



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

JOANA SILVA BORGES

**GESTÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DO BAIRRO DE CAJAZEIRAS-SALVADOR-BAHIA**

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2020

JOANA SILVA BORGES

**GESTÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DO BAIRRO DE CAJAZEIRAS-SALVADOR-BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Antônia Márcia Rodrigues Sousa.

SÃO FRANCISCO DO CONDE

2020

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da Unilab
Catalogação de Publicação na Fonte

B732g

Borges, Joana Silva.

Gestão em saúde da pessoa idosa : um estudo na Unidade Básica de Saúde do bairro de Cajazeiras-Salvador-Bahia / Joana Silva Borges. - 2020.

62 f. : il. color.

Monografia (graduação) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2020.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Antônia Márcia Rodrigues Sousa.

1. Acolhimento nos serviços de saúde - Cajazeiras (Salvador, BA). 2. Idosos - Cuidado e tratamento - Cajazeiras (Salvador, BA). 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

BA/UF/BSCM

CDD 362.10108142

JOANA SILVA BORGES

**GESTÃO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA: UM ESTUDO NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DO BAIRRO DE CAJAZEIRAS-SALVADOR-BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Aprovado em: 06/06/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Antônia Márcia Rodrigues Sousa (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Sandra Maria Guimarães Callado (Avaliadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Rejane Félix Pereira (Avaliadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Dedico:

Pensando nas pessoas idosas como minha mãe que me inspirou na escolha do tema e execução deste projeto, por isso dedico este trabalho a ela e todos aqueles a quem esta pesquisa possa auxiliar de alguma forma.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que providenciou os meios pelos quais os meus objetivos fossem alcançados.

As minhas filhas que foram sempre meu maior incentivo em terminar o curso.

E a minha querida mãe que me inspirou para escolha do tema deste Estudo.

Agradeço ao corpo docente da UNILAB que contribuíram para a minha formação, pela dedicação dos professores e tutores parabeno-os e a CAPES, por ofertar o curso que me permitirá por certo melhores oportunidades profissionalmente

A Profa. Márcia Rodrigues, pela excelente Orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

RESUMO

Ao longo do tempo, a Saúde Pública brasileira vem sendo tratada predominantemente no modelo curativo, o que representa uma elevação nos custos para o Estado. No cenário nacional se verifica o aumento da população idosa como um fator desafiador para o Sistema Único de Saúde que vem enfrentando problemas para oferecer o atendimento satisfatório com a devida adequação do cuidado ao idoso no nível da regulação assistencial básica. Afim de contextualizar as discussões sobre esse aspecto que tem a Saúde como direito garantido por Lei a toda a população. Este estudo tem como objetivo analisar a devida adequação do cuidado ao idoso no nível da regulação assistencial básica. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro de Cajazeiras –10 do Município de Salvador – Bahia. Trata-se de pesquisa qualitativa através de revisão bibliográfica e estudo de caso de natureza exploratória. Os resultados apontaram a UBS visa promover e proteger a saúde na prevenção de agravos, no tratamento e diagnóstico na redução de danos visando à atenção integral de saúde respeitando a autonomia da pessoa nos seus determinantes e condicionantes aspectos de saúde. Os serviços ofertados de consultas e marcação de exames na UBS atendem de forma humanizada aos idosos.

Palavras-chave: Acolhimento nos serviços de saúde - Cajazeiras (Salvador, BA). Idosos - Cuidado e tratamento - Cajazeiras (Salvador, BA). Sistema Único de Saúde (Brasil).

ABSTRACT

Over time, Brazilian Public Health has been treated predominantly in the curative model, which represents an increase in costs for the State. In the national scenario, there is an increase in the elderly population as a challenging factor for the Unified Health System, which has been facing problems to offer satisfactory care with the appropriate adequacy of care for the elderly at the level of basic care regulation. In order to contextualize the discussions on this aspect that has Health as a right guaranteed by law to the entire population. This study aims to analyze the adequacy of care for the elderly at the level of basic care regulation in humanized care supported by the constitutional law and Basic Guidelines of the National Health Policy for the elderly. As a study object, the Basic Health Unit (UBS) in the Cajazeiras -10 neighborhood of the city of Salvador - Bahia was considered. Since, the UBS aims to promote and protect health in the prevention of diseases, in the treatment and diagnosis in harm reduction aiming at comprehensive health care respecting the autonomy of the person in its determinants and conditioning aspects of health. The question is: Do the services offered for consultations and scheduling exams at the UBS serve the elderly in a humanized way.

Keyword: Elderly - Care and treatment - Cajazeiras (Salvador, BA). Reception in health services - Cajazeiras (Salvador, BA). Unified Health System (Brazil).

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Resumo da regulação do SUS	23
Quadro 2	Instrumentos de regulação assistencial do SUS	26
Gráfico 1	Índice de envelhecimento (IE) –Brasil: 2000-2060	33
Quadro 3	Políticas Públicas e direitos dos idosos	35
Figura 1	As ações da saúde SUS no município – AB/UBS/IDOSO	38
Figura 2	Informação da Atenção Primária e UBS/ESF	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

AIH – AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ANVISA – AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITARIA

CNES – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CNS – CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE

ESF – ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA

INAMPS – INSTITUTO NACIONAL ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDENCIA SOCIAL

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOAS – NORMA OPERACIONAL DA ASISTÊNCIA A SAÚDE

NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS CONTÍNUA

PSF – PROGRAMA DE SAUDE DA FAMILIA

RAS – REDES DE ATENÇÃO A SAUDE

SAS – SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAUDE

SESAB – SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	15
2.2	PRINCÍPIOS DO SUS	19
2.3	CONCEITO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	20
2.4	DIMENSÕES DA REGULAÇÃO NO SUS	21
2.4.1	Regulação do acesso a assistência	21
2.4.2	Instrumentos da regulação em saúde no SUS	24
2.5	A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO E O AUMENTO POPULACIONAL	25
2.5.1	Diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde do Idoso	25
2.5.2	O aumento da população idosa X pesquisas IBGE	32
2.6	GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	35
2.6.1	Desafios da UBS no atendimento da população idosa	42
3	ESTUDO DE CASO	44
3.1	A ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO BAIRRO DE CAJAZEIRAS SALVADOR – BAHIA	44
4	METODOLOGIA	46
4.1	COLETA DE DADOS	46
4.1.1	Sujeito da pesquisa	46
4.1.2	Análise dos dados	46
4.1.3	Aspectos éticos da pesquisa	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	59

1 INTRODUÇÃO

A Saúde pública no Brasil vem sendo estudada sob diferentes aspectos, entre tantos, atualmente enfrenta o problema do aumento da população idosa e as limitações que o Sistema de Saúde enfrenta para atender essa demanda. Em termos de garantias legais que inclui os princípios da equidade e da integralidade o idoso tem sido agraciado no acesso aos serviços de saúde nos diversos programas da rede pública, porém garantir o acesso a assistência somente não é a questão, mas tem que ser considerado como esta população idosa está sendo atendida.

Neste aspecto, importa analisar o cuidado dessa assistência em relação aos serviços que são ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades Básicas de saúde.

Na Constituição Federal de 1988 no artigo 196 à 200 considera a saúde como direito garantido a toda a população no Brasil, o que se constitui em grande avanço pelo reconhecimento que trata-se de questão fundamental para se viver. A Lei foi inicialmente pensada com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Embora seja amparada nos princípios constitucionais relacionados à saúde no cenário nacional, contudo, se verifica as limitações desse sistema como um fator de desafio para o SUS diante do aumento da população idosa (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a gestão de Saúde Pública no Brasil tem sido discutida como motivo de grande preocupação através de estudos de autores especializados como Carvalho (2003) e Mendes (2011) voltada para o tema em que se verifica o envelhecimento da população cada vez mais dependente de um único sistema de saúde (SUS) e suas limitações no atendimento mais humanizado de doenças crônicas sob a ótica do princípio universal da integralidade e equidade das ações.

Constata-se que o aumento da população idosa tem sido discutido como fenômeno mundial, pois, nesse processo de envelhecimento da população retrata a incidência de doenças crônicas, entre outras, vem acarretando maior frequência ambulatorial, associados a períodos mais longos de internação, o que constitui um problema que provoca fortes impactos nos gastos com saúde, tornando-os cada vez maiores ao longo do tempo (CARVALHO, 2003).

Devido às condições de saúde crescente da população idosa de doenças crônicas no quadro epidemiológico, também relacionado às condições de pobreza ligadas ao fator econômico em diferentes lugares. No caso do Brasil onde as condições agudas podem evoluir para condições crônicas. E em determinado caso de algum tipo de incapacidade que

exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Para se ter o acesso ao atendimento, a população idosa convive com uma série de entraves a começar pela falta de médicos especializados no tratamento das doenças proveniente da idade e a dificuldade da atenção adequada no atendimento rápido e eficiente que faz parte dos desafios que o setor da saúde tem que enfrentar,

O Programa de Atenção Básica no Brasil é garantido pela Constituição Federal e amparado pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, cujos princípios, repousam sobre a universalidade, equidade, integralidade, todavia, ainda não tem sido na prática suficientes para promover as mudanças significativas que atenda essa parcela da população no modelo da atenção à saúde nas Unidades Básicas de forma integral, tão necessária, no atendimento mais humanizado e de qualidade (BRASIL, 1990).

Autores como Barros (1996), Mendes (2009) e Teixeira (2012) destacam o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no enfrentamento da situação desafiadora cada vez mais presente em um cenário de aumento da população idosa, o que requer mais estudos para a área da saúde que precisa reestruturar setores no modelo de gestão a fim de tratar de forma adequada as questões associadas à maior longevidade da população e ao funcionamento do sistema como um todo.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar a devida adequação do cuidado ao idoso no nível da regulação assistencial básica utilizando como objeto de estudo a Unidade Básica de Saúde do bairro de Cajazeiras 10 no município de Salvador - Bahia.

Alguns autores ao tratar da Saúde Pública identificam o Estado como principal sujeito da regulação compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial. Assim convém ressaltar que a regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que, por sua vez, contém as ações de regulação do acesso à assistência (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Diante dessa realidade, buscou-se tratar sobre o problema que envolve a Saúde Pública com suas falhas e desafios no atendimento de uma determinada demanda populacional. Destacando a necessidade da melhor adequação da assistência ao idoso na gestão da saúde.

Quanto aos objetivos específicos para composição desse estudo são:

No primeiro item - Apresentar um apanhado da Saúde Pública e dos antecedentes históricos que resultou na criação do Sistema Único de Saúde e as políticas de saúde adotadas a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso alinhada à política Neoliberal

No segundo item - Demonstrar através dos conceitos e as dimensões da regulação do SUS ao que se refere ao acesso à assistência.

No terceiro item – Apresentar a política de saúde do idoso e o aumento populacional. De acordo com pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD) que retrata o cenário preocupante com relação à realidade demográfica nos anos mais recentes (2013 – 2018) com projeção até 2060 em que coloca o Brasil como sexto lugar em população de idosos.

No quarto item – Apresenta a Gestão de Saúde e seus desafios na atualidade sobre a oferta dos serviços prestados no atendimento de forma humanizada no Estudo de caso – a assistência ao idoso na Unidade Básica de Saúde no bairro de Cajazeiras 10 – Salvador – Bahia.

Esta pesquisa se justifica em termos científicos por sua abrangência e aplicação prática, incluindo o resgate da saúde como prioridade institucional, em que o processo de regulação seja melhor direcionado no atendimento das condições básicas com base nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Sem pretender com isso esgotar a discussão do tema, mas destacar a necessidade de ampliá-la com uma abordagem que valorize a especificidade e as necessidades do idoso para fins de planejamento de saúde que contribua na mudança do paradigma vigente com sua ênfase no tratamento curativo para sugerir a mudança para a atenção mais voltada no preventivo diante do cenário de aumento da demanda da população idosa.

