



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

ELIANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA
IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE
MANAUS**

MANAUS/AM
2025

ELIANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

**GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA
IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE
MANAUS**

Dissertação elaborada pela discente Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki, para fins de apresentação ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), como requisito final para obtenção do título de mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Linha de pesquisa: Serviço Social, Trabalho e políticas Públicas.

Orientadora (a): Yoshiko Sasaki

MANAUS-AM
2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

-
- O48g Oliveira, Eliane Patricia Rodrigues de
 Gestão do trabalho nos serviços de saúde à pessoa idosa na atenção
 básica no distrito oeste da cidade de Manaus. / Eliane Patricia Rodrigues
 de Oliveira. - 2025.
 131 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Yoshiko Sassaki.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Serviço Social, Manaus, 2025.
1. Gestão de trabalho. 2. SUS. 3. Atenção Básica. 4. Pessoa Idosa. I.
 Sasaki, Yoshiko. II. Universidade Federal do Amazonas. Programa de
 Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título
-

ELIANE PATRICIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – (PPGSS), da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob a orientação da professora Dr.^a. Yoshiko Sasaki, como requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Aprovado em 05 de junho de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr.^a Yoshiko Sasaki - Presidente
Universidade Federal do Amazonas – PPGSS/UFAM

Prof. (a) Dr.^a Dayana Cury Rolim - Membro Interno
Universidade Federal do Amazonas – PPGSS/UFAM

Prof. (a) Dr.^a Roberta Justina da Costa - Membro Externo
Universidade Federal do Amazonas – DSS/UFAM

Dedico ao meu esposo Francisco Alves Batista e meu filho Vinícius de Oliveira Batista pelo apoio e compreensão dispensados nesses momentos árduos onde ausentei-me de seus convívios para me dedicar aos estudos, aos meus pais, Maria do Perpetuo Socorro Rodrigues de Oliveira (in memoriam) e José Alves de Oliveira (in memoriam) pelo alicerce e dedicação à minha existência, por todo legado de ensinamento de ética e valores humano, minha tia Maria das Graças Rodrigues (in memoriam) por toda representatividade de afetividade e carinho, a minha avó materna Altair Rodrigues (in memoriam) pelo ensinamento de envelhecer sendo exemplo de serenidade e fé.

AGRADECIMENTOS

Meus singelos agradecimentos a todos que contribuíram direta e indiretamente para a viabilização e concretização dessa dissertação:

A Deus pelo sustento durante toda a minha existência;

Ao meu esposo Francisco Alves Batista pelo apoio e compreensão durante todo o processo de caminhada;

Ao meu filho querido, Vinícius de Oliveira Batista, por ser minha fonte de calma e força que me norteava nesse processo;

Aos meus familiares, em especial, a tia Glória Rodrigues e a minha queridíssima prima Alessandra Rodrigues por fazerem parte de um núcleo de intercessão familiar, onde foi fundante para nutrir a fé e esperança para transpor os percalços;

À minha orientadora Prof^a. Dra. Yoshiko Sasaki pela condução da pesquisa e direcionamento, com experiência, conduziu o percurso com benevolência e generosidade que culminaram na materialização da pesquisa;

À professora Dra. Lucilene Ferreira de Melo pelas orientações concernentes ao procedimento no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pela sua disponibilidade e gentileza de participar, contribuir no exame de qualificação, que juntamente com a professora Dra. Roberta Justina da Costa deram valiosas contribuições para os delineamentos estruturais dessa pesquisa;

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade no Amazonas (PPGSS), em especial ao corpo docente que contribuiu com meu amadurecimento intelectual no decorrer de cada aula, cada instrução e partilha que colaborou com o processo de deslumbre com a maturação da pesquisa, principalmente, a professora Dra. Dayana Cury Rolim;

As colegas de turma 2023, que emparcaram nessa trajetória facinante de descobertas de conhecimento científico, pelas aulas coletivas e aprendizados durante os debates e nas interações respeitadas e de afetividades em cada encontro;

À assessora técnica do PPGSS Evelyn Barroso Pedrosa pela presteza nas questões administrativas e técnicas;

À Universidade Federal do Amazonas (UFAM), por propiciar condições de percorrer uma caminhada científica com possibilidades de debruçar sobre os caminhos, que, durante as caminhadas em suas imponentes e magníficas trilhas naturais, me despertou a possibilidade de me deslumbrar no trajeto da cientificidade;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio e financiamento na concessão da bolsa por intermédio do Programa de apoio à Pós-Graduação Stricto Sensu (POSGRAD);

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais e Seguridade Social no Amazônia (GEPPSSAM/UFAM), pela acolhida e oportunidade de representar o grupo nas mostras científicas dos grupos de Pesquisa do Programa;

Ao Programa Observatório dos Direitos da Criança e do Adolescente (PRODECA) por propiciar um espaço com recursos materiais e humanos que me propiciaram vivenciar as atividades de pesquisa e extensão, que me fez emergir no universo de conhecimento;

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), especialmente a Escola Municipal de Saúde Pública de Manaus (ESAP), ao Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde (NUPES/ ESAP/SEMSA) por possibilitar a pesquisa de campo mediante ao termo de anuência e o termo de Autorização para permissão de adentrar em *lócus* junto aos participantes da pesquisa;

Aos gestores/diretores e aos profissionais do sistema público de saúde do Distrito Sanitário (DISA) Oeste, que foram receptivos e gentis ao participarem e como coautores contribuíram na produção dessa pesquisa e que receberam esse projeto com afinho;

Aos amigos (as) que acompanharam meu processo enquanto pesquisadora, em especial à Dra. Hellen Gomes Bastos, por segurar minhas mãos no exame de admissão, na avaliação escrita e na entrevista, sobretudo durante os momentos difíceis no decorrer do processo todo, nas orientações onde organizava as ideias e pelo acolhimento nos momentos de adversidades, à Msc. Aline Ribeiro de Lima, por me auxiliar na reorganização das ideias no início do processo e, a todos os demais amigos.

“Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”

(Declaração Universal dos Direitos Humanos).

RESUMO

A presente pesquisa intitulada “Gestão do trabalho nos serviços de saúde à pessoa idosa na Atenção Básica no Distrito Oeste na Cidade de Manaus” tem como enfoque o tema gestão de trabalho em serviços de saúde na Atenção Básica voltados à pessoa idosa. A questão norteadora visa responder: Como se desenvolve a gestão de trabalho em serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica, no Distrito Oeste da cidade de Manaus? Desse modo, tem como objetivo geral analisar a gestão de trabalho em serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica, no Distrito Oeste da cidade de Manaus. E como objetivos específicos, refletir sobre a organização e estrutura dos serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica; identificar as demandas da pessoa idosa quanto às ações e aos serviços nas unidades de saúde do Distrito Oeste, na cidade de Manaus; contrastar a gestão do trabalho nos serviços voltados à pessoa idosa e implicações na saúde nas unidades de saúde Distrito Oeste. Quanto ao percurso metodológico, optou-se pela teoria crítica, o método materialismo histórico-dialético; no que tange ao delineamento dos procedimentos, a pesquisa foi bibliográfica, documental e de campo. O método de análise foi a análise de conteúdo, buscou-se desvelar, discutir o objeto estudado, para, assim, contribuir na materialidade à produção de conhecimento referente ao tema, visando as melhorias da qualidade dos serviços de saúde prestados à população idosa. Os resultados encontrados apontam para a necessidade de uma abordagem com um olhar sensível e aprofundado sobre a temática para enfrentar os desafios de envelhecer no Brasil, principalmente a partir da ótica da racionalidade neoliberal, conotando a complexidade da compreensão dos fatores intrínsecos nesse contexto, que perpassam pela discussão conceitual, fatores históricos e sociais. A viabilidade dos direitos da pessoa idosa à saúde requer um olhar atento para as especificidades do envelhecer, o fortalecimento da Atenção Básica e a valorização dos seus trabalhadores, bem como requer a efetivar mecanismos de participação social na gestão, para assegurar serviços de qualidade à população idosa.

Palavras-chave: Gestão de trabalho; SUS; Atenção Básica; Pessoa Idosa.

ABSTRACT

This research, entitled "Work Management in Health Services for the Elderly in Primary Care in the Western District of Manaus City," focuses on the topic of work management in health services for the elderly in Primary Care. The guiding question aims to answer: How is work management developed in health services for the elderly in Primary Care in the Western District of Manaus City? Thus, the general objective is to analyze work management in health services for the elderly in Primary Care in the Western District of Manaus City. The specific objectives are to reflect on the organization and structure of health services for the elderly in Primary Care; to identify the demands of the elderly regarding actions and services in health units in the Western District of Manaus City; and to compare work management in services for the elderly and its implications for health in health units in the Western District. Regarding the methodological approach, critical theory and the historical-dialectical materialism method were chosen; regarding the procedural design, the research was bibliographical, documentary, and field-based. The analytical method was content analysis, which sought to uncover and discuss the object of study, thus contributing to the materiality of knowledge production related to the topic, aiming to improve the quality of health services provided to the elderly population. The results indicate the need for a sensitive and in-depth approach to the topic to address the challenges of aging in Brazil, particularly from the perspective of neoliberal rationality. This highlights the complexity of understanding the intrinsic factors in this context, which permeate conceptual discussion and historical and social factors. The viability of older adults' rights to health requires a close attention to the specificities of aging, the strengthening of Primary Care and the appreciation of its workers, as well as the implementation of mechanisms for social participation in management to ensure quality services for the elderly population.

Keywords: Work management; SUS; Primary Care; Elderly people.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Centralidade do Mercado nas relações sociais.....	24
Figura 2 - Pirâmide etária de 1940-2060 no Brasil.....	31
Figura 3 - População estimada por faixa etária e sexo, Manaus, 2000	34
Figura 4 - População estimada por faixa etária e sexo, Manaus, 2025.	35
Figura 5 - Criação institucionais que antecederam o SUS.	42
Figura 6 - Sistemas piramidais e hierárquicos de atenção à saúde	52
Figura 7 - Linha do Tempo – PNAB.....	54
Figura 8 - Mapa do Estado do Amazonas.	58
Figura 9 - Mapa da Cidade de Manaus.	59
Figura 10 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção da população residente por grupos etários específicos - 1980/2022. 31

Tabela 2 - Proporção da população residente por grupos etários / Grandes Regiões 33

.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Termos conceituais.	22
Quadro 2- Expectativa de vida brasileira entre 1940 a 2022.....	30
Quadro 3 - Conferências de Saúde que antecederam o SUS.....	43
Quadro 4 - Conceitos de Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	51
Quadro 5 - Níveis de Atenção em Saúde /SUS.	52
Quadro 6 - Legislações e bases legais da Política de Atenção à Pessoa Idosa.....	56
Quadro 7 - Unidades na Rede de Atenção à Saúde Municipal de Manaus	60
Quadro 8 - Distritos na Rede de Atenção à Saúde Municipal de Manaus.....	61
Quadro 9 - Descrição dos serviços de saúde nas UBS's do Distrito Oeste.	63
Quadro 10 - Refuncionalização dos Princípios e Diretrizes do SUS.	69
Quadro 11 - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável com Eixo na atenção à saúde	73
Quadro 12 - Unidades da pesquisa /UBS's do Distrito Oeste.	74
Quadro 13 - Perfil dos participantes da pesquisa/ Gestores.	75
Quadro 14 - Alguns instrumentos de Gestão de Saúde Municipal/Manaus	77
Quadro 15 - Competências da Atenção Primária	83
Quadro 16 - Perfil dos participantes da pesquisa/Profissionais.	93
Quadro 17 - Serviços de saúde nas UBS's voltado à pessoa idosa	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACEs	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSs	Agente de Combate de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DISA	Distrito de Saúde
DISAO	Distrito de Saúde Oeste
eAB	Equipe de Atenção Básica
eqSF	Equipe de Saúde da Família.
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTS	Gestão do Trabalho em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)
LOAS	Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
NOBS	Norma Operacionais Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PBF	Programa Bolsa Família
PIM	Polo Industrial de Manaus
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 – A QUESTÃO DA VELHICE NO BRASIL	19
1.1. Situando a questão da velhice no capitalismo contemporâneo.	20
1.2. Aspectos demográficos do envelhecimento no cenário brasileiro.	30
1.3. Processo de envelhecimento, velhice e saúde	36
CAPÍTULO 2 – SAÚDE E OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.....	40
2.1. Sistema único de saúde e velhice no Brasil	41
2.2. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	51
2.3. O Distrito Sanitário Oeste e a atenção à saúde da Pessoa Idosa	58
CAPÍTULO 3 – GESTÃO DE TRABALHO NA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA	65
3.1. Gestão em Saúde e controle democrático.	66
3.2. Gestão do trabalho nos serviços de saúde na Atenção Básica	70
3.3. Uma análise a partir dos profissionais de saúde do Distrito Oeste na Cidade de Manaus.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES	120
ANEXOS.....	128

INTRODUÇÃO

O Brasil, em um ritmo acelerado, apresenta o crescimento populacional de pessoas idosas. O processo de transição demográfica e epidemiológica no cenário brasileiro nas últimas décadas, vem ocasionando uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social (Veras, 2009).

Desta forma, emerge a motivação da pesquisa que analisa a gestão de serviços de saúde na Atenção Básica voltados à pessoa idosa e suas implicações aos cuidados na saúde desta população. Aprofunda a temática com adensamento nas categorias teóricas, bem como mergulha na realidade da gestão de saúde na zona oeste de Manaus e as demandas trazidas pelas pessoas idosas.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), no Censo demográfico de 2022, o total de pessoas com 65 anos ou mais de idade, no país, ultrapassou a marca de 22.169.101, chegando a 10,9% da população, com alta de 57,4% frente a 2010, quando esse contingente era de 14.081.477, ou 7,4% da população. Já a população idosa de 60 anos ou mais é de 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%).

No Amazonas, o atual Censo aponta que a população residente de 60 anos ou mais de idade é de 210.225 pessoas. Neste sentido, o índice de crescimento populacional de Pessoas Idosas, de 60 anos ou mais de idade, é de 18,19 % (IBGE, 2023).

A população de Manaus com idade acima de 60 anos cresceu 68%, passando de 23.748, em 1980, para 185.241 habitantes, em 2022. Em 1980, essa população representava 3,75% da população total, ao passo que, em 2022, atingiu o percentual de 8,35%. Ocorreu um maior acesso à rede de serviços de saúde, a partir da década de 1980 e, elencado a isso, as mudanças no sistema público de saúde no Brasil, são compreendidos como fatores que contribuíram de forma decisiva para aumentar a longevidade da população de Manaus (SEMSA, 2022).

Nessa perspectiva, vale salientar que, na Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU, 2020) foi declarado o período de 2021 a 2030, como a década do envelhecimento saudável, posicionando no sentido de promover mudanças na forma como as pessoas pensam, sentem e agem em relação ao envelhecimento; com o intuito de facilitar a capacidade das pessoas idosas de participação ativa em suas comunidades e sociedade; propõe que os serviços de saúde primários atendam às necessidades do indivíduo; além de promover o acesso aos cuidados contínuos e de longa duração para essa população (ONU, 2020).

Logo, entende-se que a Política de Saúde acessível é fundamental para que o indivíduo no processo de envelhecimento possa usufruir das condições propostas pela ONU, é importante conhecer a política de Saúde na Atenção Básica no Brasil, especialmente em Manaus, que tenha estratégias de gestão de trabalho, no acompanhamento no processo de envelhecer que visa a promoção, prevenção e reabilitação da saúde em consonância com os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Neste sentido, ressalta-se a importância de conhecer e acessar a Política de Atenção Básica em Manaus.

Vale destacar que, dentre as Políticas Públicas, direcionadas às pessoas idosas, se destaca a PNSPI, de 2006 - Portaria nº 2.528 que tem como público-alvo todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade. A finalidade desta política é promover, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos, direcionando medidas coletivas e individuais, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo central dessa pesquisa é analisar a gestão de trabalho em serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica no Distrito Oeste da cidade de Manaus. Para atingir tal objetivo estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: refletir sobre a organização e estrutura dos serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica, no Distrito Oeste; identificar as demandas da pessoa idosa quanto às ações e serviços nas unidades de saúde do Distrito Oeste, na cidade de Manaus; contrastar a gestão do trabalho nos serviços voltados à pessoa idosa e implicações na saúde nas unidades de saúde Distrito Oeste. Com o intuito de responder tais questionamento, foram propostas três categorias teóricas, divididas em três capítulos: velhice, saúde e gestão de trabalho.

Destaca-se que foram usados como embasamento do estudo os documentos disponíveis no Portal da Secretaria de Saúde Municipal de Manaus (SEMSA), como: o Plano Anual de Saúde (PAS); Plano municipal de Saúde de Manaus (PMS) 2022-2025, e as legislações que preconizam a Política de Saúde à Pessoa Idosa (PNSPI), bem como o arcabouço normativo do SUS, com destaque para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Deste modo, é importante destacar que os níveis de atenção à saúde no Brasil são estabelecidos pela Portaria nº 4.279/10, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, as quais são: atenção primária, atenção secundária e terciária. Na Atenção Primária encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), locus da pesquisa, em específico nas UBS do Distrito Oeste, da cidade de Manaus.

Como percurso metodológico, seguiu-se como aporte o método materialismo histórico-dialético, a partir de Marx, que, segundo Netto (2011, p. 22), é necessário ir além da “aparência fenomênica, imediata e empírica por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo

essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto”.

Para Prodanov e Freitas (2017, p. 34), o método dialético, “busca interpretar a realidade partindo do pressuposto de que todos os fenômenos apresentam características contraditórias organicamente unidas e indissolúveis”. Assim, para conhecer determinado fenômeno ou objeto, o pesquisador precisa levar em consideração todos os seus aspectos, suas relações e conexões, sem tratar o conhecimento como algo estático, mas, em constante mudança.

Do ponto de vista dos objetivos é uma pesquisa explicativa, que, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, busca identificar suas causas por meio da aplicação do método e se propõe buscar esse conhecimento por meio da interpretação possibilitada pelos métodos qualitativos (Severino, 2013).

Utilizou-se de dados bibliográficos, documental e a pesquisa de campo. Segundo Severino (2013) a pesquisa de campo é aquela na qual o objeto de estudo é investigado em seu próprio contexto. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim, será diretamente observado sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador.

A pesquisa documental, que consiste na coleta de dados de documentos oficiais e legislações afins ao tema, como: legislações; além de documentos associados aos dados estatísticos, demográficos, econômicos e sociais, que se encontram disponíveis em endereços eletrônicos oficiais; dentre os documentos oficiais há os que versam sobre a estrutura organizacional da instituição.

Importa destacar as etapas da pesquisa: qualificação do projeto; revisão bibliográfica; levantamento documental; leituras, discussão e fichamentos acerca das categorias centrais de análise; seleção dos lócus da pesquisa e/participantes em potenciais, análise, organização e sistematização de dados coletados, oriundos da pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

A pesquisa trabalhou com dois grupos, quais sejam: Grupo I - gestor/ diretor da unidade de saúde e Grupo II - profissionais da unidade de saúde da Zona Oeste, aplicou-se junto a estes participantes da pesquisa um questionário (Apêndice A) para a gestão/direção das unidades de saúde e (Apêndice B) para os profissionais (assistente social, enfermeiro, médico) que operacionalizam os serviços das unidades de saúde na Atenção Básica, do Distrito Oeste da Cidade de Manaus, com perguntas abertas e fechadas. Sua aplicação deu-se após o Termo de Autorização ESAP/SEMSA (Anexo B).

A fim de assegurar o sigilo, bem como preservar a identidade dos participantes dessa pesquisa, foram elaborados os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para a

pesquisa (Apêndice C). Portanto, seguiu-se os critérios informados, que não seriam identificados assegurando sigilo, de acordo como é preconizado pelo Comitê de Ética da UFAM, para submissão ao CEP. Solicitou-se junto a ESAP o termo de Anuência (Anexo A) para compor os documentos necessários ao Comitê de Ética em Pesquisa. Assim, foi aprovado pelo Comitê de Ética – CAAEnº 81869324.6.0000.5020 (Anexo C).

A proposta da pesquisa foi contribuir para os estudos já existentes, fornecendo subsídios, por meio de coleta de dados, analisados e interpretados para fortalecer as Políticas Públicas de Saúde voltadas à pessoa idosa.

Ressalta-se que a motivação da escolha do tema foi baseada a partir de uma experiência profissional como estagiária, em uma unidade de saúde, onde pude me aproximar do objeto da pesquisa, atuando na área da saúde voltada à pessoa idosa, na cidade de Manaus.

Em vista disso, destaca-se a relevância social da pesquisa já que as políticas públicas de saúde no Brasil são garantidas pela Constituição Federal de 1988, cabe criar meios para que, efetivamente, a saúde seja oferecida a todos, em particular na Atenção Básica de Saúde, pois, entende-se que a promoção aos serviços de saúde faz-se no acesso a informações consistentes e adequadas aos usuários dessa política pública.

O delineamento metodológico procurou responder à questão norteadora cerne: como se desenvolve a gestão de trabalho na Atenção Básica no Distrito Oeste à pessoa idosa na cidade de Manaus? No que concerne as questões secundárias: Qual a organização e a estrutura da gestão dos serviços de saúde voltado à pessoa idosa na Atenção Básica? Quais as demandas da pessoa idosa nas unidades de saúde no Distrito Oeste, na cidade de Manaus? Quais as ações desenvolvidas pelas gestoras e suas implicações à pessoa idosa na Atenção Básica do Distrito Oeste, na cidade de Manaus? Visando responder tais questionamentos, estruturou-se a dissertação em três capítulos:

Capítulo 1 - O capítulo aborda sobre a velhice no Brasil adentrando na discussão do envelhecimento no contexto capitalista contemporâneo, diante de um Estado que implementa medidas de austeridade e contrarreformas, impactando negativamente a proteção social e gerando desafios específicos para esse segmento, com foco de delinear os aspectos demográficos e o próprio processo de envelhecimento diante de uma sociedade capitalista marcada por forças reacionárias e conservadoras, que criam um ambiente de insegurança social e afetam as dimensões sociopolíticas do envelhecer em sociedade.

Capítulo 2 - Propõe analisar a Política de Saúde e os direitos da pessoa idosa no Brasil, com foco na instituição do SUS e no movimento da Reforma Sanitária que o precedeu. O último tópico discorre sobre a Atenção Básica voltada à pessoa idosa, tendo em vista o conceito

ampliado de saúde, portanto, busca estabelecer um arcabouço conceitual amplo sobre saúde, enfatizando seus determinantes sociais e sua complexidade na velhice.

Assim, apresenta a política de saúde e os direitos da pessoa idosa no contexto do SUS, desde suas origens na Reforma Sanitária até a sua operacionalização na Atenção Básica, com o objetivo de garantir o direito à saúde para esse segmento da população.

Capítulo 3 – Investigou-se a interligação entre a gestão em saúde, utilizando um estudo de caso dos trabalhadores da saúde do Distrito Oeste, em Manaus. Aborda os princípios e as práticas da gestão em saúde no contexto do SUS, aprofunda na complexidade da gestão do trabalho na Atenção Básica, articulando os princípios da gestão democrática com as condições concretas de trabalho dos profissionais.

Para tanto, utiliza-se da análise dos dados coletados em lócus que permite compreender os desafios e as particularidades da gestão do trabalho nesse nível de atenção, com potenciais implicações para a qualidade e a efetividade do cuidado oferecido a esse segmento, para compreender as particularidades que impactam à população idosa, e, por fim, a partir da realidade discorrer algumas considerações.

CAPÍTULO 1 - A QUESTÃO DA VELHICE NO BRASIL

A grande maioria dos trabalhadores idosos, no Brasil, vive de mínimo sociais, sendo alta a incidência de pobres e de indigentes, idosos sem nenhuma renda; eles ainda estão inseridos em atividades reprodutivas, mesmo que marginais, depois de aposentados, principalmente entre os mais pobres, chefiam suas famílias; têm baixo nível de escolaridade e maior incidência de doenças e dificuldades funcionais.

Teixeira (2008, p.132)¹

A conjuntura brasileira contemporânea desvela a configuração do Estado, que segue com as implementações de contrarreformas institucionais, trabalhistas e previdenciárias, com ações reacionária e conservadora, que favorecem o cenário de incerteza e insegurança social que envolve o conjunto das dimensões da vida em sociedade.

Assim, a tendência é a restrição e redução de direitos socialmente conquistados sob argumento da crise fiscal do Estado, articulado à ideia neoliberal na qual prevalece assim a privatização, a focalização, das políticas sociais (Behring; Boschetti, 2011, p.156).

De acordo com Dardot e Laval (2016), o Estado não se retira completamente da área social, mas, se curva às novas condições que contribuíram para instauração da política das finanças globais, direcionando os recursos do Estado; e com um discurso de interesse nacional conduzem políticas vantajosas para o capital e desvantajosas para o cidadão.

Logo, a demolição dos direitos socialmente gera implicações corrosivas a proteção social. Na qualidade de vida da Pessoa Idosa, nesse bojo, encontram-se os desafios de compreender a questão da velhice no Brasil e atuar nesse enfrentamento com resistência para sensibilidade, capaz de valorizar o ser humano em toda sua especificidade, inclusive o ser social que envelhece.

Este capítulo faz uma abordagem sobre a velhice no Brasil, com foco no processo de envelhecimento no contexto brasileiro, diante de uma conjuntura capitalista contemporânea, delineando, assim, os aspectos demográficos e o processo de envelhecimento diante da sociedade capitalista, permeada por ações de reordenamento das forças reacionárias e conservadoras, que favorecem o cenário de insegurança social e envolve o conjunto das dimensões sociopolíticas do envelhecer em sociedade.

¹ Solange Maria Teixeira, autora da obra “Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital Implicações para a Proteção Social no Brasil”, desenvolveu um estudo sobre determinantes que engendram a problemática social do envelhecimento do trabalhador na ordem e no tempo do capital,

1.1 Situando a questão da velhice no capitalismo contemporâneo

Esse sistema produtor de mercadorias instaura uma relação desumanizada, codificada, que reduz a força de trabalho à coisa, a “condição material de produção” submetida ao imperativo da produção de riquezas para fim de valorização do capital, engendrando não apenas desvalorizações das qualidades e necessidades humanas, mas também uma sociabilidade que gera pobreza, populações excedentes e os “inúteis” para o capital, pela falta de valor de uso de rentabilidade, principalmente, quando a força de trabalho está desgastada envelhecida.

Teixeira (2008, p. 57)²

Estudos apontam que o crescimento populacional da pessoa idosa é um fenômeno mundial, sendo uma das maiores conquistas da humanidade e vários fatores contribuíram com esse fenômeno. Chegar à velhice, que antigamente era privilégio de poucas pessoas, hoje, não se restringe a poucos, mesmo em países subdesenvolvidos. Contudo, esta conquista transformou-se em um dos grandes desafios do século XXI (Dardengo; Mafra, 2018).

Uma das condições fundamentais para se aprofundar a respeito do envelhecimento é compreendê-lo como um processo influenciado pelo contexto social, histórico, cultural e econômico, e, dentre outros fatores subjetivos, vivenciado por esses indivíduos.

Compreendeu-se que é inviável a análise dos conceitos da velhice apenas utilizando os aspectos biológicos, visto que vários fatores contribuíram para a construção do conceito e de sua abrangência. As diversas conceituações entendidas como velhice, a consideram como um estado, enquanto que o envelhecimento é visto como um processo (Dardengo; Mafra, 2018, p. 18).

Simone de Beauvoir (2018, p. 26) foi uma das primeiras estudiosas, na década de 1970, a perceber a complexidade sobre a temática do envelhecimento, não desassociada de fatores econômicos, sociais, políticos, culturais e ideológicos:

O próprio fator econômico não poderia ser isolado das superestruturas sociais, políticas e ideológicas de que está revestido; considerado de maneira absoluta, o nível de vida não passa, ainda, de uma abstração; com recursos idênticos, um homem pode ser considerado rico no meio de uma sociedade pobre, e pobre no meio de uma sociedade rica. Para compreender a realidade e a significação da velhice, é, portanto, indispensável examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares.

² Teixeira, nessa obra aborda como envelhece o trabalhador submetido à exigência de vender a sua força de trabalho para sua sobrevivência e de sua família, que tem seu tempo de vida submetido ao tempo de trabalho cujo ritmo é regido pelo tempo da mercadoria, e de forma geral, pelo tempo de giro e de reprodução do capital.

Esta autora em sua obra intitulada “A Velhice”³, de 1990, na França, descreveu a velhice como a fase da vida que decorre de um processo de mudança, na qual é compreendida como lei natural da vida, logo não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo, ligado a ideia de mudança, acompanhado por modificações físicas que irão depender de vários fatores que sobrevêm ao longo desse processo.

Segundo a autora, mudanças biológicas na velhice explicitam as transformações físicas e essas alterações transcendem a aparência do indivíduo. É importante pontuar que, no aspecto biológico, Beauvoir aponta que o processo de envelhecimento é marcado pelo declínio da capacidade funcional, diferente em cada ser humano, sendo fisiologicamente marcado pela diminuição da capacidade de regeneração celular, essas transformações físicas sofridas pelo indivíduo ao longo da vida constituem-se como um fenômeno específico de cada um.

Segundo Beauvoir (2018, p. 31):

A massa dos tecidos metabolicamente ativos diminui, enquanto aumenta a dos tecidos metabolicamente inertes: tecidos intersticiais e fibroesclerosados; eles são objeto de uma desidratação e de uma degeneração gordurosa. Há uma diminuição marcada da capacidade de regeneração celular. O progresso do tecido intersticial sobre os tecidos nobres é principalmente surpreendente no nível das glândulas e do sistema nervoso. Ele acarreta uma involução dos principais órgãos e um enfraquecimento de certas funções que não cessam de declinar até a morte.

Salienta-se que essas mudanças não são heterogêneas a todos os indivíduos, pois, cada um possui sua especificidade e múltiplas são as suas características, que os diferem. Deste modo, mesmo diante dessas transformações biológicas, não se limita centralizar a compreensão desse processo por questões apenas biofísicas. Atualmente estão ressignificando a visão estereotipada e discriminatória sobre o envelhecimento, não restringindo apenas em questões isoladamente.

Na obra intitulada “A ideologia da Velhice”, de Haddad (2016), o envelhecimento é abordado desvelando os termos conceituais, ressaltando que para compreender se destacam vários aspectos, não se restringindo ao aspecto biológico:

A literatura médica trata não somente do aspecto de caráter eminentemente biológico referente à velhice, mas também do seu aspecto de cunho marcadamente sociocultural, refere-se às questões relativas à patologia da velhice, ao processo de envelhecimento

³ A obra: “A Velhice”, de Simone de Beauvoir explora uma abordagem clássica sobre a velhice. Não apenas fornece uma revisão histórica detalhada da velhice, mas, mergulha em análises rigorosas, apoiadas por pesquisas e estatísticas. No entanto, Beauvoir mantém uma sensibilidade única, evitando ser cativa das frias certezas dos números, revelando uma realidade, por vezes, cruel, mas também, rica em experiências. Mesmo após quase meio século desde seu lançamento, em janeiro de 1970, “A Velhice” permanece essencial. Uma leitura que irá despertar reflexões profundas sobre o envelhecimento.

e finalmente ao aumento da duração da vida humana evitando que a velhice, fenômeno fisiológico, se transforme em velhice enfermidade. (p.69)

O envelhecimento envolve mais do que mudanças físicas, o que torna sua definição complexa, conforme sinaliza Haddad (2016, p. 72):

[...] o presidente da sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - seção São Paulo assim se pronuncia a respeito do assunto: não há unanimidade a respeito do conceito de velhice. Alguns autores afirmam que o envelhecimento inicia-se imediatamente após a fecundação por que o organismo de um indivíduo inúmeras células envelhecem, morrem e são substituída antes dele nascer. Tal afirmativa, porém não contribui com qualquer valor prático na determinação dos parâmetros de um indivíduo idoso.

