

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO NORTE - RS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

**O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NO
ENVELHECIMENTO ATIVO**

ARTIGO DE REFLEXÃO

Juliano César Chaves

Picada Café, RS, Brasil

2015

O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ATIVO

Juliano César Chaves

Artigo de reflexão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, área de concentração em Gestão em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Organizacional Pública em Saúde.

Orientador: Prof. Dra. Alice do Carmo Jahn

Picada Café, RS, Brasil

2015

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte -RS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Especialização

**O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NO
ENVELHECIMENTO ATIVO**

elaborada por
Juliano César Chaves

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão Organizacional Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alice do Carmo Jahn, Dr.^a
(Presidente/Orientador)

Maria da Graça Porciúncula Soler, Me (UFSM)
(membro efetivo)

Pedro de Souza Quevedo, Dr. (UFSM)
(membro efetivo)

Susane Flores Cosentino, Dr.^a (UFSM)
(Suplente)

Picada Café, 05 de dezembro de 2015.

“ A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”

(Eduardo Galeano)

RESUMO

Monografia de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

O PAPEL DO GESTOR EM SAÚDE NO ENVELHECIMENTO ATIVO

AUTOR: JULIANO CÉSAR CHAVES

ORIENTADORA: ALICE DO CARMO JAHN

Data e Local da Defesa: Picada Café, 05 de dezembro de 2015.

O Objetivo deste documento é refletir acerca do papel do gestor em saúde no âmbito do envelhecimento ativo no sentido de promoverem os recursos necessários a manutenção da qualidade dos serviços de saúde do idoso. Contrariando o que se pensa, o envelhecimento é um ganho e um “trunfo” da sociedade do século XX, logo, ao assumir a velhice como uma nova fase de descobertas, é possível observar o velho como uma fonte de captação de recursos e não de gastos. É preciso estar bem embasado tecnicamente e saber das especificidades no processo saúde doença nos idosos. Por isso a existência de comprometimento, atenção, foco e interdisciplinaridade na formação de profissionais, bem como a sua atuação e continuidade de especialização com o apoio institucional e governamental, deve preconizar o respeito pelo envelhecimento. O gestor de saúde, no sentido do envelhecimento ativo, entraria com a tarefa de atuar em todas as esferas técnico-administrativas, compreendendo as dimensões de microgestão, mesogestão e macrogestão, de forma peculiar a cada uma. Conclui-se que a qualidade do atendimento, a implementação das políticas, práticas de saúde, etc., passam constantemente pelas mãos do gestor e, é por meio dele, que possui a responsabilidade na efetivação de políticas que vislumbrem o envelhecimento ativo. Uma gestão qualificada e comprometida com o envelhecimento ativo poderá traduzir-se na melhora da qualidade de vida de pessoas idosas e em processo do envelhecimento. O fortalecimento de atividades em todas as dimensões da gestão pode melhorar substancialmente a qualidade do atendimento da população idosa.

Descritores: Envelhecimento da População; Saúde do Idoso; Gestor de Saúde.

ABSTRACT

Graduate thesis
Post-Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

THE MANAGER'S ROLE IN HEALTH IN ACTIVE AGEING

AUTHOR: JULIANO CÉSAR CHAVES

ADVISOR: ALICE DO CARMO JAHN

Date and Place of defense: Picada Café, December 5th, 2015.

The objective of this paper is to reflect on the health manager's role in active aging in order to promote the necessary resources to maintain the quality of health services for the elderly. Contrary to common belief, aging is a gain and a "trump card" of the twentieth-century society, so to take old age as a new phase of discovery, you can see the old man as a source of fundraising and no costs. It must be well grounded technically and know the specifics in the health disease in the elderly. So the existence of commitment, attention, focus and interdisciplinarity in the training of professionals as well as its performance and continuity of expertise with institutional and government support, should advocate respect for the aging. The health manager in the sense of active aging, enter with the task of acting in all technical and administrative spheres, including the dimensions of micromanagement, and medium, macro-management, in a peculiar way to each. It is concluded that the quality of care, policy implementation, health practices, etc., constantly pass through the hands of the manager and it is through him that has the responsibility for the execution of policies that envisage active aging. A qualified management committed to active aging could consist in improving the quality of life of older people and aging process. Strengthening activities in all aspects of management can substantially improve the quality of care of the elderly population.