Na perspectiva de que os elementos pesquisados, assim como os resultados obtidos por meio do questionário contendo perguntas claras e diretivas possam servir para subsidiar futuros estudos nas áreas afins.

Para pesquisa de campo foi escolhido a Unidade Básica de Saúde de Salvador no bairro em Cajazeiras 10 que atende uma grande parte da população e portanto, pode-se melhor obter informações sobre o processo de regulação ao acesso à assistência ao idoso.

Dessa forma, o trabalho está estruturado em: Introdução; fundamentação teórica acerca da temática que versa sobre a Gestão da Saúde Pública e seus desafios: análise da assistência ao idoso no setor de atendimento, a metodologia que será utilizada consiste em coleta de informações, análise de dados bem como a discussão dos resultados e a apresentação das informações coletadas, por fim, foram descritas as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão da Saúde Pública no Brasil e o desafio do SUS, nesse capítulo faz-se um apanhado dos antecedentes históricos que resultou na criação do SUS, como também das Políticas de Saúde adotadas a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso alinhado a política Neoliberal, e dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, convém discutir o SUS e a regulação do acesso a Assistência com base em autores como: Noronha (2013); Polignano (2005); Carvalho (2003); Rezende (2008); Fleury (2009); Mendes (2005); Souza (1993); Vieira (1971); Teixeira (2012); Veras (2009); Minayo, Hartz (2000); Barros, M. E, Piola, S. F., & Vianna, S. M. (1996); Castro (2002) e outros.

2.1 CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal de 1988 criou o sistema Único de saúde (SUS) em que prevê a saúde como direito garantido por Lei a toda população, tendo como princípios, a Universalidade, Integralidade e Equidade prevista como de qualidade e acessível a todos os brasileiros. (BRASIL, 1990).

As primeiras ações para a criação do Ministério da Saúde se deu em 1953, foi com a realização das primeiras conferências sobre saúde pública no Brasil. Quando na ocasião surgiu a ideia de criação de um sistema único de saúde, que pudesse atender toda a população (PORTAL DA SAÚDE, 2013).

Na década de 1960, no período do Governo Militar (1964-1984), a saúde sofreu cortes orçamentários e muitas doenças voltaram a se intensificar. Até a década de 1970, apenas 1% do orçamento da União era destinado para a saúde. Ao mesmo tempo, surgia o Movimento Sanitarista, formado por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos, os quais discutiam as mudanças necessárias para a saúde pública no Brasil (BRASIL, 2002; POLIGNANO, 2006).

No ano de 1974 ocorreu a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse período o acesso aos serviços era restrito às pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social. O que caracterizou uma assistência limitada para as pessoas denominadas “beneficiárias” ou “asseguradas”; enquanto que uma parte da população ficava de fora dessa assistência tida como

“indigentes”, e foram sendo acolhidas por instituições religiosas de caráter filantrópico, chamadas Santas Casas. (BRASIL, 2002; POLIGNANO, 2005).

Foi na década de 1980 que se consolidou o Movimento de Reforma Sanitária, cujo maior feito institucional foi introduzir na Constituição Federal promulgada em 1988, os artigos que visam à proteção universal e integral à saúde, com equidade no provimento das ações e serviços. Pela universalidade, o Estado passa a ser responsável em garantir esse direito (CARVALHO, 2003).

Entrando nos anos de 1986 em que a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, constituída a partir das conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu para embasar importantes mecanismos na transformação do Sistema Nacional de Saúde (SUS). O que resultou na posição do Brasil como um dos países mais avançados do mundo em termos de legislação social, ao considerar que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas na redução do risco de doença e de outros agravos, assim como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF, art. 196) (BRASIL, 1990).

Segundo Rezende (2008) foi na década de 1990 no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e através do Plano da Reforma do Estado que a política neoliberal chega ao Brasil e ganha força ao longo desse período. As ideias defendidas por este plano de reforma traziam o entendimento de que as funções estatais eram de “coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las.” Dessa forma a saúde, assim como outros setores, deveriam se inserir nas conformidades da concorrência de mercado e, portanto, geradores de lucratividade para o setor privado, é que o Estado passa a transferir a condução destes a iniciativa privada, assumindo a responsabilidade de executá-los com eficiência e menor custo.

Segundo Freury (2009), ao tratar da reforma do Estado envolvendo a garantia dos direitos que passa a ser o centro dos debates políticos, cujas bases teóricas fundamentaram a construção deste projeto da reforma sanitária e encontra lugar na revisão da concepção marxista do Estado, na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva. Considerando que, até a década de 1970 as questões sobre a reforma do Estado e a seguridade social não faziam parte dos debates da esquerda do país. Nesse contexto, os esforços direcionaram-se para o fortalecimento das políticas públicas sociais e para a construção de um Estado do bem-estar social.

Ainda segundo a mesma autora entende que a Constituição de 1988 serviu como engenharia pela criação de um aparato legal na construção de um estado democrático com

amplios direitos sociais, quando ocorre a inclusão de um conjunto de mecanismos inovadores que garantissem a participação direta e indireta dos cidadãos.

Nessa dinâmica inclui as esferas federal, estadual e municipal que compõe a estrutura hierarquizada exercida respectivamente, pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 1990).

Para Fleury (1994), o modelo que se formou com a criação do SUS passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira. Com base nessa afirmação o Estado é, de fato, um complexo regulador, assumindo papéis essenciais, teoricamente em nome do interesse público e do bem comum, numa situação contraditoriamente marcada por uma sociedade dividida em classes sociais com interesses distintos.

Dessa forma, a política nacional de saúde se formou com base no modelo regulatório com a elaboração escalonada de normas, que tem no ápice a Constituição e as leis orgânicas da saúde, modo pelo qual o Estado através da Gestão do SUS intervém na sociedade para assegurar o arcabouço institucional do sistema de saúde. Assim direcionada no atendimento médico-hospitalar em detrimento dos programas de atenção médico-sanitária. Deixando, portanto, em segundo plano as ações preventivas em saúde e o controle de doenças infecciosas, parasitárias. (BRASIL, 2006)

No processo de descentralização com a expansão da rede de serviços do SUS o planejamento das ações passaram a ocorrer de forma desarticulada, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos. Essa realidade evidenciou a necessidade de propor alternativas para reduzir a fragmentação dos sistemas municipais isolados. Assim, a regulação do sistema da Assistência à Saúde com ênfase na regulação dos serviços foi sendo aperfeiçoada e estruturada (BRASIL, 2002).

No caso da saúde, embora seja de responsabilidade do SUS como sistema Único e dado ao município certa autonomia para que possa ter condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (FLEURY, 1994).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2006) definiu o sistema de saúde para as Américas como o conjunto de organizações, indivíduos e ações, cuja intenção primordial é promover, recobrar ou melhorar a saúde. Isto engloba as ações direcionadas a incidir nos

determinantes da saúde, bem como as direcionadas a melhorar a situação sanitária (OMS – SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2006).

Nessa compreensão a universalização da saúde tem o Estado como ente que deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público.

O Ministério da Saúde, órgão que instituiu a Política Nacional de Regulação SUS por meio da Portaria n. 1.559/08, estabeleceu distinções para os diversos níveis da regulação em saúde, organizadas em três dimensões de atuação: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

Avaliar a atual situação como se reproduz e responde às necessidades em saúde e que tem se reproduzido na verdade grandes problemas em um cenário cada vez mais desafiador de pessoas que retornam porque não tiveram um atendimento imediato ou porque sua lista de medicamentos não foi fornecida na farmácia. Nesse caso, faltam as condições adequadas para o devido atendimento das condições crônicas (MENDES, 2005).

Nesse sentido, o Estado como principal sujeito da regulação, compreendendo os três níveis de atuação como reza a cartilha do Ministério da Saúde sendo a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial que interessa tratar nesse Estudo.

A dificuldade na situação do Brasil é: enquanto

o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado” (MENDES, 2005, p. 35).

Assim, que grande parte da população que não tem recursos para obter um plano de saúde fica dependente desse único Sistema e tem sido cada vez mais alagado com o aumento da demanda da população idosa.

Dessa forma é preciso equilibrar o setor que envolve o acesso aos serviços de saúde, em que se observa a criação de várias centrais em todo o país nas seguintes áreas: urgência e emergência, consultas e exames de média e alta complexidade, internações clínicas ou cirúrgicas e em terapia intensiva, transplantes, obstetrícia e neonatal, entre outras (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008).

De acordo com Cavalcante (2003) torna-se imperativo que o processo regulatório deva ser flexível para permitir sua adequação às peculiaridades municipais, respeitando as especificidades locais, ao mesmo tempo que subsidie decisões sobre macro políticas

regionais e intersetoriais. Portanto, o processo regulatório serve como instrumento de gestão com potência para sinalizar, de forma sistematizada, os pontos de estrangulamento com vistas à consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população.

2.2 PRINCÍPIOS DO SUS

De acordo com sua formulação os princípios do SUS são:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE, 2006)

Segundo Vieira (1971) ao se referir à estrutura do SUS, cuja base está na descentralização das ações e serviços de saúde que pode ser de caráter político e técnico-administrativo. Contudo, ocorre do ponto de vista político, que a descentralização implica em transferência de poder e requer redefinição de atribuições e competências entre as esferas de Governo, havendo necessidade de dotar de autoridade as estruturas político administrativas locais para a formulação de suas políticas e o desempenho das funções de natureza local. O que pode levar a perda de poder dos Governos federal e estadual para os municípios que cria entraves com relação à descentralização.

Além dessa aparente contradição o SUS enfrenta o dilema entre capacidade de financiamento e o dever universal de atendimento, o que pode perdurar e muito, no decorrer dos anos com o aumento da população idosa.

2.3 CONCEITO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Há uma diversidade de conceitos de regulação, e vai depender dos fundamentos e variáveis nas diferentes ideias e referenciais teóricos em varias áreas do saber. Entretanto, convém destacar nesse estudo aqueles relacionados à área de direito, da Ciência Política e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que trata das questões concernentes à regulação, em especial no setor de Saúde Pública (CASTRO, 2002).

Dessa forma, convém esclarecer sobre as divergências entre os autores, ao tratar da regulação em saúde que é frequentemente discutida no contexto da privatização e mercantilização dos sistemas de saúde. Desse ponto de vista, a regulação tem sido uma resposta potencial para o enfrentamento de questões de diferentes naturezas nos sistemas de saúde, tais como, a produção privada, o financiamento e a oferta de serviços de saúde.

Nos sistemas de saúde, a evolução da função de regulação não vem de uma progressão retilínea, de um mecanismo de controle qualquer para um seguinte, mas de um misto de ferramentas regulatórias desenvolvidas no decorrer da história dos sistemas de saúde (CASTRO, 2002).

No direito brasileiro o vocábulo regulação toma sentido a partir do movimento de Reforma do Estado dos anos 1990. Em decorrência da privatização de empresas estatais e da manutenção da ideia de competição entre concessionárias na prestação de serviços públicos, entendeu-se como necessário regular as atividades objeto de concessão para assegurar a regularidade na prestação dos serviços e o funcionamento equilibrado da concorrência. Entendido, pois, como sendo atribuição do Estado (DI PIETRO, 2004).

Ainda com relação ao conceito de regulação no direito - pode ser considerado essencialmente sob dois pontos de vista: no primeiro, o direito é considerado como um meio de regulação (regulação dos comportamentos); no segundo, o direito é visto como um sistema. A regulação, então, refere-se aos meios de eliminação de contradições e de reforço de coerências (BRASIL, 2003).

Na ciência Política o termo surge como sinônimo de ordem e equilíbrio. A noção de regulação se confunde com a definição de poder político, pois representa um modo de conciliação de conflitos. Neste aspecto, entende-se a regulação como função essencial do poder político, e como a atividade de organização dos processos decisórios (CASTRO, 2002).

Para a Organização Mundial da Saúde, conforme o Informativo Anual de 2000 a regulação é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do

Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde (OMS – INFORMATIVO ANUAL 2000).