O envelhecimento é um processo que começa desde o nascimento e se estende por toda a vida. A velhice é uma fase da vida, enquanto o idoso é resultado desse processo dinâmico e progressivo, caracterizado por mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que causam perda da capacidade de adaptação ao ambiente (Zimerman, 2000).

Na compreensão do processo de envelhecimento, é necessário considerar diversos fatores, como os sociais e históricos, e não apenas o fator cronológico, embora a velhice seja convencionalmente conceituada de forma cronológica.

O processo de envelhecimento individual assume particularidades tão distintas que, associar envelhecimento à idade cronológica aproximando-nos do conceito de longevidade-permite, apenas, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento, além de retirar a sua feição social e a sua condicionante histórica. (Albuquerque, 2008, p. 24).

Para atender aos requisitos de legislações e Políticas Públicas, é comum definir a Pessoa Idosa com base em critérios cronológicos. Albuquerque (2008) destaca a importância de diferenciar a pessoa idosa entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a velhice começa aos 65 anos em países desenvolvidos e aos 60 anos em países em desenvolvimento, conforme o quadro (1):

Quadro 1: Termos conceituais

Termos conceituais	
Pessoa Idosa	Considera-se pessoas com a idade de 65 anos para as nações desenvolvidas; e 60 anos para os países em desenvolvimento, com essa variação dependente do país.
Velhice	É a fase da vida do indivíduo que se inicia a partir desses critérios cronológicos, ou seja, a partir de 60 anos para os países em desenvolvimento, com essa variação dependente do país.
Envelhecimento	O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência.

Fonte: Ministério da Saúde (2006).

O Ministério da Saúde (2006)⁴ define o envelhecimento como:

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (Cadernos de Atenção Básica, nº. 19, p. 08).

Em relação à argumentação apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), é sabido que as condições culturais e sociais têm uma influência significativa nas condições de vida das pessoas idosas. Existem diversas variáveis que contribuem para a longevidade e a expectativa de vida. Nesse contexto, compreende-se que não há um conceito definitivo em relação a esses termos.

Conforme Veras (2003 p. 10) afirma que:

Não é possível estabelecer conceito universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento. Inevitavelmente, há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que pode ser melhor visualizado dentro de sociedade específicas. Em termos culturais, a velhice certamente é percebida de forma diferente em um país como uma perspectiva de vida, ao nascer, de 39 anos, como Serra Leoa, e comparada a um país com uma perspectiva de vida, ao nascer, de 81 anos, como o Japão. Em uma cidade na qual as pessoas vivem em favelas superpovoadas, a velhice será uma experiência distinta daquela vivida em uma localidade de casas luxuosas.

Ao conceituar a velhice e o envelhecimento, observa-se que o conceito não pode deixar de considerar os fatores que envolvem esse processo e questões intrínsecas, além dos aspectos biológico, social, econômico e cultural. É necessário levar em consideração a subjetividade do indivíduo, como ser social inserido numa sociedade, com aspectos conjunturais.

Para Debert (2020, p. 14), é “esse movimento que marca as sociedades modernas, onde, a partir da segunda metade do século XIX, a velhice é tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais”. Entretanto, com as mudanças no modo de produção capitalista, onde o cerne do sistema centraliza-se no lucro, através da exploração da força de trabalho ocorre uma desvalorização social dos idosos.

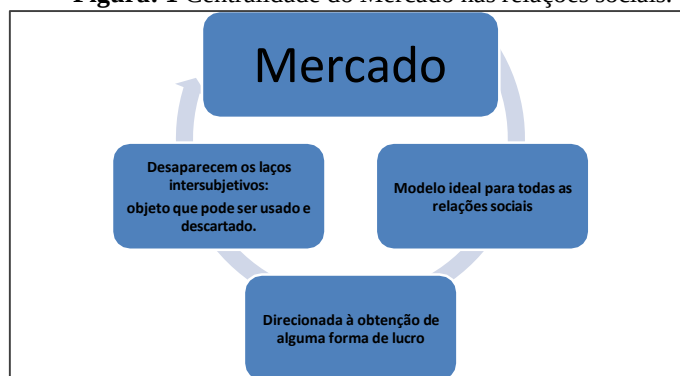
⁴ Essa definição encontra-se no Caderno de Atenção Básica, nº. 19, do Ministério da Saúde (MS), que oferece subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa. Visa disponibilizar instrumentos e promove discussões no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população.

Para tanto, o envelhecimento deve ser compreendido como um processo complexo, não podendo ser entendido de forma linear, visto que implica mudanças que vão além do aspecto biológico, é necessário considerar os aspectos psicossociais que envolvem o ser humano.

O processo de envelhecimento individual assume particularidades tão distintas que, associar envelhecimento à idade cronológica aproximando-nos do conceito de longevidade-permite, apenas, uma percepção grosseira do processo de envelhecimento, além de retirar a sua feição social e a sua condicionante histórica. Mesmo assim, é convencional identificar o início da velhice com a idade de 65 anos, para as nações desenvolvidas, e 60 anos para os países em desenvolvimento [...] (Albuquerque, 2008, p. 24).

Entende-se como pessoa idosa as pessoas que estejam nessa fase da vida cronologicamente. Logo, evidencia-se a complexidade na compreensão do conceito e situar a questão da velhice no capitalismo contemporâneo faz-se necessário analisar o envelhecimento na ótica do capital e as implicações da racionalidade neoliberal, essa razão que centraliza o mercado nas relações sociais conforme apresentado na figura (1):

Figura: 1 Centralidade do Mercado nas relações sociais.



Fonte: Elaboração própria a partir de Casara⁵, 2021.

Segundo o autor, a racionalidade neoliberal determina o modo de ver e agir no mundo, gera normas de vida e mandamentos de conduta, com parâmetros que gerenciam as relações sociais, centralizado no modelo do mercado, intrínseco a isso, e comprometem diretamente o comportamento humano.

Marx, como outros, mas talvez melhor do que outros, apontou os efeitos de dissolução que o mercado exerce sobre os vínculos humanos. A mercantilização das relações sociais, juntamente com a urbanização, foi um dos fatores mais poderosos da

⁵ Rubens Casara na obra “Contra Miséria Neoliberal” oferece ao leitor uma entrada extremamente clara em toda uma série de análises e pesquisas que compõem o que poderia ser chamado, para usar uma expressão inglesa, neoliberalism studies. Esses estudos permitiram corrigir uma sequência de erros, como o que consiste em identificar o neoliberalismo com uma completa abstenção do Estado na vida econômica e social.

“emancipação” do indivíduo com relação a tradições, raízes, apegos familiares e fidelidades pessoais (Dardot; Laval, 2016, p. 318).

A existência humana sob a lógica do capital, tendo como cerne a “utilidade”, em termo de produtividade no mercado, centraliza fatores econômicos. Nessa perspectiva, há tendência de desvalorização aos indivíduos no processo de senilidade.

Essa tendência a considerar somente as competências imediatamente utilizáveis explica sua rápida obsolescência, como a exclusão dos “seniors” da vida profissional. Ela tem uma relação complexa com a representação da vida como “capital humano” que se preserva através dos tempos. Na realidade, esse capital humano está sujeito ao mesmo risco de desvalorização que o capital técnico, o que acaba afetando profundamente os indivíduos que, com a idade, veem-se confrontados com o sentimento deprimente de sua inutilidade social e econômica (Idem, 2016, p. 355).

Nessa perspectiva, o ser humano só interessa a sociedade capitalista quando gera lucratividade, visando a produtividade ou consumindo produtos e serviços engenhados pela lógica do capital:

A sociedade regida pelo trabalho abstrato que condena o trabalhador, não só a uma antecipação do processo de depreciação natural de sua capacidade de labor, por exclusões pelo critério de idade, pela desvalorização social, pela pobreza, mas também, antes de tudo, condena-o a uma depreciação social que atinge toda essa classe, alienada e submetida às forças cegas da produção, sendo reduzida a força material de produção a um objeto destituído de qualidades e necessidades, principalmente, quando envelhecida, exacerbando as experiências negativas com o tempo, pela impossibilidade de controlá-lo, já que é expropriado pelos capitalistas (Teixeira, 2009, p. 64).

Nesse sentido, a pessoa idosa inserida nesse sistema submete-se às exigências de reprodução do capital e controle social que reflete no envelhecimento, que perpassam nos comportamentos, atitudes, sentimentos, consciência, sobretudo, ideologias, em uma valorização do capital, em uma espécie de relações pautadas em mercantilizáveis ou consumidores (Teixeira, 2008). No sistema capitalista, por meio da centralidade do trabalho, submete a dinâmica econômica do capitalismo a certa função social:

[...]. No mundo capitalista, o interesse a longo prazo não conta mais: os privilegiados que decidem o destino da massa não temem partilhá-lo. Quanto aos sentimentos humanitários, a despeito das tagarelices hipócritas, eles não intervêm. A economia é baseada no lucro; é a este, na prática, a que toda a civilização está subordinada: o material humano só interessa enquanto produz. Depois, é jogado fora. “Num mundo em mutação, em que as máquinas têm vida muito curta, não é necessário que os homens sirvam durante um tempo demasiadamente longo (Beauvoir, 1990, p.13).

O processo de envelhecimento em uma ótica capitalista, é compreendida, segundo Teixeira (2009), como opressão do estigma, gerando a segregação, implica no sujeito estigmatizado e submetido a estereótipos negativos. No entanto, isso não se deve ao declínio biológico dos indivíduos ou ao crescimento demográfico, mas, à vulnerabilidade em massa dos trabalhadores, que vêm sendo explorados historicamente e acentua quando perdem o valor de uso para o capital.

Como fator resultante, a centralidade do trabalho em todos os níveis da vida da ampla maioria das pessoas é percebida por essa matriz cultural, com notável sensibilidade social e ética, erigindo-se como um dos pilares principais de estruturação da ordem econômica, social e cultural de qualquer sociedade capitalista que se queira minimamente democrática. Por meio da centralidade do trabalho e do emprego, a nova matriz cultural submetia a dinâmica econômica do capitalismo a certa função social, ao mesmo tempo que restringia as tendências autofágicas, destrutivas, irracionais e de igualitárias que a história comprovou serem inerentes ao dinamismo normal desse sistema econômico (Delgado, 2017, p.31).

Segundo Delgado (2017), essas condições postas na ótica capitalista geram a desvalorização, quando se perde essa capacidade de conduta laborativa da sua força produtiva, como um dos instrumentos mais relevantes de afirmação do ser humano, tendo como cerne o capital nessa lógica em uma perspectiva cultural submetida à dinâmica econômica do capitalismo.

Para Rubens Casara (2021, p. 23-24), a racionalidade neoliberal pode ser compreendida como uma “lógica normativa global”, assim, a racionalidade neoliberal é constituída de mandamentos de conduta que devem ser seguidos por quem busca ser aceito por um Estado, por uma sociedade ou por indivíduos submetidos a essa mesma normatividade, desenhada dentro de uma racionalidade:

Ainda que de forma provisória, pode-se afirmar que a racionalidade é tanto o estado ou a qualidade de agir a partir de razões quanto o conjunto de elementos que explicam, condicionam e justificam essas ações e os fins visados. As razões para agir são crenças ou ideias que se acredita estarem corretas e, mais do que isso, compatíveis e adequadas às ações escolhidas e aos fins visados.

É explícito que a lógica neoliberal se tornou normativa na sociedade, nas relações, nas valorizações e desvalorizações por intermédio de quem exerce uma utilidade produtiva nesse processo. Nesse prisma, a racionalidade neoliberal determina o modo de ver e atuar no mundo, gera normas de vida e mandamentos de conduta que prometem assegurar uma vida normal às pessoas na sociedade moderna, essas normas impõem uma competitividade generalista, que chega ao imaginário do indivíduo e acredita que dependerá dessas normatividades para alcançar

seu bem-estar, tornando, assim, parâmetros que gerenciam as relações sociais, centralizado no modelo regido pela lógica do capital (Casara, 2021).

Nessa lógica, o ser humano torna-se “descartável” quando não é útil ao capital, culminando nas vulnerabilidades sociais ainda mais latentes, que atingem todos os âmbitos da vida desse ser humano, levando à necessidade do acesso à Proteção Social Pública.

Segundo Antunes (2018, p. 173), o Estado desempenha um papel basilar ao capital em detrimento às populações que precisam de políticas públicas que contemplem suas necessidades:

O Estado passou a desempenhar cada vez mais um papel de “gestor dos negócios da burguesia financeira”, cujos governos, em sua imensa maioria, pautam-se pela desregulamentação dos mercados, principalmente o financeiro e o de trabalho. Trata-se de uma hegemonia da “lógica financeira” que, para além de sua dimensão econômica, atinge todos os âmbitos da vida social, dando um novo conteúdo aos modos de trabalho e de vida, sustentados na volatilidade, na efemeridade e na descartabilidade sem limites. É a lógica do curto prazo, que incentiva a “permanente inovação” no campo da tecnologia, dos novos produtos financeiros e da força de trabalho, tornando obsoletos e descartáveis os homens e mulheres que trabalham.

Isso fica notório nesse panorama vigente do Estado seguindo a racionalidade neoliberal, ao invés de serem direcionados recursos para as políticas públicas, são alocados para segmentos que atendem ao interesse do capital.

Na medida em que o Estado é comandado pelos interesses do capital, não é preciso muito esforço para verificar que a destinação dos fundos públicos atende prioritariamente a tais interesses - ou seja, o orçamento é geralmente utilizado como um instrumento que repassa renda dos trabalhadores alocados à produção aos capitalistas e aos segmentos improdutivos (Netto, 2008 p. 121).

Diante da demolição dos direitos sociais, o desfinanciamento das políticas públicas e sociais produzem desafios para quem operacionaliza a Política de Proteção Social constatando um cenário desafiador para quem operacionalizam as Políticas Públicas.

Portanto, a demolição dos direitos socialmente conquistados, gera implicações corrosivas à proteção social, logo, na qualidade de vida da população idosa, que implicam na gestão das políticas públicas, que embora preconizadas pelos conceitos constitucionais brasileiros, sua efetividade vem sendo um desafio.

Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 156):

Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais - a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da

democracia e da política social nos países - em ações pontuais e compensatórias direcionada para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até virtualmente redistributivas tornam-se mais limitada, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário liberal para as políticas sociais, qual seja: a **privatização, a focalização e a descentralização** (grifo nosso).

As autoras salientam que a intencionalidade dessa racionalidade tem sido a de restrição e redução de direitos, mediante a argumentação da crise fiscal do Estado, depende da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e das políticas sociais.

Destaca-se que a descentralização, nessa perspectiva, não é vista meramente do poder entre esferas públicas para o benefício da sociedade, mas como transferência de responsabilidade para entes da federação ou setor privado, componente fundante de argumentação apresentada para a tal “reforma” do Estado.

Nesse sentido, ao deslindar a racionalidade neoliberal observa-se que o indivíduo acredita em uma visão atomizada, recusa os princípios de coletividade. Portanto, essa visão não seria apenas uma cisão da racionalidade do indivíduo, pretende-se extirpar da consciência o indivíduo como sujeito de direito, e, visa a acumulação, apropriação de renda e patrimônio, promovendo o indeferimento para maior parte da humanidade ao acesso ao bem-estar social (Casara, 2021).

De acordo com Dardot e Laval (2016), o Estado curva-se às novas condições que contribuem para instauração da política das finanças globais, direcionando os recursos do Estado e, com um discurso de interesse nacional, conduzem políticas vantajosas para o capital resultando em situações desvantajosas para o cidadão.

No cenário brasileiro, há uma cultura que menospreza e discrimina a pessoa em função da sua idade, atitudes estas identificadas pelos termos etarismo⁶, idadeismo ou ageísmo, ainda mais evidentes em cenários de crise. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), o etarismo ocorre quando se usa a idade para categorizar, estereotipar, ou prejudicar pessoas considerando restritamente o fator da idade, causando-lhes prejudicamento, prejuízos, desvantagens e injustiças. Nessas circunstâncias, essa prática causa danos às pessoas e precisa ser combatida visando o bem coletivo sobretudo, intergeracional.

O etarismo surge quando a idade é usada para categorizar e dividir as pessoas por atributos que causam danos, desvantagens ou injustiças, e minam a solidariedade intergeracional. Esse preconceito prejudica a saúde, o bem-estar e constitui um grande

⁶ Etarismo refere-se a estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) direcionadas às pessoas com base na idade delas. O idadeismo pode ser institucional, interpessoal ou contra si próprio (OMS, 2021).

obstáculo à formulação de políticas e ações eficazes para o envelhecimento saudável, como foi reconhecido pelos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021).

Nesse contexto, apesar da existência de diversas concepções sobre a velhice, ainda se perdura a concepção permeada de preconceitos, que ecoam o ageísmo, etarismo ou idadeísmo como concepção, como algo discriminatório direcionado a essa população, referindo-se uma questão que engloba, estereótipos no imaginário coletivo da sociedade.

Em suma, observa o processo de envelhecimento das populações, em escala mundial, ou seja, como fenômeno global e tem sido considerado um marco na história da humanidade. Enquanto muitas pessoas idosas usufruem de saúde ou são economicamente ativas, outras vivem em vulnerabilidade social, essa disparidade encontra-se principalmente em países desenvolvidos, com referência a qualidade de vida que essas regiões propiciam aos seus indivíduos como o sistema público de transporte, pensões e cuidados de saúde. No entanto, nos países menos desenvolvidos, os idosos tendem a trabalhar por mais tempo e dependem mais de bens acumulados ou assistência familiar (ONU, 2023).

Para Ambrósio (2012) o envelhecimento populacional se desvela de modo diferente nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento, para o autor o envelhecimento da população entre esses parâmetros mencionado apresentando-se dentro do cenário social, econômica distinta implicação no sistema de proteção mais adequado no que tange ao atendimento a esse segmento populacional.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento culminou em uma transição demográfica de modo acelerado e concomitantemente a isso não com houve investimentos financeiros nas políticas sociais, ao contrário seguiu-se um viés de redução de recursos especialmente às voltadas a proteção social.

Diante da conjuntura contemporânea brasileira um dos grandes desafios é propiciar condições para promover um envelhecimento ativo como direito descrito nas legislações vigentes. Ressalta-se que essa ideia da velhice bem-sucedida, saudável e ativa, difundida ideologicamente, camufla o envelhecimento do trabalhador e sua velhice, negando a “problemática social” do envelhecimento, tratando, como de responsabilidade dos próprios indivíduos, por meio da difusão de uma cultura de autocuidados (Teixeira, 2008).

1.2. Aspectos demográficos do envelhecimento no cenário brasileiro.

No Brasil, é nítido o crescimento populacional de pessoas idosas, que tem implicações históricas. O envelhecimento da população é uma das grandes conquistas da sociedade, representa o sucesso dos esforços desempenhados para que a humanidade pudesse viver mais. Vive-se o século do envelhecimento e o desafio de oferecer um envelhecimento digno e sustentável para os indivíduos que adentram na velhice (Berzins, 2020).

O número de pessoa idosa tem aumentado e atingindo um número representativo as projeções são ainda mais crescentes rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. Conforme observa-se diante a descrição do quadro (2).

Quadro 2: Expectativa de vida brasileira entre 1940 a 2022.

Ano	Expectativa de vida aos 65 anos			Diferencial (anos) (M-H)
	Total	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1950	48,0	45,3	50,8	5,5
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1970	57,6	54,6	60,8	6,2
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
1991	66,9	63,2	70,9	7,7
2000	69,8	66,0	73,9	7,9
2010	73,9	70,2	77,6	7,4
2022	75,5	72,0	79,0	7,0
Δ (1940/2022)	30,0	29,1	30,7	

Fonte: IBGE, 2023.

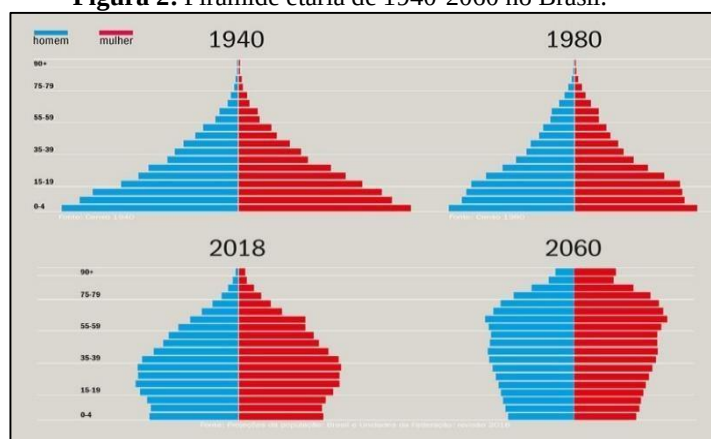
Partindo da análise da década de 1940, a expectativa de vida era muito menor: para uma pessoa atingir 65 anos era extremamente difícil, conforme observa-se no quadro. Segundo Ambrósio (2012) uma das modificações relevantes na transição demográfica é a queda da mortalidade tanto de crianças como de jovens, que culminam com o número crescente de pessoas que passa a viver por mais tempo e a queda de fecundidade que reduz o contingente da população mais jovens e acentua a população nas faixas etárias mais envelhecida.

Conforme Prado (2012, p.69), “O Brasil não é mais um País de jovem. É um País com muitos jovens que envelhecem rápida e drasticamente. ” A constatação desse crescimento em um cenário socioeconômico desfavorável, acarreta a evidência do comparecimento desse fenômeno nas agendas das políticas públicas como um desafio a ser enfrentado. Políticas Públicas quais sejam: saúde, assistência social, cultura, lazer, integração social e intergeracional

entre outras, entretanto a autora sinaliza que embora preconizadas no plano legal encontre grandes entraves em sua efetivação na conjuntura atual.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019), no que tange ao comparativo de pessoas idosas e de números de jovens, o “índice de envelhecimento”, aumentará de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060. Esse processo pode ser observado graficamente pelas mudanças no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento da base conforme se observa (Figura 2) a seguir:

Figura 2: Pirâmide etária de 1940-2060 no Brasil.



Fonte: IBGE, 2019.

Conforme a figura acima a populacional de pessoas idosas continuará crescendo, essa estatística desvela um panorama acerca do rápido processo de envelhecimento do Brasil, conforme informações divulgadas pelo IBGE (2022). O número de pessoas abaixo de 30 anos de idade no país caiu 5,4%, enquanto houve aumento em todos os grupos acima dessa faixa etária no período. Com isso, pessoas de 30 anos ou mais passaram a representar 56,1% da população total em 2021, esse percentual era de 50,1% em 2012 (IBGE, 2022).

O Brasil em 1980, tinha 6,1% da população com 60 anos ou mais de idade. Já em 2022, esse grupo etário representou 15,8% da população total e um crescimento de 46,6% em relação ao Censo Demográfico 2010, quando representava 10,8% da população. No outro extremo da pirâmide etária, o percentual de crianças de até 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou a 19,8% em 2022. Conforme a (tabela 1) seguir:

Tabela 1 Proporção da população residente por grupos etários específicos - 1980/2022

Ano	População de 0 a 14 anos (%)	População de 15 a 59 anos (%)	População de 60 anos ou mais de idade (%)
1980	38,2	55,6	6,1
1991	34,7	58,0	7,3

2000	29,6	61,9	8,6
2010	24,1	65,1	10,8
2022	19,8	64,4	15,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980/2022.

Para observar esse crescimento de pessoas idosas é relevante observar a diminuição de população de até 14 anos. Ao abreviar a pirâmide percebe-se que em seu extremo, o percentual de crianças de até 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou a 19,8% em 2022, quando se fala em envelhecimento populacional, é exatamente a redução da proporção da população mais jovem em detrimento do aumento da população de pessoas idosas.

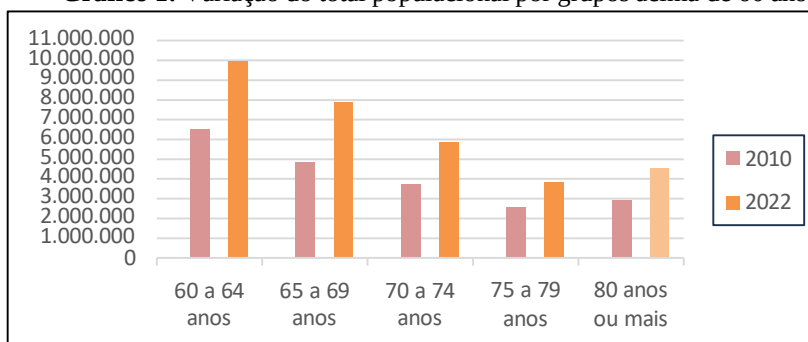
De acordo com o Censo Demográfico de 2022⁷, o total de pessoas idosa de 60 anos ou mais é de 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%). Nitidamente um aumento populacional de pessoas idosas de 60 anos ou mais em junção com a diminuição da parcela da população de até 14 anos no mesmo período, que passou de 24,1% para 19,8%, evidenciando um acentuado envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2023).

Esse crescimento da população idosa é observado quando os grupos mais jovens passam a representar menores proporções da população total. Esse fenômeno tem como principal indutor a redução do número médio de filhos nascidos, que, no Brasil, ocorreu de forma progressiva e rápida desde o final da década de 1960, e, em menor medida, devido à redução da mortalidade em todos os grupos etários, incluindo entre as pessoas idosas.

Para Ambrósio (2012), o processo de envelhecimento é um fenômeno heterogêneo influenciado por vários fatores como aspectos sociais, culturais, econômico e político que diante uma dinâmica permanente perpassa a dimensão biológica e subjetivas dos indivíduos. Dito isso, a idade não pode ser um fator restrito para a definição do processo de envelhecimento da população, no entanto, é indispensável a observação desse crescimento, levando em consideração questão biopsicossociais desse crescimento populacional.

No Gráfico a seguir, destaca-se o crescimento populacional dos diversos grupos etários a partir dos 60 anos de idade, indicando que o grupo mais populoso é de 60 a 64 anos, e o de maior crescimento é o de 65-69 anos. Mas é preciso observar o crescimento de pessoas com mais de 80 anos também. (Gráfico 1).

⁷ O Censo Demográfico constitui a principal fonte de referência para o conhecimento das condições de vida da população em todos os Municípios brasileiros e em seus recortes territoriais internos, fornecendo valiosos subsídios à administração pública e ao planejamento social e econômico do País. Este conjunto de informações está disponibilizado em variados pontos de acesso no portal do IBGE.

Gráfico 1: Variação do total populacional por grupos acima de 60 anos

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010, 2022.

A Região Norte é a mais jovem do País, seguida do Nordeste. As Regiões Sudeste e Sul são aquelas que apresentam estruturas mais envelhecidas e o Centro-Oeste, uma estrutura intermediária, com distribuição etária próxima da média do País (Tabela 2). As proporções da população segundo grandes grupos etários, em 2022, para as Grandes Regiões.

Tabela 2 - Proporção da população residente por grupos etários específicos/ Grandes Regiões

Nível geográfico	População de 0 a 14 anos (%)	População de 15 a 59 anos (%)	População de 60 anos ou mais de idade (%)
Brasil	19,8	64,4	15,8
Norte	25,2	64,4	10,4
Nordeste	21,1	64,4	14,5
Sudeste	18,0	64,3	17,6
Sul	18,5	63,9	17,6
Centro-Oeste	20,9	65,9	13,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022.

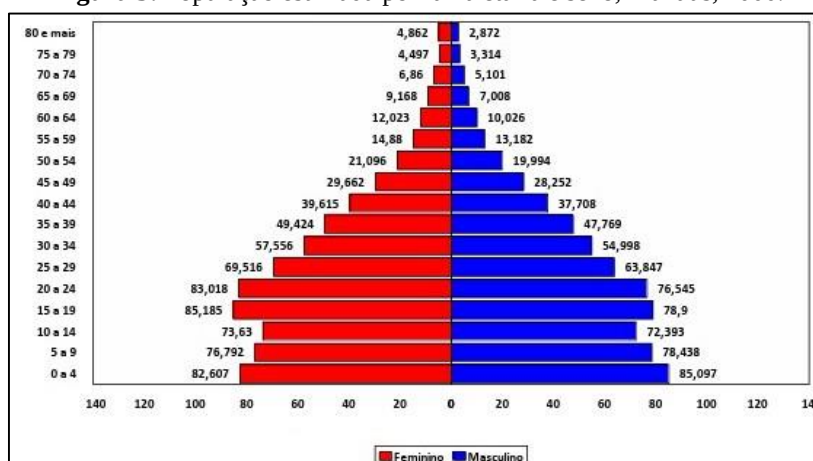
As alterações na estrutura etária entre os dois últimos Censos Demográficos refletem não só o processo de redução da fecundidade e da mortalidade, mas outros fatores como o processo migratório interestadual entre outros.

Para Borges (2012) essas transformações referentes ao crescimento populacional são oriundas do reflexo dos avanços tecnológicos em todas as áreas, especialmente nas áreas sociais e da saúde refletindo assim no aumento da longevidade.

No Estado do Amazonas, a projeção populacional feita pelo IBGE (2022), para o município de Manaus, em 2025, era de uma população de 2.394.708 habitantes, representando um crescimento linear de 32,9% em relação a 2010, a taxa de crescimento da população é influenciada pela dinâmica da natalidade, da mortalidade e das migrações.

A pirâmide demográfica demonstra a distribuição da população por faixa etária e gênero, permitindo a análise das informações sobre a taxa de natalidade e a expectativa de vida dos habitantes de um determinado espaço geográfico, portanto, utilizar-se-á para a representação gráfica para desvelar o momento na cidade de Manaus dos anos de 2000 e 2020, para a explicitação do crescimento populacional de pessoas idosas na região. O gráfico a seguir (figura 3) demonstra a população por faixa e sexo etária no período de 2000:

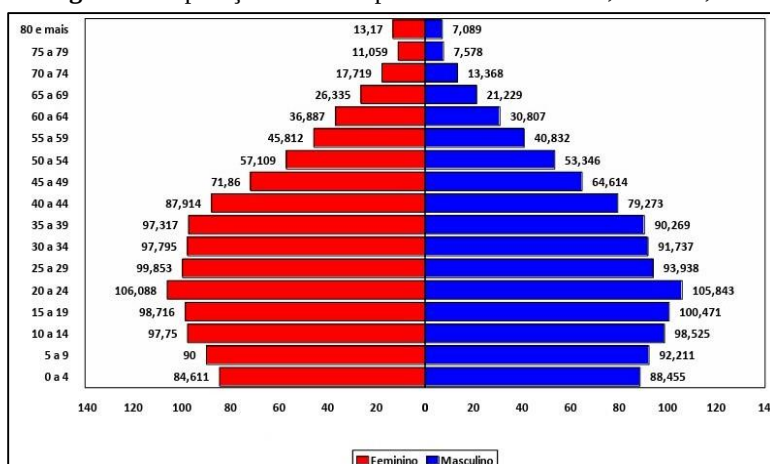
Figura 3: População estimada por faixa etária e sexo, Manaus, 2000.



Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE/ SEMSA, 2022

A partir desses gráficos acima da pirâmide estaria da população da Cidade de Manaus possibilita perceber o processo de crescimento da população em um determinado período, a partir dela permite assim a apreciação do cenário demográfico da cidade de Manaus, explicitando informações a distribuição da população por faixa etária.

A utilização de gráficos, permite a visualização com detalhes no concerne os números em crescimento visando a possibilidade de apreender melhor essa transição demográfica na região. O próximo gráfico deslumbra-se mais nitidamente a modificação da pirâmide está relacionada com a taxa de natalidade e a participação dos jovens no conjunto da população, enquanto o topo da pirâmide demonstra a expectativa de vida e a participação de idosos no conjunto da população, constata-se o crescimento estatisticamente de pessoas idosas. Como observa-se (figura 4) a seguir:

Figura 4: População estimada por faixa etária e sexo, Manaus, 2025

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE/ SEMSA, 2022

A modificação da pirâmide está relacionada com a taxa de natalidade e a participação dos jovens no conjunto da população, enquanto o topo da pirâmide demonstra a expectativa de vida e a participação de idosos no conjunto da população, constando o crescimento estatisticamente de pessoas idosas.