Descriptors: Demographic Aging; Health of the Elderly; Health Manager.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	8
RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
Pensando o envelhecimento ativo no século XXI: superação da imagem negativa no envelhecimento	9
O Envelhecimento Ativo	11
Desafios do envelhecimento ativo e gestores: a interdisciplinaridade na formação dos gestores para o envelhecimento ativo	11
A gestão da atenção para o envelhecimento ativo	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	16

INTRODUÇÃO

Ao final do século XX, observou-se uma transição demográfica e epidemiológica abrupta em todo mundo (DE ANDRADE SCHRAMM, 2004). No Brasil, para Wong e Carvalho (2006), este fenômeno vem se expandindo de forma ainda mais rápida a exemplo de outros países em desenvolvimento. Nesse sentido, apontam Carvalho e Garcia (2003) que o Brasil pode chegar a ser o sexto país no mundo em quantidade de idosos. Esse aumento da expectativa de vida aconteceu, principalmente, em função dos investimentos e melhoramentos nas condições sanitárias e tecnológicas, modificando o panorama dos agravos que acometiam os indivíduos, ou seja, de agravos infecciosos e parasitários para problemas crônicos e degenerativos (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, doenças respiratórias crônicas, etc.) (WONG; CARVALHO, 2006; LEBRÃO, 2007; VERAS, 2011).

Aquela população que há poucos anos produzia bens e prestava serviços envelheceu, passa a requerer o desenvolvimento de políticas públicas de saúde condizentes com as demandas geradas pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros. O mais preocupante, de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas, contudo, é constatar que com o aumento da população idosa são gerados inúmeros desafios políticos, econômicos e sociais (como criação de políticas que estimulem a proteção e aumento da prevenção e reabilitação do idoso, garantia plena de renda) aos gestores de Estado, desafiando os gestores da área da saúde, no que tange o real acesso dos idosos ao atendimento de saúde e com qualidade (UNFPA, 2012).

Além do desafio aos gestores, paralelamente destaca-se a importância na preparação de recursos humanos qualificados e capacitados na perspectiva do envelhecimento ativo (E.A.). Sob esta ótica, Britto et al. (2013) destacam a necessidade de adequação dos serviços para atender as demandas deste novo segmento populacional, tanto quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto a presença de profissionais capacitados para atender as pessoas idosas.

Nesse sentido, é importante pensar e defender a manutenção do envelhecimento saudável, incentivando as pessoas idosas para que permaneçam ativos socialmente, exercendo sua autonomia e independência funcional, e que sejam respeitados seus direitos de cidadania.

Fernandes e Botelho (2007) explanam que o processo de envelhecimento é determinado pela forma como os indivíduos administram a sua saúde, isto é, mediante a

adoção de estilos de vida saudáveis e pelo acesso aos cuidados de saúde em todos os níveis de atenção, da atenção primária a alta complexidade.

Os frutos deste processo resultam no E.A. tem servido como uma das principais ferramentas sociais contrapondo o paradigma de velhice como significado de agravos a saúde. O conceito de E.A. foi proposto pela Organização Mundial de Saúde na década de 1990, definindo-o como um “processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem” (WHO, 2005).

Com isso, reveste-se de importância o papel dos gestores na promoção do envelhecer ativo e com um trabalho integrado e em equipe, qualificando o cuidado as pessoas idosas, assim como garantir o acesso a todos os serviços de saúde.

O trabalho e visão do gestor são fundamentais na coordenação e aplicabilidade de políticas públicas para os idosos como também, em acolher com sensibilidade os problemas identificados que os envolvem, racionalizando a aplicabilidade de recursos (AMARAL, 2011; DE SANTANA, 1993; KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

O desafio está posto a sociedade como um todo, em especial aos gestores de saúde no sentido de promoverem os recursos necessários a manutenção da qualidade dos serviços de saúde vislumbrando o E.A. Assim, neste trabalho, será realizada uma reflexão acerca do papel do gestor em saúde no âmbito do E.A., além de possuir objetivos específicos no que concerne pensar a gestão em saúde para o idoso, distinguir o envelhecimento do envelhecimento ativo e demonstrar as dimensões de atuação do gestor público em saúde dentro do envelhecimento ativo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo/reflexivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa, além da percepção do autor a respeito do assunto abordado. A obtenção dos dados realizou-se por meio da pesquisa de capítulos de livros e artigos da área da saúde coletiva e administração, tendo como critério de inclusão aqueles que abordassem o tema gestor público e envelhecimento ativo. Os termos da busca foram “envelhecimento ativo”, “gestor em saúde no envelhecimento ativo”, e “ gestor em saúde”. O buscador principal foi a base de dados SCIELO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensando o envelhecimento ativo no século XXI: Superação da imagem negativa no envelhecimento