Em termos gerais o conceito de regulação envolve (controle e equilíbrio) estão associadas aos aspectos mais operativos da regulação: ajustar, corrigir, restringir. De modo que se apresenta posição intermediária entre a dimensão técnica e a política, deflagrando a capacidade de transformação na regulação. Já a ideia de direção evidencia a natureza política da regulação, relacionada com a capacidade de organização e de exercício de poder (OLIVEIRA, 2012).

É importante ressaltar segundo Vilarins et al (2012) sobre as discussões relacionadas aos conceitos, práticas, finalidades, avaliação, controle da regulação que tiveram maior aprofundamento a partir de 2001, com a publicação das Normas Operacionais Básicas as quais de modo singular trataram do processo de regulação sob diversos componentes, sendo os de controle e avaliação mais visíveis, na busca da definição dos papéis dos níveis de gestão no processo regulatório. Levando em consideração as normas operacionais que contribuíram para a ampliação da responsabilidade dos municípios no que se refere à atenção básica, reservando à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde.

2.4 DIMENSÕES DA REGULAÇÃO NO SUS

A regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que, por sua vez, contém as ações de regulação do acesso à assistência. Elaborado com base na Portaria n. 1.559/2008, do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2008)

No caso do SUS as dimensões da regulação são:

- Regulação sobre sistema de saúde
- Regulação da atenção à saúde
- Regulação do acesso à assistência

Desses, se destaca para essa pesquisa a regulação do acesso à assistência.

2.4.1 Regulação do Acesso a Assistência

A Regulação do acesso a Assistência é uma das ações que trata da Política Nacional de saúde (art. 2º - Portaria 1559/2008) que assegura em seu § 3º:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008 – art. 2º).

Nesse contexto, a regulação do acesso compreende a atuação nas referências intra-municipais, e na regulação sobre os prestadores de serviços de saúde como forma de disponibilizar a melhor alternativa assistencial de modo ágil, oportuno e adequado às necessidades dos usuários. É estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais; abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Segundo Mendes (2002) entende que os principais papéis regulatórios do SUS são: a condução política e o planejamento estratégico, a contratualização dos serviços, a avaliação tecnológica em saúde, a avaliação econômica dos serviços de saúde, o sistema de acesso regulado à atenção, o desenvolvimento de recursos humanos, a normalização dos processos de trabalho, o controle e a avaliação dos serviços de saúde, a auditoria em saúde, a vigilância em saúde e o desenvolvimento científico e tecnológico.

Para Fiani (2004) afirma que a regulação é complexa, dependendo do contexto institucional específico e dos agentes que ele admite como participantes desse processo. Em que se apoia em padrões adequados de acesso, resolutividade, excelência na qualidade da prestação do serviço, continuidade do cuidado e acolhimento formam um verdadeiro nó crítico para coordenação de redes e sistemas nacionais de saúde, sobretudo, naqueles que têm forte presença de um mix público/privado no provimento da assistência.

Nesse sentido, o papel institucional do Estado diante da responsabilidade na definição de regras e padrões necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância para a sociedade se mostra sob o prisma da equidade na assistência à saúde, pode-se inferir que a regulação é fundamental para equacionar as numerosas falhas de mercado e/ou falhas do governo que caracterizam a saúde. A seleção dos setores que necessitam de regulação se torna tão realista quanto complexa, considerando o papel do Estado na coordenação dos agentes que atuam nos sistemas de saúde, que é certamente mais difícil que em outros campos da economia (MENDES, 2002; FIANI 2004).

Para Mendonça (2006) esclarece que no Setor Saúde é compreendida como ação social e abrang e ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de

determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, sendo o Estado um desses sujeitos e os outros sujeitos não estatais, como segmentos privados lucrativos presentes no setor (planos e seguros de saúde), corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros.

Assim, a regulação de sistemas de saúde é definida a partir dos princípios e diretrizes do SUS, e pode ser entendida em termos econômico jurídico e institucional. No caso de hospitais públicos assumindo papel como instituição de saúde no atendimento do interesse público e bem comum. (MENDONÇA, 2006)

Para a garantia do acesso e entendimento sobre a atuação nas referências intermunicipais e na regulação sobre os prestadores de serviços de saúde baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Nesse caso, considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos (FLEURY, 2009).

Para melhor visualizar as dimensões da regulação em saúde contemplam os instrumentos que possibilitam a atuação dos gestores quanto às responsabilidades sanitárias assumidas pelos entes federados, municípios, estados e Ministério da Saúde para melhorar e qualificar o acesso do cidadão a ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Conforme se visualiza no quadro 1:

Quadro 1 - Resumo da regulação do SUS

Dimensões da regulação	Objeto	Sujeito	Instrumento
Acesso à assistência/ regulação assistencial	organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS	Gestores públicos	Complexo regulador, protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização

Fonte: Elaborado com base na Portaria n. 1.559/2008, do Ministério da Saúde (2008).

Ao falar do acesso a assistência em saúde se verifica que ao longo dos anos a estrutura da rede pública de hospitais e unidades de saúde foi sendo afetada por uma série de políticas em que os recursos foram sendo desviados e com isso o agravamento do problema da dívida pública em saúde.

Como bem reforça uma das grandes contradições do modelo de gestão por Teixeira (1994) ao se referir à reforma sanitária.

A reforma sanitária, ao materializar um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, levou à sobrevalorização dos aspectos formais, que, ainda que imprescindíveis, não são suficientes para a garantia da concomitância dos processos reais, em uma cultura em que o mundo da norma legal e o mundo da vida nem sempre se correspondem (TEIXEIRA, 1994. p, 47).

No cenário político controverso em que o SUS requer que as três esferas de Governo atuem de forma articulada e integrada. O que na realidade não se consegue redefinir papéis e responsabilidades, assim sendo, a transferência de equipamentos e recursos, sobretudo, dos níveis federal e estadual para o municipal. No entanto, o controle de equipamentos e recursos está diretamente associado ao exercício de poder político, o que ainda agrava mais a política de gestão do SUS na atuação das esferas de Governo, e por consequência não atinge os objetivos fundamentais nos processos de descentralização (TEIXEIRA, 1994).

Segundo a Portaria/SAS/MS n. ° 356, de 22 de setembro de 2000, o Complexo Regulador Assistencial contribui para o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas em saúde. Sendo composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que abarcam toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebe, processa e agenda as solicitações de atendimento. Os complexos atuam na assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, nas internações, consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

2.4.2 Instrumentos da regulação em saúde no SUS

No Brasil os instrumentos de regulação tem como premissa a capacidade do governo de exigir o cumprimento de suas decisões e podem ser agrupados em duas categorias básicas: ferramentas e estratégias, a serem combinados em diversas modalidades, desde atos legislativos até requisitos e exigências administrativas, além de incentivos positivos, como subsídios, ou negativos, como sanções legais (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007(BRASIL, 2006)

No caso do SUS, os instrumentos de regulação são norteadores das ações do gestor e base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos Conselhos de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação. Dessa forma, por meio dos órgãos reguladores, também se pode identificar as perturbações geradas pelo sistema, além de analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio, e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários dos seus órgãos executores. Nesse sentido pode auxiliar no bem-estar de consumidores e usuários (BARROSO, 2005).

São vários fatores que estão presentes nos diversos instrumentos e mecanismos de regulação assistencial entre estes destacam-se: Processo de Diagnóstico Prévio das necessidades de Saúde da População e de Planejamento/Programação, Regionalização, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Complexos Reguladores, Protocolos Clínicos, Indicadores e Parâmetros Assistenciais, Cartão Nacional de Saúde e Programação Pactuada e Integrada da Assistência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Os instrumentos de regulação podem ser agrupados em duas categorias básicas: ferramentas e estratégias, que, por sua vez, podem ser combinados em diversas modalidades, desde atos legislativos até requisitos e exigências administrativas, além de incentivos positivos, como subsídios, ou negativos, como sanções legais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

No caso do SUS, esses instrumentos servem como norteadores das ações do gestor se constitui a base para o devido acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos Conselhos de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação. Assim entendido como função de Estado que visa responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas.

No complexo regulador municipal – é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso no caso dos municípios com a central de regulação de consultas e exames – regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais.

Cabe aos municípios garantir o acesso adequado à população referenciada de acordo com a programação pactuada e integrada.

Ainda nessa linha de raciocínio segundo Salgado (2003), a regulação aparece como uma maneira de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço dos interesses

econômicos, podendo ser entendida como um instrumento essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema nas condições de custo e demanda.

Em concordância com essa linha de raciocínio Barroso, (2005) enfatiza a regulação como um dos mecanismos corretores de que dispõe uma nação para controlar seus sistemas. Desta forma, a regulação, por meio dos órgãos reguladores, pode identificar as perturbações geradas pelo sistema, além de analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio, e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários dos seus órgãos executores. Visando com isso, o bem-estar de consumidores e usuários.

Conforme Quadro2, visualiza-se os principais instrumentos de regulação assistencial no SUS:

Quadro 2 - Instrumentos de regulação assistencial do SUS

Instrumento	Características	Propósito
Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	banco nacional de dados que contém informações cadastrais atualizadas dos estabelecimentos de saúde no país	base para a programação, regulação, controle e avaliação assistencial
Cartão SUS	Sistema informatizado de base nacional que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS ao usuário	Viabiliza o registro eletrônico de dados e informações, facilitando o processo de gestão
Centrais de regulação	Estruturas de operacionalização da regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência etc.	Gestão pactuada em processos democráticos e solidários entre as três esferas do SUS

Fonte: Elaborado com base na Portaria n. 1.559/2008, do Ministério da Saúde (2008).

Outro importante instrumento e mecanismo de regulação assistencial é o Processo de Diagnóstico Prévio das necessidades de saúde da população nas localidades de Planejamento/ Programação, Regionalização, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de

Saúde (Cnes), que são considerados complexos Reguladores, Protocolos Clínicos, Indicadores e Parâmetros Assistenciais, Cartão Nacional de Saúde e Programação Pactuada e Integrada da Assistência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007)

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007) destaca algumas das principais atribuições da regulação do acesso:

- I – Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II – Garantir os princípios da equidade e integralidade;
- III – Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuário, estabelecimento e profissionais de saúde;
- IV - Diagnosticar adequar o orientar o fluxo da assistência;
- V - Elaborar, implantar protocolos de regulação;
- VI - Construir e viabilizar as grades de referência e contra referência

Portanto, essas atribuições incluem as ações que compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, exercidos pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde.

Nos casos das unidades operacionais; abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Nesse sentido em que a população idosa deve ser tratada na sua condição de prioridade.

É o que aponta os chamados complexos reguladores como uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

Segundo Farias et al (2009), apesar das mudanças políticas exigidas pelo processo de reforma sanitária, os mecanismos de regulação pactuados não foram capazes de mudar os padrões e as características gerais da assistência médico hospitalar no SUS. Tendo em vista o problema que envolve oferta de serviços e a lógica de controle e avaliação quantitativos estabelecidos pela assistência previdenciária do extinto INAMPS foram reproduzidas,

mesmo diante de profundas mudanças no arcabouço jurídico-legal e alterações incrementais no processo normativo. Um problema que se perpetua até os nossos dias no uso inadequado desses mecanismos enfraquecem seu potencial de atuação e limitam as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

O acesso à saúde de modo universal constitui-se um patrimônio público cuja sustentabilidade dos sistemas de saúde está sempre ameaçada, em função do risco moral e suas consequências para os custos dos serviços de saúde. É o que observa Buss (2000), e que essa ideia é mais abrangente do que regulação de acesso e regulação da oferta de serviços pelo mercado, tão comumente discutidas na saúde. E, portanto, os benefícios das ações de saúde vão além dos indivíduos que recebem diretamente os serviços. E completa que

Aliar isso às incertezas quanto às necessidades faz com que o Estado seja fundamental para harmonizar e articular oferta e procura em situações tão particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia geral. (BUSS, 2000 p.57)

Acrescenta também o autor que nos países ocidentais desenvolvidos, a assistência à saúde, mais do que um direito constitucional, é considerada um direito da cidadania, dentro do contexto da proteção social. Isso implica uma responsabilidade crescente do Estado e das instituições democráticas numa sociedade plural, assentada em pactos políticos para a construção de uma agenda de direitos que visam à inclusão social e à redução de desigualdades (BUSS, 2000).