As representações gráficas mostram a evolução desse crescimento ao longo dos anos, ressalta-se que quando se tem a uma base mais estreita, indica que há uma baixa taxa de natalidade local. Já o topo é mais largo, resultado da expansão da longevidade e, conseqüentemente, do aumento do percentual de idosos na população pelo processo de transição demográfica, isto é, uma população bastante envelhecida.

Esta mudança pode ser observada pela menor porcentagem encontrada nos grupos etários mais jovens (base da pirâmide), ao mesmo tempo em que houve aumento nas porcentagens dos grupos de idade que ficam no topo da pirâmide. Ao observar a pirâmide, percebe-se que população continuará envelhecendo, evidenciado o crescimento estatisticamente de pessoas idosas na cidade de Manaus.

Diante do exposto constata-se uma mudança na estrutura etária no âmbito mundial, nacional e regional, um rápido processo de envelhecimento de sua população. Essa transição demográfica do crescimento populacional de pessoas idosas é acompanhada pela transição epidemiológica, que faz referência às alterações, como morbidade, invalidez, e morte, que advêm em conjunto com outras variantes sociais, econômicas e demográfica, caracterizada pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a população idosa mais exposta a essas condições (Brasil, 2021).

1.3. Processo de envelhecimento, velhice e saúde

A longevidade é definitivamente uma conquista, no entanto, para que essas populações tenham qualidade de vida, é preciso garantir a todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral que preconiza a legislação vigente, assegurando-lhes, a preservação de sua saúde física, mental, intelectual, espiritual e social. A lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022, que altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, em seu artigo 2º:

A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Um dos desafios nas políticas públicas é criar condições para favorecer as políticas e programas para a promoção e reconhecimento à dignidade na longevidade da pessoa idosa, devendo ser o alvo primordial de ações governamental para um envelhecimento ativo e saudável. O maior deles, hoje, é propiciar condições para promover um envelhecimento ativo a pessoa idosa como direito, de responsabilidade de atores como a família, sociedade civil e o Estado.

Por isso, ressalta-se a importância de compreender o termo:

Em termos genéricos, o envelhecimento ativo traduz um conjunto de princípios para que o envelhecimento possa constituir uma experiência de bem-estar físico, mental e social, de acordo com as necessidades e potencialidades individuais. Para além deste traço comum a todas as tentativas de definição de envelhecimento ativo, no entanto, têm sido apresentadas interpretações tão diversas do conceito que o risco de ambiguidade é enorme (Fonseca, 2014, p. 13).

No que tange a definição do envelhecimento ativo, é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social ao longo da vida, visando aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice. Esse conceito considera o reconhecimento dos direitos humanos dos idosos e os princípios de independência, participação, dignidade, cuidado e auto desempenho (Albuquerque, 2008).

Destaca a autora que a OMS deslinda fatores determinantes para esse envelhecimento ativo que se apresentam como principais fatores:

A OMS definiu como os principais fatores determinantes do “envelhecimento ativo”: serviços de saúde e sociais, focado na promoção de saúde, prevenção de doença e livre acesso a serviços de atenção primária e de longo termo; determinantes pessoais e biológicos; determinantes comportamentais, com indicação para adoção de estilo de vida saudável, participação ativa de autocuidado e atividades física, alimentação saudável, não fumar e não fazer uso de bebida alcoólicas e nem tampouco fazer largo uso de medicamentos, visando estender a longevidade e melhorar a qualidade de vida; ambiente físico adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública; determinantes sociais, com indicação de ações para prevenção de abusos aos idosos; e determinantes econômicos valorizando a contribuição de trabalho dos idosos no setor informal, em casa e na comunidade (Albuquerque, 2008, p. 27).

Albuquerque ressaltava que os serviços de saúde e sociais, determinantes pessoais e biológicos, se relacionam com determinantes comportamentais, e estilo de vida, que culminam com autocuidado e atividades física, alimentação saudável, não fazer uso de fumo, bebida alcoólicas e largo uso de mecanismo medicamentoso.

A OMS expõe que o envelhecimento ativo é um dos maiores desafios da atualidade, de responsabilidade de atores como família, sociedade civil e do Estado. Para a compreensão do processo de envelhecimento e da possibilidade de este ser, na realidade, “ativo” compreender o termo requer a desmitificação quanto a compreensão da velhice, em uma sociedade onde está enraizada uma imagem predominantemente de estereótipos de cunho negativo quando se refere à pessoa idosa.

Assim, começamos por defender a necessidade de mudar a forma como as pessoas mais velhas e o respetivo desenvolvimento são encarados. A “velhice” não é uma fase da vida desligada das restantes e a maioria das pessoas idosas continua a dispor de capacidade de controle sobre a sua vida: fazem escolhas, adotam estilos de vida e adaptam-se de maneiras muito diferenciadas ao processo de envelhecimento, o que produz distintos modos de envelhecer (Fonseca, 2014, p. 13).

No que tange aos fatores sociais, segundo Fonseca, o processo de envelhecimento constitui um desafio, entende-se que é influenciado por acontecimento e mudanças que remetem aos papéis sociais desempenhados por esse indivíduo em sociedade, a desmitificar a ideias pejorativas da sociedade referente a pessoa idosa e ao processo de envelhecimento.

No que diz respeito ao componente social do envelhecimento, este remete tanto para a modificação de papéis frequentemente associada a acontecimentos típicos da velhice (reforma, morte do cônjuge, nascimento de netos) e respectiva adaptação a estas mudanças, como para a forma como os idosos são vistos na sociedade em que vivem. A este respeito, importa destacar que os comportamentos da sociedade em geral diante dos idosos, as expectativas dos próprios idosos em relação ao avanço da idade, e até muitos dos seus comportamentos são influenciados pelas representações sociais vigentes acerca do envelhecimento e da velhice (Idem, p. 16).

A forma que a sociedade enxerga a pessoa idosa está intrínseca ao comportamento desse sujeito, desempenhando, assim seus papéis sociais, ou seja, muitos dos seus comportamentos são influenciados pelas representações sociais vigentes acerca do envelhecimento e da velhice.

Relacionar saúde ao envelhecimento é complexo, pois vai além do bem-estar físico e inclui aspectos objetivos e subjetivos. A OMS define saúde como um estado complexo de bem-estar físico, psíquico e social, conforme analisa Albuquerque (2008, p. 57):

A OMS que, desde 1947 divulga o conceito de saúde como um estado de complexo bem-estar físico, psicológico e social, tem sugerido que a aplicabilidade deste conceito deve incluir a necessidade de conhecer os vários determinantes do estado de saúde das populações apontando na direção do conceito de promoção da saúde esta concepção, que destaca a saúde como componente fundamental do desenvolvimento humano, procura resgatar e valorizar fatores que propiciem uma vida digna e de bem-estar coletivo.

Diante dessa argumentação, para a OMS (1947) saúde é definida como: “[...] o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”. A saúde da pessoa idosa deve ser compreendida diante da multidimensionalidade de fatores determinantes e condicionantes, assim como as intervenções capazes de recuperar ou manter a sua autonomia e independência.

Entende-se que a saúde da pessoa idosa é compreendida em viés de multidimensionalidade, por isso requer compreender a ausência dos domínios funcionais e suas sequelas, que pode gerar uma impossibilidade para essa pessoa de gerir sua vida e/ou cuidar de si mesmo, culminando na dependência funcional. Condições crônicas em sua saúde, requerem cuidados de longa duração e exigem uma gestão diferenciada por parte dos profissionais de saúde e familiares (Moraes *et al*, 2019).

A partir da Constituição Brasileira (CF) de 1988, a Seguridade Social⁸ define-se como um “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). Logo, a proteção social na velhice constitui-se em ações de responsabilidade pública, relacionada aos direitos humanos e sociais que visa atender às necessidades dessa população.

A CF de 1988 é considerada o maior avanço na institucionalidade da proteção social, por meio dos direitos sociais. Para Castro (2012), além das Políticas Públicas que direcionam acesso à participação mínima da riqueza produzida coletivamente, é necessário desenvolver uma série de políticas transversais, que podem ter caráter tanto de proteção como de promoção

⁸ A seguridade social faz parte da Ordem Social e se organiza em consonância com o Art. 1o, que distingue a cidadania entre os princípios fundamentais que constituem a República Federativa em um Estado.

social, isto é, ações voltadas para a igualdade de gênero, igualdade racial, entre outras, assim como aquelas destinadas às etapas da vida.

Para Iamamoto (2019, p. 47), “permitem ao cidadão uma participação mínima da riqueza material e espiritual criada pela coletividade. Eles foram negados durante muito tempo [...]”. Hoje, essa lógica neoliberal estabelece limites, restringindo acesso a esses direitos sociais, especificamente quando tais direitos ameaçam os seus interesses.

Logo, a demolição dos direitos socialmente conquistados gera implicações corrosivas a proteção social, portanto, na qualidade de vida da população, encontrando-se desafios de propor e criar mecanismos estratégicos, com intencionalidades para objetivar as ações da política de Saúde à pessoa idosa.

Nessa perspectiva, é relevante compreender a racionalidade neoliberal, sobre isso Rubens Casara (2021, p. 17) salienta que: “É necessário identificar a racionalidade, a normatividade e o imaginário que levam aos novos autoritarismos, às novas formas de opressão, às novas justificativas para a desigualdade, às novas patologias sociais e às novas subjetividades” e atuar nesse enfrentamento com resistência para sensibilidade capaz de valorizar o ser humano em toda sua especificidade, inclusive o ser social que envelhece.

A racionalidade neoliberal e suas implicações para o Sistema de proteção social brasileiro determinam e geram normas de vida, mandamentos de conduta, tornando, assim, parâmetros que gerenciam as relações sociais, centralizando o mercado e os interesses neoliberais, refletindo diretamente no comportamento humano, como composições de um processo que opera nas construções sociais da sociedade capitalista. Os desdobramentos dessas implicações afetam diretamente a proteção social a pessoa idosa, especificamente no âmbito da política de saúde.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE E OS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade. Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a formação de profissionais e de trabalhadores para este setor, permitem identificar uma outra dimensão da saúde [...] garantindo a sua transmissão e difusão mediante atividades de ensino e de extensão ou cooperação técnica.

Paim (2009, p. 09)⁹

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947) traz uma perspectiva de conceito de saúde ampliada, na qual se compreende não só restritamente como questões biológicas, mas também sociais, culturais, econômicas e ambientais. Logo, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica (Brasil, 1990).

Na velhice, o conceito de saúde não restringe aos cuidados das condições crônicas, perpassa pela interação das condições física e mental, de sua independência funcional e financeira, bem como de integração na sociedade, comunidade e família.

Desta forma, a abordagem da conceituação é complexa no âmbito da política de saúde à pessoa idosa, exige-se uma abordagem de condições de difusão de conhecimento no que tange aos parâmetros de condições desse segmento, como questões crônicas, reabilitação, inclusão social, convivências e relações intergeracionais e a ruptura do isolamento social (Giacomin, 2012).

Este capítulo debruçará na análise sobre a Política de Saúde e os direitos da pessoa idosa, abordará o sistema de Saúde, discorrendo sobre a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, destacando o movimento da Reforma Sanitária (MRS), nesse contexto; e, no último tópico, versa sobre a Atenção Básica (AB) desse sistema. Assim, buscará refletir sobre as Políticas Públicas de Saúde voltadas à pessoa idosa, bem como os mecanismos de participação social na consolidação do SUS, como direito à saúde a esse segmento populacional, cada dia mais crescente em nossa sociedade.

⁹ Jairnilson Paim: médico pesquisador que decidiu cuidar do SUS; possui Doutorado em Saúde Coletiva (UFBA), Mestrado em Medicina e Saúde (UFBA), Graduação em Medicina (UFBA).

2.1. Sistema único de saúde e saúde na velhice

Ao iniciar a abordagem sobre a saúde é importante salientar que não existe um conceito universal de saúde, no entanto, compreende-se que é um conceito histórico e socialmente determinado, relacionado à vários fatores e condicionantes nos âmbitos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma determinada época. Nesse sentido, vale desvelar que o conceito de saúde se modificou ao longo dos tempos.

Almeida Filho (2011), na obra intitulada “O que é Saúde?”, discute sobre as diversas tensões que permeiam a definição conceitual entorno da saúde-doença, porém, ressalta que não deve ser explicado somente pelo referencial clínico e/ou epidemiológico, mas, compreende que deve ser entendida pela sua complexa totalidade, constituída de influências sociais, políticas e ideológicas.

As concepções de saúde, podem indiciar fenômenos ou entidades de interesse científico. Desse ponto de vista, a saúde pode ser conceituada como fato, evento, estado, situação, condição ou processo. Independentemente da modalidade epistemológica assumida pelo conceito, saúde como fenômeno pode ser entendida tanto em termos da positividade de sua existência quanto em relação aos níveis de sua referência como objeto de estudo (Almeida Filho, 2011, p. 26).

Conforme o autor, há duas vertentes de análise para compreender a concepção de saúde: na primeira vertente, o termo saúde implica meramente na ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades; na segunda, a saúde emerge em uma conotação de desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

A saúde como objeto de estudo abrange estágios de referência ou planos de existência, ocorrências de bem-estar que ocorrem em níveis coletivos e individuais. No primeiro estágio, em escala coletiva ou agregada, conceitos de bem-estar têm sido propostos como um estado, situação ou condição atribuída a grupos ou comunidades humanas, em locais geográficos ou politicamente definidos, ecologicamente organizados e socialmente determinados. Nesse sentido, estratégias e indicadores de bem-estar têm sido desenvolvidos e utilizados.

Nessa perspectiva, constitui o conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, enfocando os aspectos biopsicossociais. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos e teve diversos desdobramentos. Com ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu: amenizar a carência de profissionais com a utilização de auxiliar em diversos níveis; a ampliação da abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar ações prioritárias para a população (Bravo, 2018).

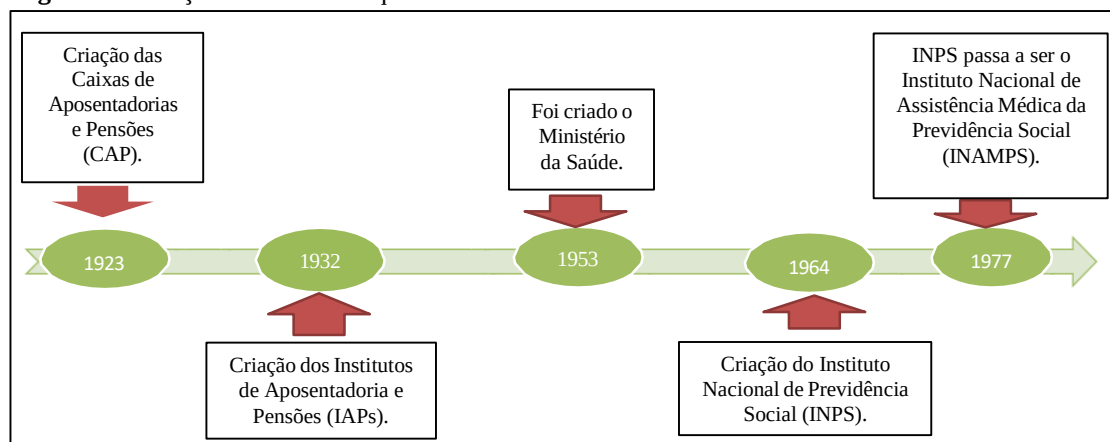
Desse modo, para a OMS (1947), saúde é definida como: “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”.

A saúde relacionada ao processo de envelhecimento não é uma questão simplista, pois, vai além de um estado de bem-estar físico, transcende questões objetivas e perpassa questões subjetivas abarcado nesse estado.

Assim, a saúde da pessoa idosa não significa somente ausência de doenças, como já mencionado. No entanto, as doenças crônicas são mais frequentes nesta faixa etária, mas, nem sempre estão associadas à dependência funcional. É importante destacar que indivíduos com as mesmas doenças podem ter capacidades funcionais absolutamente distintas.

Ao adentrar na abordagem sobre a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, é importante explicitar que antes da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira, foram instituídas inúmeras iniciativas organizacionais e institucionais que compõe o processo histórico (figura 5) que antecederam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 5 – Criação institucionais que antecederam o SUS.



Fonte: Elaboração própria a partir de Santos, 2020.

Salienta-se que, anterior a Constituição Federal (CF) vigente, se vivenciou no cenário brasileiro a efervescência de um processo que se buscou a redemocratização da gestão pública brasileira. Segundo Berzins (2020), o Sistema Único de Saúde - SUS é um marco na política de saúde nacional, caracterizado como um processo de construção histórica que conta com a participação dos estados e dos municípios, sob o comando do Ministério da Saúde. Antes da criação do Ministério da Saúde, o governo atuava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) com ações predominantemente imediatistas e focadas em medidas curativas.

Conforme Bravo e Matos (2012), os avanços no setor da saúde foram mediante lutas e mobilização articuladas aos movimentos populares. Essa mobilização e organização da sociedade civil garantiu a instauração da CF de 1988, na qual a saúde é preconizada como direito de todos e dever do Estado. A presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde, cria-se mecanismos que constituem inovações fundamentais para a instituição do SUS.

Destaca-se as contribuições de movimentos por meio de inúmeras conferências (quadro 03) ao longo do processo histórico, assim, a participação popular que culminou com marcos históricos que foram momentos de participação coletiva e de debates relevantes:

Quadro 3: Conferências de Saúde que antecederam o SUS

Ano	Conferências de saúde e suas temáticas
1941	1ª Conferência Nacional de Saúde: Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência.
1950	2ª Conferência Nacional de Saúde: Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes.
1963	3ª Conferência Nacional da Saúde: Proposta inicial de descentralização da saúde.
1967	4ª Conferência Nacional de Saúde: Recursos humanos necessários às demandas de saúde no País.
1975	5ª Conferência Nacional de Saúde: Elaboração de uma política nacional de Saúde.
1977	6ª Conferência Nacional de Saúde: grandes endemias e Controle das interiorizações dos serviços.
1980	7ª Conferência Nacional de Saúde: Implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde. ¹⁰

Fonte: Criado pela autora com dados de Bravo, Menezes, 2022.

Ao centrar o debate na instituição da Política de Saúde brasileira, dentre as conferências sobressai-se a 3º Conferência Nacional da Saúde (CNS), em 1963, quando explicita a proposta inicial de descentralização da saúde, conhecida como a municipalista, tendo em vista que se discutiu a municipalização dos serviços e a organização de um projeto nacional que propiciasse equilíbrio e desenvolvimento no âmbito nacional, ressaltando, assim, a necessidade de melhoria das condições de saúde da população. Dentre as mencionadas, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada acontecimento histórico no âmbito da saúde no Brasil, que antecederam a implantação do Sistema Único de Saúde.

¹⁰ A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Realizada em 1986, ela foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas da 8ª CNS foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial. Consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na CF de 1988.

Dessa forma, foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva, tais como: determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, com matriz teórica marxista, mas também a promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e a noção de sistema de saúde. Portanto, o conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes, assumido pelo Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente, incorporado pela Constituição da República e pela legislação infra-constitucional, encontra-se presente na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva no Brasil, sumarizada nos itens anteriores (Paim, 2008, p. 113-114).

Nesse processo histórico, destaca-se o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que fomentou a participação da população nas discussões em conferências com debates referentes a necessidade de se pensar o conceito de uma saúde ampliada, sendo suas propostas contempladas na CF/88 e na Lei Orgânica de Saúde (LOS), de 1990, e oriundos desses debates saiu a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. A 8ª Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Esse documento serviu de base para discussões na Assembleia Nacional Constituinte em 1987 (CONASS, 2003, p. 24).

Foi um dos marcos históricos que delineou uma ruptura com o velho modelo tradicional de assistência à saúde (ofertada em um viés de benesses ou privativa), instigado pelo MRS que levou a população, com um quantitativo expressivo, à participação nas discussões, nos debates que culminaram em embates de ideais referentes aos projetos societários em disputa.

Portanto, essa conferência é considerada como um dos marcos mais importantes na história da política pública de saúde neste país, que pode ser considerada como a etapa pré-constitucional da Saúde. Trouxe em seus debates suas propostas contempladas no texto da CF/88 e na LOS, que regulamentou a instituição do SUS, debateu-se a proposta de criação do Sistema a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde¹¹, que envolve promoção, proteção e recuperação (Bravo, Menezes, 2022).

Essa conferência representou, inegavelmente, um marco, pois, introduziu no cenário da discussão o tema saúde na sociedade brasileira, os debates saíram dos seus fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população:

¹¹ Maria Inês Souza Bravo e Juliana Souza Bravo de Menezes no artigo intitulado: Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde objetiva destacar o papel da sociedade civil na defesa da Saúde, tendo como referencial os pressupostos preconizados no projeto de Reforma Sanitária brasileira.

moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. Nesta perspectiva, o debate sobre a temática saúde excedeu a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, que culminou na Reforma Sanitária, instaurando, assim, a proposta de um Sistema Único de Saúde (Bravo, 2006).

Ao deslindar sobre essa conferência, é importante salientar a diversidade de segmentos representados para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos:

[...] Com o tema “Democracia e Saúde”, reuniu cerca de 4.500 pessoas – sendo 1.000 delegados –, para discutir os rumos da saúde no país, a partir dos seguintes eixos temáticos: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento setorial”. A 8ª Conferência Nacional de Saúde significou o momento fundamental de formatação político-ideológica do projeto da Reforma Sanitária brasileira, expresso no seu relatório final (Bravo, Menezes, 2022, p. 98).

Destaca-se nesse contexto o MRS, com diversos atores envolvidos em debates populares, por vários segmentos sociais organizados, como profissionais, políticos, sociedade civil organizada, entre outros. Salienta-se que, anterior a CF de 1988, vivenciou-se no cenário brasileiro a efervescência de um processo que se buscou redemocratização da gestão pública brasileira.

Nesse cenário, começam a ser travados fortes embates, por movimentos sociais e organizações da sociedade civil (OSC), desencadeando-se uma trajetória de lutas pela ampliação da democracia participativa, no sentido de se estabelecerem os mecanismos jurídicos legais necessários, onde a própria CF/88 preconiza o princípio da gestão descentralizada e participativa das políticas públicas, para estabelecer o cerne da gestão pública, com a possibilidade da participação da sociedade civil no processo de formulação das políticas públicas, na implementação dos programas e no controle das ações oriundas dessa participação da comunidade (Rocha, 2009).

O processo de redemocratização no cenário brasileiro foi de abertura política e refletiu na saúde um movimento significativo, que possibilitou a participação de novos sujeitos sociais nos debates das condições de vida da população brasileira, com propostas governamentais apresentadas para o setor, o que contribuiu para uma ampla discussão, a saúde passou a assumir uma temática com dimensão política, vinculada à democracia (Bravo, Menezes, 2022).

Seus interesses são antagônicos, enquanto o projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) repercute em debates e fomento para a criação de um sistema público universal, o SUS; enquanto o projeto privatista articula-se com as ideias neoliberais, pauta-se em considerações individualistas e fragmentadas, logo, divergente das ideias universais e coletivas.

A CF de 1988 instituiu o Sistema de Seguridade Social¹², formado por políticas públicas, entre elas: a política de Saúde, considerando-a como direito social e estabelece competência no âmbito da União, Estado, Distrito Federal e Municípios.

O preceito constitucional descreve a saúde como direito de todos, sua garantia é mediante políticas sociais e econômicas e seu acesso em caráter universal, tendo como foco a promoção, proteção e recuperação mediante o SUS, no art. 196 e art.197 da CF/88:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Assim, instaura-se um novo sistema de proteção social com base na ideia de Seguridade Social, que amplia os direitos sociais e versa a Saúde, Assistência Social e Previdência como políticas públicas e dever do Estado. Importa salientar que é a partir da CF de 1988 que os direitos sociais, em especial a saúde, que eram restritos aos trabalhadores, tornam-se direitos de todos e dever do Estado a garantia do acesso, em caráter de universalidade.

[...] É somente na Constituição de 1988 que se encontra o termo “direitos sociais” o termo “cidadania” é encontrado também nas Constituições de 1946 e 1937, mas relacionado à nacionalidade e o termo “cidadão” em todas as Constituições anteriores à de 1988 está claramente referido ao indivíduo de nacionalidade brasileira. Já o termo “social” é usado em diferentes aspectos, mas em nenhuma das Constituições tem o significado amplo e relacionado a direitos com na Constituição de 1998 (Lobato, 2012, p. 68-69).

A política de saúde foi uma das primeiras no período pós-constitucional que incorpora uma noção ampla política de saúde. Destaca-se assim, a aprovação das Leis 8.080 e 8.142, ambas promulgadas em 1990 e que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS)¹³.

Institui-se, então, no país, o Sistema Único de Saúde, que passou ofertar como direito a todos cidadãos brasileiros o acesso universal aos serviços de saúde, por meio de um Sistema Único, considerado um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo. A Lei 8.080/90, em seu Art. 3º, diz que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes:

¹² O art. 194, da CF de 1988, diz que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social.

¹³ A LOAS constitui o mais importante pilar do direito de saúde no Brasil, voltada para alcançar tais objetivos e com desafio de dar origem a um sistema participativo e democrático.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

O reconhecimento dos fatores determinantes e condicionantes associa-se com as condições sociais, sendo, assim, basilar para a formulação e implementação de políticas de saúde, reafirmadas na LOS com a instituição do SUS, que norteiam a estratégia de saúde. Confirma a relevância dos fatores sociais no contexto das ações da política de saúde levando em consideração condições estruturais (Lobato, 2012).

Segundo Lobato (2012), ao incluir as condições sociais como determinantes e condicionantes, reafirma-se o chamado “conceito ampliado de saúde”, sinaliza que foi um relevante avanço para a política de saúde a associação das condições de saúde com as condições sociais, explicita-se na Política de Saúde que, na lei nº 8080/90 e seu art. 4º, é descrita como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Salienta-se que essas ações e serviços públicos oriundos dessa política pública integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde e segue diretrizes, dentre as quais se destaca a participação da comunidade.

A Lei 8.142/90¹⁴ dispõe sobre a participação da comunidade e descreve como direito da sociedade, no que tange a participação na gestão SUS, os seguintes mecanismos: Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Em seu art. 1º traz:

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (Lei nº. 8.142 de 1990).

¹⁴ 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. Chefe de Governo na época era o Fernando Collor de Mello. Essa lei foi promulgada em 28 de dezembro de 1990, abordando parte dos temas vetados na Lei 8.080/90 pelo presidente da época. Regulamentando elementos indispensáveis para a gestão e funcionamento do SUS, junto com a Lei 8.080/90, compõe o bloco das Leis Orgânicas da Saúde.

A referida legislação foi promulgada em 1990, aborda os temas vetados na Lei 8.080/90, pelo presidente da época, regulamentando elementos indispensáveis à gestão e funcionamento do SUS, no que refere a participação da comunidade na gestão.

Conforme a Resolução nº 453/12 do CNS, a representação total dos conselhos deve ser distribuída da seguinte forma: 50% dos usuários, 25% profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviços. Essa participação dar-se-á por meio de órgãos, entidades, movimentos sociais e terá como critério a representatividade em consonância com as especificidades locais, abarcando o princípio da paridade.

A participação da comunidade na política de saúde é um direito conquistado, que incide da Carta Magna de 1988, mais precisamente do princípio “participação popular”. Um dos mecanismos mais relevantes são os conselhos de saúde que possibilitam a participação dos usuários, gestores, prestadores de serviços públicos e privados, trabalhadores, instituindo-se como caráter permanente deliberativo e paritário. E, ainda tem como cerne discutir, elaborar, fiscalizar a política de saúde em cada esfera do governo (Bravo; Menezes, 2013).

Logo, a participação social na construção da política de Saúde deve ser destacada, bem como essa participação na gestão do SUS, que propõe aos atores sociais sua inclusão nos processos decisórios da Política Pública de Saúde, com o objetivo de influenciar por intermédio de sua participação a execução da política de saúde. Delineando, assim, diante das legislações vigentes que a Saúde é um direito social e que sua conquista foi mediante lutas sociais, além da participação popular envolta no movimento da reforma sanitária.

A constitucionalização da saúde como direito social e a criação do SUS resultou de um movimento em prol de uma ampla reforma sanitária, iniciado no final da década de 1970, no âmbito do processo de redemocratização do País, que objetivava reverter o quadro de inadequação e perversidade dos sistemas de saúde vigentes, constituídos naqueles moldes e consolidados no período da ditadura militar (Silva, 2021, p.01).

Esses avanços são oriundos de embates em um cenário de confronto entre dois projetos societários que divergem entre si: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto privatista.

Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (Bravo, 2018, p. 08).

A Saúde deixou de ser interesse apenas dos trabalhadores da saúde para assumir uma dimensão política, de debates e mobilização ampla incorporando a discussão da política, articulações com outras entidades e categorias da sociedade brasileira, culminando na política pública de saúde na esfera constitucional.

No entanto, a configuração de dualidade do Estado, que favorece os interesses do capital e ao mesmo tempo tem a responsabilidade e dever de gerir as políticas públicas e sociais à população de modo universal, compromete o modelo idealizado no movimento de Reforma Sanitária, que se encontra, assim, fragilizado frente aos avanços da racionalidade neoliberal.

O Sistema de Saúde Pública brasileiro é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde definido como resposta de mobilização social, mediante as demandas das representações da população, norteadas por princípios doutrinários:

Universalidade - Todo cidadão brasileiro passa a ter direito à assistência a saúde, sendo a prestação desses serviços um dever do Estado e a saúde é definida como atividade de relevância pública.

Equidade - O sistema público deve reconhecer e tratar as diferentes necessidades da população e seus indivíduos, sem discriminação de qualquer ordem.

Integralidade - [...]. As ações de promoção, prevenção e recuperação devem ser articuladas, tendo o perfil epidemiológico da população como base para estabelecimento de prioridades. A estrutura de prestação de serviços deve ser ordenada de forma hierarquizada em níveis de complexidades crescentes, assegurando à população o acesso universal a todos os graus de atenção (Lobato, 2012, p. 83-84).

O princípio da universalidade possibilita que todo cidadão brasileiro passe a ter direito à assistência à saúde, isto é, a democratização dos serviços tendo todos o mesmo direito de acesso e sem discriminação, nessa perspectiva a saúde é definida como política pública. Outro princípio é a equidade, visto que é por meio desse que propicia mecanismo que assegure a universalidade de acesso, considerando peculiaridades ao tratar diferentes necessidades da população e dos indivíduos; já a integralidade trata de conceber o sistema único de saúde organizado de forma a prestar um atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo da assistência em outros níveis de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população.

A integralidade é percebível na relação entre a referência e contrarreferência dos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). Logo, a estrutura de prestação de ações e serviços devem ser ordenadas de forma hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, assegurando a população o acesso universal a todos os graus de atenção (Lobato, 2012).

Esses princípios estão preconizados pela CF/88, pela LOS (lei 8.080/90 e 8.142/90) e regulamentação específicas. Nessa perspectiva, a estruturação do SUS sustenta-se em seus princípios organizacionais que orientam sua implementação, funcionamento e gestão:

Regionalização e Hierarquização - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade;

Descentralidade - Entende-se como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Resolubilidade - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência;

Participação da comunidade - Garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (ABC do SUS - Doutrinas e Princípios, 1990, p. 05, grifo nosso).

Esses princípios doutrinários e organizacionais englobam ações e serviços de atenção à saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, expressando assim as ideias filosóficas que orientam e guiam sua implementação, destaca-se dentre esses a participação da comunidade que afirma a democratização no processo de formulação, planejamento e gestão da política.

O SUS, é uma política pública nacional unificada que desenvolve ações e serviços de saúde de assistência médica, vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador.