O envelhecimento por muito tempo foi caracterizado por um período de perdas do ser humano. Uma visão impregnada de negativismo e pré-conceitos. Existem inúmeros conceitos a respeito do envelhecimento e da velhice, sendo que um deles diz que, o envelhecimento é um processo de desenvolvimento normal que proporciona alterações estruturais funcionais e químicas, consequentes de fatores internos e externos ao indivíduo (DOS SANTOS, ANDRADE; BUENO, 2009).

Diferenciando o envelhecimento da velhice vemos que esta é a última fase do ciclo vital, que é delimitada por eventos de natureza múltipla como perdas motoras, afastamento social e especialização cognitiva, no sentido de limitá-la (NERI, 2004 apud ROLIM, 2005).

Não seria por menos afirmar, neste sentido, que o envelhecimento provoca modificações de diversas ordens nas pessoas, tanto sociais, físicas, econômicas e na saúde (SANTOSI, 2010; LACOURT; MARINI, 2006).

Para Tolotti (2007) “ao considerar a velhice uma categoria social e cultural não homogênea, depara-se com o fato de que cada sociedade constrói diferentes práticas que constituem uma diversidade de representações sobre o envelhecimento”. A mesma autora defende que a velhice não possuiria uma definição generalista, ou seja, um conceito válido para todos, mas há fatores que se sobrepõem a esta conceituação que seriam diferenciação individual e as distinções regionais, que neste ponto definiriam o lugar social e a interação cultural do idoso (TOLOTTI, 2007).

De fato, sabemos hoje que costumes, habilidades e posturas adquiridas durante a infância e juventude influenciam fortemente o processo de envelhecimento. Ao longo do tempo, ganha relevância uma nova visão de velhice, não a caracterizando como um período de perdas, tal que segundo Neri (2004) “ao contrário do que se pensa, é possível a preservação e ganhos evolutivos em determinados domínios do funcionamento, como o intelectual e o afetivo, sendo este último capaz de atuar de maneira compensatória sobre as limitações cognitivas”.

O envelhecimento é um ganho e um “trunfo” da sociedade do século XX, devido ao sucesso das políticas voltadas à saúde, porém muitos acreditam ser um problema, e de fato, só será um problema caso não sejam elaboradas políticas e programas que promovam um E.A., que integrem os direitos e necessidades das pessoas com idade superior a 60 anos (MILNITZKY; SUNG; PEREIRA, 2004).

Ao assumir a velhice como uma nova fase de descobertas é possível observar o velho como uma fonte de captação de recursos e não de gastos (TORNSTAM, 1992 apud DEBERT, 1997). Aliado a estes fatos, verificamos um discurso e o incremento na propagação de modalidades de enfrentamento para viver um E.A.. Debert (1997) é precisa quando diz que existe um aumento na construção de novas imagens do envelhecimento levando a outra construção, o da terceira idade.

São inúmeros os fatores e práticas da vida que induzem ao que poderíamos chamar de envelhecimento saudável e feliz. Estes comportamentos e práticas fazem parte do cotidiano do indivíduo, podendo influenciar substancialmente no alcance de um desenvolvimento bem-sucedido da velhice (MATSUDO, MATSUDO; BARROS NETO, 2001; MENEZES; FIGUEIREDO, 2007).

A velhice passa, então, de uma etapa estática e passiva dos acontecimentos da vida a um patamar dinâmico, produtivo e engajado ao dia a dia da própria vida. Assim:

A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos.
(DEBERT, 1999, p. 14).

No Brasil, com a mudança da imagem social da velhice, é possível presenciar sua inclusão na agenda de políticas públicas governamentais, o que proporcionou alterações sociais cabais aos idosos. Um exemplo disto, é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), que introduziu a criação de um ambiente para que o envelhecimento se desenvolva com qualidade.