Na busca por soluções enfrentadas na saúde com o envelhecimento populacional no caso brasileiro, a implementação de certas iniciativas esbarra em várias dificuldades de caráter estrutural que, para serem bem-sucedidas, vão requerer a superação de alguns obstáculos.

Ainda que se apresente uma análise restrita sobre o processo de regulação diante da complexidade da saúde no Brasil, como vem sendo tratada por autores já citados em que ocorre as mais variadas condições locais como se pode ver facilmente. Nesse sentido, se discute a saúde pública que por um lado, a lei da oferta/demanda acaba punindo severamente os mais doentes e vulneráveis, que mais precisam e demandam cuidados; por outro lado, o mercado restringe os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar, o que é eticamente inaceitável para os padrões civilizatórios atuais. (BUSS, 2000)

Sobre a operacionalização das ações de regulação assistencial, de acordo com as portarias ministeriais deve ocorrer por meio da implantação de instrumentos conhecidos no Brasil como complexos reguladores. Entendidos como um agregado de mecanismos informatizados e sistemas de comunicação que compõem as centrais de regulação para a regulação do acesso a urgências, consultas especializadas, exames, leitos etc. Embora a operacionalização da regulação assistencial esteja “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, sua imprecisão conceitual permitiu a redução do termo a aplicações relacionadas ao controle informatizado do acesso de usuário a ações e serviços do SUS, baseado em software de busca e controle de oferta. (BRASIL, 2006)

Dessa forma os reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

2.5 A POLÍTICA DE SAÚDE DO IDOSO E O AUMENTO POPULACIONAL

Dada à importância que a saúde do idoso merece devida atenção envolvendo o interesse público, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), que atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de assegurar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, entre outros direitos. O que torna um importante tema para atualidade (BRASIL, 2006).

2.5.1 Diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde do Idoso

De acordo com o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes que compõe a política Nacional de saúde da pessoa idosa.

- a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Estímulo às ações Intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

- g) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - DOU, 2006)

No documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS” tem por objetivo orientar a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, que visa fortalecer a articulação, como também a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. Tendo a Atenção Básica, o dever do cuidado e este deve considerar as especificidades desse grupo populacional, a partir de sua capacidade funcional. (BRASIL, Caderno da Atenção Básica (CAB 19)

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), traz o conceito de que a saúde é muito mais que apenas a ausência de enfermidades, mas, sim, “o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”. Dessa forma, acredita-se que para a população de idosos seja um dos componentes indispensáveis ao pleno alcance da saúde integral.

Diante das dificuldades que o Sistema Único de Saúde enfrenta o problema da capacidade operacional nas esferas de Governo com a universalização e a descentralização das atividades nos diversos municípios que envolvem o processo de regulação e seus instrumentos como forma de direcionar as ações do gestor em fase do processo de envelhecimento da população com a incidência de doenças crônicas, entre outras vem acarretando maior frequência ambulatorial, associados a períodos mais longos de internação, o que torna-se uma situação que provoca fortes impactos nos gastos com saúde, tornando-os cada vez maiores ao longo do tempo (BRASIL.2013).

A Lei nº 8842, que prioriza o direito sancionada em 1994 através da Política Nacional do Idoso (PNSI) criada pela Portaria nº 1395/1999 do Ministério da Saúde, também priorizou o convívio em família em detrimento do atendimento asilar, e definiu como pessoa idosa aquela maior de 60 anos de idade no Brasil. Ao passo que em países na Europa, idosos são aqueles com 65 anos ou mais). Esta Política (PNSI), apesar de não ser aplicada em sua totalidade, também sofreu influência e tem sido tema de discussões nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, de modo que coloca o idoso como um sujeito de direitos, que prioriza um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas (BRASIL, 2013).

Segundo Mendes (2011), ao se referir à atenção a pessoa idosa e a gestão do SUS retratada pela grande fragmentação de serviços e programas de ações e de práticas clínicas que se expressam na incoerência entre as ofertas de serviços e as necessidades de atenção o que implica a construção de um novo paradigma das práticas de saúde, na medida em que demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico vigente focado na doença e na cura.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço na sua elaboração para atendimento da população brasileira, sendo reconhecido como um dos maiores do mundo e usado como modelo em muitos outros países. Contudo, o SUS está atravessando um dos piores momentos em que ocorre uma série de situações que resultam na condição precária em muitas cidades no Brasil, e mais recentemente, em destaque com relação ao aumento da população idosa que cresce e depende dos serviços do SUS. Além da falta de investimentos no setor na maioria das vezes insuficiente e com pouca qualidade para atender a população e um quadro de profissionais muito reduzidos (MENDES, 2011).

Segundo Teixeira (2012), ao tratar da saúde, a autora ressalta o problema de um gradativo sucateamento da rede pública e o avanço de uma política racionalizadora fundada na seletividade da atenção, o que resulta na expansão da rede privada. Se assiste a partir do aprofundamento da matriz neoliberal, o desmonte dos direitos conquistados e implementados através do Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto importante da crítica ao sistema vigente e as reformas do SUS se verifica que, “As ideias defendidas por este plano de reforma traziam o entendimento de que as funções estatais eram de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las” (REZENDE, 2008).

Ainda segundo Rezende (2008), diante da relação que se estabelece entre o público e o privado no âmbito da saúde em que se vê como saída a necessidade da expansão da privatização.

pois esta vem se configurando como a saída encontrada pelos atuais governos como forma de resolver os problemas existentes no nosso sistema de saúde, o que representa riscos a consolidação do SUS enquanto modelo de gestão estatal comprometido com o alcance na universalidade na execução das políticas públicas, além do envolvimento com a comunidade e controle social. REZENDE, 2008 p. 29).

Colaborando com essa afirmativa convém destacar que, foi no governo de Fernando Henrique Cardoso, quando se deu início a criação das fundações estatais para o setor.

Ressalta-se o Projeto de Lei Complementar (PLC) n.92/2007 que cria as Fundações Estatais de Direito Privado apresentado pelo governo Lula ao legislativo não trata apenas dessa política setorial, abrange todas que integram a área social, consideradas atividades “não exclusivas do Estado”, dando continuidade à concepção neoliberal representada pelos organismos financeiros internacionais, dentre eles, o Banco Mundial (TEIXEIRA, 2005).

Segundo Veras (2009), ao se referir aos desafios enfrentados pelo SUS trata-se da procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Dessa forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

Nesse cenário há certa dificuldade de reunir modelos de gestão que corresponda a todas as expectativas que se espera de uma boa gestão. No entanto, apesar do discurso da prevenção na atualidade a maioria dos serviços são curativos e tradicionais e torna-se difícil sua efetivação nos programas do governo do ponto de vista financeiro. Desde o ano de 1986 já havia a preocupação em mostrar a efetividade do modelo preventivo e caracterizar práticas eficazes que conduzam à mudança nos determinantes de saúde. Apesar d essa contradição continuar presente entre o discurso (amplamente incorporado) e a sua implementação (pouco executada), embora alguns passos já tenham sido dados (VERAS, 2009).

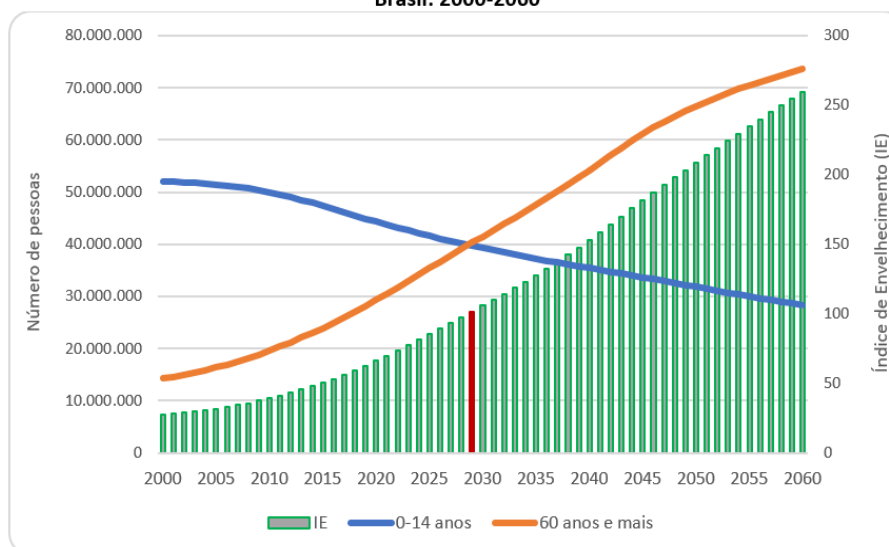
2.5.2 O aumento da população idosa X Pesquisas IBGE

A dimensão do problema de saúde se faz sentir nas estatísticas divulgadas pela imprensa, cuja divulgação soa como alerta sobre o Brasil ter atingido a marca de 208,4 milhões de habitantes em 2018. O dado é uma projeção com base no levantamento populacional do Censo de 2010. A população brasileira em 2018 teve aumento de 0,38% (ou 800 mil pessoas) em relação ao contingente de 2017, quando era de 207,6 milhões. O instituto fez uma série de projeções de longo prazo. A expectativa é que até 2060, por exemplo, a população com mais de 60 anos dobre de tamanho e atinja 32% do total dos brasileiros. Esse indicador em 2018 está em 13% (BRASIL, 2015).

De acordo com IBGE sobre Projeções de população no Brasil de jovens e de idosos (Revisão 2013).

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento (IE) –Brasil: 2000-2060

**Número de jovens (0-14 anos) e de idosos (60 anos e mais) e Índice de Envelhecimento (IE)
Brasil: 2000-2060**



Fonte: IBGE, Projeções de população (revisão 2013) <https://www.ibge.gov.br/>

A conclusão é que em 2060, o país terá mais idosos do que crianças. Se comparadas ano a ano, pois num prazo mais longo deve alcançar essas estimativas. Em 2060, um quarto (25%) da população terá mais de 65 anos, estima o instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2015)

Na realidade demográfica nos anos mais recentes (2018 – 2019) em que a projeção estimada pelo IBGE coloca o Brasil como sexto lugar em população de idosos e a Bahia em sétimo lugar.

Outro dado importante, divulgado desde 1998, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem, a cada cinco anos, incluindo o Suplemento de Saúde na PNAD. A amostra deste inquérito foi desenhada para ser representativa da população brasileira e se constitui na mais ampla fonte de informação de saúde disponível no país. As amostras para esse Estudo referentes aos anos (2013- 2017) foram compostas, respectivamente, por 28.943 e 35.042 pessoas de 60 anos ou mais. (IBGE/PNAD 2013 -2017 e 2018- 2060)

Com base no Censo de 2010 a população idosa era de 20,6 milhões representando 10,8% da população, comparado a PNAD de 2017 cuja população idosa passa para 30,3 milhões representando 14,6% de idosos no país. A pesquisa mostra que em 2039 o número de idosos com mais de 65 anos superará o de crianças de até 14 anos, o que acelerará a trajetória de envelhecimento da população. Atualmente, a população com até 14 anos representa 21,3% dos brasileiros e cairá para 14,7% até 2060, segundo o IBGE. Já a faixa

entre 15 e 64 anos, que hoje responde por 69,4% da população, cairá para 59,8% em 2060. (IBGE/PNAD 2013 -2017 e 2018- 2060)

Na Bahia o número de idosos chegou a dois milhões e o estado já é o sétimo no país em aumento da população idosa, segundo aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram avaliados entre os anos de 2015 e 2016 (IBGE/PNAD 2013- 2017)

Conforme apontou a pesquisa, em um ano, o crescimento da população idosa na Bahia foi de 6,8%, índice maior que a média nacional, que foi de 3,7%. O contingente de pessoas de 60 anos ou mais no estado passou de 1,9 milhão, em 2015, para pouco mais de 2 milhões de pessoas em 2016. A expectativa é de chegar em três milhões em menos de 15 anos. No ano passado, a população da Bahia somava cerca de 15,3 milhões de pessoas.