Criação de um sistema de saúde nacional e unificado, o Sistema Único de Saúde – SUS, responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde - assistência médica, vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador - prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. O setor privado pode participar do sistema em caráter complementar, através de contrato de direito público. São prerrogativas do poder público e regulamentação, controle e fiscalização dos prestadores de serviço. O comando do sistema passa ao Ministério da Saúde, que incorpora as ações médico - assistenciais que estava no âmbito da seguridade social (Lobato, 2012, p. 83).

Segundo Lobato (2012), a criação do SUS, como um sistema de saúde nacional e unificado, é responsável não restritamente pelas ações e serviços de saúde - assistência médica, mas também a vigilância sanitária e epidemiológica e saúde do trabalhador prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

2.2. Atenção Básica no Sistema Único de Saúde

A estrutura operacional do SUS se institui por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e diante as mudanças demográficas com a queda das taxas de fertilidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, que incidem fortemente sobre o perfil epidemiológico da população e sobre a demanda aos serviços de saúde (MS,2022).

A normatização vigente no SUS define a organização das RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Para Mendes (2011, p. 49), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados e interligados visando responder às necessidades de saúde da população oriundas de uma localidade, em geral, em fatores demográficos e epidemiológicos. Diante disso, importa trazer o conceito de Rede de Atenção à Saúde:

Quadro 4: Conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Bases autorais	Descrição conceituais
Shortell et al. (1996)	“Redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida, e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”.
Castells (2000)	“São novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia”.
OMS (2008)	“É a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”.
OPAS (2010)	“Redes integradas de serviços de saúde, ou sistemas organizados de serviços de saúde, ou sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve”.

Fonte: Criado pela autora com dados extraídos de Ministério da Saúde, 2022.

Reiteram-se a compreensão de rede como gestão integradas de serviços de saúde da atenção primária ou sistemas organizados, sistemas integrados ou organizações integradas definidas como uma rede interligada de organizações. Essa rede tem a finalidade de prestar ou prover os arranjos para a prestação de serviços de saúde, que visa alcançar a universalidade, dito isso, é preciso estar atento à defesa da expansão da atenção básica no SUS em uma concepção de atenção básica à saúde integral.

A portaria nº 4.279/10 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que considera a Regionalização como uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, que deve nortear a descentralização das ações e serviços de saúde.

Reafirma-se que o SUS organiza-se em atenção básica, atenção de média complexidade e de alta complexidade. É importante, aqui, apresentar a interação entre os diversos níveis de atenção e o funcionamento integrado entre eles, quais sejam:

Figura 6: Sistemas piramidais e hierárquicos de atenção à saúde.



Fonte: Elaboração própria a partir de Mendes, 2011.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética, os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que o sistema de atenção à saúde reduza a capacidade de se adaptarem às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram idealizados e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos com epidemia e pandemia contemporânea.

O SUS normatiza as ações e serviços em saúde em todos os níveis de atenção (quadro 5) no território nacional:

Quadro 05 - Níveis de Atenção em Saúde /SUS

Termos conceituais	
Atenção Primária (ou Básica)	Porta de entrada da população do serviço de saúde qual a tensão generalista de baixa complexidade tecnológica e foco na prevenção e promoção à saúde. (Unidade Básica de saúde - UBS, estratégia saúde da família- ESF, assistência domiciliar);
Atenção Secundária	Serviço especializados, com maior nível de complexidade tecnológica e de procedimentos. (Ambulatórios de especialidades e hospitais – gerais);
Atenção Terciária	Serviços mais especializados, com alto nível de complexidade e tecnologia (Hospitais especializados e centro de alta complexidade).

Fonte: Elaboração própria a partir de Catuta, 2015.

Dentre os três níveis de atenção, o presente estudo centrou-se na Atenção Básica do SUS, que será adensada nesse tópico, esse nível de atenção é de extrema importância na abordagem, haja vista, que o presente estudo se refere a gestão do trabalho em serviços de saúde voltado a pessoa idosa na Atenção Básica.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2022), na Atenção Básica em Saúde (ABS) encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que fornecem atenção ao indivíduo, família e ao coletivo, por meio de ações e serviços que envolvem promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, realizada com equipe multiprofissional em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Assim, é definida conforme Starfield (2002, p. 28):

[...] como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde.

Logo, recebe as demandas comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção e reabilitação para elevar ao máximo nível de saúde e o bem-estar coletivo. Integra a atenção ao trabalhar com o contexto no qual existam influência no que concerne à saúde em um determinado território¹⁵, assim, visa a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Através da publicação da Portaria nº 2.436/17¹⁶, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão de diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS, na regulamentação e operacionalização vigente, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente AB; na Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando os termos Atenção Básica (AB); e Atenção Primária à Saúde (AP), como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas nessa política.

Logo, é importante destacar essa política, que articulada aos demais níveis de atenção, é caracterizada por desenvolver as ações de saúde, em uma perspectiva democrática e participativa. Os princípios gerais da AB são descritos no art. 2º, na PNAB:

¹⁵ ABS é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis.

¹⁶ Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

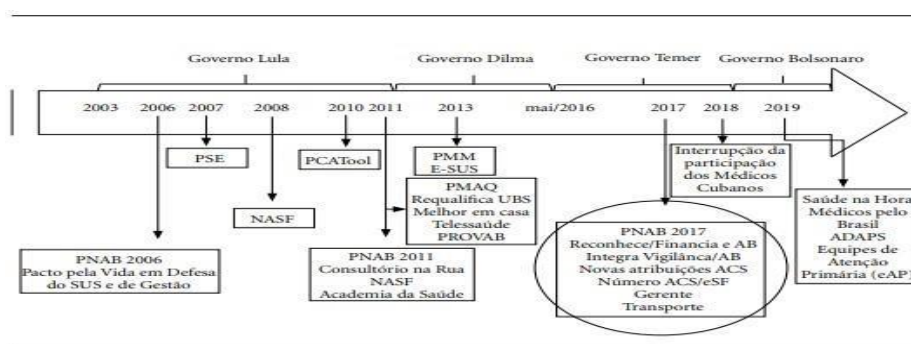
A AB, em suas ações, orienta-se pelos princípios do SUS, em um viés humanizado, que promove a equidade e a participação social junto às ações e serviços disponibilizados na rede, que serão ofertados integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, tendo em vista que são desenvolvidos por meio do exercício de práticas e gestão, democráticas e participativas com vínculo à continuidade.

A PNAB é resultado do conhecimento acumulado por um conjunto de atores envolvidos na historicidade do desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Diante do exposto, é necessário salientar que a PNAB, tem a Estratégia Saúde da Família como principal alvo de organização. Assim, é importante destacar a evolução dessa política, pois, compreende-se que o processo de reformulação das políticas públicas é necessário para adequar os serviços de saúde a toda população.

Segundo Gomes *et al.* (2020), observa-se o desenvolvimento da PNAB por meio da figura a seguir:

Figura 7: Linha do Tempo – PNAB



Fonte: Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020.

Mediante a figura acima, o processo histórico da Atenção Primária à Saúde, no período de 2003 a 2019, realizou várias adequações na Atenção Básica. Destaca-se que, a partir de 2017, a PNAB buscou se integrar a atenção básica no que trata de: financiamento, vigilância, novas atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Combate a Endemias (ACE).

A PNAB é resultado do conhecimento acumulado por um conjunto de atores envolvidos na historicidade do desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

Portanto, essa política é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS tendo a universalidade, integralidade, equidade e diretrizes norteadores quais sejam: “Regionalização e Hierarquização; Territorialização e adscrição; Resolubilidade; Cuidado centralizado na pessoa; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado e ordenação da rede; Participação da comunidade” (Brasil, 2017).

A expansão e consolidação da AB, segue princípios e diretrizes do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência da especificidade das populações, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde voltada à pessoa idosa, usuário do sistema.

A integralidade é importante para haver a referência e contrarreferência dos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade), considerando a territorialização como uma das diretrizes relevantes na gestão de trabalho na atenção básica, pois, entende-se que o usuário do SUS é sujeito inserido em uma conjuntura, no âmbito cultural, política e social, entre outros fatores, em um contexto territorial, com suas peculiaridade e especificidade.

Nesse sentido, a concepção de territórios, segundo Fortuna *et al.* (2022, p. 155):

Os territórios são constituídos de histórias, ocupações, desocupações, aspectos ambientais, exercícios de poderes e de saberes dos homens entre si. Um território é ao mesmo tempo o resultado da ocupação humana, das disputas históricas, do trabalho, das ideologias circulantes e também o produtor de tudo isso. A realidade material que nos cerca é produtora das nossas percepções afetos sentimentos e valores.

Nesse contexto, o território é uma questão estratégica na Atenção Básica, pois, a equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) trabalham em áreas determinadas, específicas e delimitadas, cujos princípios são: o cuidado centrado na pessoa que é compreendido como o atendimento feito em todas as etapas da vida e da saúde da pessoa, não devendo ser visto apenas sob o aspecto clínico, mas também sob os aspectos emocionais, mentais, sociais e financeiros.

Tendo em vista a necessidade de perceber a pessoa no âmbito de totalidade. Assim sendo, busca-se consolidar a ESF como modelo na atenção básica, como cerne da organização das redes de atenção à saúde do SUS. As redes são descritas como mecanismo de coordenação do cuidado e organização que considera a construção e manutenção de um vínculo das pessoas que residem no determinado território.

Logo importa destacar algumas legislações que dão base legais à Política de atenção voltados a pessoa idosa:

Quadro 06: Legislações e bases legais da Política de Atenção à Pessoa Idosa

Bases legais	Descrição
Lei nº. 8.842 de 04/01/1994	Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
Lei nº. 10.741 de 01/10/2003	Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
Decreto nº. 5.482 de 07/03/2001	Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, e dá outras providências.
Portaria nº. 738 de 12/04/2002	Portaria do Ministério da Saúde que trata da Assistência Domiciliar geriátrica.
Lei nº. 10.048, de 8/11/2000	Prever prioridade de atendimento às pessoas especifica e dá outras providências, dentre essas os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.
Lei nº. 10.098, de 19/12/2000	Que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências
Decreto nº. 5.296 de 2/12/2004 (Regulamenta as Leis nº. 10.048/2000 e 10.098/2000)	Regulamenta as Leis, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Lei nº. 13.466, 12/07/2017 (Altera o Estatuto do Idoso)	Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, a fim de estabelecer a prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos.
Lei nº. 14.423, de 22/07/2022 (Altera o Estatuto do Idoso para o Estatuto da Pessoa Idosa)	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente.

Fonte: Elaboração própria extraído dos dados do Protocolo de Diretrizes na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa /ESAP/MANAUS (2023).

O quadro acima evidencia a existência de um arcabouço legal robusto que visa garantir os direitos e o bem-estar da população idosa no Brasil, dentre as legislações destaca-se a Política Nacional do Idoso, e, o Estatuto do Idoso, sancionados em 1994 e em 2003, respectivamente, e alterado pelo projeto de Lei nº 3.646, de 2019¹⁷, que alterou a nomenclatura, “idoso”, para “pessoa idosa”, ambos utilizados como base legal para políticas públicas e iniciativas que promovam a proteção social à essa população.

O conhecimento oriundo dessas legislações e decretos orientam os profissionais que atuam com a população idosa, gestores de políticas públicas e a sociedade em geral. Esse

¹⁷ Lei nº 3.646, de 2019 Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para atualizar sua denominação para Estatuto da Pessoa Idosa; tendo parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, pela aprovação, Art. 3º Substituam-se as expressões “idoso” e “idosos”, respectivamente, pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas” em todo o corpo dos arts contendo a expressão com as adequações gramaticais decorrentes.

conhecimento e socialização quanto essas informações (Quadro 06) se torna uma ferramenta valiosa para a compreensão e aplicação nas políticas públicas de atenção à pessoa idosa.

Em consonância com as determinações legais da Política Nacional, foi criada em 2001, a Política Municipal do Idoso, por meio do Decreto nº. 5.482 de 07/03/2001 com o objetivo de definir para além de ações e estratégias. Emergem, assim, mecanismos de participação, acompanhamento, controle e avaliação das ações do poder público para promover a autonomia, integração e participação efetiva desses sujeitos de direito na sociedade.

Nessa perspectiva, ao adentrar-se na abordagem sobre saúde na velhice no cenário brasileiro, em 1999, institui-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) ¹⁸, pela GM /MS n.º 1.395/99 e atualizada pela Portaria n.º 2.528/06, suas diretrizes de acordo com o Pacto pela Saúde, tem, assim, a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e saúde da pessoa idosa, por meio de medidas individuais e coletivas de saúde, em consonância com os princípios do SUS. Conforme Louvison *et al* (2012, p. 167) essas atualizações:

Dessa forma, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa atualizada passam a dar mais ênfase ao princípio da integralidade, buscando maior racionalidade no fluxo de atenção à população idosa, sendo que a porta de entrada da pessoa idosa no sistema de saúde deve ser idealmente a Unidade Básica de saúde (UBS), via demanda espontânea ou busca ativa (por meio de visitas domiciliares das equipes de saúde da família).

Diante do exposto, os dispositivos legais supracitados norteiam as políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa. No entanto, sabe-se que a efetivação de uma política pública requer atitude consciente dos atores envolvidos em uma sociedade, visto que essa sociedade se insere nesse contexto, nesse processo inerente em um país que envelhece.

Assim, requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo as três esferas de governo corresponsável pela gestão, em consonância com o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) ¹⁹, ambas voltadas para a configuração de atenção e utilizados pelos gestores do SUS, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes.

¹⁸Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999; considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006.

¹⁹A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. A PNPS ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.

2.3 O Distrito Sanitário Oeste e a atenção à saúde da Pessoa Idosa

A Amazônia é reconhecida por sua biodiversidade. É um campo extenso e complexo para o desenvolvimento de pesquisas. E, embora haja uma atenção nacional e internacional sobre os aspectos ambientais e potencialidade dos recursos naturais da Amazônia, é necessário reconhecer sua magnitude considerando as diversas culturas, os múltiplos saberes tradicionais, a pluralidade dos povos originais e sobretudo as múltiplas expressões da questão social que submergem juntamente com suas especificidades peculiar nessa localidade na Região Norte.

Figura 8 - Mapa do Estado do Amazonas



Fonte: Site Google Maps (2024).

Segundo o IBGE (2023), o estado do Amazonas é o maior estado dentre as 27 unidades federativas do Brasil, tem uma área territorial de 1.559.255,881km², o que corresponde a 18,30% do território brasileiro. No que tange a divisão política administrativa, o Amazonas possui 62 municípios, tem como sua capital o município de Manaus com 52,25% da concentração populacional do estado. A área média de seus 62 municípios é de 25.147,73 km² o maior deles é Barcelos, com 122.476,12 km² e o menor é Iranduba, com 2.214,25 km² (SEPLAN CTI/AM, 2016).

Nesse contexto, é necessário compreender a magnitude desse território, extensão e complexidade dessa região em que se encontra o Amazonas, onde localiza-se os lócus do estudo: as Unidades de Saúde da Atenção Básica (UBS), no Distrito Sanitário Oeste da Cidade de Manaus, na região norte do Brasil, o referido estado abriga a maior biodiversidade do mundo.

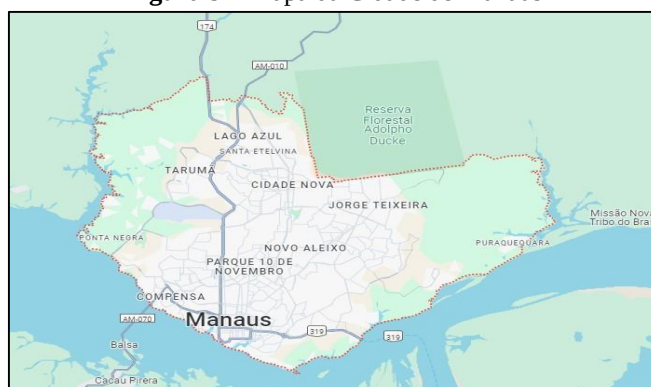
Segundo Loreiro (2009), na Amazônia brasileira tem-se uma mega-biodiversidade e isso advém não apenas por ter a maior variedade de espécies animais e florestais do mundo, mas, por ter a maior concentração dessas variadas espécies por quilômetros quadrados.

No que tange o quantitativo de pessoas idosas no estado do Amazonas, no último levantamento censitário a população residente é de 3.941.613 de pessoas, possuindo uma densidade demográfica de 2,53hab/km², importa salientar que a população residente de 60 anos ou mais de idade é de 210.225 pessoas. Neste sentido, o índice de crescimento populacional de Pessoas Idosas de 60 anos ou mais de idade é de 18,19 % (IBGE, 2023).

A cidade de Manaus foi fundada em 24 de outubro de 1669, é a maior cidade do Estado do Amazonas e tem uma população estimada de aproximadamente 2.255.903 habitantes e a principal atividade econômica é o Polo Industrial de Manaus (PIM). O Polo Industrial é uma zona franca que oferece incentivos fiscais para empresas nacionais e internacionais, principalmente nas indústrias de eletrônicos, eletrodomésticos, motocicletas, bicicletas, cosméticos, entre outros setores.

Além disso, o turismo é uma atividade econômica relevante em Manaus, devido à sua biodiversidade e belezas naturais, como a Floresta Amazônica e o Rio Amazonas, além de pontos turísticos históricos, como o Teatro Amazonas (IBGE, 2022).

Figura 9 – Mapa da Cidade de Manaus



Fonte: Site Google Maps (2024).

A população de Manaus com idade acima de 60 anos cresceu 680%, passando de 23.748, em 1980, para 185.241 habitantes, em 2022. Em 1980, essa população representava 3,75% da população total, ao passo que, em 2022, atingiu o percentual de 8,35%. Ocorreu um maior acesso à rede de serviços de saúde, a partir da década de 1980 e, elencado a isso, as mudanças no sistema público de saúde no Brasil, são compreendidos como fatores que contribuíram de forma decisiva para aumentar a longevidade da população de Manaus (SEMSA, 2022).

A cidade de Manaus, tem uma área territorial de 11.401,092km², possuindo uma Densidade demográfica de 181,01hab/km² equivalendo a 0,7258% do território do estado (Manaus, 2021; IBGE, 2024).

Salienta-se que para a pesquisa, durante o procedimento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), inicialmente a proposta na Plataforma Brasil, tinha um cronograma que durante esse processo houve um breve comprometimento, culminando em um atraso. No entanto, com o parecer consubstanciado (anexo 2), de aprovação solicitou-se junto ao Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde (NUPES) a autorização para realização da pesquisa que disponibilizou o Termo de Autorização (anexo 3) pela Escola de Saúde Pública de Manaus ESAP/SEMSA para efetivamente realizar a pesquisa de campo nas UBS.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) foi instituída em 20 de novembro de 1975, através da Lei nº 1.240, com a missão de gerir o sistema municipal de saúde, observando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Secretaria de Saúde desenvolve as ações de vigilância e atenção à saúde da população usuária da Política de Saúde no âmbito municipal tendo como centralidade a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento, na reabilitação e redução de danos (SEMSA, 2024).

A SEMSA/AM encontra-se localizada na cidade de Manaus e tem sua sede no bairro Adrianópolis, na zona Centro-Sul da cidade, tem como visão: “Tornar-se modelo de excelência na vigilância e atenção à saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população, até o ano de 2023”. Permeia seus valores na ética, compromisso, inovação, transparência e humanização (SEMSA, 2024).

Os distritos de forma a integrar as ações e serviços em Saúde, tem como missão gerir o sistema municipal de saúde, tendo em sua Rede de Atenção à Saúde:

Quadro 7: Unidades na Rede de Atenção à Saúde Municipal de Manaus

Descrição	Quantidade
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	288
UBS's as que funcionam com horário ampliando de atendimento	10
Clínicas da Família	6
Clínicas da Família o que funciona em regime de plantão de 12h de segunda a domingo	1
Unidades Básicas de Saúde Móvel Terrestres	4
Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)	2
Policlínicas	5
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	4
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	4
Centro Especializado de Reabilitação (CER)	1
Unidades do Serviço Móvel de Urgência (SAMU)	48
unidades Fluviais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/Fluvial)	2
Laboratórios	6
Centrais de Atendimento do Programa Leite do Meu Filho	2
Maternidade	1
Vigilância Sanitária (Visa Manaus)	1

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	1
Centro de Controle de Zoonoses (CCZ)	1

Fonte: SEMSA, 2024.

Importante destacar que entre a Unidades Básicas de Saúde (UBS) um quantitativo de dez (10) UBS funcionam com horário ampliando de atendimento; das seis (06) Clínicas da Família, uma delas funciona em regime de plantão de 12h de segunda a domingo; dentre os seis (06) laboratórios, quadro (04) são distritais, um (01) de Especialidades e um (01) de Vigilância.

Na cidade de Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), conforme o Regimento Interno aprovado pelo decreto nº 5954/2024, tem como estrutura organizacional da suas atividades técnico-operacionais:

Quadro 8: Distritos na Rede de Atenção à Saúde Municipal de Manaus

Estrutura Organizacional		Endereço
Distritos de Saúde	Leste	Rua das Rosas, s/n – Jorge Teixeira II Etapa
	Norte	Avenida Max Teixeira, nº 12 – Cidade Nova
	Oeste	Rua Comandante Paulo Lasmar, s/nº, Conjunto Santos Dumont – Bairro da Paz
	Sul	Distrito de Saúde Sul, na Avenida Umberto Calderaro, nº 300 – Adrianópolis
	Rural	Rua Comandante Paulo Lasmar, s/nº, Conjunto Santos Dumont – Bairro da Paz

Fonte: Elaborado pela autora com dados da SEMSA, 2024.

Na rede de atenção, no âmbito distrital seus serviços e ações de saúde são desenvolvidos em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças e agravos, no diagnóstico e tratamento, na reabilitação e redução de danos.

Assim, pode-se inferir que são coordenadas visando o cuidado à saúde da população constituindo-se como a porta de entrada preferencial do SUS. A partir do objeto de pesquisa, ao adensar na Rede de Atenção, especificamente no âmbito municipal, mediante a Lei 8.080/90, o art. 10º sobre a direção SUS, especificamente no âmbito municipal, no § 2º que poderá organizar-se em distritos de forma a integrar as ações:

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No **nível municipal**, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em **distritos** de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (grifo nosso).

No que tange a distritalização na saúde, segundo Luna; Oliveira (2010, p.94) tem como objetivo:

A distritalização da saúde objetiva por sua própria natureza, organizar os serviços de saúde e não aumentar ainda mais as desigualdades no acesso e atendimento dos serviços de saúde. Mas, a organização dos serviços de saúde em Manaus, se deu de forma desigual em seus diversos contextos, devido a sua estrutura política, reflexo de uma herança cultural brasileira.

As autoras discorrem que a distritalização da saúde se objetiva em organizar os serviços de saúde de forma equânime por considerar cada território com suas peculiaridades e necessidade. Todavia, a organização dos serviços de saúde em Manaus se deu de forma desigual em seus diversos contextos, devido a sua estrutura política, reflexo de uma herança cultural da desigualdade social brasileira.

Para Fernandes *et al.*, (2021), a Atenção Básica de Saúde deve ser o primeiro nível de atendimento do SUS caracterizada por ações no âmbito individual e coletivo, versa uma ação integral que implique positivamente na saúde dessa população.

Entre as propostas de efetivação dessa política destaca-se a PNSPI, segundo os autores acima, tem como intuito de avocar a atenção para as necessidades desse segmento, bem como promover qualidade da atenção a pessoa idosa por meio de ações fundamentais no parâmetro da promoção da saúde.

Segundo os autores, é necessária uma abordagem global, em um viés de interdisciplinaridade que permeie fatores físicos, psicológicos e sociais que traga implicações na saúde dessa população considerando, assim, a necessidade do cuidado de todos os membros da equipe de saúde para detecção precoce de agravos à condição de saúde desses usuários, que visa a promoção de saúde a esse segmento.

Nessa perspectiva, no ano de 2018, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA criou e implantou o Protocolo Clínico de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, instrumento que visa organizar e padronizar a conduta dos profissionais da saúde frente às diversas situações cotidianas que podem se apresentar durante os serviços de saúde nas UBS.

Esse protocolo segue os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Deste modo, a SEMSA, por meio do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso – NUSID, realizou a atualização, no ano de 2023, do referido Protocolo com enfoque clínico e de gestão do cuidado, tomada de decisão qualificada por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado, devendo ser utilizado como material de parâmetro profissional da Atenção Básica (Manaus, 2023).

O processo de trabalho na atenção básica é composto de interação de saberes e práticas profissionais para o cuidado integral que estabelece, assim, o processo de trabalho tendo como cerne mecanismos humanizados que criem condições para que o serviço seja produtor de promoção de cuidado em saúde integral (Franco; Junior, 2007).

Logo, as ações e serviços precisam ser realizados por multiprofissionais, mediante aos princípios e diretrizes norteadores do SUS, por intermédio da pactuação de todos os atores que operacionalizam esse Sistema Único de Saúde Público diante a conjuntura brasileira vigente.

Assim, o acesso aos atendimentos²⁰, nas unidades básica de Saúde do Distrito Oeste dar-se-á por meio de agendamento que tem os serviços (quadro 10) de saúde descritos:

Quadro 9: Descrição dos serviços de saúde nas UBS's do Distrito Oeste.

	SERVIÇOS DE SAÚDE
Unidades Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário de Saúde (DISA) Oeste	✓ Consulta de Clínico; ✓ Consulta de Enfermagem; ✓ Consulta de Odontologia, dentre outras; ✓ Planejamento reprodutivo; ✓ Inserção de DIU; ✓ Pré-natal da gestante e do parceiro; ✓ Curativo; ✓ Troca de sonda vesical; ✓ Dispensação de medicamentos, dentre outros. ✓ Serviço Social; ✓ Acompanhamento das condicionalidades de saúde/Programas Sociais; ✓ Atenção à saúde da criança; adolescente, adultos e pessoa idosa; ✓ Imunização; ✓ Controle e acompanhamento da hipertensão e diabetes; ✓ Dispensação de medicamentos; ✓ Ambulatório de Seguimento do Bebê de Risco, dentre outros. ✓ Programa da Tuberculose; ✓ Programa da Hanseníase dentre outros; ✓ Coleta de exames laboratoriais ✓ Preventivo do câncer do colo do útero; ✓ Coleta de exames laboratoriais ✓ Teste do pezinho; ✓ Testes rápidos para diagnóstico de sífilis HIV e hepatites; ✓ Teste de gravidez, dentre outros.

Fonte: Elaboração própria tendo como base SEMSA, 2024.

A partir da descrição do quadro acima, infere-se que as ações e serviços precisam ser realizados por multiprofissionais, mediante aos princípios e diretrizes norteadores do SUS, por intermédio da pactuação de todos os atores que operacionalizam esse Sistema Único de Saúde Público diante a conjuntura brasileira vigente.

²⁰ Os horários de atendimento nas UBS's do Distrito de Saúde Oeste são de segunda a sexta-feira das 7h às 17h, em algumas unidades do distrito os atendimentos são de Segunda a sexta-feira das 7h às 19h (horário estendido) dentre essas: UBS's: Dom Milton Correa; Mansour Bulbol; Santo Antônio; Vila da Prata, ressalta-se que a UBS Deodato de Miranda Leão se destaca por ter horário e dia estendido tendo atendimento de Segunda a sexta-feira das 7h às 21h e sábado das 7h às 12h (SEMSA, 2024).

De acordo com Reis (2012), a visão ampliada que contribui na ABS, no que tange as principais teorias e conceitos, tem sido a promoção da saúde, a educação, a humanização, o espaço democrático e a reorganização de modelo de Atenção, pois, mesmo que persistam no sistema de saúde brasileiro traços dos antigos modelos de assistência à saúde, isto é, o modelo médico privatista, há um processo de iniciativa de transpor esse modelo, em um viés de construção de um modelo assistencial, como a estratégia e Saúde da Família, que visa a prática da promoção a saúde coletiva.

Diante o fenômeno da transição demográfica brasileira, que tem apresentado expressivo crescimento da população idosa, já explicitado no capítulo anterior, diante essa constatação de modificação no perfil populacional, reflete nas demandas nos diferentes serviços nas UBS. É preciso ressaltar que são diferentes populações em diferentes territórios, que precisam gerir ações e serviços em saúde em consonância com essas demandas apresentadas pelos usuários, tendo em vista, que o planejamento em saúde é na ABS de responsabilidade sanitária direta de cada unidade por determinado território.

Assim, é pertinente e necessário trazer ao centro do debate a questão da Política de Saúde como direito constitucional, com vistas a elucidar o processo do envelhecer em tempos de insegurança social e desmonte de direitos socialmente conquistados.

CAPÍTULO 3 - GESTÃO DE TRABALHO NA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

A formulação da estratégia de gestão deve partir do princípio de que a qualidade de vida da população, [...] depende da prestação dos serviços públicos de saúde e que esta depende da qualidade e gestão pública. Portanto, a qualidade de vida da população depende do desempenho da gestão pública. Assim é preciso desenvolver uma estratégia organizada e consistente, que seja capaz de promover o desenvolvimento da capacidade de gestão do SUS.

Oliveira (2020 p. 90)²¹.

A partir da segunda metade da década de 90, com a proposta da reforma estrutural do Estado em discussão, passou-se a adotar no SUS uma política de flexibilização que resultou na precarização das relações de trabalho, utilizando-se, então, diversas modalidades de vinculação.

Nesse contexto, essa política, com suas vertentes, acabou sendo incorporada provocando um processo de precarização do trabalho, com a redução de força de trabalho na administração pública (Brasil, 2009; Antunes, 2018).

Diante desse contexto histórico, que se propõe uma abordagem sobre gestão de trabalho em saúde na atenção básica, em uma vertente de não meramente importar conceitos utilizados na gestão generalista, uma organização em suas mais variáveis aplicabilidade de gerir que varia com sua complexidade.

Correspondendo, desta forma, à ação ou à prática de gerir, mas transpor a compreensão genérica, e adensar a compreensão dessa gestão na política de saúde, ou seja, diferenciar sobre a gestão privada e gestão pública, pois, ao aprofundar em seus objetivos compreende-se que de um é obtenção de lucro e outro é cumprir com sua função social (Oliveira, 2020).

Esse último capítulo encontra-se estruturado a partir de tópicos sobre a Gestão em Saúde e controle democrático, permeando a abordagem sobre a gestão do trabalho nos serviços de saúde na Atenção Básica e explicitando uma análise a partir dos profissionais de saúde do Distrito Oeste na cidade de Manaus mediante suas vivências e práticas nas unidades.

²¹ Autor da obra Gestão Pública e Saúde é um dos expoentes da gestão pública no Brasil ele modernizou a máquina pública capixaba e sua gestão como secretário de estado de saúde do Espírito Santo passou a registrar a menor taxa de mortalidade infantil do país segundo IBGE. Além disso, montou a Rede Cuidar, efetivando a lógica do SUS no estado, ao articular e otimizar ações integrais de saúde, desde a ponta de entrada no município, passando pelas consultas e exames, até a rede hospitalar. Um autor que combina conhecimento teórico e conceituais sólidos com uma enorme capacidade de aplicabilidade no cotidiano das organizações.

3.1. Gestão em Saúde e controle democrático

A gestão em uma organização varia com sua complexidade implicando na tomada de decisão para a resolução de problemas que pode ser entendida como administração, ou dela originária, correspondendo, desta forma, à ação ou à prática de decisão racional, no caso da política de saúde relacionada ao SUS (Vieira-de-Silva, 2014).

Para Dagnino (2011), a administração é entendida como o ato de administrar, é dirigir uma organização constituída por indivíduos com um objetivo comum, associados mediante uma entidade de viés pública ou privada, utilizando técnicas de gestão para que alcance seus objetivos de forma eficiente, eficaz, com responsabilidade social e ambiental.

Logo, compreende-se que a administração pública visa desenvolver ações relativas às implementações de Políticas Públicas voltadas aos usuários diante das demandas das necessidades coletivas.