Assim, é importante a atuação do Estado na proteção dos direitos dos idosos, mas isso por si só não é o bastante, é preciso que o “Estado, família e sociedade comunguem pelo princípio da solidariedade para com os idosos, de forma a atuarem sempre articulados para a valorização do idoso enquanto integrante do meio social.

O Envelhecimento Ativo

Para a Organização Mundial da Saúde – WHO - (2005) a palavra ativo do termo é provida de um significado amplo referindo-se à “participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis”, além disso, inclui neste significado aquele a conotação de fisicamente ativo.

Teixeira e Neri (2008) afirmam que envelhecer bem envolve múltiplos fatores, incluindo individuais, psicológicos, biológicos e sociais, onde o bem-estar subjetivo é o componente mais importante para avaliar o “sucesso” do indivíduo. Envelhecer com sucesso seria estabelecer e alcançar metas pessoais pautadas na realidade durante o curso de vida. Chegar aos oitenta e aos cem já é algo palpável. A principal dúvida se estabelece na condição de ofertar maior qualidade com dignidade nesses anos a mais na vida das pessoas (PASCHOAL, 2005).

Dados internacionais e brasileiros convergem quanto aos seguintes aspectos, na definição do construto do E.A.: a) físico: saúde física, capacidade funcional, capacidades de autocuidado, autocontrole de fatores de risco como álcool e tabaco e envolvimento com atividades físicas; b) social: engajamento em atividades de lazer, trabalho, satisfação com a carreira, suporte social, amigos e família e ter uma pensão adequada; c) emocional: satisfação com a vida geral e com a saúde em particular; d) pessoal: ter atitudes favoráveis ao envelhecimento e senso de controle e motivação para transmitir conhecimentos a pessoas mais jovens (STRAWBRIDGE, WALLHAGEN; COHEN, 2002, FLECK, CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003 apud RIBERO, 2009).

Desafios do envelhecimento ativo e gestores: a interdisciplinaridade na formação dos gestores para o envelhecimento ativo

O aspecto formação do novo gestor de saúde pública é apenas um dos atributos dentro do preparo para o E.A. Ceccim e Feuerwerker (2004) esclarecem que a formação engloba componentes subjetivos, habilidades técnicas, objetivos que transformem o profissional em consonância com a organização laboral em paralelo com os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), sedimentando a sua atuação no pensar do processo de trabalho para acolher esta população especial.

Cohen (2002) enfatiza que os profissionais recém-formados nas faculdades detêm as competências mínimas para a operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos, o que implicaria em inconformidades na identificação dos riscos de fragilização desta população (perda de autonomia e independência funcional), na utilização de medidas preventivas, promocionais e de reabilitação as pessoas idosas.

Tendo em vista esta dificuldade, Motta e Aguiar (2007) destacam a importância na diversificação de cenários na formação profissional daqueles envolvidos na atuação junto ao envelhecimento, revelando a redução dos preconceitos, o aumento do contato com pessoas idosas, facilitando a atenção e a postura do profissional da saúde para com o envelhecimento do usuário e do seu próprio.

É preciso estar bem embasado tecnicamente e saber das especificidades no processo saúde doença das nos idosos, pois a apresentação dos agravos pode ser confundida com outros agravos, normais no processo do envelhecimento, mascarando-se o problema de saúde que acomete a pessoa idosa. Ou seja, não apresentando os sinais clássicos, sendo frequente a superposição de enfermidades crônicas e na forma de síndromes, as chamadas síndromes geriátricas. Por isso a existência de comprometimento, atenção, foco e interdisciplinaridade na formação de profissionais, bem como a sua atuação e continuidade de especialização com o apoio institucional e governamental, deve preconizar o respeito pelo envelhecimento, encarando-o como parte do ciclo de vida, e que as pessoas sejam cuidadas por uma equipe multidisciplinar, para abordar e avaliar os aspectos funcionais e cognitivos (MOTTA; AGUIAR, 2007).

A gestão da atenção para o envelhecimento ativo

Além de existir uma transição demográfica etária Omran (1971) apud Lebrão (2007) cita a existência paralela de uma transição epidemiológica, dividindo-a teoricamente em três fases: a) idade da pestilência e da fome: onde as taxas de mortalidade se estagnaram em níveis altos e permeavam doenças epidêmicas como diarreia, pneumonia e gripe; b) idade da regressão das pandemias: neste há um aumento significativo na qualidade de vida, saneamento básico, tecnologia médica e conseqüente diminuição de mortalidade em recém-nascidos e mulheres, elevando a expectativa de vida; c) idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem: seria o ápice do histórico epidemiológico, há equilíbrio na mortalidade em todas as faixas etárias, sendo que as mortes acontecem em virtude de doenças

e agravos crônicos não transmissíveis, tais como doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias.