Apesar do número de idosos crescer em ritmo maior que o resto da população na Bahia, o estudo do IBGE conclui que a quantidade de idosos na Bahia é menor que a média nacional, e faz uma projeção de que, em 2030, o estado terá quase três milhões de idosos.

A projeção da população brasileira está em trajetória de envelhecimento e, até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 9,2% para 25,5%. Ou seja, 1 em cada 4 brasileiros será idoso. É o que aponta projeção divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo a pesquisa, a fatia de pessoas com mais de 65 anos alcançará 15% da população já em 2034, ultrapassando a barreira de 20% em 2046. Em 2010, estava em 7,3%.

Com relação aos dados da PNAD, são importantes para mostrar o quadro de aumento de número de consultas à medida que a população envelhece, pois se há mais consultas levam à maior consumo de medicamentos, mais realização de exames complementares e maior hospitalização. O que vai aumentando consideravelmente no padrão de distribuição segundo a idade, ou seja, as pessoas no início e particularmente no final da vida apresentam mais problemas de saúde. A grande diferença é que as doenças da faixa jovem são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de alto custo.

O dado apontado pelo Elsi-Brasil divulgado na página do Ministério da Saúde mostra a grande preocupação para o SUS sobre o envelhecimento da população brasileira. Pela primeira vez, o Ministério da Saúde traçou o perfil da saúde do idoso analisou aspectos como, quais serviços eles mais utilizam, quais as suas principais limitações funcionais e quais as principais causas de hospitalizações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Segundo a mesma pesquisa cujo levantamento mostrou que 75% dos idosos dependem exclusivamente do SUS e mais de 80% deles realizam, pelo menos, uma consulta na rede pública de saúde durante o ano.

Esse quadro demonstra o que já se tem como certo a previsão que os serviços de atendimento do SUS são utilizados por maioria dos idosos, e levanta o questionamento sobre quão grande é o desafio do SUS diante dessa realidade.

Quadro 3 - Políticas Públicas e direitos dos idosos



Fonte: Google. Acesso em 17 de maio de 2020.

2.6 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Falar de Gestão em Saúde, tendo como ponto de partida o processo administrativo e se torna mais complexo, principalmente, com relação à saúde pública nos seus objetivos através de um planejamento de médio e longo prazo.

Quando se fala em Saúde Pública, no quesito assistencial entre oferta e demanda torna-se ainda maior, pois, verifica-se que a demanda por atendimento vem crescendo exponencialmente, principalmente, relacionado com a necessidade de gerenciar gastos, materiais, processos e manter uma supervisão rigorosa de ações no acesso da população a esses serviços, de modo que, venha contribuir com o desenvolvimento social e a qualidade de vida.

Nos Municípios, em geral, existe uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população (MAGALHAES JR, 2014).

A política de saúde, destaca os executivos municipais na gestão dessa política, que são o prefeito e o secretário municipal de saúde, cujas principais decisões passaram a perceber a saúde como importante instância de legitimidade e de votos, o que poderia impulsionar inovações como também entraves, de acordo com os interesses do executivo e dos atores políticos preponderantes (LEVCOVITZ et al, 2003).

De acordo com Levcovitz et (2003) entende que a palavra “política” na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abarca o estudo das relações de poder na conformação da agenda que passa pela formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Entendido que, a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, e a relação Estado-sociedade, e as reações às condições de saúde da população com seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

A política de Saúde inclui questões econômica e social no estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde frente às condições de saúde das populações, em particular, a que se refere aos idosos com suas peculiaridades a serem atendidas e requer maiores cuidados. Diante disso, espera-se esclarecer alguns fatores com relação ao processo de regulação de acesso a assistência ao idoso com a compreensão das dimensões sobre a gestão de Saúde Pública.

No que se refere ao modelo de Atenção Básica está o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) criada, em 2005, voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável, não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente, e foi considerada essencial a fim de se ter a melhoria da qualidade do atendimento da saúde da população na avaliação dos diversos níveis que inclui: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (PSF) (FONSECA, 2014).

As atribuições da regulação do acesso têm como objetivo a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada, assim como garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, que forma uma rede dentro de um estabelecimento com profissionais de saúde; para elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contra referência; capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção; e subsidiar a programação pactuada e integrada (BRASIL, 2009).

Na política do SUS também encontra-se a fragmentação da rede assistencial que conta com baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, na formação dos profissionais de saúde, entre outras questões relacionadas ao tratamento dado por esses profissionais na relação com os usuários do serviço público de saúde de modo que o cuidado seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado. (OLIVEIRA E COL., 2006).

No que se refere a humanização na Unidade Básica com o problema da grande demanda da população na fila de espera para atendimento, e não possui plano de saúde, pois, depende exclusivamente do SUS, a dificuldade com a espera por médicos que não são suficientes para o devido atendimento das necessidades específicas da população idosa que requer um cuidado todo especial como se espera de uma assistência humanizada (BRASIL, 1999).

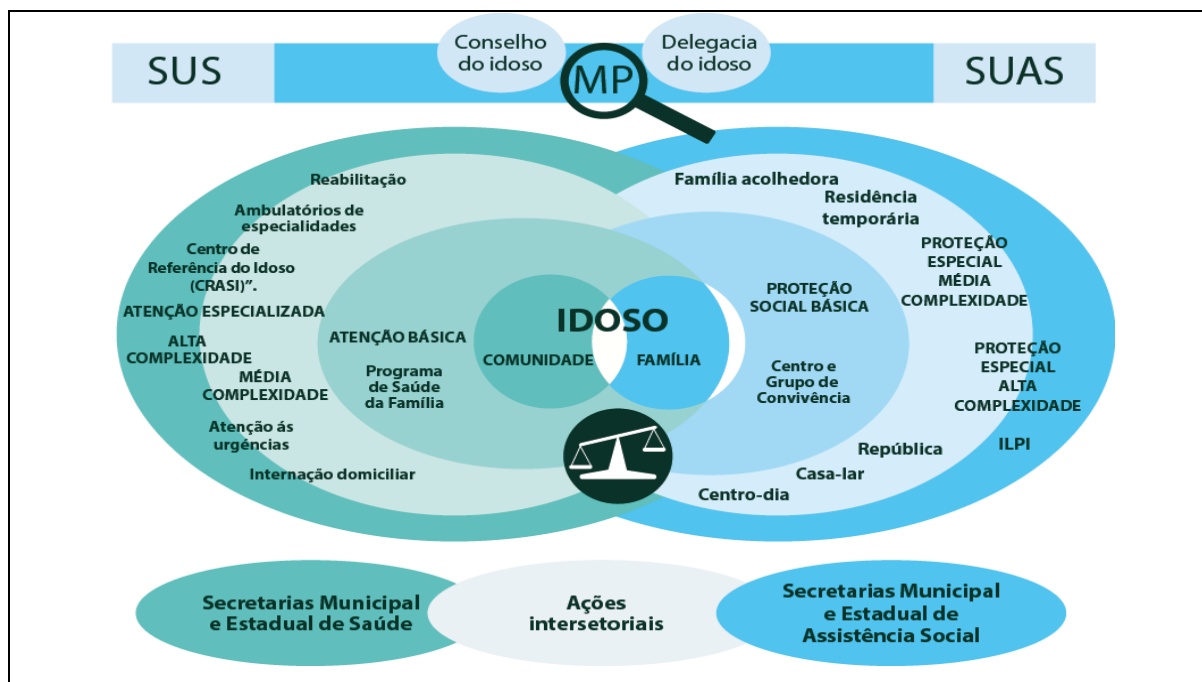
A humanização na assistência à saúde, está baseada, principalmente, nos princípios de equidade e integralidade da assistência que se espera para com aqueles que tanto necessitam.

Segundo Oliveira (2006) atribui o aspecto do atendimento desumanizante a falta de condições técnicas, ou por falta de capacitação ou materiais pela má qualidade, resultando num atendimento de baixa resolubilidade. O que significa na visão do autor uma atitude de desrespeito para com os usuários.

Nesse sentido, o que agrava a situação nos níveis de atenção básica com a população idosa, pois não há os serviços especializados suficientes para os usuários do SUS, a fila de espera é uma fonte de insatisfação (PIOLA et VIANNA, 2009).

As ações do SUS está estrategicamente articulada na rede de Atenção a Saúde através das políticas públicas no município, tendo a figura do idoso como ponto central, no figura 1 a seguir:

Figura 2 - As ações da saúde SUS no município – AB/UBS/IDOSO



Fonte: imagem Google Acesso em 17 de maio 2020.

Portanto, há uma rede das políticas públicas relacionadas ao idoso nos programas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Em 2006 a Estratégia do Pacto pela Vida, tornou-se uma das dimensões prioritárias para a Gestão através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2011, quando se buscou preservar a centralidade da Estratégia da Saúde Familiar (ESF), capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Magalhaes Jr (2014), há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em

alguns municípios. Tudo isso envolvendo os novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais que atuam na UBS. Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (BRASIL, 2017).

Também vale acrescentar que segundo Barros (2017), ao se referir as mudanças que ocorreram na proposta na PNAB 2017, para os próximos anos e se refere à liberdade e a maior autonomia requeridas pelos gestores locais, tem na sua conjuntura, teor de ameaças aos direitos sociais, e de forte restrição fiscal e orçamentária, com agravamento da situação de sub financiamento do SUS. Com a escassez de recursos públicos disponíveis para a saúde também tenderá a aumentar as disputas com a influência de interesses particulares, nas decisões locais do setor. E Acrescenta que em termos gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

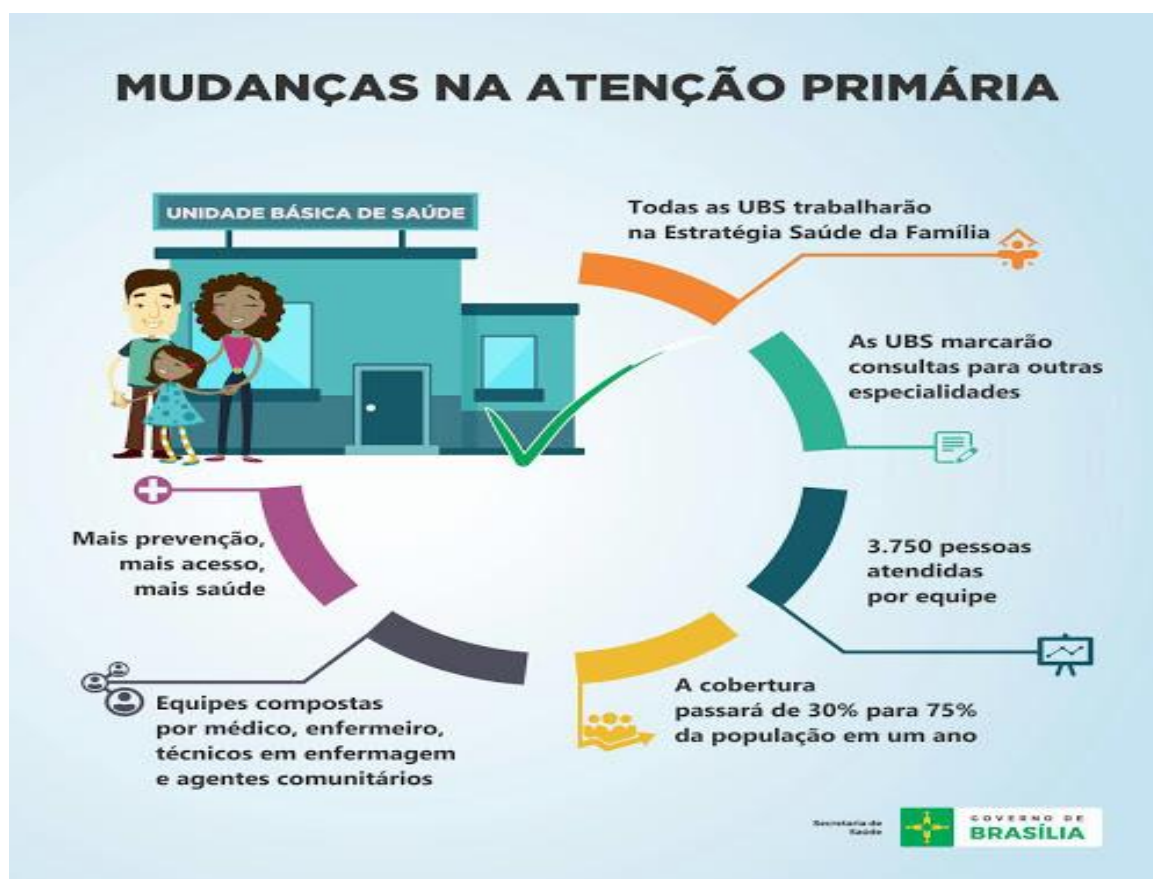
Lembrando sobre os padrões essenciais refletidos nas ações e os procedimentos básicos, que deveriam ser garantidos pelas equipes nas UBS em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, que não encontra as condições na rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver os problemas mais básicos de saúde da população.

