novas formas de contratação, a privilegiar a contratação de profissionais com especialização adequada ao caso e a investimentos em infraestrutura, pode melhorar a qualidade deste setor.

Para resolver as deficiências observadas seja do ponto de vista dos gestores dos postos de saúde, seja do ponto de vista dos profissionais que trabalham nesses postos, ou seja, do ponto de vista dos principais interessados que são pacientes idosos que procuram atendimento nesses postos de saúde pública, são propostas as seguintes estratégias cujas implementações irão melhorar a qualidade do serviço corrente:

- Contratação de gerentes e profissionais de saúde com formação especializada e promoção de formação continuada desses profissionais.
- Promoção de intercâmbio de informações entre os gestores dos diversos postos de saúde com a disseminação das melhores práticas, evitando com isso, as grandes diferenças de gestão.
- Aplicação de ferramentas de avaliação de desempenho para identificar diferentes níveis de conhecimento dos gestores e, assim, garantir uma melhor qualidade nos serviços oferecidos nos postos de saúde.
- Promoção de estabilidade dos profissionais que prestam serviço, por meio de um recrutamento específico, que reduza a rotação dos mesmos com base

nas mudanças de governo evitando a descontinuidade do trabalho e também contemplando a dedicação exclusiva a este serviço.

- Investimento na contratação de mais profissionais de saúde para aumentar o número de equipes homogêneas, completando os profissionais existentes com várias formações e visando diminuir o tempo entre atendimentos, assim como o tempo praticado na atualidade para entrega de exames médicos e laboratoriais.
- Adaptação da infraestrutura dos postos de saúde facilitando o acesso e a circulação interna, especialmente para os idosos que precisam de alguma ajuda e promovendo melhores condições de trabalho para os profissionais que atuam nesses espaços físicos.
- Implementação dos serviços necessários para o atendimento específico e multidisciplinar dos idosos, respeitando assim o princípio da Equidade de atendimento.
- Continuidade no atendimento dos idosos incapazes de sair de suas casas devido a suas enfermidades.
- Identificação dos cuidadores e promoção da formação de grupos de autoajuda entre eles.
- Implementação de ações efetivas para prevenir e controlar as doenças, independentemente da sua natureza.

Com 27 anos de existência, o SUS está apresentando avanços importantes em suas estratégias, mas apesar de estar ciente da transição epidemiológica gerada pelo envelhecimento da população que exigem ações de serviços específicos, extensos e caros, continua a trabalhar de forma pontual e emergencial. Cabe às autoridades incorporar em suas agendas políticas ações que, de fato, objetivem atender adequadamente os idosos, trabalhando, assim, com a diminuição dos impactos negativos no sistema de saúde e ao mesmo tempo promovendo uma maior qualidade de vida para a terceira idade.

REFERÊNCIAS

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.

BÓS, Antonio; BÓS, 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.

BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B.. Eficiência da atenção primária de saúde: Avaliando Discrepâncias. **Administração pública e Gestão Social**, 7 (2), abr-jun, 2015. 100-107.

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.

_____. 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.

_____. 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.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. [S.l.]. 2009. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acessado em: 12 de mar de 2012.

_____. 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.

_____. Lei nº 12.213 de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de out de 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de jan. de 1994. Seção 1, p. 77.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério de Estado da Previdência Social e da Saúde. Portaria Interministerial nº 5.153 MS/MPAS de 7 de abril de 1999. Dispõe criação do programa nacional de cuidadores de idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF. 08 de abr. de 1999.

_____. 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.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, junho de 2003.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Texto para discussão nº 858. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília. 2002. 31p.

CEPERJ. O estado do Rio de Janeiro. **Anuário Estatístico**. 2013. Disponível: <http://www.rj.gov.br/web/imprensa/exibeconteudo?article-id=1370959>

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. 2009.

IANNI, A. M. Z. QUITÉRIO, L. A. D. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambiente & Sociedade**. Vol. IX nº 1 jan./jun. 2006.

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

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação melhora, mas ainda apresenta

desafios. **Síntese de indicadores sociais**. [S.l.] 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&> Acessado em 12 março de 2012.

KARSCH, Ursula. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, nº3, 861-866, jun., 2003.

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.

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.

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, 26-33,2008.

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

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner Lopes. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. RJ. (Supl. 18) S77-S87, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. **Relatório Mundial**. Brasília. 2003. 105p.

PMDC, Prefeitura de Municipal de Duque de Caxias. **Apresentação das unidades de saúde do Município**. [S.l.]. 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

SANTOS, L. M dos; FRANCISCO, J. R. de S.; GONÇALVES, M. A.. Controle na alocação de recursos na saúde pública: uma análise das microrregiões do sudeste do Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, 8(2), abri-jun, 75-135. 2016.

SEBRAE. Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Informações Socioeconômicas do Município de Duque de Caxias**. Rio de Janeiro. 2011. 14p.

SILVA, Marina da Cruz. **O processo do envelhecimento no Brasil**: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2005.

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

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.

VERGARA, Sylvia Constant. **Relatórios de Pesquisa em Administração**. 8.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-85107-11-6