Vale salientar que a transição demográfica e a transição epidemiológica são diferentes, visto que há uma variação na morbidade e mortalidade na transição epidemiológica, estudando a relação entre elas.

Conforme verificado na terceira fase da transição epidemiológica supracitada, surgem dificuldades estruturais, para Veras (2011), já que nem todos os idosos poderão ter o acesso pleno ao buscarem o tratamento, além disso, permanecerão por maior tempo internados. Isso contraria o modelo vigente de cuidado, pois este é estruturado de uma maneira a atender os episódios agudos o que na prática é mais barato. Com a elevação da intensidade com que os serviços de saúde são usados pelo número crescente de idosos, há projeções indicando dificuldades futuras no enfrentamento das doenças desta população no Brasil.

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos. Com ênfase nos níveis básicos. (VERAS, 2011).

Evidencia-se, no entanto, que a resposta social do atual sistema de saúde baseia-se na lógica das doenças agudas e não nas doenças crônicas, gerando uma atenção fragmentada e que mobiliza a maior parte dos recursos e esforços na atenção terciária. Sendo imprescindível, por outro lado, para uma plena gestão de doenças crônicas, fortalecer a atenção primária, as estratégias de promoção da saúde e gestão da atenção aos pacientes com condições complexas o que maximizaria o uso adequado dos recursos financeiros, humanos e materiais, melhorando o atendimento e o acesso à saúde (SHEA et al., 2008).

O gerenciamento da saúde do idoso ativo possui uma abordagem sócio-política que apoia a manutenção de um período mais longo dele no mercado de trabalho e na estrutura produtiva social (reduzindo os custos no sistema de pensões), participando ativamente das ações políticas e comunitárias, reduzindo a sobrecarga dos sistemas de apoio social e de saúde (RIBEIRO, 2012).

O gestor de saúde no sentido do E.A. entraria com a tarefa de atuar perante as seguintes dimensões, conforme Garcia (2011) infere:

[...] macrogestão, referindo-se a formulação de políticas e programas, com enfoque populacional; a mesogestão, relacionada às atividades de condução de uma

organização, com orientação nos processos de gestão de recursos humanos, materiais e institucionais; e a microgestão, reunindo a coordenação dos processos e do fluxo de atendimento direcionados ao público alvo: idoso, família e alvo das intervenções. Juntas, essas dimensões se propõem a oferecer ferramentas de gestão dos diferentes objetos de intervenção da Gerontologia: idoso; velhice; e o processo de envelhecimento. (GARCIA, 2011, p.2).

Dentro deste modelo Gerontológico proposto por Ribeiro (2012), que se diferencia dos modelos (médico assistencial privatista e médico de atenção gerenciada), expostos por Giovanella (2008), existem pontos desafiadores à gestão para haver a estabilização do envelhecimento de forma global, tais como: 1) a unificação da linguagem dos profissionais responsáveis pela atenção ao idoso; 2) alteração da modelagem de saúde baseada nos atendimentos agudos, contemplando a atenção em médio e longo prazo; 3) fortalecimento das redes de atenção para fortalecer os sistemas de apoio social e saúde; 4) uso de tecnologia georeferenciadas para qualificar as intervenções medicamentosas e psicossociais na saúde física e mental do idoso; 5) valorização do idoso como ator principal no desenvolvimento de sua saúde e doença (RIBEIRO, 2012).

Existiriam também cinco outros pontos desafiadores dentro do E.A.: a) a dupla carga, considerando as doenças transmissíveis, ainda existentes no Brasil e as não transmissíveis que se manifestam com o avançar do envelhecimento; b) aumento de portadores de necessidades de cuidado, baseado na evolução das doenças degenerativas e incapacitantes com o passar dos anos; c) utilização dos apoios formais (Estado, políticas) e informais (família, amigos e comunidade) no enfrentamento das possíveis consequências epidemiológicas e sociais da velhice; d) feminização da saúde e consequente discriminação social enfrentada por esta população em comparação à masculina; e) enfrentamento ético e contra as iniquidades, que diz respeito e apatia com o qual é tratado o estado de velhice, seja por gênero ou idade (SILVA, 2015).