Na presente realidade da Saúde Pública do Brasil, existem programas voltados para o atendimento dos idosos com seus diferentes aspectos que precisam ser levados em conta. Diante do paradigma da Atenção à Assistência que está mais voltada para a saúde curativa e, portanto, representando um alto custo na visão do governo e vai requerer de uma boa gestão de saúde a capacidade de desenvolver e monitorar planos de ação, analisar recursos, elaborar políticas que auditem a viabilidade dos planos de ação, gerenciar custos em saúde e gerenciar serviços em saúde. No entanto, há uma serie de fatores condicionantes para a plena execução desses planos (BRASIL, 2009).

No Sistema Único de Saúde (SUS), consta a garantia da universalidade do acesso a todos os cidadãos, que contempla poder ter as condições dignas de vida através das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986).

Nesse sentido, em que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) representada como principal modalidade de atuação da Atenção Básica tem nos seus princípios elementares refletidos nas ações para atuar no território focado no diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, como forma de buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais; e ser espaço de construção da cidadania. De modo que a integralidade no SUS, passou a ser vista como prática social e prática política, o que torna necessário conhecer e compreender o modo de vida das pessoas a fim de viabilizar o cuidado integral

Figura 2 - Informação da Atenção Primária e UBS/ESF



Fonte: Google. Acesso em 17 de maio de 2020

Na figura 2 visualiza o caminho percorrido na rede de Atenção Primária implantada através dos programas no processo de regulação no atendimento da população pela marcação e encaminhamento das consultas especializadas pela Unidade Básica de Saúde a outros setores (BRASIL, 2009).

Estudos demonstram que, para uma população geral de idosos, somente cerca de 20% se beneficia com o acompanhamento contínuo e diferenciado por equipes multidisciplinares, estando os demais 80% com assistência adequada na rede primária (BOULT et, 1999).

Essas características sugerem a necessidade de identificação criteriosa de grupos de idosos em risco de adoecimento, com acompanhamento de perfis mórbidos e funcionais variados, como parte de um modelo assistencial específico para o idoso (LOURENÇO, 2005).

De acordo com informações da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o processo de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser a Atenção Básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (como hospitais e clínicas especializadas) (SESAB, 2013).

Em casos, cuja avaliação médica, indique a necessidade de realização de uma consulta com um especialista, a Secretaria Municipal de Saúde é a responsável pelo setor de marcação de consulta ou exame junto a um serviço oferecido no próprio município ou em um município de referência para aquela especialidade. No caso da UBS o médico busca uma unidade com o perfil que possa atender a demanda do paciente. Após a identificação da unidade de atendimento adequado, a vaga é buscada, existindo, o paciente é transferido. Caso não exista a vaga, ela terá que aguardar em uma lista de espera (SESAB, 2013).

Para a população idosa, a espera passa a ser uma penalidade, que vai comprometendo ainda mais o quadro de sua saúde.

Gestão solidária e fortalecimento regional da Atenção Básica

Qualificação da Atenção Básica por meio de:

- . Educação Permanente para Atenção Básica
- Qualificação da Infraestrutura da Atenção Básica
- Qualificação do Processo de Trabalho e da organização dos serviços de Atenção Básica
- Promoção de ações que visam à transversalidade da Saúde Bucal em todas as Redes de Atenção à Saúde
- Aprimoramento das Ações da Atenção Básica
- Fortalecimento da integração das ações de Atenção Básica com a Vigilância em Saúde
- Fomento a atenção integral e Equitativa

- Estimulo e apoio aos processos de articulação setorial, envolvendo a Atenção Básica
- Fomento ao processo de incorporação das Práticas Integrativas e Complementares da Atenção Básica.

O órgão responsável pela gestão e coordenação da Política Estadual da Atenção Básica na Bahia é o DAB – (Diretoria de Atenção Básica), através do Decreto N° 14.457 de 03 de maio de 2013 – Aprova a Política Estadual de Atenção Básica), no acompanhamento das ações no âmbito da Atenção Básica prestada aos municípios, através das equipes de Apoio Institucional (AI) em parceria com os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e suas Bases Operacionais, de Saúde (BRS) sendo ofertado aos gestores municipais as seguintes frentes de ação estratégicas: Gestão solidária e fortalecimento regional da Atenção Básica (SESAB, 2013).

Dessa forma, cabe à Atenção Básica de Saúde (ABS) a efetivação de integralidade: que significa a integração de ações previstas no Programa das Políticas Públicas que inclui a articulação das ações de promoção à saúde, com prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.

2.6.1 Desafios da UBS no atendimento da população idosa

É fato que o acesso é dado a todos, mas a questão nesse panorama de direito universal está comprometido com os motivos que levam a demora para atendimento dos pacientes e são apontados, entre tantos desafios, a falta de profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos para atendimento da demanda.

Outro grande desafio das políticas de saúde está em oferecer atendimento de qualidade para a população. Por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) é possível perceber que o problema do acesso ao atendimento persiste nos postos de saúde e que as políticas adotadas não tem sido suficiente na resolução desses problemas com a demanda crescente da população de idosos (BRASIL 2017).

A ineficiência da saúde preventiva vem contribuindo para a crescente demanda por consultas nas UBS e internamento nos hospitais. Segundo o Ministério da Saúde 52% dos brasileiros estão acima do peso, a hipertensão e diabets consideradas entre índices de doenças crônicas (BRASIL, 2017).

Segundo Ditterich et. al (2012) aponta as medidas necessárias para melhorar o SUS em que o governo deve planejar melhor a gestão da saúde pública no sentido de investimento, na seleção de profissionais. Diante de vários desafios na busca de garantia da atenção universal, equitativa e integral, como: financiamento aquém do necessário, ausência de redes integradas de serviços, problemas na pactuação dos serviços contratados e conveniados, baixa sustentabilidade política e institucional, problemas na fixação de pessoal etc.

Na observação de Ditterich et al (2012), cuja premissa repousa na adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; a necessidade de garantir a qualidade da segurança e da atenção ao paciente com provisão de acesso a cuidados amplos que exigem a implantação de mecanismos eficazes de regulação.

Esses desafios para serem solucionados dependem de esforço conjunto de toda a sociedade. Isso buscando o desenvolvimento de uma atuação planejada e compensatória que garanta a necessária universalização do atendimento e da qualidade dos serviços prestados à população.

Na atenção à saúde no âmbito do SUS, tendo a universalidade aliada a integralidade como princípios estruturantes contemplados na PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseados nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da Estratégia da saúde da Família (ESF), nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017 (BRASIL, 2018).

Portanto, se faz necessário, com base nesses mesmos princípios a mudança de paradigma como novas formas de pensar a gestão de saúde a partir de uma visão preventiva que diminuiriam e muito os custos dos serviços de saúde com definição de política de educação permanente; na atenção ofertada a partir da integração do cuidado ao idoso.

3 ESTUDO DE CASO

3.1 A ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO BAIRRO DE CAJAZEIRAS SALVADOR – BAHIA

Salvador é a capital do estado da Bahia e possui população aproximada de 2,9 milhões de habitantes de acordo com os dados divulgados pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Esta informação faz parte da estimativa da população para o ano entre 2016 e 2017, que aponta a cidade com 2.953.986 habitantes em 2017. Ainda segundo o IBGE, Salvador teve crescimento populacional de 0,54% entre 2016 e 2017, representando a sétima menor taxa de natalidade do Brasil. Considerando que a Bahia possui o número de idosos que chegou a dois milhões e o estado já é o sétimo no país em aumento da população idosa, segundo aponta a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram avaliados entre os anos de 2015 e 2016.

O Programa da assistência ao idoso que tem seu amparo na lei constitucional e Diretrizes Básicas da Política Nacional de Saúde do idoso representa um avanço considerável nos aspectos da assistência e cuidado dos direitos garantidos aliado a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas com seus condicionamentos, isso é o que foi previsto pelos programas do SUS. No entanto, a realidade vivida não ocorre de maneira efetiva com o atendimento no que prevê garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada ao público idoso.

Existem lacunas assistenciais, que vai desde o financiamento público insuficiente, a distribuição inadequada dos serviços, e a carência de profissionais para concretizar as ações na UBS de forma mais eficiente no Bairro de Cajazeiras considerado um dos bairros mais populoso de Salvador.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), estabelecida pela Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, afirma que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do usuário e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). De acordo com essa perspectiva a Atenção Básica deve ser resolutiva e atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde, ordenar e coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes e ser responsável pela saúde da população usuária

descrita nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários (MENDES, 2012, p. 21).

Como tem sido mostrado nesse estudo a Gestão em Saúde Pública e as dimensões da gestão nas estancias federal, estadual e municipal, incluindo, o nível de gestão no seu planejamento que ocorre em termos de município para execução das metas está as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – popularmente conhecidas como postos de saúde – tendo como premissa o atendimento básico do cidadão a nível de bairro de um município cumprindo o dever de atender a população local.

A UBS funciona no período de segunda a sexta das 07 às 17 h com uma equipe de profissionais formado por: 6 técnicos de enfermagem; 5 médicos, 4 enfermeiros, 2 higienizadores; 1 Técnico de laboratório 1 Agente de endemia; e 18 agentes comunitários, e um gestor.

Na unidade responsável pelo atendimento e encaminhamento do paciente a outros serviços mais especializados, em casos de necessidade, também dispõe de um laboratório dentro do próprio posto. A fim de realizar exames básicos requisitados pelos médicos.

Nessa UBS verificou-se numero de médicos clínicos e enfermeiros que atendem casos gerais, não há especialistas para a população idosa, porém normalmente para marcar consultas com especialistas existe um dia e um horário específico que os Postos de Saúde abrem para que a população agende o que precisa. No caso da regulação ao acesso no sentido de adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde.

Há uma demanda grande por marcação de consultas e exames pelo SUS realizada pelos profissionais do setor de marcação na forma de padronização da solicitação para consultas e exames através dos protocolos para encaminhamentos, criação de fluxos ágeis de referência e; integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos.