Portanto, para o autor, administrar/gerir uma organização:

[...] supõe atribuir responsabilidades às pessoas e atividades aos órgãos (unidades administrativas). A pessoa encarregada do ato de administrar ou organizar, o administrador, embora investido de um poder dentro de uma hierarquia predefinida, deve possuir uma capacitação intelectual e moral para exercê-lo que o diferencie dos demais membros da organização e atuar como um líder. A atividade principal de um líder consiste em influenciar um determinado grupo de pessoas a fim de que elas façam o que se deseja. Porém, esta influência não deve ser coercitiva e por meio do poder de um cargo nem tampouco obrigando as pessoas a fazerem o que é necessário. Esta influência deve ocorrer, por exemplo, por meio da disponibilização de um meio de trabalho propício para que todos os colaboradores desenvolvam suas atividades por vontade própria (Idem, p. 103).

A administração pública tem seus desafios em sua efetividade, em produzir resultados para a população na prestação de serviços, como descrito pelo autor, a gestão pública gerencia providências por gestores públicos.

Segundo Oliveira (2020 p. 60-61), entre as providências a serem tomadas destacam-se:

[...] comprar bem, tomar decisões, gerenciar pessoas, fornecedores e orçamentos, capitar e motivar pessoa, fazer pagamentos, resolver problemas não previstos, responder questionamentos do controle, cumprir prazos, prestar serviços com qualidade, prestar conta à sociedade e manter com ela uma interlocução constante, planejar as ações monitorar o planejamento, entre outros.

O autor pontua que a função da gestão envolve um conjunto de providências a serem executadas a partir de legislações e normativas vigentes, no caso da política de saúde, as normativas do SUS, diante desse cenário contemporâneo não há como negar que existem

desafios para efetivação dessa funcionalidade em consonâncias com as legislações vigentes, principalmente relacionada ao envolvimento ativo na construção coletiva do bem comum.

A saúde como política pública necessita da efetividade de suas ações para assegurar a cobertura universal que possibilite a promoção, proteção e recuperação da saúde das populações, por meio do Sistema de Saúde brasileiro. Regulamentada pela Lei nº. 8080/90, em seu Artigo 4º, desvela que o SUS é descrito como: “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas [...] mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 1990).

A gestão da política de saúde, como uma política pública, cabe ao Estado implementar, manter a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos, além de diferentes organismos e agentes da sociedade na participação no controle social das políticas públicas implementadas de forma equânime (Höfling, 2001).

No que tange a Gestão do SUS, segue normas de procedimentos estratégicos que visam o atendimento integral, descentralizado administrativamente e com participação social. O Artigo 198 desvela que essa gestão visa desenvolver ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede com as diretrizes à descentralização, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e, participação da comunidade (Brasil, 1988).

Desse modo, faz-se necessário apontar a concepção de Gestão Social para introduzir a discussão sobre Gestão do Trabalho em Saúde (GTS).

Para Botrel *et al.* (2011, p. 45):

Muitos compreendem o termo gestão social relacionando-o à própria ideia de política social, o que não pode ser considerado totalmente equivocado, mas essa visão não capta sua real essência e papel extremamente relevante, que diz respeito à expectativa de consolidação e aprofundamento da democracia a partir do maior envolvimento de atores sociais interessados na gestão pública.

Salienta que muitos compreendem a gestão social restringindo a ideia de política social, no entanto, diz respeito à expectativa ampla de consolidação da democracia. Pontua que utilizar da gestão social significa investir em processos com ampla participação da sociedade civil e dos diferentes níveis do governo e das organizações de forma geral, discutindo, articulando e realizando o controle social das políticas públicas.

O tema gestão social tem sido associado à gestão de políticas sociais. A discussão perpassa a possibilidade de uma gestão democrática, participativa na formulação de políticas públicas. Neste contexto, entende-se gestão social, segundo Tenório (2005, p. 102):

[...] como o processo gerencial dialógico no qual a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação (ação que possa ocorrer em qualquer tipo de sistema social – público, privado ou de organizações não-governamentais). O adjetivo social qualificando o substantivo gestão será entendido como o espaço privilegiado de relações sociais em que todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coação.

Assim, a gestão social propicia mecanismo institucionais, instrumentos e metodologias participativas de formação, planejamento, supervisão e avaliação como o processo de gestão dialógico no qual as questões decisórias são compartilhadas entre os participantes da ação.

Segundo Viana *et al* (2017), é a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final publicado em 2004, que foi possível constatar, o uso do termo “gestão do trabalho” em detrimento do termo ‘gestão de recursos humanos’.

A gestão do trabalho e da educação na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde, junto com outros segmentos do governo e os trabalhadores, e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas três esferas de governo, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS. [...] Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área da Saúde (Brasil, 2004, p. 115).

Essa gestão de trabalho, especificamente na Atenção Básica, constitui um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS. Por isso, faz-se necessário aprofundar o conhecimento sobre o processo de trabalho, em geral, e do processo de trabalho na Atenção Básica em particular. Para Faria *et al* (2017, p. 26), o processo de trabalho é o modo como se desenvolve as atividades profissionais, o modo como realiza o trabalho. Segundo o autor, compreende-se que o trabalho “é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade”.

Segundo o autor, os serviços de saúde são organizações complexas e um dos seus desafios é implantar um modelo de gestão que seja compatível com o modelo de saúde proposto visando assim a sua efetividade. Nesse modelo de organização é exigido competência não somente técnica e política, mas também gerencial.

Desta forma, é de extrema importância a discussão de um modelo de gestão que propicie instrumentos para gerenciarem suas ações e serviços. Para tanto, é desafiador desenvolver a gestão do trabalho na política de saúde, com suas complexidades. É importante compreender que o SUS é, sem dúvida, uma das grandes conquistas da sociedade brasileira, se constitui em um sistema responsável pelo conjunto de ações e serviços de saúde no parâmetro universal e

não se pode negar os desafios na sua operacionalização, em uma conjuntura neoliberal, dito isso, segue a análise (quadro 10):

Quadro 10: Refuncionalização dos Princípios e Diretrizes do SUS

Forma dialética e contraditória		
Princípios/ Diretrizes	SUS histórico	SUS materializado
Universalidade	“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistências”.	Focalização do acesso nos estratos mais vulneráveis da população resulta, em geral, em extensas filas de espera, tanto objetivas quanto virtuais, configurando-se como um verdadeiro gargalo sistêmico.
Equidade	Todos têm direitos ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.	Focalização precarizada do entendimento no segmento populacional, sob a justificativa de que é mais “vulnerabilizado”, violam-se diretamente os princípios da igualdade, da universalidade e da equidade.
Integralidade	“Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.	Precarização e a focalização na pobreza permeiam os níveis de Atenção Básica, média e alta complexidade. Esse quadro é impulsionado pela expansão seletiva de iniciativas como o PACS e a ESF, e pela valorização de atendimentos emergenciais, culminando na fragmentação do sistema e na interrupção dos fluxos de referência e contrarreferência.
Descentralidade	Descentralização político administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização hierarquização da rede de serviços.	Descentralização com responsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; Centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados como PACS e PSF.
Participação da comunidade	Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo.	As instâncias de controle social têm sido progressivamente desvalorizadas, as decisões políticas importantes são crescentemente tomadas à margem de conselhos e conferências, o que resulta na frequente desconsideração de suas deliberações.
Gestão	Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos.	Gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, sem controle social e orientada pelas diretrizes e princípios do mercado.

Fonte: Bravo; Menezes, 2013.

As autoras tecem dialeticamente e apontam conflitos e contradições desvela que mesmo existindo esse tensionamento a racionalidade instrumental se constrói e se reconstrói diante a disputa hegemônica no interior da política de saúde. Essas tensões e proposituras se dão entre dois projetos antagônicos, que coadunam com a conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado que tem base constitucional descrita na Carta Magna brasileira e o que segue a linha ideológica do capital pautado na política de ajuste neoliberal cujas principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (Bravo; Matos, 2012).

As autoras (quadro 10) apresenta uma análise crítica e sistemática da disparidade entre os princípios fundadores do SUS e sua materialização na prática, especialmente no contexto de um modelo neoliberal. Essa comparação revela um processo de deturpação dos ideais do SUS.

Em síntese, a análise desvela um processo sistemático de desmonte em sua essência, argumentam que, sob a racionalidade neoliberal, os princípios conquistados historicamente são distorcidos e as políticas públicas de saúde são reconfiguradas para um modelo mais seletivo, fragmentado e mercantilizado, em detrimento do direito universal e integral à saúde.

3.2. Gestão do trabalho nos serviços de saúde na Atenção Básica.

A PNAB, no item quatro, demonstra o resumo das inúmeras atribuições dos profissionais da Atenção Básica, explicita de forma objetiva as atribuições da equipe. É importante destacar que cada profissional exerce responsabilidade dentro do sistema e com a população adscrita do território. Seguindo normativas do Ministério da Saúde, bem como as demais estabelecidas pelos gestores das diferentes esferas de governo.

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (PNAB, 2017).

Logo, os profissionais precisam ter um olhar de totalidade que perpassa por fatores determinantes e condicionantes da saúde. O item cinco retrata os processos de trabalho na Atenção Básica e tem como finalidade considerar a singularidade e particularidade da população local na intenção de produzir a atenção integral e promoção da saúde, especificamente na população idosa.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo maior potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS.

Segundo Faria (2017, p. 19), são objetivos específicos da ESF:

Reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida, estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social, intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas, estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

Essa estratégia busca ampliar e garantir a efetividade da PNAB, dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica compreenda a saúde como um direito conquistado historicamente. Assim, estabelecer ações intersetoriais que promovam a promoção da saúde, contínua e humanizada às necessidades e demandas da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

No que se refere a operacionalização da PNAB, as equipes da Atenção Básica ou Unidade (UBS) ou Unidade Saúde da Família (USF), para que possam atingir seu potencial resolutivo, fica estipulado o quantitativo em critérios estabelecidos conforme a portaria vigente. No entanto, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, conforme descrito nas normativas legais.

A Promoção da Saúde da pessoa idosa baseia-se legalmente por inúmeras legislações e perpassa pela implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), pela portaria MS/GM nº 687 de 2006, e atualizada pela Portaria nº 2446, de 2014, que por sua vez foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. A PNPS confirmou o compromisso em todo território brasileiro com a ampliação e qualidade dos serviços e ações de promoção da saúde na gestão do SUS, estando inserida na agenda estratégica de gestores dos SUS e nos Planos Nacionais de Saúde (Brasil, 2018).

Mediante a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 onde se apresentam as Diretrizes Operacionais do referido Pacto no seu art. 2º em três componentes: “Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Dentre as prioridades do pacto pela vida encontra-se a saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral, nessa perspectiva, a Política Pública de saúde à pessoa idosa. Logo, é uma prioridade, articuladas e integradas, pelo SUS enquanto compromisso público de consolidação.

A saúde da pessoa idosa é parte desta prioridade, ao buscar a atenção integral e a implementação desta compõe-se por meio de um conjunto de pactos sanitários, expressos em objetivos da análise da situação de saúde no âmbito nacional. Logo, constitui uma ação que necessitará ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos para alcançar tais objetividade.

Importa salientar que o acompanhamento contínuo e a coordenação do cuidado são fundamentais para garantir a integralidade da atenção. Deste modo, é importante que os serviços de saúde estejam alinhados com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e as demais legislações vigentes, que viabilizem a atenção integral e humanizada, visando perconizar os direitos à saúde desse segmento. Assim, a articulação entre os serviços de saúde

e as redes de apoio em diversos âmbitos como o social é fundamental para garantir o bem-estar da pessoa idosa no cenário contemporâneo. No parágrafo §1º do artigo 2º da Portaria nº 2.436/17 desvela que “a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”.

A AB é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, assim, tem um papel estratégico fundamental na rede de atenção, norteador o seu ordenamento e efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, de cuidado e incorporação com outros pontos da RAS.

Nesse cenário contemporâneo de debates sobre questões ambientais, importa abordar a saúde mediante a CF de 1988, que preconiza a saúde no âmbito da questão. No art. 271, diz que: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida” imputando ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (Brasil, 1988).

Em consonância com esse direito estão os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)²² que se constituem em apelo global à ação para minimizar a pobreza, proteger o meio ambiente, o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, tenham os direitos descritos (figura 5):

Figura 10 - Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)



Fonte: Nações Unidas Brasil (2024).

São 17 objetivos que foram estabelecidos a fim de atingir a Agenda 2030, dentre esse leque de objetivos da ONU para os quais as Nações Unidas propõem atingir até 2030 (Nações Unidas Brasil, 2024). Destaca-se entre os objetivos, o terceiro: “assegura uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” (ONU, 2024). Ressalta-se uma

²² Em 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), composta por 193 Estados-membros da ONU definiu metas mundiais, partindo de quatro principais dimensões: social, ambiental, econômica e institucional, os ODS defendem que é necessário levar o mundo a um caminho sustentável com medidas transformadoras.

relação intrínseca entre saúde e ambiente que dialoga com esses conceitos de sustentabilidade e saúde como direito. Isto é, indissociável.

Os Estados-membros da ONU que são representantes dos 193 membros reconheceram que a erradicação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Adotaram a Agenda 2030 para os países se comprometerem a viabilizar medidas para promover o desenvolvimento sustentável nos próximos anos. Os 17 Objetivos (figura 5) de Desenvolvimento Sustentável, os ODS, dos quais os 17 para essa pesquisa descarta-se:

Quadro 11: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável com Eixo na atenção à saúde

Eixo	Objetivo
Atenção à Saúde	Ampliar o atendimento na atenção primária e melhorar a qualidade dos serviços de saúde
ODS	Saúde e bem-estar – Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Fonte: Elaboração própria (2024).

É importante explicitar que a pesquisa se alinha com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) pois, visa identificar desafios e propor estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos a pessoa idosa, alinhando-se com a metas. Diante a definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como **universal**, preconizada pela CF vigente, que estabeleceu que ações e serviços públicos devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada capaz de garantir acesso e atendimento integral aos cuidados de saúde, a população depara-se nesse cenário as profundas desigualdades entre as regiões do país no que tange ao acesso esse direito. Na Amazônia segundo El Kadri *et al* (2019, p. 02):

Na Amazônia, as territorialidades incluem as questões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra e políticas públicas, o que historicamente tem gerado tensões e movimentos diversos. Além disso, é um território que está em movimento, regido pela dinâmica dos rios. As pessoas se deslocam pelos caminhos das águas que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, necessitando adequação ao acesso móvel.

Abordar a territorialidade no Amazonas engloba fatores como mencionado pelos autores, o SUS tendo esse como uma das principais provocações para assegurar acesso resolutivo e humanizado a todo cidadão em diversos territórios, de diversas regiões do país, respeitando suas peculiaridades e regionalidades. Logo, a territorialidade no Amazonas apresenta desafios únicos e complexos para o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua missão de garantir acesso resolutivo e humanizado a todos os cidadãos, conforme mencionado pelos autores, impõem obstáculos significativos à organização e à prestação de serviços de saúde.

É nessa perspectiva que ao estabelecer a escolha das unidades de saúde, lócus da pesquisa na cidade de Manaus seguiu-se essa compressão, dos desafios dessas unidades por estarem na Amazonas por toda a sua complexidade, superar esses desafios requer estratégias inovadoras, adaptadas às peculiaridades regionais, que considerem a vasta extensão geográfica, a diversidade cultural entre outros fatores. O fortalecimento da Atenção Básica, perpassa pela valorização dos agentes comunitários de saúde e a implementação de políticas específicas para as populações que envelhecem nesse contexto.

Ao adensar na análise no Distrito Oeste, na cidade de Manaus, sobre os serviços e ações voltados a pessoa idosa, salienta-se que dentro o universo, nove (9) gestores aceitaram participar da pesquisa, no entanto, dois deles não foram incluídos por critérios estabelecidos de inclusão e exclusão um estava interinamente na função da direção, ao utilizar o critério de inclusão e exclusão resultando em sete (7) gestores participantes. Na apresentação dos dados codificou-se termo gestores de um a sete (1 a 7) para respeitar os princípios éticos de sigilos, semelhantemente codificou-se usando o termo profissionais de um a doze (1 a 12), para garantia do anonimato dos participantes da pesquisa, visando assim, a confidencialidade, seguindo os critérios éticos.

Salienta-se que as unidades da pesquisa foram as UBS's do distrito de Saúde Sanitário Oeste da Cidade de Manaus – AM:

Quadro 12 - Unidades da pesquisa do Distrito Oeste (DISA/OESTE)

Amostra da pesquisa	
	Unidades/ Endereço
UBS's do Distrito Sanitário de Saúde do Distrito Sanitário de Saúde (DISA) Oeste	UBS AJURICABA - Rua Gusmânia, s/n, Conjunto Ajuricaba, Alvorada;
	UBS BAIRRO DA PAZ - Av. Esperança, n. 51, Bairro da Paz;
	UBS DEODATO DE MIRANDA LEÃO - Av. Presidente Dutra, s/n, Glória;
	UBS DOM MILTOM CORREA - Rua Tiradentes, s/n, Santo Agostinho;
	UBS IDA MENTONI - Rua Ajuricaba, s/nº, São Jorge;
	UBS MANSOUR BULBOL - Av. Desembargador João Machado, s/n, Alvorada I;
	UBS RAYOL DOS SANTOS - Rua 18 de Setembro, s/n - São Jorge;
	UBS SÃO VICENTE DE PAULO - Rua Jerônimo Ribeiro, n. 49 - São Raimundo;
	UBS VILA DA PRATA - Rua Ademar de Barros, s/n - Vila da Prata.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Solicitou-se a autorização de adentrar nas unidades Básica de Saúde da DISA Oeste dados que serão explicitados no tópico a seguir e foi autorizado a pesquisa em treze (13) unidades dentre essas duas (2) estavam de reforma no período da aplicação da pesquisa de campo, portanto, dentre as onze (11) em funcionamento, nove (9) aceitaram participar da presente pesquisa.

Importante explicitar que a participação na pesquisa se deu de forma inteiramente voluntária, assim, houve a garantia ao participante da pesquisa o direito de não responder

qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento, pois, o participante tem a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, conforme o item IV.3.d, da Res. CNS nº. 466 de 2012.

Salienta-se que a presente pesquisa seguiu um compromisso ético com a apresentação dos resultados da pesquisa, que iniciará a exposição da sistematização por meio do perfil dos participantes e as principais informações e em seguida com análise e proposições. Ao adentrar nos dados mediante a pesquisa de campo, fez-se necessário discorrer sobre o perfil dos participantes da pesquisa para compreender alguns aspectos sobre o contexto da aplicação dessa pesquisa. assim, a seguir será apresentado o perfil dos gestores/diretores para facilitar o entendimento dos resultados, assim sendo, diante a quadro a seguir descreve-se:

Quadro 13 - Perfil dos participantes reais da pesquisa/ Gestores

Nº	Sexo	Faixa etária (Idade)	Tempo efetivo (Cargo)	Titulação	Formação	Regime de trabalho
1	Feminino	_____	6 a 10 anos	Mestrado	Farmácia	Outros
2	Feminino	50 a 54 anos	6 a 10 anos	Graduação	Administração	Estatutário
3	Feminino	30 a 34 anos	6 a 10 anos	_____	_____	_____
4	Feminino	_____	_____	_____	_____	_____
5	Feminino	30 a 34 anos	1 a 5 anos	Mestrado	Outros/ Fisioterapia	_____
6	Feminino	35 a 39 anos	1 a 5 anos	Mestrado	Farmácia	Estatutário
7	Feminino	45 a 49 anos	6 a 10 anos	Graduação	Serviço Social	Outros/ Comissionado

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

Com o intuito de identificar **o perfil dos gestores** das unidades de saúde que compuseram a pesquisa na zona oeste da cidade de Manaus, ao traçar o perfil destes se utilizou as seguintes variáveis, quais sejam:

- ✓ **Quanto ao sexo:** 100 % são do sexo feminino;
- ✓ **Quanto a faixa etária de idade,** dentre os seis (6) que responderam: 40% têm entre (30 a 34 anos), 20 % (45 a 49 anos), 20 % (35 a 39 anos) e 20 % (50 a 54 anos);

- ✓ **Quanto ao tempo efetivo de cargo/função**, entre os seis (6) que informaram, 33% estão entre 1 a 5 anos e 67% entre 6 a 10 anos;
- ✓ **Quanto a titulação**, dos cinco (5) que responderam: 40% graduação e 60% possuem mestrado;
- ✓ **Quando a formação**, dos cinco (5) que responderam: 40% possuem a formação no curso de Farmácia, 20%, Administração, 20% Serviço Social e 20% em outros cursos.
- ✓ **Quanto ao tempo efetivo do cargo/ função**, dos quadros (4) que responderam: 50% estão em regime estatutário e 50% estão em regime outros.

A diversidade da amostra no que concerne as diferentes formações profissionais permitiu uma análise abrangente dos desafios e estratégias de enfrentamento no contexto da atenção primária à saúde, considerando as particularidades de cada profissional e a complexidade do cuidado à pessoa idosa.

Após a descrição do perfil dos participantes da pesquisa, inicia-se, o mapeamento de como se desenvolve a gestão a partir da perspectiva dos gestores da unidade de saúde, mediante a sistematização das principais informações, a análise de conteúdo, relativo à questão de como é feito o planejamento de gestão. As respostas apontam que realizam planejamento. Logo, com base nas análises dos dados, é possível inferir que todos realizam planejamento, e algumas das respostas sinalizam que as reuniões são mensais, como observam-se nas falas:

Através do conjunto de informações que visam as necessidades de saúde da população, reuniões mensais (Gestor 2).

O planejamento é feito anual, mensal, em cima dos recursos humanos e buscando no calendário (Gestor 3).

Ao observar as repostas, identifica-se que são realizadas reuniões mensais: “É realizado mensalmente, com as equipes vinculadas e inseridas” (Gestor 6). Outros apontam como é realizado esse planejamento e, sucintamente, descrevem como se desenvolve, conforme observa-se:

O trabalho desta UBS é norteado através da nota téc. Nº 001/2018, possuímos um fluxo de acolhimento. Acompanhamos os indicadores de saúde através da ferramenta Dashboard + prontuário eletrônico do cidadão entre outros (Gestor 1).

O planejamento é feito de forma contínua analisando juntamente com a equipe a situação de saúde do território e programando ações estratégia a serem desenvolvidas no território (Gestor 4).

Reunião com equipe fazemos levantamento de dados epidemiológicos, e através desses dados montamos nossas ações de proteção, prevenção e atendimento aos nossos usuários. Associação de moradores e conselhos locais (Gestor 5).

O planejamento é realizado através da definição de objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelo ministério da Saúde e Secretaria Municipal. Saliento que semanalmente realizamos reuniões para acompanhamento e avaliação dos indicadores (Gestor 7).

Diante do exposto, entende-se que o planejamento ocorre realizado a partir da análise de dados epidemiológicos e indicadores, permitindo identificar as necessidades da população e direcionar as ações de forma mais precisa. O uso de ferramentas tecnológicas e o prontuário eletrônico do cidadão facilitam o acompanhamento dos indicadores e a tomada de decisões, além de apoiar no estabelecimento dos objetivos e metas em suas ações. Assim sendo, evidencia-se o planejamento contínuo que é desenvolvido pela equipe de saúde, que visa garantir a adequação das ações às necessidades da população. As reuniões mensais e a análise da situação de saúde do território permitem ajustar o planejamento de forma dinâmica, considerando a participação da comunidade e dos conselhos locais que possibilitam o fortalecimento do controle social.

Esse planejamento nas unidades de saúde é baseado em dados e indicadores, e considerara as particularidades de cada território e as necessidades da população usuárias, para garantir a efetividade das ações e a qualidade dos serviços.

Assim a pesquisa revelou que a gestão de trabalho na Atenção Básica no Distrito Oeste se desenvolve por meio de planejamento estratégico com instrumentos de gestão em consonância diretrizes e normas técnicas.

Importa salientar que são utilizados para nortear a gestão do trabalho em saúde na Atenção Básica no DISA Oeste de Manaus, instrumentos de gestão para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações e serviços oferecidos à população, para garantir a qualidade, a eficiência e a efetividade da gestão em saúde, seguindo os princípios e diretrizes SUS:

Quadro 14- Alguns instrumentos de Gestão de Saúde Municipal/Manaus

	Instrumento	Descrição
	Plano Municipal de Saúde de Manaus (PMS)	Consta as diretrizes norteadoras das ações para a área da saúde do município que são estabelecidas a partir das necessidades da população. Os resultados alcançados são avaliados em função do desempenho das metas, sendo essas de grande relevância para a efetivação dos objetivos, tendo em vista que envolvem a sobrepor os desafios enfrentados pela gestão, é de suma importância, os indicadores que permitem identificar o impacto causado pelas ações propostas, possibilitando o monitoramento periódico por meio dos relatórios trimestrais e anuais (PMS, 2025).

Instrumento de Gestão	Programação Anual de Saúde (PAS):	Instrumento elaborada em consonância com a edição revisada do Plano Municipal de Saúde (PMS) e segue a estrutura preconizada na PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, art. 94 a 100, os quais estabelecem como deve conter a definição das ações a serem desenvolvidas no ano alusivo à execução das metas do Plano de Saúde, apontamento dos indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução e a previsão dos recursos necessários para a execução (PAS, 2025).
	Relatório Anual de Gestão (RAG)	O Relatório Anual de Gestão é um instrumento de apresentação dos resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). A estrutura do Relatório Anual de Gestão 2024 da SEMSA está de acordo com o §1º, art. 99 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017, que versa sobre o que contemplará o Relatório de Gestão, e em consonância com a 2ª revisão do Plano Municipal de Saúde - PMS 2022-2025 e com a Programação Anual de Saúde - PAS 2024 (RAS, 2024).
	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)	O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde - PAS. Este relatório foi estabelecido pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que versa em seu art. 36 que "O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: I - montante e fonte de recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação" (Relatório Detalhado do 3º quadrimestre de 2024).

Fonte: Pesquisa Documental, 2025.

O quadro acima aponta que se busca por meio dos instrumentos de gestão aprimorar continuamente a gestão, incorporando novas tecnologias, metodologias e evidências científicas para garantir a melhoria da qualidade dos serviços e a saúde.

Ao serem indagados sobre as ações e os serviços desenvolvidos nessa unidade de Saúde direcionados a pessoa idosa as respostas revelam que diversas ações e serviços são desenvolvidos nas unidades de saúde direcionados à pessoa idosa, abrangendo desde o atendimento individualizado e avaliação multidimensional conforme as falas a seguir:

Realizamos avaliação multidimensional, consultas individuais, atividade coletiva voltada às práticas corporais, alimentação saudável etc. (Gestor 1).

[...] acompanhamento. Oferecendo a cartilha de serviço, com oferta de todos os serviços relacionado à atenção básica (Gestor 3).

Palestras com temas que abrangem esse público abordando temas como: prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa, campanha de vacinação, visitar domiciliar, consulta médica e de enfermagem, encaminhamentos para a especialidades, curativo do pé diabético, troca de sonda vesical de demora. Avaliação multidimensional da pessoa idosa (Gestor 4).

Todos os serviços da Atenção Primária como atendimento médico, enfermagem, odontológica, imunização, dispensação de medicamentos, participação de rodas de conversas, SISREG, visitas na instituição conforme necessidades. Saliento que existe comunicação direta com os usuários para sanar as necessidades sociais e de saúde dos idosos (Gestor 7).

A avaliação multidimensional segundo o Protocolo de Diretrizes Clínicas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (SEMSA, 2023, p.17), é um processo que visa o diagnóstico estruturado de múltiplas dimensões, de caráter interdisciplinar, que se objetiva por:

[...] identificar as necessidades de saúde da pessoa idosa, suas vulnerabilidades ou habilidades dos pontos de vista clínico, psicossocial e funcional, com o objetivo de formular o projeto terapêutico singular, coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazo, visando especialmente à recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. Difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação das capacidades cognitiva e funcional e dos aspectos psicossociais da vida das pessoas idosas e pela possibilidade de utilizar escalas e testes que permitem quantificar o grau de incapacidade.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica (AMPI-AB) é uma ferramenta fundamental para compreender as necessidades complexas, considerando aspectos físicos, mentais e sociais da pessoa idosa. A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus segue e utiliza um Protocolo de Identificação como instrumento de avaliação multidimensional e acompanhamento de vulnerabilidade. É um instrumento capaz de identificar o idoso vulnerável com destaque nos dados concernentes “a idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Composto por 13 itens, cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de zero a dez pontos” (Idem, 2023, p.18).

A Programação anual de saúde (PAS) de 2025 é elaborada em consonância com o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022 - 2025 e segue a estrutura preconizada na PRC nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, art. 94 a 100, os quais estabelecem que a PAS deve constar as ações a serem desenvolvidas no ano referente, isto é, ao cumprimento das metas do Plano de Saúde, propõe na PAS de 2025, “ampliar de 7.498, em 2019, para 52.920, até 2025, a quantidade anual de Avaliações Multidimensionais de Saúde da Pessoa Idosa nas Unidades de Saúde” (Manaus, 2024, p.16).

O Relatório Anual de Gestão (RAG), de 2024, consubstanciando esses dados, apresenta tais informações a respeito:

Meta Superada - O monitoramento contínuo das Avaliações Multidimensionais da Pessoa Idosa (AMDPI) realizadas pelos profissionais de saúde, aliado a ações de orientação e capacitação sobre registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão, com o apoio dos técnicos dos Distritos de Saúde (Disa), foi fundamental para engajar gestores e equipes, intensificando o acompanhamento. Isso garantiu o registro preciso nos prontuários e reforçou a importância da realização das AMDPI. As ações

realizadas foram essenciais para o alcance das metas, com foco na atenção integral e no cuidado continuado. Dentre as atividades destacadas, incluem-se: o Curso Informal de Cuidador de Idoso, nos Disas Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural; orientações sobre prevenção à violência contra a pessoa idosa, em junho; celebração do Dia de Conscientização da Doença de Alzheimer, em 21 de setembro; a Semana Envelhecer com Saúde, na última semana de setembro, culminando no Dia do Idoso, em 1º de outubro. Também foi realizada a 1ª Oficina de Elaboração da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa. Fonte: Sisab/MS. Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2024, consultados em 27/01/2025 (RAG, 2024, p. 31).

Essas são medidas importantes e concretas para ampliar essas ações voltadas a pessoa idosa, pois, explicita-se um objetivo estratégico significativo para a melhoria da atenção à saúde da população idosa, representa um aumento substancial na realização de AMPI, com vista a promoção à saúde da pessoa idosa.

Logo, ao expandir a realização dessas avaliações, busca-se obter um panorama mais completo das necessidades e vulnerabilidades da população idosa, permitindo um planejamento de cuidados, eficaz e direcionado para a manutenção da autonomia, da independência e da qualidade de vida dessa população usuária das UBSs/ USFs.

Para Moraes (2023), saúde é delineada como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças. As necessidades biopsicossociais são aquelas onde se desenvolvem as tarefas do cotidiano fundamentais para a gestão da vida e do autocuidado que permeiam as atividades de vida diária (AVD). O autor salienta que saúde e capacidade funcional são, portanto, conceitos equivalentes.

Além das consultas individuais as unidades de saúde permitem um atendimento personalizado e individualizado, os gestores desvelam que desenvolvem atividades coletivas, como palestras, rodas de conversas, envolvimento em campanhas de vacinação entre outras atividades, conforme descritas:

Roda de conversas com enfermeiras, assistente social e psicólogo; - Atendimento ao exame de pé diabético; - Saúde mental - Atendimento ao hipertenso e diabético (Gestor 5).

Ações da saúde com palestras diariamente, visita domiciliares para acompanhamento e monitoramento da Saúde desses usuários (Gestor 6).