Estes desafios se manifestam, de maneira a aumentar as dificuldades do futuro gestor amplamente, exigindo dele uma cultura de trabalho integrada com outros setores, um preparo técnico bem estruturado e uma rede de cuidados e atenção funcionais, considerando sua atuação em macros, meso e microgestão.

Souza (2009) diz que o gestor dentro da microgestão deverá acompanhar os processos de trabalhos, melhorando os serviços por meios de elaboração de normas e rotinas, contratação de empresas, capacitação dos trabalhadores, dotação de recursos financeiros, manutenção e conservação do patrimônio, bem como aliar as áreas técnica e financeira, a fim de atingir os objetivos propostos.

Mendes (2010) propõe que a implantação de redes de atenção em saúde pode ser uma alternativa viável para agenciar mudanças na organização e gerenciamento do sistema de saúde.

Rocha (2003) descreve inúmeras tarefas ligadas à gestão da demanda assistencial, onde há tarefas de gestão; tarefas de direção; tarefas de regulação setorial; tarefas no desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública, conforme Organização Pan-americana da Saúde (2002); tarefas no financiamento; tarefas da cobertura previdenciária; tarefas de prestação de serviços; desenvolvimento da gestão demonstrando o rol de conhecimento necessário para uma plena gestão que qualifique os serviços de maneira positiva para o público

Diante destas colocações, o gestor em saúde dentro do E.A. deverá estruturar a atenção básica de maneira a prepará-la para acolher as demandas de saúde que mais acometem os idosos, sem “esquecer” dos atendimentos de caráter agudo num patamar de microgestão, melhorando o acesso e a qualidade do atendimento; promover a saúde do idoso, envolvendo a sociedade e à família no desenrolar das atividades cotidianas, impulsionando campanhas, instrumentos e planos plurianuais com a participação popular em seu planejamento e implementação à nível de mesogestão e na macrogestão: implantar academias ao ar livre para a terceira idade, campanhas de saúde do homem e da mulher, programas de incentivo ao trabalho do idoso pelas empresas, fortalecimento das redes de atenção para o atendimento do idoso, programas de qualificação permanente dos profissionais que trabalham com o envelhecimento, facilitação da participação do idoso em eventos ligados a promoção e prevenção da saúde (ROSA, 2012; SOUZA, 2009; DUARTE, 2010; PALACIOS; NARDI, 2007).

Para que o profissional possa atuar num ambiente de aumento da demanda no atendimento de doenças crônicas, em virtude do E.A., é necessário muito mais que o preparo profissional, mas sim a quebra de paradigmas culturais historicamente impostos, vivenciando cenários e práticas resolutivas dos cotidianos ambulatoriais.

O desenvolvimento de práticas interdisciplinares envolve flexibilização dos mandatos sociais e revisão das legislações profissionais, bem como a ampliação destas práticas na formação dos profissionais, buscando uma nova profissionalização capaz de enfrentar novos desafios teórico-práticos. Inclui a integração do ensino-pesquisa-extensão, a democratização da hierarquia institucional e a possibilidade de quebra das defesas corporativas, permitindo a troca e o aprendizado. (VASCONCELOS, 2002, p.162)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão na área da saúde é uma atividade cotidiana que passa na mão de vários profissionais desta área, por isso sua interdisciplinaridade. Para tornar efetivas as políticas de saúde, o gestor precisa possuir um arcabouço intelectual e atualizado, saber trabalhar com outros profissionais, além de estar pautado em boas práticas para que atenda o seu público com eficácia.

A qualidade do atendimento, a implementação das políticas, práticas de saúde, etc., passam constantemente pelas mãos do gestor e, é por meio dele, que possui a responsabilidade na efetivação de políticas que vislumbrem o E.A. Uma gestão qualificada e comprometida com o E.A. poderá traduzir-se na melhora da qualidade de vida de pessoas idosas e em processo do envelhecimento. Assim, deseja-se que o olhar seja direcionado para as singularidades das pessoas que envelhecem, permanecendo inseridos na família e sociedade o maior tempo quanto possível e contribuindo com as gerações no sentido de desmitificar que o envelhecer significa perdas onerando os serviços de saúde. O fortalecimento de atividades em todas as dimensões da gestão (microgestão, mesogestão e macrogestão) podem melhorar substancialmente a qualidade do atendimento da população idosa, tornando o E.A. uma ferramenta propulsora que dá esperança àqueles que ainda não chegaram na velhice.