Embora, em termos de programa a UBS visa promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnostico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a

4 METODOLOGIA

A referida pesquisa tem caráter qualitativo de natureza exploratória, de modo que foi realizado um estudo de caso com a Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro de Cajazeiras 10- Salvador -Bahia como objeto de campo de pesquisa. Para realização desta pesquisa optou-se por utilizar um questionário que foi aplicado ao gestor da Unidade Básica contendo questões objetivas e diretivas em seguida, os dados que foram coletados e serviram de indicadores para medir e analisar o nível da assistência ofertada no setor de atendimento de consultas e exames à população idosa no referido setor em estudo.

4.1 COLETA DE DADOS

Como método de coleta de dados, utilizou-se um questionários.

4.1.1 Sujeito da pesquisa

O sujeito da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde constituída de uma equipe multidisciplinar com um quadro atual de profissionais concursados formado por: 6 técnicos de enfermagem; 5 médicos, 4 enfermeiros, 2 higienizadores; 1 Técnico de laboratório 1 Agente de endemia; e 18 agentes comunitários, e um gestor.

Diante dessa realidade, buscou-se tratar sobre o problema que envolve a Saude Pública com suas falhas e desafios no atendimento de uma determinada demanda populacional. Destacando a necessidade da melhor adequação da assistência ao idoso na gestão da saúde.

4.1.2 Análise dos dados

Após uma revisão bibliográfica sobre as obras de autores especializados no tema proposto e o processo que envolve a metodologia, fez-se a aplicação dos instrumentos de coleta de dados existentes, a fim de atender os objetivos deste Estudo.

Nesse caso foi escolhido o Questionário a ser aplicado para a Unidade Básica de Saúde no Bairro de Cajazeiras -10 a fim de fornecer com maior precisão as informações necessárias do setor ligado diretamente ao atendimento. No setor de marcação de consultas e exames se buscou contextualizar o processo de regulação e seu acesso aos serviços

oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que os serviços ofertados não atendem de forma satisfatória a essa demanda populacional.

Optou-se pela alternativa (b) questionário não estruturado não disfarçado, com a ressalva que foi utilizada mais questões abertas do que fechadas e o respondente sabe qual é o objetivo da pesquisa.

Nesta pesquisa foi utilizado uso do método do questionário considerando o contexto atual podendo ser melhor aplicado do que às entrevistas, utiliza-se menos pessoas para ser executado e proporciona economia de custo, tempo, viagens, com obtenção de uma amostra maior e não sofre influência do entrevistador. Dentre as desvantagens pode ser citadas. Baixo índice de devolução, grande quantidade de perguntas em branco; dificuldade de conferir a confiabilidade das respostas; demora na devolução do questionário e a impossibilidade do respondente tirar dúvidas sobre as questões o que pode levar a respostas equivocadas. (MARCONI & LAKATOS, 1996; MATTAR, 1996)

Conforme o objetivo elaborado nessa pesquisa de analisar a devida adequação do cuidado ao idoso no nível da regulação assistencial básica no atendimento humanizado amparado na lei constitucional e Diretrizes Básicas da Política Nacional de Saúde do idoso.

Dessa forma foi pensado aplicação de um questionário direcionado no sentido de contextualizar as discussões na análise de alguns dados indicadores do município de Salvador através da UBS relacionado à população idosa na rede assistencial.

a) A população de Cajazeiras¹⁰: como bairro mais populoso está situada na região distrital sanitária de Cajazeiras. No município de Salvador-Bahia.

b) A estimativa do público considerado idoso que procura a assistência médica e exames por dia, semana e mês na UBS.

4.1.3 Aspectos éticos da Pesquisa

Foi feito como forma de livre participação, apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido sobre o objeto da pesquisa (Anexo B), no qual deverá ser assinado caso concorde em participar da pesquisa, com garantia de ter sua identidade preservada e de que os dados coletados na pesquisa serão utilizados apenas para o fim a que se destina a pesquisa. O respondente terá plena liberdade de desistir, caso não queira participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de represaria.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido entre 24 abril á 15 de maio de 2020 foi entregue na UBS no bairro de Cajazeiras 10 - Salvador – Bahia, um questionário direcionado a Unidade, que na ocasião não teve como responder no mesmo dia da entrega, e devido a esse fator, com muita persistência se obteve o questionário com as respostas no dia 15 de maio de 2020.

O questionário aplicado foi formulado com o total de sete questões sobre o atendimento das pessoas idosas e como isso ocorre.

Análise do questionário: De acordo com os dados coletados em campo foi possível identificar sobre a periodicidade dos idosos na UBS conforme relato da gestora que a maioria procuram apoio ao sentir primeiros sintomas de qualquer dores básicas, entretanto, há os casos em que a consulta é realizada por agendamento e feito em dia determinado da semana para respectivos médicos. Através do cartão apresentado pelo idoso no setor de atendimento que funciona como uma recepção com dois atendentes. E Acrescenta que não existe atendimento especializado para o idoso na Unidade Básica, apenas o atendimento clínico geral, em casos específicos são encaminhados às clinicas que atendam essas especialidades.

Os serviços oferecidos por essa Unidade Básica de Saúde são: marcação de consultas medicas e exames laboratoriais, administração de medicamentos, acompanhamento de programas sociais, cuidado na Atenção Básica Primária à Saúde, como atendimento para aferição de pressão arterial, imunização (vacinação), procedimentos curativo e nebulização. Existe a marcação por regulação que compreende os casos que não são atendidos na UBS através da regulação o paciente é encaminhado para outras unidades, mas para tanto precisa está com a requisição para devido encaminhamento que tenha a especialidade que o caso requer, fazendo a busca na central de regulação para informar o local que tem o serviço a ser solicitado ou fica a critério do paciente buscar outras alternativas.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (2018) de Salvador, existem na atualidade nove unidades de Atenção Básica no Distrito Sanitário de Cajazeiras, totalizando um aumento de 21,4% na cobertura de saúde na região. Por se tratar de um dos bairros muito populoso de Salvador necessita ampliar a cobertura de saúde da família nessa região. Considerando que o Distrito de Cajazeiras é quase o tamanho de um município que inclui o bairro de Cajazeiras 10.

O usuário faz um cartão (SUS) com o Agente Comunitário para poder marcar a consulta e no dia determinado pelo setor de atendimento se faz a marcação, que pode levar de uma a duas semanas para conseguir atendimento.

Diante das demandas que a Unidade Básica de Saúde enfrenta não tem como ter o controle quantitativo diário em termos de população idosa que busca o atendimento e não encontra, por isso não há como priorizar é sempre estabelecido por ordem de chegada.

Com relação à realização de exames de laboratório mediante a solicitação do médico, obedecendo o critério por ordem de chegada que, a depender, pode levar em média um mês para dar o resultado.

As maiores dificuldades com relação à assistência aos idosos segundo dados fornecidos pela gestora é a falta de médicos que atendam com mais atenção a esse público idoso. Considerando que muitas vezes um idoso é diagnosticado com alguma doença e por não ter um acompanhamento mais específico o mesmo acaba abandonando o tratamento.

Diante desse quadro apresentado se identificou as limitações que a Unidade tem para o atendimento com a população idosa e que não há o cuidado mais atencioso, pois além da falta de médicos especializados, também a Unidade enfrenta problemas em outra esfera de ação como falta de medicamentos e materiais.

Segundo as normas constitucionais com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tem que atuar de forma coerente com essa realidade. Pois na prática cotidiana da aplicação dessas normas, transformadas em regulamentos como decretos, portarias e resoluções, percebe-se a inadequação do sistema no caso do atendimento da população idosa amparada pela Lei do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), que engloba alguns componentes na forma de organização dos serviços, o modelo de atenção, o financiamento, a gestão, a governança e a regulação sempre estarão presentes, mas que ainda não atende satisfatoriamente aqueles que mais precisam e dependem de um único sistema de saúde.

Na análise feita da gestão em Saúde Pública percebe-se que um dos grandes desafios tem sido o paradigma vigente do aspecto voltado mais para o curativo do que o preventivo e sobre o planejamento a médio e longo prazo das atribuições e das competências dos gestores das três esferas de governo. Embora tenha suas ações realizadas através dos programas elaborados pelo SUS, no entanto, há os limites da tomada de decisão de cada gestor no seu âmbito de atuação, resultando na conformação de um modelo de gestão que não tem sido eficaz no atendimento de uma demanda cada vez maior.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema sobre a gestão em Saúde Pública somado ao fenômeno do aumento da população idosa e as implicações agravadas, representa um grande desafio para todos nós, tanto à nível de instituição pública (SUS) como de sociedade que depende dos serviços no atendimento mais humanizado para quem mais precisa, diante da grande demanda da população idosa é de fato motivo de muita preocupação.

A gestão em saúde da pessoa idosa está em nível de maior complexidade, pois, depende de uma gama de fatores que envolvem as políticas públicas implementadas ao longo do tempo, nesse sentido, tendo o Estado como principal sujeito da regulação, compreendendo os três níveis de atuação federal, estadual e municipal, sendo a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial o elemento chave para compreensão dos mecanismos que envolvem a Gestão da saúde no município e na UBS.

A Bahia está entre os estados que possui maior número de idosos cerca de dois milhões, sendo o sétimo no país em aumento da população idosa. Por essa razão, importa levantar a discussão tão necessária na esfera gerencial no município de Salvador com um grande contingente populacional concentrado no bairro de Cajazeiras e tem sido um fator desafiador na medida em que a complexidade da Saúde Pública esbarra no atendimento dessa população que vai engrossando as filas em busca de atendimento e cuidados.

Em termos de município é preciso um olhar mais atencioso e fundamental nessa discussão sobre a saúde pública, cujo grande paradigma da saúde até hoje é, considerar que os governos tem tido a visão desse setor mais como gastos, despesa, ônus e não como investimento social.

Diante do quadro apresentado se espera que haja maior investimento no tratamento mais humanizado para a população idosa respeitando a sua condição de vulnerabilidade com base nos princípios do Sistema Único de Saúde comprometidos com a defesa da vida e dos valores, ainda distante da realidade em que as políticas públicas adotadas por meio dos programas como Atenção Básica primária nas UBS inclui o setor de atendimento em consultas e exames que refletem as falhas e os desequilíbrios gerados pelo sistema.

Essa pesquisa forneceu alguns elementos decisivos na compreensão sobre o que acontece na prática, e como o cuidado e acolhimento desse público formam um verdadeiro nó crítico para a coordenação de redes e sistemas nacionais de saúde, no caso dos SUS e os seus programas centrados na assistência.

Para concluir, sobre o grande desafio no setor da gestão de saúde que ao longo do tempo tratou o problema investindo mais na saúde curativa do que preventiva, visto retratada em uma série de problemas refletidos nas deficiências do atendimento para a população que depende do SUS, pois, não se trata aqui de se pensar somente em soluções imediatistas, diante da situação caótica visualizada na porta de entrada que é a Unidade Básica no Bairro de cajazeiras 10, retratada nas condições precárias da assistência que não oferecem o cuidado necessário e humanizado ao público idoso.

Através dessa pesquisa se espera contribuir para fortalecimento da discussão sobre o SUS e incentivo em estudos futuros que vise à melhoria da qualidade da assistência à saúde ofertada ao público idoso a partir da UBS com base em um planejamento mais consistente à nível de investimento na prevenção e assistência ao idoso respeitando o direito na sua integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, L J; SHIMIZU, H.E; HAMANN, E.M. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura** Ciênc. saúde colet. 21 (5) Maio 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015> > Acesso em: 20 abr. 2020
- BARROS, M. E., Piola, S. F., & Vianna, S. M. (1996). **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. Brasília: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_401a.pdf>. Acesso em: 22 mar.2020.
- BARROS, M. B. A. et al. **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil**, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.
- BARROSO, J. **O estado, a educação e a regulação das políticas públicas**. *Educação e Sociedade*, Campinas, v.26, n.92, p. 725-751, 2005.
- BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. *Jurisprudência Mineira*. [s.l: s.n.]. v. 188, p. 29-60, 2009.
- BRASIL - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS; Brasília, DF: OPAS, 2008. Disponível em:<
- BRASIL. (1990). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 22 mar.2020
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> » <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em 10 de abr 2020
- _____. (1999). **Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria n.o 1.395**, de 9 de dezembro de 1999. Brasília (DF): *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, no 237-E, 20-24, Seção 1. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em 20 mar 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008**. institui a Política nacional de regulação do Sistema único de Saúde – SuS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 ago. 2008.