Compreende-se que essas atividades coletivas promovem a interação social e a saúde, desempenham um papel complacente na promoção da interação social e da saúde integral da pessoa idosa, oferecem possibilidades para o desenvolvimento de habilidades sociais, o fortalecimento de interlocução entre profissionais e usuários/ comunidade. Para tanto, o modelo de gestão do SUS requer uma estrutura organizacional que possibilite ações coletivas que visam essas interlocuções:

O modelo de gestão do SUS deve prever na sua estrutura organizacional canais para que essa interlocução possa ocorrer em toda a sua diversidade. Por isso, é necessário que as lideranças do SUS tenham capacidade de dialogar e negociar com esses vários atores. A qualidade de prestação de serviços públicos de saúde é proporcional à qualidade de ação coletiva que a sociedade for capaz de realizar (Oliveira, 2020, p. 99)

Observa-se a incidência de atividades direcionadas ao controle de doenças crônicas (hipertensos e diabéticos), visto que incidem nas falas os atendimentos direcionados a essa demanda: “Controle de doenças crônicas (Hipertensos e diabéticos) semana do idoso, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, grupo de idoso” (Gestor 2). Segundo o MS (2021), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais da metade do total de mortes no Brasil, conforme observa-se a seguir:

[...] 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e 11,5% por agravos. As DCNT, principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos. Estes são determinados pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde (Brasil, 2021, p. 5).

Portanto, é importante o controle de doenças crônicas, as palestras educativas, as campanhas de vacinação e as atividades coletivas, as visitas domiciliares, os programas de saúde da pessoa idosa, sobretudo, a comunicação direta com os usuários que visam as ações de prevenção e promoção da saúde para manter essas pessoas idosas usuárias do sistema de saúde pública com possibilidades de usufruírem de envelhecer dignamente, com direito à saúde.

No que se refere às demandas voltados às pessoas idosas na unidade de saúde, mediante as falas revelam que os usuários buscam por acompanhamento em programa voltado ao controle das doenças crônicas e situações específicas:

Busca por acompanhamento do programa que atende os hipertensos e diabéticos + consultas ginecológicas para pessoa idosas (Gestor 1).

Controle das doenças crônicas (hipertensas e diabéticas) cuidados preventivos vacinações saúde mental, nutrição, apoio social e familiar Programas saúde do idoso e demais comorbidades geriátricas (Gestor 2).

Doenças crônicas, tratamento de sequelas de DM, curativo, consultas, troca de receita (renovação) solicitação de exame entre outros serviços da APS, vacinação (Gestor 4).

Consultas médicas, dispensação de medicamentos, marcação de consultas com especialistas e exames através do SISREG (Gestor 7).

Diante do exposto, destaca a prevalência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de outras comorbidades geriátricas, o acompanhamento dessas condições na Atenção Básica, são serviços essenciais nessa assistência referente a saúde da pessoa idosa.

Diante das demandas, encontram-se os desafios no cuidado domiciliar e uso de medicações: "Falta de acompanhantes no cuidado diário; uso indevido das medicações, ou a falta do uso das medicações" (Gestor 3).

Logo, nesse contexto a importância do apoio familiar e do acompanhamento no cuidado diário dos idosos, o uso inadequado de medicamentos é uma preocupação, ressaltando a necessidade de orientações claras e do acompanhamento farmacêutico. Outra demanda apresentada (gestor 5) é referente às questões sociais e emocionais, necessitam de familiar, pois, querem ser ouvidos (desabafar) sobre a sua história e existência de vida.

Consulta médica, exames laboratoriais, vacinação, dispensação de medicamentos e programas de atendimento ao hipertenso e diabético. Orientação sobre a alimentação querem ser escutados (desabafar) sobre a sua história de vida (Gestor 5).

Portanto, além das demandas clínicas, necessitam de assistência psicológica, social, a escuta atenta e o acompanhamento quanto à necessidade de orientação, quanto aos direitos referentes a benefícios referentes a política de assistência social, entre outras conforme desvelou: "Consultas médicas e de enfermagem, aferição de pressão arterial e glicemia, Testagem rápida de IST, curativos, vacinação, acompanhamento com o serviço social[...]" (Gestor 6).

Logo, compreende-se que os profissionais têm competência e são organizados para lidar com as variedades de demandas da população idosa, oferecendo um atendimento multidisciplinar com a articulação entre os serviços de saúde e as redes de apoio assistenciais que são fundamentais para garantir os direitos preconizados a esse segmento.

Ao serem questionados sobre como se desenvolvem as estratégias para o conhecimento das demandas da pessoa idosa, alguns buscam espontaneamente a unidade e outros, no entanto, tem acesso aos serviços por meio dos agentes comunitários/equipe de estratégia e saúde da família, ou seja, observou-se que a maioria das demandas vêm em decorrência das visitas domiciliares, portanto, assim evidencia-se por meio dos relatos a relevância desse mecanismo para o acesso e acompanhamento:

Alguns idosos buscam espontaneamente a unidade e outros são cadastrados na equipe de estratégia e saúde da família por estarem dentro do território desta ESF (Gestor 1).

Visita domiciliar do ACS bem como da equipe de saúde, palestras educativas (rodas de conversas sobre diversos temas) como cuidados com a mente e o corpo, direito da pessoa idosa e etc. Acolhimento (Gestor 4).

A visita a domiciliar (VD) aparece como instrumento estratégico para o conhecimento dessas demandas, essa ação desenvolvida pelas unidades visa o acesso aos usuários, no espaço domiciliar, onde propicia-se um acolhimento comunitário de relação profissional e usuário do sistema. “Acolhimento na própria comunidade e durante as visitas domiciliares” (Gestor 7). Evidenciou-se, a importância da visita domiciliar que é um mecanismo que possibilita a ampliação do acesso ao cuidado à saúde desses usuários.

De acordo com a estratificação de risco e o grau de fragilidade da pessoa idosa usuária do sistema de saúde, é competência dos profissionais da Atenção Básica de Saúde realizar o tratamento e acompanhamento dos idosos além das realizadas nas unidades de saúde por meio de consultas interdisciplinares, e, as visitas domiciliares como equipamento de saúde.

O Cuidado Domiciliar deve ser considerado o principal equipamento de saúde, para o qual devem convergir todas as ações relacionadas ao cuidado profissional e ao autocuidado apoiado. É o cenário ideal para a avaliação multidimensional e a elaboração do plano de cuidados personalizado, pois é nele que se desenrolam as relações familiares e comunitárias, cujo conhecimento é indispensável para a manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo. A visita domiciliar pela APS rompe, portanto, com o modelo centrado na doença, voltando-se para uma abordagem centrada na pessoa, na medida em que permite a observação da dinâmica familiar e ambiental na qual a pessoa idosa está inserida. Todavia, a gestão das visitas domiciliares, garantindo a universalidade, equidade e longitudinalidade, é desafiadora (Moraes, 2023, p.61).

Tal prática, são competências da Atenção Primária e estão alinhadas com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que preconizam uma atenção integral, longitudinal e coordenada para este grupo populacional. Conforme observa-se no quadro a seguir:

Quadro 15 - Competências da Atenção Primária

Risco	Competências da Atenção Primária
Baixo	● realizar ações de promoção e proteção à saúde; ● realizar a busca ativa dos usuários idosos do território; ● realizar ações de prevenção com foco na manutenção da capacidade funcional; ● realizar a primeira consulta médica e de enfermagem;

	● realizar o 1º atendimento de urgência e encaminhamento para outro nível de complexidade, quando pertinente (ver norma técnica 001/2018/SEMSA). ● realizar a estratificação de risco (aplicando o questionário VES-13) e repetir, se necessário, após queda, internação, morte de cônjuge; ● realizar o diagnóstico precoce de complicações e/ou condições crônicas associadas; ● realizar o tratamento e acompanhamento dos idosos, por meio de consultas interdisciplinares, visitas domiciliares e grupos comunitários; ● realizar o 1º atendimento de urgência e encaminhamento para outro nível de complexidade, quando pertinente (ver norma técnica 001/2018/SEMSA).
Moderado	● executar as competências descritas para os idosos com baixo risco; ● elaborar e acompanhar a execução do plano de cuidado, realizando as adequações necessárias; ● Encaminhar a outros níveis de atenção, adequando o plano de cuidado quando necessário.
Alto	

Fonte: Protocolo de Diretrizes Clínicas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (2023, p.25).

Salienta-se que a visita domiciliar em casos do sujeito que precisa ser visitado regularmente, mas de maneira mais espaçada, esse mecanismo pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. No entanto, nos casos em que a pessoa idosa precisa ser visitada semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como do Programa Melhor em Casa.

Portanto, as visitas domiciliares e as ações comunitárias, como palestras e grupos de idosos, são estratégias importantes a propiciar para essa pessoa idosa que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Logo, essas ações promovem a prevenção, a educação em saúde e a interação social. Outra questão relevante a analisar é que a equipe de saúde, utiliza-se de estratégia educativa mediante as falas, como palestras educativas, rodas de conversas sobre diversos temas. Assim destaca-se:

Avaliação geriátrica, acompanhamento e monitoramento do quadro de saúde, capacitações contínua dos profissionais, grupo de idosos (Gestor 2).

[...] palestras educativas (rodas de conversas sobre diversos temas) como cuidados com a mente e o corpo, direito da pessoa idosa e etc. Acolhimento (Gestor 4).

As ações comunitárias, como palestras e grupos de idosos, são estratégias importantes para alcançar os idosos que têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde, essas ações promovem a prevenção, a educação em saúde e a interação social. Outra questão que se destaca é o atendimento social evidenciando o encaminhamento ao Serviço Social para análise e registro no prontuário, especialmente para idosos sem acompanhantes “Os idosos sem acompanhantes direcionamos ao serviço social para análise e registro no prontuário, marcação de consulta domiciliar, grupos” (Gestor 5). Nessa perspectiva demonstra-se o cuidado com o atendimento ao direcionar para o atendimento com a profissional do Serviço Social visando a garantia dos direitos dessa população.

A sensibilidade desse gestor (a) que trabalha em uma perspectiva da gestão de trabalho em serviços de saúde em uma visão holística que busca direcionar as demandas aos profissionais específicos, como o Assistente Social, isto é, aos serviços peculiares, nessa vertente, compreende que essa prática reflete um comprometimento com as diretrizes do SUS. Destaca a importância de suas ações na Atenção Primária, ao buscar em seu exercício uma visão abrangente das necessidades dos usuários, para que o atendimento transcenda as questões estritamente clínicas, propõe em sua prática a atenção integral em suas diversas esferas.

A Atenção Primária tem um papel fundamental na efetivação do SUS, pois, representa o primeiro contato da população com a rede de assistência dentro do sistema de saúde ele tem a função de atender a população de um território, numa perspectiva integral, de continuidade de atenção, com foco na família, com profissionais trabalhando interdisciplinarmente e contando com a ampla participação comunitária (Alves; Jorge; Lima, 2021, p. 141)

Essa prática do gestor permite uma assistência mais completa das necessidades dessa pessoa idosa, considerando os diferentes aspectos de sua vida, a integralidade do cuidado, que é primordial para propiciar a esse sujeito de direito condições de um envelhecimento digno, ao considerar as múltiplas dimensões da vida desse ser social que envelhece, e, essa perspectiva alinha-se a PNSPI, que diz que a prática de cuidados à pessoa idosa exige um enfoque:

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades [...]. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado (Brasil, 2006).

Assim, os serviços de saúde podem oferecer um atendimento mais completo e eficaz, promovendo a promoção e proteção à saúde, o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Ressalta-se que nem todas as unidades de saúde têm o atendimento do Serviço Social impossibilitando, dessa forma, o acesso a esse atendimento.

Ao serem indagados sobre a resolutivas dessas demandas apresentadas nas unidades de saúde por essas pessoas idosas as respostas foram atendimentos médicos, para consulta regulares, inserção aos programas de controle e monitoramento de doenças crônicas, campanhas de vacinação contra doenças virais, entre outros serviços, como ofertas de medicamentos e encaminhamentos para regulação em caso de necessidade de exames e/ou especialidades, que visam a promoção, prevenção de saúde dessa população. Os gestores relatam que:

Os idosos são atendidos pelas médicas da família e por clínicos gerais e recebem ou especialistas (Gestor 1).

Implementações de programas de controle e monitoramento de doenças crônicas, consultas regulares, ajuste de medicação, prevenção de doenças como vacinação contra gripe, COVID-19, promoção de atividades físicas e nutricionais voltadas ao público geriátrico (Gestor 2).

Promoção de saúde e bem-estar da pessoa idosa, prevenir e tratar complicações decorrente de doenças crônicas envolver a família no cuidado com a pessoa idosa (Gestor 4).

Consulta médica, enfermagem, orientação sobre alimentação e envelhecimento, teste do pé diabético, busca ativa pelo telefone, orientação familiar (Gestor 5).

A partir das falas, destaca-se a importância do atendimento médico regular, do acompanhamento de doenças crônicas e da prevenção de agravos, bem como o controle do território e a busca ativa demonstram preocupação com o acompanhamento contínuo, tendo em vista, que os serviços desenvolvidos pelas profissionais que culminam na resolutivas que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa atendida nas unidades de saúde, conforme salientado nas respostas.

E essas resolutividades, ao se referirem às demandas dos serviços ofertados na unidade à pessoa idosa os participantes responderam que o retorno é satisfatório, conforme os gestores:

A equipe multiprofissional tem o controle de todos os idosos de seu território para que ocorra em tempo hábil a realização de suas necessidades (Gestor 6)

Ao que se refere às demandas dos serviços afetados na unidade o retorno é satisfatório, no entanto encontramos dificuldade ao que se refere aos atendimentos direcionados ao SISREG, logo em algumas situações o acompanhamento com o

médico da unidade é prejudicado por falta de exames que demoram a ser autorizados (Gestor 7).

A equipe multiprofissional faz o acompanhamento da pessoa idosa de seu território para que, em tempo hábil, seja realizado o atendimento de suas necessidades. Entretanto, na resposta supracitada evidencia-se que há dificuldades no que tange a necessidade dos direcionados ao sistema de regulação (SISREG), logo a prestação de serviço é prejudicada resultando em prejuízo significativo a esse atendimento e, conseqüentemente à saúde da pessoa idosa atendida nessa unidade de saúde.

Ao serem questionados se há canais de participação dos usuários para a organização do trabalho em sua unidade, os gestores responderam majoritariamente que “sim”, as respostas revelam que há canais de participação dos usuários na organização do trabalho nas unidades de saúde, com destaque para o Conselho Local de Saúde:

Sim. Conselho local de saúde, instituído a livre participação da comunidade com a UBS (Gestor 4).

Conselho de Saúde atuante que passa as informações ofertando as demandas de atendimento. Associação de moradores (Gestor 5).

Grupo de idosos e os conselheiros locais que estão próximo à comunidade juntamente com a equipe (Gestor 6).

Importa ratificar que o Conselho Local de Saúde, é um dos principais canais de participação dos usuários, mencionado em diversas respostas, esse mecanismo é fundamental para garantir que as demandas da comunidade sejam ouvidas e consideradas na organização dos serviços de saúde no sistema público brasileiro.

Essa participação social mediante ao regime democrático, no bojo do processo vem sendo construída como um dos princípios organizativos essenciais dos processos de deliberação democrática no âmbito da saúde. o que possibilita a participação do sujeito de direito nas organizações da sociedade civil no processo da gestão pública (Miranda; Silva; Souza, 2013).

Para Bravo e Menezes (2022), é fundamental o envolvimento dos diversos sujeitos sociais preocupados com as políticas públicas, defendendo a ampliação dos direitos sociais e as conquistas obtidas na CF/88. Como afirmam as autoras, os desafios para consolidação da gestão social no SUS são complexos e elencam as dificuldades em romper de fato com o modelo de administração burocrática, verticalizada, privatista e centralizadora que ainda está presente na administração pública.

Logo, a presença desses sujeitos e a participação dos próprios usuários do Sistema Único de Saúde fortalecem a representatividade e a efetividade desse mecanismo de participação social, que nesse cenário de retrocesso de direitos sociais é fundamental na defesa dos direitos à saúde pelo SUS.

Na democracia participativa efetiva de participação da sociedade civil nos processos decisórios, os conselhos constituem-se por órgãos colegiados, permanentes, consultivos ou deliberativos que têm como missão principal a formulação, supervisão ou a avaliação das políticas públicas de garantia dos direitos dos cidadãos. Eles são constituídos nas esferas federal, estadual e municipal (Berzins, 2012, p. 212).

Conforme Miranda *et al* (2013), a participação social tem-se apresentado como um fator central no processo de implementação das políticas públicas de saúde de forma democrática. Logo, é necessário pensar mecanismos de participação da sociedade nos espaços para articulações e fortalecimento dessa construção participativa frente às necessidades coletivas.

Portanto, é de suma importância que fortaleçam os canais de participação dos usuários, garantindo a representatividade e a efetividade desses espaços. A participação dos usuários contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, para o fortalecimento do controle social e para a promoção da cidadania, em consonância com a lei 8142/1990.

Quanto aos desafios para a gestão, no que tange aos serviços de saúde voltados às pessoas idosas, destaca-se as referente aos espaços maiores para realização de atividade em grupo, necessidade de mais recursos humanos e a espera no SISREG que insurge a dificuldade ao acesso nos serviços especializados.

Há a necessidade em possuímos um espaço Saúde para que realizemos atividades em grupo. O objetivo é prevenção das violências. Vida + saudável para o idoso através de uma boa alimentação (Gestor 1).

Aumento da demanda e capacidade de atendimento, gestão das doenças crônicas, acessibilidade e infraestrutura (Gestor 2).

[...] Dificuldade nos Serviços especializados (sistema saturado); idoso não encontra resolutividade devido a fragilidade do serviço secundário e terciário (Gestor 4).

Atender em tempo hábil o idoso com resultados de exame que são regulados e/ou estão na fila de espera do SISREG (Gestor 7).

A criação de espaços adequados para atividades em grupo é fundamental para promover a interação social, a prevenção da violência e a adoção de hábitos saudáveis, entre outras ações voltados a essa população. Esses espaços propiciam condições para realizações de palestras, roda de conversas, oficinas, atividades de grupos e outras ações que visam o bem-estar integral.

Outro ponto que ficou explicitado é a dificuldade no acesso aos serviços especializados e a demora nos resultados de exames que são desafios que comprometem a resolutividade do atendimento. Assim, verifica-se a saturação do sistema e a demora na autorização de procedimentos pelo SISREG que prejudicam o acompanhamento e o tratamento adequado a esse usuário do sistema de saúde, realidade vivenciada por profissionais de saúde em seus serviços, pois foi mencionado pelos profissionais das unidades quando indagado sobre tais desafios e analisado mais densamente no próximo item.

Numa breve síntese, com base nos argumentos quanto aos desafios apresentados:

- Resistência a mudanças nos hábitos de vida; - Falta de apoio da família; - Dificuldade nos Serviços especializados (sistema saturado), - Idoso não encontra resolutividade devido a fragilidade do serviço secundário e terciário (Gestor 4).

O acompanhamento da família que é negligenciado e a gestão não consegue acompanhar por completo conforme profissional adequado. Visita domiciliares mais frequentes por falta de recursos humanos; desafio social em saúde pública (Gestor 5).

Nas falas, evidenciam-se aos desafios quanto a necessidade do apoio familiar a falta de profissionais especializados, visitas domiciliares com mais frequência por falta de recursos humanos; e, na perspectiva de dimensão macro o desafio social em saúde pública, correlaciona-se com questões sociais, econômicas, entre outras no cenário capitalista contemporâneo já discutido em tópicos anteriores.

Quanto aos procedimentos e estratégias de enfrentamento a esses desafios apresentados na unidade, visando as resolutividades busca-se para transpor os desafios em consonância com as realidades postas segundo um gestor busca-se: “Fortalecimento da Atenção Primária, capacitação contínua dos profissionais, integração de cuidados, incentivo à participação da comunidade através de campanhas de saúde específicas, rodas de conversa” (Gestor 2).

Uma estratégia evidenciada no enfrentamento aos desafios são as realizações de ações coletivas e grupos de apoio como ratificado nas falas, essas ações segundo um gestor têm culminado em resultados positivos “Ações coletivas e individuais, tem surgido grande efeito” (Gestor 3). As estratégias de ações em grupo são compreendidas como eficazes para promover a interação social, o apoio mútuo e a troca de informações entre as pessoas idosas e seus familiares.

Ressalta-se a importância da utilização de espaços para essa finalidade para viabilizar a criação de grupos de idosos que possa facilitar a participação da interação coletiva resultando assim, em maior adesão dos atendimentos que visam a promoção, proteção frente aos cuidados

da saúde desse usuário. Outra estratégia mencionada é o acompanhamento individualizado e busca ativa:

Acompanhamento e supervisão do autocuidado orientado; busca ativa, acolhimento, intersetorialidade (Gestor 5).

Usamos as poucas pessoas (profissionais) para realizar visita domiciliar e busca ativa pelo telefone, rodas de conversas com os familiares. Atentos à rotatividade de visitas (Gestor 6).

O acompanhamento individualizado, a busca ativa e o acolhimento são estratégias identificadas e desenvolvidas pelas unidades para garantir o cuidado contínuo e a adesão ao tratamento. A intersetorialidade, a sua efetivação é um desafio constante na gestão e na implementação das políticas de saúde, exigindo a colaboração e o diálogo entre diferentes setores para o alcance de resultados mais efetivos na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, pois, envolve a articulação entre diferentes serviços e setores, é um princípio que se fundamenta na organização do Sistema Único de Saúde, estando implícito no princípio da integralidade.

Nesse viés, compreende-se a integralidade como resultado das relações entre equipe de saúde e a pessoa usuária do sistema de saúde, destinatária dos cuidados em diferentes serviços. Esse cuidado integral segundo Matumoto *et al* (2022, p. 38):

O cuidado integral em saúde pode ser definido como aquele que leva em conta as necessidades de saúde por meio de uma escuta atenta das pessoas destinatárias dos cuidados e das pessoas importantes para ela, sabendo que se trata de um processo, portanto em movimento e transformação. É resultante da articulação de redes assistenciais, de trabalhadores e diversos serviços e setores.

Nesse contexto, a articulação entre os diferentes agentes envolvidos nesse processo, salienta-se a importância da interação entre trabalhadores, usuários e seus familiares. Assim é um processo que não é estático, segundo o autor é processo em movimentos e transformações, diante a dinamicidade e complexidade no cotidiano da gestão dos serviços de saúde na Atenção Básica voltada a pessoa idosa.

Outro ponto destacado é a questão envolvendo a família nos cuidados referente à saúde da pessoa idosa, isto é, falta de comunicação e acompanhamento familiar na assistência da saúde da pessoa idosa. A fala do gestor elucidada que “ - Realização de palestras educativas para a família; - Ações de saúde envolvendo a família do idoso” (Gestor 6). Logo, nessa perspectiva de transpor essa dificuldade como estratégia, buscaram-se ações para envolvimento da família no cuidado desse usuário com intuito de subsidiar esse atendimento. As orientações educativas nas

ações de saúde que envolvem a família fortalecem a rede de apoio e promovem a sensibilização na atenção aos cuidados à saúde da pessoa idosa inserida no território da Zona Oeste de Manaus.

No que concerne às ações desenvolvidas pela gestão e suas implicações à pessoa idosa na Atenção Básica do Distrito Oeste na cidade de Manaus, ao serem indagados sobre as implicações das ações, ou serviços à promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idoso, as respostas dos participantes revelam uma variedade de implicações positivas das ações e serviços.

Destacam-se nas falas que as implicações resultam na melhoria da qualidade de vida, prevenção de doenças e outros agravos:

Melhoria da qualidade de vida, prevenção de doenças, acesso facilitado ao serviço de saúde, tratamento contínuo integrado, apoio psicossocial, fortalecimento do vínculo comunitário (Gestor 1).

- Prevenção de doenças e agravos; tratar complicações; estimular o autocuidado; envolver a família no tratamento/cuidado do idoso (Gestor 4).

Os serviços são afetados de forma contínua, garantindo assistência preventiva, tratamento continuado e acompanhamento multiprofissional (Gestor 7).

Pode-se inferir, a partir de tal afirmação que os serviços de saúde acessíveis e integrados, impactam individualmente e coletivamente o usuário da Atenção Básica. Logo reflete no indivíduo, usuário/ pessoa idosa, na comunidade local, isto é, no território proveniente da unidade, essas ações e serviços promovem a melhoria da qualidade de vida, prevenindo doenças e agravos, tratando complicações e estimulando o autocuidado.

Em suma, é desafiador desenvolver a gestão do trabalho nos serviços de saúde à pessoa idosa na Atenção Básica, na perspectiva de operacionalizar os serviços em um viés de unificação de serviços de atenção preventivas como a vacinação, e orientação entre outros; de promoção à saúde nas quais desenvolvem atividades comunitárias; e, de cuidados direto quando apresentam-se agravos nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM); e, de reabilitação exemplificando-se pelo auxílio na adaptação após um acidente vascular cerebral (AVC) entre outros (Matumoto, 2022).

Ressalta-se ao responder sobre as implicações, esse profissional tem a compreensão que suas ações refletem nas vidas desses usuários no que tange a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito desse indivíduo preconizado na legislação vigente voltado a esse segmento populacional:

Através do acolhimento as necessidades do usuário e apresentando as políticas públicas através do Estatuto do Idoso. O acolhimento é o responsável por monitorar e garantir que esse usuário tenha seu direito garantido [...] (Gestor 6).

A viabilidade do acesso aos serviços de saúde, o tratamento contínuo e o acompanhamento multiprofissional foram identificados como fundamentais para garantir a integralidade do cuidado, e, portanto, as implicações dos serviços de saúde geram implicações positivas no que tange ao processo de envelhecimento.

Em uma resposta com a afirmativa de ausência de implicações: “Não registro implicação” (gestor 1) pode indicar a necessidade de uma avaliação mais aprofundada dos impactos das ações e serviços oferecidos na unidade de saúde.

No que tange se há oferta de capacitação continuada aos profissionais da unidade, todos afirmaram que sim, “Todos os meses têm diversos cursos aos profissionais (Gestor 5), portanto, é possível inferir a partir das respostas que há oferta de capacitação continuada “Sim, parcerias com as instituições para cada vez possamos ampliar e oferecer serviço de qualidade aos nossos usuários” (Gestor 6). Pode-se inferir que, aos profissionais da unidade de saúde, há oferta de capacitação, seja por meio de cursos, oficinas, programas de educação permanente ofertados pela secretaria de saúde.

Conforme Maciel *et al* (2021, p. 60):

[...] educação permanente proporciona espaços de troca de experiências e reflexão entre os participantes, na perspectiva que os profissionais repensem sua prática, compreendam os processos de trabalho nos quais estão inseridos e tenham a possibilidade de inovar condutas, buscando novas estratégias de intervenção, superando as dificuldades individuais e coletivas no trabalho, e a implementação de ferramentas inovadoras no âmbito do SUS.

Segundo Vaccaro (2022), o sistema de saúde público brasileiro é composto, dentre outras áreas pela Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que têm como objetivo regular o trabalho e promover ações de educação entre profissionais e sociedade. Em síntese, a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde buscam propiciar ao sistema de saúde profissionais qualificados, valorizados e comprometidos com sua formação continuada, capazes de oferecer uma atenção à saúde integral, de qualidade e humanizada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Logo, fica evidenciado pela frequência das ações, que se objetiva o aprimoramento, e, essa capacitação continuada é basilar para garantir a qualidade do atendimento, ao atualizar os profissionais em relação às novas tecnologias, protocolos e abordagens de cuidado.

3.3. Uma análise a partir dos profissionais de saúde do Distrito Oeste na cidade de Manaus.

Para iniciar a abordagem sobre os serviços e ações a partir da perspectiva dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde oeste da cidade de Manaus, é importante deslindar o perfil desses profissionais (quadro 16), assim sendo, mediante o quadro desvela-se:

Quadro 16 – Perfil dos participantes da pesquisa/Profissionais

Nº	Sexo	Faixa etária (Idade)	Tempo efetivo (Cargo)	Titulação	Cargo/ Função	Regime de trabalho
1	Feminino	45 a 49 anos	21 a 25 anos	Mestrado	Enfermeira	Estatutário
2	Feminino	35 a 39 anos	1 a 5 anos	Especialização	Médica	—
3	Feminino	55 a 59 anos	11 a 15 anos	Mestrado	Enfermeira	Estatutário
4	Feminino	35 a 39 anos	1 a 5 anos	Especialização	Enfermeira	Estatutário
5	Feminino	60 a 64 anos	26 anos ou mais	Especialização	Assistente Social	Estatutário
6	Feminino	35 a 39 anos	1 a 5 anos	Especialização	Enfermeira	Contratado
7	Feminino	65 ou mais	16 a 20 anos	Especialização	Assistente Social	Estatutário
8	Masculino	25 a 29 anos	1 a 5 anos	Especialização	Médico	Contratado
9	Masculino	25 a 29 anos	1 a 5 anos	Graduação	Médico	Outros
10	Feminino	45 a 49 anos	11 a 15 anos	Especialização	Médica	Estatutário
11	Feminino	—	1 a 5 anos	Graduação	Médica	Outros
12	Feminino	40 a 44 anos	—	Graduação	Médica	Contratado

Fonte: Pesquisa de campo, 2025.

Ao traçar o perfil destes utilizou-se as seguintes variáveis, quais sejam:

- ✓ **Quanto ao sexo:** 83% são do sexo feminino e 17% do masculino;
- ✓ **Quanto à faixa etária/ idade:** 20% tendo idade entre (25 a 29), 30% (35 a 39), 10% (40 a 44) 20% (45 a 59), 10% (60 a 64), 10% (65 ou mais);

- ✓ **Quanto ao tempo efetivo de cargo/função:** 50% (1 a 5 anos), 8% (11 a 15 anos), 16% (16 a 20 anos), 8% (21 a 25 anos) 8% (26 ou mais) e 8% não respondeu.
- ✓ **Quanto a titulação:** 23% graduação, 54% especialização e 15% possuem mestrado, 8% não respondeu;
- ✓ **Quando a cargo/função:** 17% Assistente Social, 33% Enfermeiro e 50% Médico.
- ✓ **Quanto ao tempo efetivo do Cargo/ Função:** 50% (1 a 5 anos) 9% (11 a 15 anos), 17% (16 a 20 anos), 8% (21 a 25 anos) 8% (26 ou mais) e 8% não respondeu.

Após a descrição do perfil dos participantes da pesquisa, iniciou-se assim, o mapeamento de como desenvolve o trabalho em serviço de saúde na Atenção Básica no Distrito Oeste da cidade de Manaus, a partir da perspectiva dos profissionais da unidade de saúde, mediante a sistematização das principais informações e análise de conteúdo.

Ao serem indagados sobre quantos profissionais fazem parte de sua equipe de trabalho na unidade de saúde, os números de profissionais foram adversos, o que pode refletir uma dualidade de interpretação no que tange a compreensão da pergunta quanto o quantitativo da equipe, houve dualidade na interpretação de totalidade de trabalhadores da unidade e setor.

Assim mesmo, observou-se a dificuldade de análise quanto a questão já que houve diferente interpretação, tendo em vista que responderam levando em consideração sua equipe especificamente do setor/função específica de seu setor, isto é, restringindo sua equipe profissional na unidade de saúde “Médico, enfermeira e técnico de enfermagem” (Profis. 2).

Estes profissionais destaca a presença de médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem restringindo sua equipe de trabalho em serviço de saúde na unidade. Outros responderam à questão de forma da quantidade geral de trabalhadores da unidade descrevendo a totalidade de trabalhadores nessa unidade “- De nível superior: 15 - De nível médio $\pm$ 50” (Profis. 5).

Uma profissional salientou em sua fala que no setor onde trabalha não se restringe em uma equipe, e discorre que ao realizar os serviços são realizados em conjunto com a equipe multiprofissional da unidade e descreve:

O serviço social não coordena uma equipe. [...] realiza seus trabalhos em conjunto com a equipe multiprofissional da VAST. [...], composta por: uma gestora, dois gerais, 1 ginecologista, 1 pediatra, 2 Odontólogos, 2 auxiliares de saúde bucal, 2 enfermeiros, 5 agentes administrativos, 15 técnicos de enfermagem e 7 agentes comunitário de saúde (Profis. 7).