REFERÊNCIAS

AMARAL AEEHB. Gestão de Pessoas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores.

Política e gestão pública em saúde. São Paulo (SP): Hucitec Editora; 2011. p.553-85.

BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de out de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 28 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro**. Portaria n.o2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica – NOB/96. Diário Oficial da União, Brasília, p.22932, 6 nov. 1996. Seção 1MARTINS, Rosa Maria.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 8 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

BRITO, Maria da Conceição Coelho et al. Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. saúde pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura CM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COHEN HJ. Geriatric education: a model for integration. In: Proceedings of the 28th Annual Meeting Association for Gerontology in Higher Education. Pittsburgh, USA; 2002. The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education. New York, Washington, USA: Association for **Gerontology in Higher Education**; 2002. p. 1-23.

DE ANDRADE SCHRAMM, Joyce Mendes et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. 2004.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência gerontológica. **Mundo saúde (Impr.)**(1995), v. 29, n. 4, p. 566-574, 2005.

DE SANTANA, José Paranaguá. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. OPS, 1993.

DEBERT GG. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Rev Bra Cienc Soc** 1997; 12(34):39-56.

DOS SANTOS, FH; ANDRADE, VM BUENO, OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol. estud.** vol.14 no.1 Maringá Jan./Mar. 2009.

FERNANDES, Ana Alexandre; BOTELHO, Maria Amália. Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. In: **Fórum Sociológico**. 2007. p. 11-16.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio** (Resumo Executivo). Nova York, 2012.

GARCIA, G.G. (2001). Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Revista Panamericana de Salud**, 9(6), 406-412.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

HOUAISS, Antônio. **da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: **Departamento de Ciências da Administração/UFSC**, 2010.

LACOURT, Marcelle Xavier; MARINI, Lucas Lima. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 1, 2006.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 549, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 549, 2011.

MILNITZKY, C.; SUNG, F.; PEREIRA, R. M. Políticas públicas e envelhecimento: conquistas e desafios. *Revista a terceira idade*. São Paulo: **Sesc-Geti**, v.15, n.31, p.54-69, set. 2004.

MENEZES FIGUEIREDO, Vera Lygia. Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 12, nov. 2007.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-72, 2007.

NERI, Marina Liberalesso. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. **Psico-USF**, v. 9, n. 1, p. 109-110, 2004.

OPS – La Salud Pública en las Américas – Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción – Washington D.C. 2002.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Poletto; NARDI, Antonio Carlos Figueiredo. Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá. **Saúde para Debate, Rio de Janeiro**, n. 40, p. 71-76, 2007.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Desafios da longevidade: qualidade de vida. **Mundo saúde (Impr.)(1995)**, v. 29, n. 4, p. 608-611, 2005.

RIBEIRO, Oscar. O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, p. 33-52, 2012.

RIBEIRO, Pricila Cristina Correa et al. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 501-509, 2009.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **A gestão da saúde no Brasil**. Ribeirão Preto, 2003.

ROLIM, Flavia Sattolo; FORTI, V. A. M. Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento. **Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas/Unicamp, Campinas**, 2005.

ROSA, D. E. Desafios da Gestão em Serviços Geriátricos de Saúde. **CEPPG.**, nº 26, p.153-159, 2012.

SANTOSI, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica ontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SHEA, Katherine K.; SHIH, Anthony; DAVIS, Karen. Health Care Opinion Leaders' Views on Health Care Delivery System Reform. **Commonwealth Fund**, 2008.

SILVA, Thays Nunes. As políticas públicas voltadas ao idoso: uma análise à luz dos princípios do mínimo existencial e da reserva do possível. 2015.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 911-8, 2009.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D.; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.

TOLOTTI, Márcia . A estigmatização do envelhecimento. In: Vania Beatriz Merlotti Herédia; Dino Roberto Soares De Lorenzi; Alcindo Antônio Ferla. (Org.). **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. 1ed. Caxias do Sul - RS: EDUCS - Editora da Universidade de Caxias do Sul, 2007, v. 1, p. 9-213.

VERAS, Renato P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 14, n. 4, p. 779-86, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 2005.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v.23, n.1, p. 5-26, 2006.