_____. (2006). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. SUS: Avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em 22 Fev. 2020.

_____. (2008). **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro (RJ): ANS.

_____. **Lei n. 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 União*, Brasília, p. 18.055, 20 set. 1990.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.142, 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.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Estatuto do Idoso 3ª ed. Brasília**: MS; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de informações em saúde**. Brasília, DF, [2009]. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 7 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma operacional de Assistência à Saúde 01/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2001. 413 A regulação no setor público de saúde: um processo em construção.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SuS, e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006.

_____. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI** – Subsídios para as Projeções da População. IBGE, 2015. Relatório de Programas e Ações do MC (dezembro de 2018) e TABCAD (novembro 2018). Disponível em

BUSS, P. M. (2000). **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5 (1), 163-177.

CARVALHO JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3):725-33. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300005

_____. **O novo padrão demográfico brasileiro e as mudanças no perfil das demandas sociais por parte da população jovem e idosa 1990/2000**. Belo Horizonte: CEDEPLAR /UFMG, 1993.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

CASTRO JD. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais**. Sociologias. 2002:122-35.

CAVALCANTE, M.T.L. **Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações de Saúde: Tendências nas Tecnologias de Informação em Saúde**. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf. Acesso em: 06 de dezembro de 2017

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2009

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito Administrativo**. 18. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

DITTERICH, Rafael Gomes. MOYSÉS, Simone Tetu. MOYSÉS, Samuel Jorge. **O uso do contrato de gestão e incentivos profissionais no setor de saúde pública de saúde**. 2012. Caderno de saúde pública; 28(4):615-27. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>>. Acesso em: 15 de maio 2020

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. **Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais**, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 767-776, 2008.

FARIAS, S. F.; COSTA, A. m.; GURGEL JÚNIOR. g. d. **A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3424>. Acesso em: 20 abril 2020.

FIANI, R. **Afinal, a quais interesses serve a regulação? Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 81-105, jul./dez. 2004.

FLEURY, S. J. F.. **Redes de proteção: incentivos, escolhas e comportamentos na política brasileira**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

_____. **A natureza do Estado capitalista e das políticas públicas**. in: Fleury, s. Estado sem cidadãos: seguridade social na América latina. rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 11-57.

FARIAS, S.F. *et al.* **A regulação no setor público de saúde no Brasil:** os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, s1043-1053, 2011.

FONSECA AF, MENDONÇA MH. **Avaliação e políticas públicas de saúde:** reflexões a partir da atenção básica. In: Guizardi F, Nespoli G, Cunha ML, et al., organizadores. *Políticas de Participação e Saúde*. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2014, p. 197-224.

IBGE, **Projeção da população do Brasil por sexo e idade:2000-2060**, Revisão 2013. Disponível em:< http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm. Acesso em: 27/mar/2020.

LEVCOVITZ E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nespoli G, Mariani M. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS; 2003. p. 74. [Série Técnica Projeto de desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2]Disponível em: <

MACEDO, Luiz Joeci Jacques. CARVALHO, Jonison Barroso. COUTINHO, Helen Rita Menezes. **O gestor em saúde no setor público 2007**. Disponível em:<<http://dsau.dgp.eb.mil.br/docs/O%20gestor%20em%20Sa%C3%BAde%20no%20setor%20p%C3%ABlico.pdf>>. Acesso em: 30 de abril 2020.

MACHADO, C. V. **Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências**. in: NEGRI, B.;VIANA, A. I. d'A. (org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime;Cealag, 2002. p. 505-526.

MACHADO, Rosani Ramos. **Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história**. *Revista Saúde Pública*, Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MAGALHÃES JR HM, Pinto HA. **Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado:** ainda uma utopia? *Divulg. Saúde debate* [internet]. 2014 Out; 51:14-29. Disponível em:<<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em 10 maio de 2020

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing:** edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996

MENDES, H. W. B. De Almeida. **Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores**. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 29 v. 29 n. 1, p. 26-34, jan./mar., 2005. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/28/03_Regionalizacao.pdf>. Acesso 30 de mar 2020.

MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDONÇA, SC; REIS, AT; MORRAES JC. **A política regulação do Brasil**. Brasília: organização Pam –Americana da saúde; 2006.

MINAYO MCS, Hartz ZMA, Buss PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Cien Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18. DOI: 10.1590/S1413- 812320000 001 00002

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, 20 out. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde e Envelhecimento da Pessoa Idosa**
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf Política Nacional da Pessoa Idosa <http://portal.aude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

MINISTERIO DA SAUDE (2018) – Estudo aponta 75% idosos usam o SUS. Disponível em < <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o-sus>>. Acesso em 27 de abril

NORONHA, J. C. de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 847–849, maio 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2020.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A humanização na assistência à saúde**. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar.-abr. 2006.

OLIVEIRA RR, Elias PEM. **Conceitos de regulação em saúde no Brasil**. *Revista Saúde Pública*, São Paulo: 46(3):571-576, 2012

OLIVEIRA MR, Silveira DP, Neves R, Veras R, Estrella K, Assalim VM, Araujo DV, Gomes GHG, Lima KC. *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor* Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde** / Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, Informativo 2006. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Relatório mundial da saúde: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Disponível em: Acesso em: 22 jul. 2012.

PAIM, JS; TEIXEIRA CF. **Política, Planejamento e gestão em Saúde: balanço do estado da arte**. *Rev. Saude Publica* 2006; 40(N Esp):73-78.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <.Http//www Acesso em: 22 abr. 2020.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org). **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).**

Texto para discussão nº 1391. IPEA. Brasília: fevereiro 2009.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em 20 abr de 2020.

REZENDE, F. C. **As reformas e as transformações no papel do Estado:** o Brasil em perspectiva comparada. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R. (Orgs.). O Estado numa era de reformas: os anos FH. Parte 1. Brasília: MP, SEGES, 2008, p. 163-207.

TEIXEIRA CF, Paim JS. Planejamento e programação das ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *RAP* 2000; 34:63-80.

_____. **Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde.** Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Vigilância epidemiológica: políticas, sistemas e serviços. In: Ligia Giovanella; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.795-817. 2008

SANTOS, I. **O poder regulamentador do estado sobre as ações e os serviços de saúde.** in: Fleury, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes.* São Paulo: lemos Editorial, 1997.

SALGADO, L.H. **Agências regulatórias na experiência brasileira:** um panorama do atual desenho institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003. 52p. Disponível em : < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000136&pid=S0103-1104201200040001600021&lng=en>. Acesso em 27 abr 2020

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB- Decreto Nº 14.457 de 03 de maio de 2013. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pd>. Acesso em 30 abr 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. Diretoria Geral de Regulação, Controle e Avaliação Central Municipal de Regulação. Protocolo para Autorização de Procedimentos de Média e Alta Complexidade. 2014. Disponível em: <http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE1175-2.pdf> Acesso em: 30 de abr 2020.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTENCIA À SAUDE. **Sistema Único de Saúde.** Descentralização das Ações e Serviços: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Brasília, MS, 1993,67 p.

SCHILLING, C.M.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (orgs.). **A política regulação do Brasil.** Brasília: OPAS, 2006. 116 . Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000140&pid=S0103-1104201200040001600023&lng=>. Acesso em 30 abr 2020

SOUZA, L. E. P. F. (2009). **O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão.** Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, mai./jun. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1413-81232009000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027) >. Acesso em: 30mar. 2020.

SOUZA, M. L. B. **O Lugar da Atenção Básica na Política de Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2011. Disponível em < <https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk03dgdwDVerTB33WKmpBmqRRkFSmMbw:1589310890863&source=univ&tbm=isch&q=imagem+sobre+estrutura+institucional+++e+decisor> > Acesso em 20 mar 2020.

_____. (2006). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** SUS: Avanços e desafios. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicações/conassprogestores/sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em 22 mar. 2020.

VIANA, A. I. d'A. (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio:** o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 505-526.

VIEIRA, Paulo Reis. *Em Busca de uma Teoria de Descentralização.* Rio de Janeiro: FGV, 1971.

VERAS RP. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso:** revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):705-15. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300003

_____. Fórum. **Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD:** demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10) :2463-66. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001000020

_____. VERAS RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.** *Rev Saude Publica.* 2008;42(3):497-502. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000024

VERAS RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. **Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2013; 16(2):385-392.

VILARINS GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU. **A regulação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a16v36n95.pdf>.> Acesso em: 20 de março de 2020

APÊNDICES



Pesquisa: Estudo de caso realizado na UBS no bairro de Cajazeiras 10 no município de Salvador –Bahia através de questionário direcionado ao Gestor da Unidade.

Autora: Joana Borges

Orientadora: Profa. Dra. Antônia Márcia Rodrigues de Sousa

Objetivo geral:

Analisar as limitações da oferta de consultas e exames no atendimento mais humanizado de doenças crônicas sob a ótica do princípio universal, da integralidade e equidade das ações no Programa da assistência ao idoso que tem seu amparo na lei constitucional e Diretrizes Básicas da Política Nacional de Saúde do idoso.

Objetivos específicos:

Verificar, quais os desafios enfrentados pela gestão na UBS relacionado a oferta dos serviços prestados a população idosa

QUESTIONÁRIO

1) Existe um controle de registro de atendimento das pessoas idosas?

R-Não existe um controle.

A UBS É composto de 6 técnicos de enfermagem; 5 médicos , 4 enfermeiros, 2 higienizadores; 1 técnico de laboratório 1 agente de endemia; e 18 agentes comunitários, Existe o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. A proposta é que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema.

2 -Por quem e como é realizado o atendimento - é feito por prioridade. Se no sistema tem o atendimento.

R atende no setor de marcação de consultas e exames

3) Como ocorre o processo em relação a marcação de consultas e exames?

- O setor de marcação de consultas é feito da seguinte forma: Existe os dias certos para marcar consultas o critério de setores do bairro e o posto não dispõe de médicos especializados para esse público, apenas a clínica médica, os exames demoram para ser entregues, falta de remédios, os atendentes são poucos os atendentes são enfermeiros e funcionamento para marcação começa a partir de tal hora

4) encaminhamento e regulação Existem especialidade no geral em que atende aos idosos

Não

5) existe algum tipo de acompanhamento psicológico para os idosos? Qual é a periodicidade?

Não há na Unidade acompanhamento psicológico

6) Como é realizado esse controle de atendimento?

R Não há um controle, por ordem de chegada

Existe a especialidade a depender da necessidade e encaminhado para fazer atendimentos.

7) quais as maiores dificuldades em relação a assistência ao idosos?

Como poderia ser melhorado essa situação?

R Há muitas demandas que não são atendidas na UBS devido a falta de profissionais

Acompanhamento, muitas vezes um idoso é diagnosticado com alguma doença e por não ter um acompanhamento devido o mesmo acaba abandonando o tratamento. É preciso tratar a saúde com mais atenção a esse público idoso



TERMO DE CONCORDÂNCIA

Declaro para os devidos fins que as informações fornecidas através do questionário aplicado a gestão dessa Unidade Básica de Saúde localizada no bairro de cajazeiras 10 Salvador – Bahia foi de consentimento livre e com a ressalva de preservar os dados coletados na pesquisa científica que serão utilizados apenas para o fim que se destina a pesquisa, respeitando a livre forma de expressão dos 7 quesitos respondidos. Observando o critério de que o respondente terá plena liberdade de desistir, caso não queira participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de represaria.

Salvador 15 / 05 / 2020

Caroline Brandão Teixeira Sousa
Formação fonoaudióloga
Gestora da UBS – cajazeiras 10