Essa profissional indica uma abordagem multidisciplinar com outros profissionais, além do médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde, ginecologistas, pediatras e odontólogos entre outros.

Quanto às demandas apresentadas pelas pessoas idosas usuários na unidade, os profissionais responderam o atendimento e acompanhamentos de DCNT, desvelando assim, nessa demanda os atendimentos específicos:

Doenças crônicas descompensadas (HPV/DM/IC), fragilidade, feridas, dor articulares, abandono familiar (Profis. 2).

Doenças crônicas (HAS, DM, Alzheimer, Parkinson, artrose) baixo fluido, situação de abandono (Profis. 3).

Avaliação de hipertensos e diabéticos/ renovação de receita/ avaliação do cartão de vacina (Profis. 4).

Busca por atendimento dos diversos programas: hiperdia; TB; mg; DST; saúde mental. Busca de acesso à insumos como: causa hospitalar; cadeira de rodas; cadeira de banho; matérias de curativo, óculos; carteira de idoso, passe livre interestadual e municipal; encaminhamentos; agendamento de consultas; chamadas para SAMU/ SOS vida; outros (Profis. 5).

HAS + DM2 Dor articular + Dificuldade visual + dor nas pernas (Profis. 8).

Solicitação de exames, acompanhamentos de condições crônicas de saúde, renovação de receita de uso contínuo (Profis. 10).

Consulta para renovação de receita, uso contínuo, - Consulta livres demanda, - Doenças crônicas hipertensão/ diabetes Mellitus (Profis. 11).

Importa salientar que para o MS (2021), essas doenças crônicas são principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estes profissionais destacam a prevalência do atendimento e acompanhamento da pessoa idosa usuária em busca do atendimento e acompanhamento relacionados às condições crônicas, como o quadro de HAS, DM, artrose e sequelas de AVC entre outras.

Essas ações voltadas aos cuidados crônicos vêm sendo intensificados pela OMS com garantia de continuidade do cuidado e sob a coordenação da AB. As referências especializadas da rede de atenção à saúde têm sido priorizadas para os casos de maior fragilidade, no entanto, com foco no envelhecimento saudável, participativo e seguro, mesmo na presença da DCNT e de eventuais limitações (Louvison; Rosa, 2012).

No entanto, quando ocorre o comprometimento dos sistemas funcionais, segundo Moraes (2023), impossibilita o indivíduo de gerir a sua vida e/ou realizar o autocuidado, gerando a dependência funcional, que pode ser descrita como: cognitiva (demência, depressão,

delirium e doença mental), a instabilidade postural (quedas), a imobilidade, a incontinência esfincteriana e a incapacidade comunicativa (cegueira e surdez). Tais condições crônicas de saúde estão associadas à necessidade de cuidados específicos, que exigem uma gestão diferenciada aos cuidados dessa pessoa idosa, realizada tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos familiares/ cuidador da pessoa idosa.

Deste modo, o gerenciamento dos serviços e ações, que visam o controle de doenças crônicas e acompanhamento dessas condições, são primordiais para propiciar a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa atendidas pelas unidades de saúde na AB.

[...] é fundamental o constante treinamento sobre a especificidade de como as doenças se apresentam nos idosos sobre a identificação de risco e de fragilidade e sobre o diagnóstico e gerenciamento das doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e das síndromes mais prevalente nas pessoas idosas: a instabilidade, a imobilidade, a incontinência, a insuficiência cerebral e iatrogenia (Louvison; Rosa, 2012, p.128).

Entender as demandas apresentadas e saber identificar os riscos e a fragilidade, bem como, o gerenciamento das doenças crônicas e outras incidências nas pessoas idosas é fundamental no contexto dos cuidados à saúde desses usuários.

No âmbito social, demandas descritas revelam a busca por acesso aos insumos: “cama hospitalar; cadeira de rodas; cadeira de banho; matérias de curativo, óculos [...]”. Outra fala deslindou a busca por esses insumos e pelos benefícios governamentais que possibilitam os subsídios para suprir as inúmeras necessidades sociais e econômicas que refletem na saúde, mediante as necessidades básicas:

Inúmeras demandas: consultas médicas, odontológicas, e de enfermagem. Aparição e monitoramento de PA e glicemia. Realização de auditivos, vacinação, prevenção as IST’S com testes rápidos. Marcação de exames via SISREG. Renovação de receitas médicas, dispersão de medicamentos, solicitação de preservativos e de laudos médicos, para aquisição de insumos e benefícios governamentais. Monitoramento das condicionalidades do PBF, orientações sobre BPC/LOAS/ encaminhamentos a diversas unidades de saúde e outras (Profis.7).

O discurso acima desvela que, além das demandas de saúde clínicas, as pessoas idosas, são atendidas pelos profissionais de Serviço Social, recebem orientações e encaminhamento para o acesso à outras políticas públicas, conforme mencionados, da assistência social como o Benefício Prestação Continuada (BPC) dentre outras.

O BPC é assegurado constitucionalmente como um benefício não contributivo, “é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem

de tê-la provida por sua família” (Brasil, 2011), e, tem como base constitucional o art. 204, foi regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742 de 1993, e, com a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2004, adveio a integrar o nível de Proteção Social Básica desse sistema vinculado a Seguridade Social.

No que tange a sua operacionalização é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Ressalta-se que há uma dubiedade na compreensão quanto a isso, já que é uma política da Assistência Social e sua operacionalidade no que concerne sua implementação e o monitoramento, realizam-se em parceria com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), com a Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV) e secretarias estaduais e municipais da assistência social (Hernandes; Domingues, 2012).

As políticas de transferência de renda para os idosos e, notadamente, o PBC têm conseguido a focalização necessária, dado que, efetivamente, têm melhorado a renda dos mais pobres. Além disso, seus efeitos têm sido notados nos aspectos de saúde, corroborando a teoria dos determinantes sociais da saúde (Idem, p. 132).

Nesse contexto, destaca-se a importância das orientações e encaminhamento para aquisição de insumos e benefícios governamentais, constata-se que os serviços de saúde voltado à pessoa idosa na Atenção Básica abrange desde consultas médicas, enfermagem, ações preventivas, atendimento profissionais especializados disponíveis na unidade de saúde e encaminhamento para outros serviços.

Assim, a pesquisa evidenciou a preocupação dos profissionais com o diagnóstico e acompanhamento da saúde da pessoa idosa, portanto, é de suma importância que as equipes dos serviços de saúde estejam preparadas para lidar com a variedade de demandas dessa população oferecendo um atendimento integral e humanizado com escuta criteriosa na perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH)²³, que visa consolidar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão:

Outro ponto que deve ser ressaltado no âmbito da atenção à saúde da pessoa idosa, no sentido de garantir a qualidade e a obtenção de resultados, é que as equipes dos serviços de saúde devem valorizar a escuta criteriosa, o acolhimento e a humanização. A Política Nacional de Humanização do SUS propõe que o acolhimento esteja presente em todo o processo de atenção e de gestão. [...] (Louvison; Rosa, 2012, p.126).

²³ Segundo o MS a Política Nacional de Humanização (PNH) em vigência desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, incentiva trocas solícitas entre operadores do SUS e usuários.

Importa salientar que a PNH oferece um arcabouço conceitual e um conjunto de diretrizes para transformar a cultura e as práticas nos serviços de saúde, colocando as necessidades e a dignidade dos usuários no centro do cuidado e da gestão. **Quanto aos serviços desenvolvidos pela equipe nas unidades de saúde voltado à pessoa idosa** por meio de atendimento multidisciplinar, a partir da perspectiva dos profissionais, pode ser observado no quadro 17:

Quadro 17: Serviços de saúde nas UBS's voltado à pessoa idosa.

	SERVIÇOS DE SAÚDE VOLTADO À PESSOA IDOSA
Serviços desenvolvidos pela equipe nas unidades de saúde voltado à pessoa idosa a	✓ Acompanhamento de condições crônicas (hipertensão e diabetes); ✓ Atendimento ambulatorial e individualizado; ✓ Aferição de sinais vitais; ✓ Imunização (vacinação); ✓ Acompanhamento farmacológico e orientações sobre uso de medicamentos; ✓ Solicitação de exames; ✓ Atendimento ginecológico, entre outros. ✓ Atendimento nutricional; ✓ Atendimento odontológico; ✓ Serviço Social; ✓ Programa de atividades físicas; ✓ Ações de combate à violência contra a pessoa idosa, dentre outros.

Fonte: Pesquisa de Campo, 2025.

Diante dos dados oriundos da pesquisa realizada, explicita-se que os serviços de saúde na Atenção Básica voltados à pessoa idosa na zona oeste da cidade de Manaus, centraliza-se na assistência integral à saúde desse usuário do sistema de saúde.

Observa-se assim, conforme a abrangência dos serviços uma atenção em um viés além do clínico em diversas especialidades voltados às necessidades dessa população assistida nas unidades de saúde, conforme as falas dos profissionais:

Hiperdia, atendimento médico preventivo, orientação e educação em saúde, acompanhamento farmacológico, serviço de nutrição, vacinação, programa de atividades físicas, visita domiciliares (Profis.1).

Atendimentos individual e hospitalar; [...] atendimento nutricional; médico clínico e ginecológico; de enfermagem; serviço social; odontológico, farmacêutico; imunização (Profis.5).

As falas pontuam que a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem globalizada, interdisciplinar e multidimensional, que considere fatores físicos, psicológicos e sociais entre outros que influenciam a saúde dessa pessoa idosa, nessa perspectiva a abordagem precisa ser flexibilizada e adaptável às necessidades desse segmento.

Para tanto, é necessário a vigilância de toda a equipe de saúde na aplicação de instrumentos de avaliação e de teste de triagem para detecção precoce das condições de saúde da pessoa idosa atendida, para que os atendimentos profissionais devam ser dirigidos com vistas à promoção, proteção da autonomia e independência da pessoa idosa (Brasil, 2006).

Segundo Louvison e Rosa (2012), o MS cria ações com intuito de promover instrumentalização aos profissionais na AB, considerando possibilidades de uma prática mais adequada buscando dar maior resolutividade nesse nível de atenção. Em consonância aos autores a responsabilidade no que concerne o levantamento e o acompanhamento da população idosa no território encontra-se centrada na AB, na estratégia da Saúde da Família (ESP) ou nas equipes das UBS, conforme o caso.

Outro serviço apontado é a visita domiciliar que comunga com as falas dos gestores anteriormente, destaca-se esse serviço, pois, visa o acompanhamento da situação da saúde desse usuário, sobretudo, como viabilidade de acesso ao direito acolhimento, e produção de vínculo familiar.

Visita domiciliar, acompanhamento de lesões de pé diabéticos e LPP, solicitação de exames, orientações de uso de medicação, uso de quedas e orientação nutricional (Profis.6).

[...]. Acompanhamento do HIPERDIA (usuário portador de hipertensão e diabetes). Realização de visitas domiciliares, além dos serviços oferecidos, de acordo com as demandas citadas no item dois (Profis.7).

Atendimento médico e de enfermagem + Visita domiciliares + Acompanhamento em Saúde pelos agentes comunitários (Profis.8).

Visita domiciliares, preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa (Profis.10).

Exames (solicitação) orientações de uso de medicamento e autocuidado, prevenção de quedas, atendimento domiciliar (Profis.12).

Constata-se que as visitas domiciliares confirmam uma ação voltada à atenção domiciliar (AD), que se caracteriza com a preocupação com as pessoas que têm dificuldades de locomoção, garantindo que recebam atenção em saúde em sua própria residência.

É no cuidado domiciliar, na ida ao domicílio, percorrendo o trajeto de vida dessas pessoas que essas situações se descortinam. Quem faz a visita domiciliar tem a oportunidade de entender o verdadeiro contexto de vida das pessoas, ao vivenciar todos esses determinantes presencialmente, o que coloca o profissional que faz AD em uma posição privilegiada para adequar e coordenar os cuidados de acordo com as possibilidades reais das pessoas e seus cuidadores e familiares (Brasil, 2020, p. 10).

Essa atenção apresenta características que possibilitam a articulação de vários pontos da RAS, por apresentar uma otimização, assim, busca a humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade no cuidado à pessoa idosa. Salienta-se que essa prática por meio dos serviços foi apresentada como respostas no tópico anterior da gestão, quando indagados sobre as demandas de trabalho voltado à pessoa idosa acompanhadas pela unidade de saúde.

Outro ponto relevante é a educação em saúde que é fundamental para promover a promoção da saúde no envelhecimento e prevenir complicações, por meio das ações educativas que possibilitam condições que capacitam a própria pessoa idosa, familiares e cuidadores a contribuir nesse processo de cuidados de saúde no processo de envelhecimento.

Estas ações abrangem orientações sobre a saúde em inúmeros âmbitos de abordagem e temáticas que perpassam pelo bem-estar desses usuários, ações essas de promoção em saúde que visam a melhoria na qualidade de vida dessa população, indica uma abordagem proativa, buscando manter esses usuários saudáveis e ativos.

[...] visitas domiciliares; rodas de conversa; palestras educativas; ações de combate à violência contra pessoa idosa e distribuição de informativos; [...]. (Profis.5).

Ações voltadas às pessoas idosas, com o desenvolvimento das técnicas, através de palestras de determinadas patologias, em alusão a cada mês, conforme a programação do SENA/MS e outros assuntos relevantes, com relação à saúde da pessoa idosa [...] (Profis.7).

A abrangência de ações contra a violência demonstra uma apreensão com a segurança e integridade física, psicológica e, moral dessa população, culminando com a qualidade de vida, e a variedade de serviços o que demonstra um cuidado abrangente com a saúde da pessoa idosa assistida nas unidades de saúde. A inclusão de visitas domiciliares e ações educativas destaca a importância da atenção individualizada e da prevenção.

No que tange às **implicações das ações e serviços** a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa atendida na unidade, percebe-se impactos relevantes para o envelhecimento saudável conforme as respostas, propiciando melhoria na qualidade de vida desse usuário:

São fundamentais para garantir um envelhecimento saudável e ativo, como educação em saúde, vacinação, detecção precoce, Saúde mental, tratamento e reabilitação de doenças crônicas, acesso aos serviços, etc. (Profis.1).

Melhoria na qualidade de vida e sensibilização dos familiares quanto aos cuidados com a pessoa idosa (Profis.3).

Ajudam a controlar as comodidades e as queixas dos pacientes, [...] melhoria da qualidade de vida, melhoria da relação médico paciente (Profis.8).

Promoção de saúde, prevenção de agravos, informação à saúde como contribuinte no autocuidado (Profis.11).

A pesquisa demonstrou a importância do conjunto de ações e serviços voltados a pessoa idosa na Atenção Básica de Saúde que são abrangentes e propicia impactos positivos que culminam em condições para um envelhecimento ativo e saudável, tendo como ênfase na prevenção, educação em saúde e tratamento de doenças crônicas que é fundante para a qualidade de vida dos idosos. Mesmo tendo os desafios explicitados nos serviços como descritos nas falas dos profissionais, no entanto, ressalta-se os impactos positivos, mediante aos atendimentos prestados:

Mesmo não sendo uma unidade voltada exclusivamente do idoso, mas a própria como um todo as ações implicam diretamente no acolhimento, no bem-estar, no atendimento como excelência, que possa proporcionar Dignidade e satisfação, visando seu retorno sempre que se faça necessários (Profis.5).

Através das ações desenvolvidas: acolhimento, atendimento individualizado, palestras, orientações, visitas domiciliares etc., proporciona a pessoa idosa ao seu acesso aos serviços de saúde disponíveis na rede pública, viabilizando o conhecimento de seus direitos/deveres (estatuto do idoso fecha parêntese, favorecendo ainda, maior harmonia no convívio familiar, o que positivamente influencia na proteção/prevenção e recuperação de sua saúde (Profis.7).

As falas revelam que ações de saúde têm um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo o bem-estar, a dignidade, o acolhimento, o atendimento individualizado e a educação em saúde é fundamental para o acontecimento dessas ações. Logo, é evidente as necessidades de estratégias de enfrentamento aos desafios mencionados pelos profissionais que vivenciam cotidianamente essa prática na Atenção Básica de Saúde na Zona Oeste de Manaus.

Importante salientar quanto a necessidade de sensibilizar os familiares/cuidadores no que diz respeito a continuidade dos cuidados com a pessoa idosa, pois, é notória nas falas que as ações e serviços de saúde prestados em consonâncias às legislações do SUS e à Política de Saúde da Pessoa Idosa têm um impacto significativo na qualidade de vida, propiciando a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa.

Ao analisar os dados à luz da legislação da pessoa idosa vigente, é essencial considerar o Estatuto da Pessoa Idosa (2022) e seu art. 3º no § 1º que versa sobre a garantia de prioridade que compreende:

- I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Assim, garantindo o direito à saúde e atendimento prioritário, as respostas indicam uma gama de serviços que visam a integralidade da atenção à saúde, desde da promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa usuárias desses serviços.

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente as pessoas idosas (Brasil,2022).

O direito à informação e à autonomia é garantido pelo Estatuto da Pessoa Idosa, as informações dos sujeitos da pesquisa destacam a importância de fornecer orientações sobre saúde, direitos e benefícios, propiciando a tomada de decisões sobre seus cuidados, promovendo a independência e a qualidade de vida. As respostas demonstram ações preventivas, como vacinação e testes rápidos, que visam manter os idosos saudáveis e ativos, a fim de evitar complicações e hospitalizações.

No que tange aos desafios profissionais na promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa a partir da percepção do profissional na unidade de saúde, percebeu-se como desafios a questão da infraestrutura e recursos humanos:

É complexo. Multimorbidade, falta de formação ‘específica’, comunicação, cuidados paliativos, acesso ao serviço de saúde primário, secundário e terciário, aspectos éticos e lugares. Abordagem multidisciplinar (Profis.1).

Falta de estrutura física, recursos humanos, profissionais (Ed. Física, Psicólogo) e espaços adequados para a realização de ação mais específicas e/ou desenvolvimentos de projetos eficientes voltados a promoção social e proteção da saúde da pessoa idosa (Profis. 7).

Pressão Assistencial, tempo de consulta pressão para pacientes com múltiplas demandas, falta de espaço físico, falta de equipe multidisciplinar (Profis.8).

Equipe multidisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e outros) os quais não há na nossa UBS (Profis.10).

O elenco de desafios versa sobre falta de estrutura física e de recursos humanos, necessidade de equipe /abordagem multidisciplinar (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, terapeuta e outros) e infraestrutura adequados para a realização de ações mais específicas e/ou desenvolvimentos de projetos voltados à promoção e proteção da saúde.

Para Zucco e Senna (2012), os desafios referentes aos recursos humanos em saúde é um dos desafios na área, e, sobretudo, no contexto de precarização das relações de trabalho, com ênfase para as formas de contratação dos profissionais, a não contratação, isto é, número de profissionais insuficientes frente à demandas de trabalho.

Salienta que este é, sem dúvida um grande desafio que refletem nas ações e serviços nas unidades de saúde e em todos os níveis. Deste modo, essas dificuldades ficaram explícitas nas falas dos profissionais quando percebem como desafios essa questão.

Nessa perspectiva Zucco e Senna (2012, p. 105), destacam:

Os recursos humanos em saúde constituem outro nó górdio do SUS. Apesar dos investimentos que vêm se operando nessa área – especialmente no campo do processo de formação e capacitação profissional – este é, sem dúvida, um grande desafio, traduzido ao menos em três aspectos centrais. O primeiro está relacionado ao próprio processo de formação e a capacitação profissional para atuação no âmbito do sistema, o que requer alterações tanto nos aparelhos formadores quanto no processo de capacitação permanente dos profissionais nos serviços. Um segundo aspecto refere-se à precarização da relação de trabalho na saúde, com destaque para as formas de contratação dos profissionais, dificuldade de fixação nas unidades públicas de saúde em todos os níveis [...] (Idem, p. 105).

No contexto atual de austeridade neoliberal, caracterizado pela redução dos gastos públicos e pelo papel diminuído do Estado na área social, prevalecem discursos sobre o controle da dívida pública que promovem cortes e investimentos, principalmente nos gastos e investimentos públicos destinados à política de proteção social. Seguindo uma orientação de racionalidade neoliberal e uma ideologia normativa, este cenário afeta diretamente a política pública de saúde. A ideia do “Estado mínimo” sugere um ajuste estrutural capitalista com implicações claras para as políticas públicas no Brasil contemporâneo (Behring; Boschetti, 2011).

Corroborando com este argumento, Soares (2009) pontua os traços comuns que configuram um perfil neoliberal nas políticas sociais, o que equipara a caracterização do Estado nessa ótica do capital. O que segue uma linha regressiva, no que refere aos gastos e/ou financiamento do setor social reduzindo para um limite que deixa apenas para sobrevivência.

[...] processa-se um *esvaziamento orçamentário dos setores sociais*. O caráter fortemente *regressivo* desse processo é ainda acentuado pela linearidade dos cortes no orçamento social que, ao contrário da tão apregoada seletividade, afetam de modo mais agudo os serviços sociais periféricos que atendem aos setores mais carentes e desprotegidos da população, que têm menos poder de pressão. **Os gastos com os investimentos são praticamente anulados, impossibilitando a expansão dos serviços e produzindo uma saturação dos mesmos por excesso de demandas.** A redução dos gastos de custeio leva uma falta crônica de insumo básico (verificável sobretudo nas escolas e unidades de saúde) [...] (Tavares, 2009, p. 76, grifo nosso).

Ao analisar as falas dos profissionais, sobre os desafios em sua prática, é necessário abordar o tema sob uma perspectiva macropolítica. Eles ressaltam a necessidade de aumentar o número de trabalhadores na Atenção Básica devido à alta demanda e à redução de gastos públicos.

Nesses embates que envolvem e direcionam as políticas sociais especialmente a política pública de saúde, provoca contínuas problematizações, haja vista a abrangência e a complexidade do sistema único de saúde. É nesse contexto que precisa considerar a dinamicidade das relações sociais contemporânea, as especificidades locais e a concepção de saúde que norteiam essa prática (Bedin *et al.*, 2013).

Outra questão evidenciada nas falas são os desafios oriundo da dificuldade no acesso e da agilidade nos exames que são solicitados e requeridos para subsidiar os serviços prestados por esses profissionais, “Respostas de exames e consultas especializadas rápidas” (Profis.6).

Conforme outra fala encontra “A dificuldade para solicitar exames [...] que ajudam a elucidar ou acompanhar as doenças crônicas, demora para resultados de exames” (Profis.2). Desafios esses que foram mencionados pelos gestores/diretores e salientado quanto essa questão ser prejudicial ao atendimento aos usuários na Atenção Básica. São dificuldades sistêmicas em relação à grande demanda desses serviços no sistema de regulação.

Vinculadas à operacionalização dos sistemas, especialmente o SISREG, e às relações com prestadores relacionadas às pactuações. Isso se expressa quando os usuários necessitam de consultas e exames especializados que são usualmente autorizados na regulação, mas são barrados por cotas expiradas e precisam esperar até que sejam liberados novos períodos de solicitação e autorização (Bastos, 2020, p. 7).

Esses entraves na regulação do Sistema Único de Saúde foram identificados como fatores limitantes, sendo estas dificuldades sistêmicas em relação ao sistema de regulação, com difícil acesso, que compromete ao atendimento do profissional de saúde.

Ressalta-se que essa demora na realização de procedimento que passa pela regulação prejudica o diagnóstico e o tratamento, assim sendo, afeta a qualidade de vida dos usuários, especialmente para a pessoa idosa, tornando um percalço nessa promoção e proteção pois, se houvesse agilidade nessa questão propiciaria condições de atendimento mais ágil.

Outro fator desvelado foram os desafios na Comunicação e Adesão ao Tratamento: Fazer-se entender quanto às orientações dadas aos idosos e acompanhantes dos mesmos (Profis.2) evidenciada na fala “[...] falta de entendimento nas medidas de saúde entendimento da prescrição. Falta de acompanhamento (Profis.11).

A comunicação eficaz entre os usuários/ou familiares que perpassa pela educação em saúde são relevantes para a adesão ao tratamento, já a falta de compreensão quanto ao tratamento descrito pelo profissional e a ausência de acompanhamento familiar quando necessário para subsidiar a garantia da implementação da ininterrupção dos cuidados, para além da unidade de saúde, compromete a continuidade do cuidado dessa pessoa idosa.

A CF/88 especifica em seu art. 230 que "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando e defendendo sua dignidade e bem-estar", esse artigo fornecem a base constitucional para compreensão quanto os agentes responsáveis pelos cuidados a pessoa idosa e fornecer condições para a garantia do direito à saúde e a proteção integral.

As complexidades das demandas nas unidades de saúde da Atenção Básica exigem uma abordagem multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas. A falta dessas equipes com especialidades, torna desafiador satisfazer as necessidades desse segmento na Atenção Básica, isto é, proporcione atendimento integral voltados a esse segmento.

O grande desafio é satisfazer as necessidades que demandam os nossos serviços com os recursos existentes. Fora isso são fundamentais as articulações com outras instituições para que a atenção dispensada seja de qualidade e proporcione a integridade da saúde e outras necessidades que são buscadas (Profis.5).

A gestão eficiente dos recursos e a articulação entre instituições são essenciais para garantir a qualidade do cuidado a pessoa idosa, a falta de recursos e a fragmentação dos serviços dificultam o atendimento integral às necessidades dos idosos, portanto, é necessário investir em capacitação para os profissionais de saúde, para que possam lidar com as especificidades do envelhecimento, e fortalecer a rede de apoio social e familiar, para garantir o cuidado contínuo e o bem-estar da pessoa idosa. Deste modo, é possível propor soluções para garantir o respeito aos direitos da pessoa idosa e a qualidade do cuidado.

No que tange as principais estratégias de enfrentamento aos desafios, é necessário considerar as diversas dimensões do cuidado e as necessidades específicas dessa população quanto a ampliação e qualificação do trabalho da equipe das unidades de saúde, e as estratégias identificadas foram: investimentos em recursos humanos, fortalecimento de uma abordagem multidisciplinar conforme a fala: “Mais profissionais. Mais tempo para atendimento. Implantar protocolos, rotina” (Profis.1).

Nessa perspectiva segue em outras falas:

Segmentos das normas de prioridade para idosos ou atendimentos oferecidos, escuta qualificado e especializado, contado com familiares, orientações, encaminhamentos, telefônicos institucionais e não institucionais visando o melhor atendimento; discussão das situações apresentadas junto aos profissionais envolvidos com observação ao dispor Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, com vistas à seguridade de seus direitos (Profis. 5).

Contratação de equipe multidisciplinar, fortalecimento das residências multidisciplinares, coação de uma nova UBS maior aumentar tempo de consulta/qualidade e melhoria de quantidade (Profis. 8).

Como estratégia de enfrentamento aos desafios menciona-se a ampliação da equipe, isto é, investimentos nos recursos humanos que culminem na otimização do tempo de atendimento para garantir a resolutividade. Desta forma, pode-se inferir que esses desafios se situam em um contexto de reestruturação produtiva neoliberal globalizada que reflete no cumprimento da proteção social.

Para Santos (2022) há influências de diversos fenômenos presentes no mundo do trabalho contemporâneo na gestão de trabalho em Saúde e isso fica evidente nas falas dos participante da pesquisa que diante dos relatos de desafios desse trabalho. Explicita-se a estratégia de suprir tais dificuldades no cotidiano, pois, mesmo que a força de trabalho empregada tenha capacitação técnica, diante das demandas e quantitativo de trabalhadores insuficiente, a precarização do trabalho, é vivenciada em maior ou menor grau a depender da operacionalização dos serviços prestados.

Outra estratégia desenvolvida perpassa na articulação com pessoas e outras instituições para possibilitar a utilização de espaços particulares/próprios ou comunitários para transpor a dificuldade de infraestrutura, como observa-se nas descrições:

Desafios: falta de ambiente de encontro. Tudo é feito com recursos próprios para colocar em prática, porém todos os eventos realizados trazem bons resultados envolvendo a comunidade (Profis.2).

Efetivar parcerias para utilização de espaços externos (salão escola Zelnira Bittencourt/ PSE – Programa Saúde na escola), salão paroquial (igreja católica São Jorge), visando o maior conforto ambiental e interação social entre os idosos, usuários da unidade (Profis. 7).

A articulação com outras instituições e o uso de espaços comunitários busca ampliar a oferta de ações coletivas e promover a interação social desses usuários. Logo, a criação de ambientes de encontro e a realização dessas ações comunitárias fortalecem a rede de apoio culminando, assim, com a qualidade de vida desse usuário, visa o fortalecimento comunitário, contribuindo para o fortalecimento de redes de apoio social no cuidado à pessoa idosa, envolvendo, os diferentes atores e níveis de atenção.

Destaca-se, ainda, a estratégia de valorização do trabalho da equipe, conforme identificado na resposta: A equipe se dispõe a usar suas habilidades ao máximo e busca priorizar a formação de saúde da pessoa idosa sempre que possível"(profissional 10), a fala revela que o reconhecimento profissional no trabalho em serviço de saúde perpassa pelo comprometimento com o cuidado à saúde dos usuários do sistema.

A pesquisa em tela buscou analisar a gestão de trabalho em serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica, no Distrito Oeste da cidade de Manaus. Seguiu-se uma proposta de interrogação, investigação como ponto de perspectiva do SUS, diante da prática de planejamento, gestão e trabalho em saúde por meio de ações e serviços.

As análises e investigações se deram no contexto da prática do trabalho, centralizado na Atenção Básica, por isso, não podendo desassociar do cotidiano dos trabalhadores de saúde e gestores, para assim, produzir subsídios de pensar a prática a partir dos operadores da política de saúde quanto às suas experiências e vivências cotidianas (Bedin, 2013).

Diante disso, é importante considerar as especificidades de cada unidade de saúde com suas particularidades. Considerou-se as estratégias de gestão de acordo com as necessidades locais, e o envolvimento de gestores, profissionais, como coprodutores de conhecimento, como se processam a dinâmicas e, ao mesmo tempo, conhecer a realidade posta, bem como fazer proposições para que os sujeitos possam pensar sobre as implicações dos serviços, mediante as estratégias de gestão de trabalho em serviços de saúde na Atenção Básica do Distrito de Saúde Oeste da cidade de Manaus, voltados à pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas convergem para um entendimento crítico da complexa relação entre a questão da velhice, a saúde e a gestão do trabalho no contexto brasileiro, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, apresenta uma abordagem sobre o cenário da velhice no capitalismo contemporâneo, evidenciando crescimentos demográficos por meio de dados estatísticos censitários sobre o crescimento populacional da pessoa idosa, o processo de envelhecer e o direito à saúde.

Para Bravo e Menezes (2013), o SUS é uma conquista social, no entanto, mesmo com evidentes avanços nas dimensões da institucionalização das políticas sociais, no caso da política de saúde, persistem questões contraditórias, destacando-se as severas restrições aos gastos públicos que seguem uma ideologia da racionalidade neoliberal que culmina na baixa qualidade dos serviços prestados.

O contexto de políticas neoliberais e contrarreformas, impõe pressões significativas sobre os sistemas de proteção social, implicando nas políticas públicas, demandando uma atenção diferenciada, especificamente na política de saúde.

Ao situar a compreensão da Atenção Básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado, na perspectiva dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, revelam-se constantes desafios diante das necessidades específicas e crescentes dessa população.

Para tanto, necessita-se descortinar sobre o processo de envelhecimento que é visto pela ótica neoliberal como algo estigmatizado, de segregação, discriminação, estereótipos negativos, desvalorização, em uma lógica de centralidade do mercado e apresenta tal modelo como ideal para todas as relações sociais. Desaparecem os laços intersubjetivos, tornando as relações meramente como objeto de poder e descartado, direcionada à obtenção de alguma forma de lucratividade (Teixeira, 2008).

O estudo detectou que diante dos apontamentos tornam-se complexas as estratégias de resolutividade dos desafios apresentados, pois, vinculam-se a crise estrutural do sistema capitalista em um contexto de racionalidade neoliberal.

Assim, os dados revelam que esses desafios recaem sobre os operadores desse sistema, pois, trata-se, de organizar uma resposta social de uma demissão universal de atendimento em todo o país, em um contexto neoliberal.

Nesse sentido, corrobora com Scarparo e Martinez (2013) que a produção de conhecimento deve ser partilhada, debatida, discutida e transformada continuamente, mediante

a dialética de pensar e repensar o saber integrado à prática, sobretudo, contribuir com os usuários do sistema público de saúde ao socializar conhecimento produzidos a partir dos profissionais e gestores ao desenvolver os serviços prestados.

Diante da compreensão dos desafios multifacetados que envolvem a saúde da pessoa idosa, em uma conjuntura necropolítica, marcada por restrições de direitos e avanços da racionalidade neoliberal, intenta a capacidade de responder adequadamente por meio de políticas públicas às demandas de uma população que envelhece.

Nesse contexto, a Atenção Básica, como nível de atenção enfrenta o desafio de operacionalizar um cuidado integral e humanizado, o que está intrinsecamente ligado às condições de trabalho que emerge das transformações do mundo do trabalho na contemporaneidade.

Espera-se que os dados desta pesquisa possam culminar em reflexões sobre o assunto, trazendo visibilidade para a importância do tema, no que se refere aos serviços de saúde voltados à pessoa idosa, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Estatuto da Pessoa Idosa e todas as demais legislações brasileiras que preconizam o direito à saúde dessa população, tendo em vista que impactam diretamente a qualidade e a efetividade do cuidado à essa população, na preservação da autonomia e na promoção do envelhecimento com dignidade.

O resultado do estudo revela um panorama complexo de desafios e estratégias na gestão dos serviços voltados à pessoa idosa, que pontuam as dificuldades de acesso aos serviços especializados, evidenciada pela saturação do sistema de regulação que, emerge como um obstáculo crítico à resolutividade do cuidado. Essa limitação compromete o acompanhamento oportuno e o tratamento adequado das condições de saúde da população idosa, impactando negativamente a qualidade de vida.

Paralelamente, a necessidade de infraestrutura adequada, com espaços para atividades em grupo e o aumento do quadro de recursos humanos são apontados como demandas essenciais para a implementação de ações de promoção da saúde, prevenção e o estímulo aos hábitos saudáveis. A ausência de apoio familiar e a dificuldade em realizar visitas domiciliares frequentes, devido à escassez de profissionais, também se configuram como desafios significativos no acompanhamento integral da pessoa idosa.

Em contrapartida, as estratégias de enfrentamento identificadas pelas unidades de saúde demonstram um esforço para otimizar os recursos existentes e buscar soluções inovadoras, o fortalecimento da Atenção Primária, a capacitação contínua dos profissionais, a integração de cuidados e o incentivo à participação da comunidade são apontados como caminhos para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços; as ações coletivas e os grupos de apoio são

reconhecidos como eficazes para promover a interação social e a troca de informações, enquanto o acompanhamento individualizado, a busca ativa e o acolhimento buscam garantir a continuidade do cuidado à pessoa idosa.

Os impactos positivos das ações e serviços desenvolvidos na Atenção Básica, como a melhoria da qualidade de vida, a prevenção de doenças e o estímulo ao autocuidado, demonstram o potencial da atenção primária na saúde da população idosa.

Salienta-se que a gestão do trabalho em serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica do Distrito Oeste de Manaus é marcada por desafios estruturais significativos, no entanto, as inclinações dos profissionais nas implementações de estratégias criativas com o foco na integralidade do cuidado representam um esforço importante para garantir a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dessa parcela da população, em consonância com os princípios do SUS e os direitos da pessoa idosa.

Logo, as inferências e análises sugerem que para minimizar os obstáculos existentes, este cenário da saúde pública, requer um olhar atento dos gestores em todos os níveis, com investimentos adequados e aprimoramento contínuo dos fluxos e processos de trabalho.

A presente pesquisa ao analisar a gestão do trabalho nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa na Atenção Básica do Distrito Oeste de Manaus, desvela um cenário de desafios complexos, permeados por limitações estruturais, recursos humanos e dificuldades sistêmicas no acesso a serviços especializados e exames, evidenciado na saturação do sistema de regulação (SISREG), que emerge como um entrave significativo para a resolutividade do cuidado, impactando diretamente a qualidade de vida da população idosa usuária do sistema de saúde.

Ressalta-se que, apesar dos obstáculos explicitados, a pesquisa revela o engajamento e a criatividade dos profissionais e gestores da Atenção Básica que buscam estratégias como: a valorização da escuta qualificada; o acolhimento; a realização de ações coletivas e grupos de apoio; o acompanhamento individualizado e a busca ativa. Assim, demonstram um esforço para otimizar os recursos existentes, promover a interação social e o autocuidado desses usuários, considerando a articulação com outras instituições e o uso de espaços comunitários que representam iniciativas importantes para suprir a falta de infraestrutura adequada.

A compreensão sobre os direitos da pessoa idosa, amparada pelo Estatuto da Pessoa Idosa, permeia as práticas dos profissionais, impulsionando ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, a sobrecarga de trabalho, a falta de equipes multidisciplinares completas e a persistente carência de recursos humanos, influenciadas por um contexto macroeconômico de austeridade neoliberal e restrição de gastos públicos na área social, limitam o potencial de uma atenção verdadeiramente integral e resolutiva.

A pesquisa enfatiza a importância de considerar as especificidades locais e o conhecimento prático dos operadores da política de saúde, na busca por soluções estratégicas que esbarram em questões estruturais demandantes de um olhar mais amplo e de investimentos consistentes em recursos humanos, infraestrutura e na otimização dos fluxos de acesso aos serviços especializados que visam a efetivação dos direitos da pessoa idosa à saúde e a garantia de um envelhecimento saudável, ativo, que dependem de um compromisso contínuo com o fortalecimento da Atenção Básica e do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. **Envelhecimento Ativo: Desafio do Século**. São Paulo: ANDREOLI, 1ª ed, 2008.
- ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. **O QUE É SAÚDE** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.
- ALVES, Márcia Roseane Barreto *et al.* Processo de trabalho da Psicologia no SUS: desvelando à prática. TORRE, Raimundo Augusto Martins *et al* (org.) Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: Reflexões sobre a prática interdisciplinar em municípios cearenses. 1 ed. Curitiba, Editora Appris, 2021.
- AMBRÓSIO, Eliza Regina. Atuação do Assistente Social em Doenças Crônico- Degerativas na Atenção ao Idoso. In: SENA, Monica de Castro Maia (Org.). Serviço Social na saúde coletiva: reflexões e práticas. Rio de Janeiro. Garamond. 2012.
- AMAZONAS, Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEPLAN CTI/AM. “AMAZONAS EM MAPAS”, Secretaria de Estado de Planejamento, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEPLANCTI Departamento de Estudos, Pesquisas e Informações – DEPI Núcleo de Geoprocessamento – NGEI, Governo do Estado do Amazonas, Manaus, 2016.
- ANTUNES, Ricardo **O privilégio da servidão** [recurso eletrônico]: o novo proletariado de serviços na era digital / Ricardo Antunes. - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2018.
- BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues *et al.* Práticas e Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2020.
- BEAUVOIR, Simone de, 1908-1986. **A velhice** [recurso eletrônico]; tradução Maria Helena Franco Martins. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz K; MARTINEZ, Helena Aspesi. Experiência de Gestão em saúde: reflexões sobre a prática em um município do Sul do Brasil. In: SCARPARO, Helena Beatriz K; BEDIN, Dulce Maria. (Orgs). **Gestão em Saúde: experiências de campo e pesquisa com inserção social**. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: 9 ed. Cortez, 2011.
- BERZINS, Marília Viana. **Gestão das Velhices: Políticas Públicas e Serviços**. São Paulo Editora Senac, 2020.
- BERZINS, Marília Viana. A importância dos Conselheiros de Direito da Pessoa Idosa nas Políticas de Públicas. BERZINS, Marília Viana; BORGES, Maria Claudia. (Org.) **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.
- BOTREL, M. de O. *et al.* **Entre a Gestão Pública e a Gestão Social de Bens Culturais no Brasil**. ABET, Juiz de Fora, v.1, n.2, p. 41-54, jul. /dez. 2011.

BRASIL, Censo demográfico - 2022, Agencia IBGE notícias. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos> Acesso: 10/01/2024.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

BRASIL, Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília, dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS) / Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final /Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Decreto nº. 7.508/11- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Portaria nº. 2.436/17- 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), 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Portaria nº. 4.279/10 - Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 01 agosto de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília - Distrito Federal. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n. 33 de 23 de dezembro de 1992. Conselho Nacional de Saúde. Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União. 19 de out. 2006.

BRASIL, Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde; Revoga (RES. 333/03).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I: Regulação de Sistemas de Saúde do SUS: módulo 4: Redes de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação Assistencial e Controle. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]– Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, Lei nº 14.423, de 2022 - altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Diário Oficial da União - Seção 1, Brasília, 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil in: MOTA, Ana Elizabete da et al. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete Et Al, (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. In: EM PAUTA. **Revista da Faculdade de Serviço Social do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: jul. /dez 2022, n. 50, v. 20, p. 88 -108.

BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Participação social e controle social na saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. In: **Saúde, Serviço social, Movimentos Sociais e Conselhos desafios atuais**. 2º edição. São Paulo. Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; POTYARA, Amazoneida Pereira Pereira *et al* (org.). **POLÍTICA SOCIAL E DEMOCRACIA**. – 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BORGES, Maria Claudia Moura. A pessoa idosa no Sistema Único de Assistência Social (SUS). In: BENZINS, Marília Viana. *et al*. **POLÍTICAS PÚBLICAS** para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

BULGARELI, Jaqueline Vilela *et al*. Educação em Saúde. In: PERREIRA, Antonio Carlos *et al* **Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas** (Organizadores). – Águas de São Pedro: Livronovo, 2015.

CASARA, Rubens. **Contra a Miséria Neoliberal: racionalidade, normatividade e imaginário neoliberal**. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

CATUTA, Luiz Roberto Brito. Estrutura e organização do SUS. In: MANSO, Maria Elisa Gonzalez; ALVES, Júlio Cesar Magalhães. **Manual de Saúde Coletiva e Epidemiologia**. Martinari. 1ª edição. São Paulo, 2015.

DAGNINI, Renato. Gestão social e Gestão pública: interfaces, delimitações e uma proposta. In: Benini. Edi *et al*. **Gestão Pública e trabalho Associado: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Outras Expressões, 2011.

DARDENGO, Cassia Figueiredo Rossi; MAFRA Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? Revista de Ciências Humanas, vol. 18, n. 2, jul. /dez. 2018.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A NOVA RAZÃO DO MUNDO: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. Tradução de Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBERT, Guita G. **A Reinvenção da Velhice Socialização e Processos de reprivatização do envelhecimento**. 1ed. 3 reimpr – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 2020.

DELGADO, Mauricio Godinho. **CAPITALISMO, TRABALHO E EMPREGO: entre o paradigma da destruição e os caminhos de reconstrução**. 3. ed. — São Paulo, 2017.

EL KADRI, MR *et al*. **Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil**. Interface (Botucatu), 2019.

FARIA, Horácio. *Et al*. **Processo de trabalho em saúde** - 3a ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

FONSECA, António Manuel Godinho da. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: Conceitos Fundamentais. In: CAMPOS, Ana Cristina Viana; BERLEZI, Evelise Moraes; CORREA, Antonio Henrique da Mata. (Org.). **Envelhecimento: um processo multidimensional**. Ijuí: Ed. Unijuí, (Coleção envelhecimento: saberes e vivências; v. 1). 2014.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* O Território e a Territorialização na atenção Primária à Saúde. In: FORTUNA, Cinira Magali (Org.). **O Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde: Saberes e Práticas** – São Paulo, SP, Editora da Universidade de São Paulo, 2022.

FERNADES, Bruna Karen Cavalcante. *Et al.* Consulta de Enfermagem ao idoso na Atenção Primária: estudo reflexivo. In: DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório *et al.* **Atenção primária à Saúde: conquistas e desafios na produção de saúde coletiva.** Curitiba: CRV, 2021.

FRANCO, Túlio Batista; JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. O debate no campo da saúde coletiva.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007 (Saúde e Debate; 155).

GIACOMIN, Karla Cristina. Envelhecimento Populacional e os Desafios para as Políticas Públicas In: BENZINS, Marília Viana. *et al.* **POLÍTICAS PÚBLICAS** para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da Velhice.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

HERNANDES; Elizabeth SC; DOMINGUES, Marisa Accioly. O PBC no Contexto das Políticas de Proteção Social e seus impactos nas famílias com idosos. In: BERZINS, Marília Viana; *et al.* (Org.). **POLÍTICAS PÚBLICAS** para um país que envelhece. São Paulo, Editora Martinari, 2012.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) sociais. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro/2001.

IAMAMOTO, Maria Vilella. Serviço Social Brasileiro em Tempos de mundialização do capital In: YAZBEK, Maria Carmelita; IAMAMOTO, Maria Vilella (Orgs.) **Serviço Social na história: América Latina, África e Europa.** São Paulo: Cortez, 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2022), contém informações de Estatísticas Sociais Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021> Acesso em: 18/08/23.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Revista Retrato, idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Agencia IBGE notícias, 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo demográfico - 2022, Agencia IBGE notícias. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos> Acesso: 10 de dezembro de 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2022), contém informações de Estatísticas Sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021> Acesso: 18 de agosto de 2023.

KELLER, Suéllen Bezerra Alves. A Ascensão do Conservadorismo e o Esgotamento do Projeto Neodesenvolvimentista: Implicações profissionais ao Serviço Social. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social Doutorado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-Porto Alegre, 2019.

LUNA, Maria Rute de Souza; OLIVEIRA, Simone Eneida Baçal de. **O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise.** Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 91-106, jan.-jun./2010.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Seguridade Social e Saúde. In; SENA, *et al.* (Org.). **Serviço Social na Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

LOUREIRO, Violeta R. **Amazônia no século XXI: novas formas de desenvolvimento.** São Paulo: Empório do Livro, 2009.

LOUVISON, Marília Cristina Prado *et al.* ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA. In: BERZINS, Marília Viana; *et al.* (Org.). **POLÍTICAS PÚBLICAS** para um país que envelhece. São Paulo, Editora Martinari, 2012.

MACIEL, Josimar Sousa. *et al.* Educação Permanente em Saúde: A experiência do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde nos Municípios do Estado do Ceará. In: TORRE, Raimundo Augusto Martins (org.). *et al.* **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: Reflexões sobre a prática interdisciplinar em Municípios Cearenses.**

MANAUS, Secretaria municipal de Saúde (SEMSA). Dispõe sobre a apresentação da Secretaria. Manaus, 2024.

MANAUS, Secretaria municipal de Saúde (SEMSA). Plano Municipal de Saúde 2022-2025. (3º versão) Manaus, 2025.

MANAUS, Secretaria municipal de Saúde (SEMSA). Protocolo de Diretrizes Clínicas na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa /ESAP/MANAUS, 2023.

MANAUS, Secretaria municipal de Saúde (SEMSA). Programa Anual de Saúde (PAS). Manaus/AM, 2024.

MANAUS, Secretaria municipal de Saúde (SEMSA). Documento de Gestão de Saúde. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/instrumentos-de-gestao/> Acesso em: 25/04/25.

MIRANDA, Shirley Rosângela Meira de; SILVA, Roseane do Socorro Brabo da; SOUZA, Karla Christina Neves de. **Gestão Social no Contexto das Políticas Públicas de Saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde.** DRd – Desenvolvimento Regional em debate. Ano 3, n. 2, p. 135-153, jul. /dez. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, Edgar Nunes de *et al (org.)*, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

MORAES, Edgar Nunes de. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico]: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. - São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica de serviço social; v 1).

NETTO, José. Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª.ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011.

OLIVEIRA, Ricardo de. **Gestão Pública e Saúde**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2020.

OMS, World Health Organization. Global report on ageism. World Health Organization, 2021.

ONU, Organização das Nações Unidas, ONU News. **Perspectiva Global**. Reportagens Humanas, 2023. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992> Acesso em: 11/09/23

ONU, Nações Unidas no Brasil. Os objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 15/10/24.

PAIM, Jairnilson Silva, **REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva, **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PRADO, Tania Maria Bigossi. Proteção Social à Pessoa Idosa no Brasil. In: BENZINS, Marília Viana. *et al.* **POLÍTICAS PÚBLICAS** para um país que envelhece, São Paulo: Martinari, 2012.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

ROCHA, Roberto. **A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil**. Revista Pós Ciências Sociais vol. 6, nº11, 2009.

REIS, Inês Nascimento de Carvalho. A sala de espera como espaço reflexivo e o Serviço Social. In: SENA, Mônica de castro Maia *Et al.* (Orgs.) Serviço Social na Saúde Coletiva: reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

SANTOS, Irailde Ferreira dos *et al.* SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Marcos Históricos e Legais dessa Política Pública de Saúde no Brasil., **Revista Humanidades e Inovação** v.7, n.5 – 2020.

SANTOS, Renato Penha de Oliveira. **Novos e velhos desafios no cotidiano do trabalho na atenção primária à saúde no Brasil**. 1 ed. – Curitiba: Appris, 2022.

SILVA, José Agenor Alvares da Silva; ALVES, Sandra Mara Campos (org.). **Escritos de Saúde Coletiva**: coleção de estudos do doutor Luiz Carlos P. Romero. Brasília: Prodisa/Fiocruz Brasília, 2021.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3ª ed- São Paulo, Cortez (Coleção da Nossa Época; v.78), 2009.

SOUZA, Valtimar Carneiro de; JÚNIOR, Aldemir Santos. CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS IDOSAS FISICAMENTE ATIVAS E SUA RELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA FÍSICA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDs). Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia. BIUS N. °2 Vol. 6, 2015. Disponível: file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/seer,+Journal+manager,+2645-7538-1-CE%20(2).pdf Acesso em: 01/10/24.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira**. Argumentum, Vitoria (ES), v.1, n.1, p.63-77, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e Trabalho no Tempo do Capital Implicações para a Proteção Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **(Re) Visitando o Conceito de Gestão Social**. Editora Unijuí. ano 3, n. 5, jan./jun., 2005.

VACCANO, Stefania Becattini *Et al.* **Terceirização da Gestão na Saúde Pública**. Ed. Fiocruz (coleção Temas em Saúde), Rio de Janeiro, 2022.

VERAS, Renato. **A Longevidade da população: desafios e conquistas**. In Serviço Social e sociedade nº 75, ano XXIV, Editora: Cortez, São Paulo, 2003.

VIANA, Dirce Laplace. *Et al.* **Gestão do trabalho em Saúde**: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ, 2014.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ZUCCO, Luciana Patrícia; SENNA, Mônica de Castro Maia. Sistema Único de Saúde e Serviço Social: Um diálogo possível. In: SENNA, Mônica de Castro Maia; ZUCCO, Luciana Patrícia; LIMA, Ana Beatriz Ribeiro. **Serviço Social na Saúde Coletiva**: reflexões e práticas. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA AO GESTOR

TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE MANAUS

PESQUISADORA: Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira

ORIENTAÇÕES

Informar o objetivo da pesquisa.

Assegurar o sigilo, entregando o Termo de Livre Consentimento Esclarecido TLCE,

Instrumento nº. _____

IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Idade: 30 a 34 () 35 a 39 () 50 a 54 () 55 a 59 () 60 a 64 () 65 a 64 () 65 ou mais ()
3. Setor: _____
4. Cargo/Função: _____
5. Tempo efetivo do cargo/função: 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos 21 a 25 anos () 26 ou mais ()
6. Titulação: Doutorado () Mestrado () Especialização () Graduação ()
7. Formação: Serviço Social () Administração () Psicologia () Farmácia () Enfermagem () Medicina () outras
8. Qual seu regime de trabalho: Estatutário () Contratado () Terceirizado () temporário () Outros ()

PERGUNTAS:

1. Como é feito o planejamento em sua gestão?

2. Quais as ações e os serviços desenvolvidos nessa unidade de Saúde direcionados a pessoa idosa?

3. Quais são as demandas apresentadas pelas pessoas idosas na unidade de saúde?

4. Quais são as estratégias para o conhecimento das demandas das pessoas idosas usuárias?

5. Quais as resolutivas dessas demandas apresentadas por essas pessoas idosas da unidade de saúde?

6. Há canais de participação dos usuários para a organização do trabalho em sua unidade?

7. Quais são os desafios para a gestão? No que tange aos serviços de saúde voltados às pessoas idosas?

8. Quais são os procedimentos estratégias de enfrentamento a esses desafios como resolutividade?

9. Quais as implicações das ações, ou serviços no que se refere a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idoso atendida nessa unidade?

10. Há oferta de capacitação continuada aos profissionais da unidade?

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA AO PROFISSIONAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE
(ASSISTENTE SOCIAL, ENFERMEIRO, MÉDICO)

TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE MANAUS

PESQUISADORA: Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira

ORIENTAÇÕES

Informar o objetivo da pesquisa.

Assegurar o sigilo, entregando o Termo de Livre Consentimento Esclarecido TLCE,

Instrumento nº. _____

1. Sexo: Feminino () Masculino()
2. Idade: 30 a 34 () 35 a 39 () 50 a 54 () 55 a 59 () 60 a 64 () 65 a 64 () 65 ou mais ()
3. Cargo/Função: _____
9. Tempo efetivo do cargo/função: 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () 16 a 20 anos 21 a 25 anos () 26 ou mais ()
4. Titulação: Doutorado () Mestrado () Especialização () Graduação ()
5. Tempo de Formação: 1 a 5 anos () 6 a 10 () Mais de 10 anos ()
10. Qual seu regime de trabalho: Estatutário () Contratado () Terceirizado () Outros ()

PERGUNTAS:

1. Quantos profissionais fazem parte de sua equipe de trabalho na unidade de saúde?

2. Quais as demandas apresentadas pelas pessoas idosas usuários na unidade?

3. Quais os serviços desenvolvidos pela sua equipe nessa unidade de saúde voltado a pessoa idosa?

4. Quais as implicações das ações, ou serviços no que se refere a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idoso atendida nessa unidade?

5. Em sua função consegue desenvolver projetos voltado a pessoa idosa na instituição. Se sim. Quais?

6. Quais os desafios profissionais, no que tange a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idoso nessa unidade de saúde?

7. Quais são os procedimentos estratégias de enfrentamento a esses desafios visando a resolutividade?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCRARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa "GESTÃO DO TRABALHO NOS SERVIÇO DE SAÚDE À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NO DISTRITO OESTE DA CIDADE DE MANAUS" cujo pesquisador responsável é **Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira**, endereço: Travessa Mata de São João, 10 Conjunto Augusto Montenegro, Lirio do Vale II Cep:9038-390, telefone: (92) 994665901/ e-mail: professoraelianepatricia@gmail.com. Sob orientação da professora Dr^a. Yoshiko Sassaki, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I, CEP: 69077-000 - Campus Universitário Sen. Artur Virgílio Filho (Setor Norte), Bloco Mário Ypiranga Monteiro, 1º andar, do IFCHS.

Os objetivos do projeto são: **Geral:** Analisar a gestão de trabalho em serviços de Saúde voltado à pessoa idosa na Atenção Básica no Distrito Oeste da cidade de Manaus. **Específicos:** 1. Refletir sobre a organização e estrutura dos serviços de saúde voltada à pessoa idosa na atenção básica no distrito oeste. 2. Identificar as demandas da pessoa idosa quanto as ações e serviços nas unidades de saúde do Distrito Oeste na cidade de Manaus; 3. Contrastar a gestão do trabalho nos serviços ofertados à pessoa idosa e implicações na sua saúde nas Unidades de Saúde do distrito oeste.

O (A) Sr. (a) está sendo convidado porque seu exercício profissional nos serviços de saúde na Atenção Básica no distrito oeste da cidade de Manaus como informantes-chave pode oferecer importante contribuição para o estudo. O (A) Sr (a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa conforme o Item IV.3.d, da Res. CNS nº. 466 de 2012. Ressalta-se que para não prejudicar a rotina de trabalho o questionário poderá ser respondido em qualquer horário e local à escolha ficando a seu critério, desde que não atrapalhe de forma alguma os seus serviços na UBS, conforme prevê o Art. 5º da Resolução 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas para pesquisas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Caso aceite participar da pesquisa sua participação não é obrigatória, é voluntária e consiste em responder um questionário estruturada com perguntas sobre os serviços de saúde na atenção básica voltado à pessoa idosa na zona oeste na cidade de Manaus.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA



Toda pesquisa com seres humanos envolve **riscos** aos participantes, dessa forma, nesta pesquisa os riscos podem ser de ordem emocional, psicológica ou moral. Dessa forma, contudo a pesquisadora se compromete em minimizar tais riscos prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, o questionário serão perguntas impessoais e será respeitado o seu direito de não responder qualquer questão que não sinta confortável ou discorde.

Em caso de dano ou sofrimento psíquico decorrentes da pesquisa, o Centro de Serviços de Psicologia Aplicada – CSPA/UFAM o qual forneceu anuência e apoio à referida pesquisa, irá recebê-lo (a), proporcionando-lhe adequado atendimento psicológico. Endereço: Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Bloco X, Coroado I, Fone: (92) 3305-1181/ (92) 99222-2275. Caso seja comprovado que o (a) Sr. (a) sofreu qualquer dano resultante de sua participação na pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, conforme aponta a Resolução CNS nº 466 de 2012, V.7).

São esperados os seguintes **benefícios** com esta pesquisa: referem-se aos possíveis resultados a serem alcançados, tendo em vista que a mesma poderá sinalizar alternativas de melhoria aperfeiçoamento da gestão em saúde nos serviços voltados a pessoa idosa no Distrito Oeste da cidade da Manaus, por meio da materialização de conhecimento oriundo do estudo, o benefício do detalhamento do modo como está organizada a gestão do trabalho em serviço de saúde voltada à pessoa idosa nas UBS's possibilitando assim as melhorias à qualidade dos serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os benefícios podem ser caracterizados como diretos ou indiretos, pois os resultados poderão ser apresentados em encontros, revistas científicas e poderá contribuir para novas pesquisas sobre gestão do trabalho em saúde. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo resguardados em sigilo, garantimos ao (à) Sr (a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Para tanto, o principal benefício da pesquisa é produzir conhecimento referente a Gestão do trabalho dos serviços de saúde, dando visibilidade a saúde da pessoa idosa. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida (Res. 466/2012-CNS, IV.I.c).

Garantimos ao (à) Sr. (a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Estão assegurados ao (à) Sr (a)

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**



o direito a pedir indenizações para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Estão assegurados ao (à) Sr. (a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao (à) Sr. (a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

Garantimos ao (à) Sr. (a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O (A) Sr. (a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável: Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira a qualquer tempo para qualquer informação, ou pessoalmente no Programa de Pós-graduação em Serviço Social e no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS, conforme endereço apresentado acima.

O (A) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr. (a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Participante)

Página 3 de 3

_____ (Pesquisador)

ANEXO

ANEXO A – ANUENCIA ESAP/SEMSA.



ANUÊNCIA nº 58/2024 – ESAP/SEMSA

Manaus, 26 de junho de 2024.

TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

TÍTULO: Gestão do trabalho nos serviços de saúde à pessoa idosa na Atenção Básica no Distrito Oeste da cidade de Manaus.

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Eliane Patrícia Rodrigues de Oliveira

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal do Amazonas – UFAM

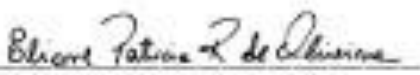
LOCAL(IS) DA PESQUISA: UBS Ajuncaba; UBS Bairro da Paz; UBS Deodato de Miranda Leão; UBS Dom Milton Correa; UBS Ida Mentoni; UBS Lindalva Damasceno; UBS Mansour Bulbol; UBS Rayol dos Santos; UBS Redenção; UBS Santo Antônio; UBS Santos Dumont; UBS São Vicente de Paulo; UBS Vila da Prata.

O(a) Pesquisador(a) está devidamente orientado(a):

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento do projeto deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que se comprometo em apresentar os resultados da sua pesquisa na Mostra Científica promovida, anualmente, pela ESAP/SEMSA e em submeter o resumo de seu trabalho de pesquisa para os anais do referido evento.
4. Que deve fazer referência, nos agradecimentos, ao apoio prestado pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as formas de divulgação, como nas publicações científicas e nos trabalhos apresentados em eventos de qualquer natureza e meio de comunicação.
5. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
6. Que após parecer consubstanciado do CEP deverá enviar cópia digitalizada para o e-mail: nupes.semsa@primam.gov.br, solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA** e aguardar a emissão do Termo de Autorização pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA para início da pesquisa de campo.

 **MÁRCIA POINHO ENCARNACÃO DE MORAIS**
Data: 26/06/2024 14:22:14-0700
Verifique em: <https://validar.fgov.br>

Márcia Poinho Encarnação de Moraes
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde
NUPES/DETEC/ESAP/SEMSA


Eliane Patrícia Rodrigues de Oliveira
Pesquisador(a) Responsável

768.057.002-72
CPF

28/06/2024
DATA

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO - ESAP/SEMSA.



AUTORIZAÇÃO Nº 56A/2024 – ESAP/SEMSA

Manaus, 03 de janeiro de 2025.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus – ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	Gestão do trabalho nos serviços de saúde à pessoa idosa na Atenção Básica no Distrito Oeste da cidade de Manaus.		
Pesquisador(a) Responsável:	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira		
Instituição:	Universidade Federal do Amazonas - UFAM		
Período da pesquisa de campo:	01/11/2024 a 15/01/2025	Locais da pesquisa:	USF Ajuricaba, USF Bairro da Paz, USF Deodato de Miranda Leão, USF Dom Milton Correa, UBS Ida Mentoni, UBS Lindalva Damasceno, USF Mansour Bulbol, USF Rayol dos Santos, USF Redenção, USF Santo Antônio, USF Santos Dumont, USF São Vicente de Paulo, USF Vila da Prata.
Nº do Parecer:	7.160.121	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Atores envolvidos	Gestor/diretor de cada unidade e profissionais de cada unidade.		

(O)A Pesquisador(a) se compromete:

1. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
 2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
 3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
 4. Manter sigilo das informações e identificação dos sujeitos e cenários da pesquisa, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados;
 5. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
 6. Fazer referência, nos agradecimentos, ao apoio prestado pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as formas de divulgação, como nas publicações científicas e nos trabalhos apresentados em eventos de qualquer natureza e meio de comunicação;
 7. **Apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria**, que ocorre anualmente, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas; bem como enviar o resumo do trabalho de pesquisa para os anais do referido evento.
- Salientamos que esta autorização deferida pelo **Comitê Científico** é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. Em caso de dúvidas, contatar este Nupes: (92) 98842-8247 ou nupes.semsa@manaus.am.gov.br.

Documento assinado digitalmente
MARCIA POINHO ENCARNACAO DE MORAIS
 Data: 03/01/2025 11:53:13-0300
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

 Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação
 NUPES/ESAP/SEMSA

Eliane Patricia R de Oliveira
 Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira
 Pesquisador(a) Responsável

768.057.002-72
 CPF

03/01/2025
 Local / Data

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM

Continuação do Parecer: 7.160.121

Outros	RESPOSTA_PARECER.docx	03/10/2024 14:11:37	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Outros	Declaracao_Psicologia.pdf	03/10/2024 14:10:30	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	10/07/2024 20:41:36	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/07/2024 01:18:01	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	05/07/2024 00:48:31	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Orçamento	Custos.pdf	05/07/2024 00:48:04	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	04/07/2024 23:21:44	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2024 23:20:03	Eliane Patricia Rodrigues de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 15 de Outubro de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))
Endereço: Rua Teresina, 4950**Bairro:** Adrianópolis**CEP:** 69.057-070**UF:** AM**Município:** MANAUS**Telefone:** (92)3305-1181**E-mail:** cep.ufam@gmail.com