

OS CUIDADOS DAS CATEGORIAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

THE CARE OF CHRONIC CATEGORIES IN PRIMARY HEALTH CARE

Laureana de Lima¹
Jedida Melo²

RESUMO

O presente estudo tem como alvo focar as redes de atenção à saúde, direcionando que esses sistemas passam por uma mudança demográfica acelerada. Desse modo, a população brasileira, mesmo com baixas taxas de fertilidade, vai seguir se desenvolvendo nas próximas décadas, como resultado dos modelos de fertilidade anteriores. Porquanto, uma população em processo acelerado de envelhecimento constitui um aumento atinente às condições crônicas por que tais condições de saúde comprometem mais os segmentos de idade mais elevada. Em contrapartida, na expectativa epidemiológica, o país passa por uma forma de mudança especial, distante da dos países desenvolvidos. No que se refere, a análise epidemiológica, considera-se o conceito de qualidades de saúde, agudas e crônicas, que difere da tipologia mais habitual que vem a ser doenças transmissíveis e agravos não transmissíveis. Porquanto, as condições crônicas abrangem todas as enfermidades crônicas, e mais as enfermidades transmissíveis de curso longo, tais como a tuberculose, hanseníase, HIV-aids e tantas outras. A metodologia utilizada foi a da revisão bibliográfica que facilitou a compreensão dos assuntos relacionados ao tema objeto do estudo, tendo também sido uma oportunidade para conhecer a opinião de diversos autores, especificamente sobre o tema. E, por fim a conclusão, alegando que o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, passou a assegurar ao cidadão brasileiro o ingresso social aos serviços de saúde. A partir do ano de 1994, o SUS passou a adotar o Programa Saúde da Família (PSF) assim, como estratégia para reorganizar a atenção básica à saúde, apresentando como objetivo a promoção o melhor desempenho no acolhimento e prevenção de enfermidades.

Palavras-chave: Cuidados, Atenção Primária da Saúde, Qualidade de Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to focus on health care networks, directing that these systems undergo an accelerated demographic change. Thus, the Brazilian population, even with low fertility rates, will continue to develop in the coming decades, as a result of previous fertility models. Because an aging population is an increase in the chronic conditions, because such health conditions further compromise the older age groups. On the other hand, in the epidemiological expectation, the country undergoes a special form of change, far from that of developed countries. Regarding the epidemiological analysis, the concept of acute and chronic health qualities is considered, which differs from the more common typology that are transmissible diseases and non-communicable diseases. Chronic conditions encompass all chronic diseases, and long-term transmissible diseases such as tuberculosis, leprosy, HIV-AIDS, and so on. The methodology used was that of the bibliographic review that facilitated the understanding of the subjects related to the subject of the study, and was also an opportunity to know the opinion of several authors, specifically on the subject. And, finally, the conclusion, claiming that the Unified Health System (SUS), instituted by the 1988 Constitution, started to guarantee the Brazilian citizen the social entrance to health services. Starting in 1994, the SUS began adopting the Family Health Program (PSF) as a strategy to reorganize basic health care, with the objective of promoting better performance in the reception and prevention of diseases.

Keywords: Care, Primary Health Care, Health Quality.

¹ Aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Superior Interamericano de Ciências Sociais.
Email: analima0811@yahoo.com.br

² Professora Dra. Orientadora do Instituto Superior Interamericano de Ciências Sociais.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a crise dos sistemas de atenção à saúde, a qual se apresenta em todos os países mundo, em maior ou menor grau, deriva de um contrassenso em meio a uma situação de mudança demográfica, de transição epidemiológica completa e de dupla ou tripla carga de enfermidades nos países em desenvolvimento.

Entretanto a epidemiologia contemporânea apresenta que, as dificuldades na saúde prevaletentes atualmente, determinados em terminologias de conflitos sanitários e econômicos, apresentam-se em volta das condições crônicas. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde recomenda de forma decisiva, porquanto os sistemas de saúde dominantes em todo mundo mostram-se em falha, porque não estão acompanhando a convergência de declínio dos problemas agudos e de elevação das condições crônicas.

Desse modo, pode-se afirmar que, os fatores externos aos sistemas de atenção à saúde, transformam em ritmos mais acelerados que os fatores internos, os que se encontram sob a administração setorial. Assim, os sistemas de atenção à saúde não apresentam a capacidade de adequar-se, às mudanças contextuais. Convém ressaltar que, a mudança da situação de saúde, conjuntamente com outros fatores tais como o progresso da ciência, tecnologia e econômico, passa a definir a mudança da atenção à saúde. Em razão disso, em qualquer sociedade, faz-se necessário haver uma coerência em meio a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. Pois, no momento que tal coerência se rompe, instala-se a crise nos sistemas de atenção à saúde.

1.1 A atenção à saúde fundamentada na população

Vê-se, portanto, que, a atenção à saúde fundamentada na população vem a ser a capacidade de um sistema em constituir as necessidades de saúde de uma população característica, sob seu encargo, conforme os riscos, de implementar e analisar as intervenções sanitárias que, são atinentes a essa população e também proporcionar o cuidado para as pessoas, frente o contexto de sua cultura e de suas prioridades.

No que se refere o discernimento da população quanto a uma rede de atenção à saúde, abrange um procedimento complexo, estruturado em diversos momentos, sob o encargo essencial da atenção primária¹.

Em reforço a esse posicionamento compreende-se que, a edificação social das redes de atenção à saúde, para ser coerente necessita de ser suportada por dados de qualidade, proporcionada por apropriados sistemas de informação em saúde.

Para tanto, os sistemas logísticos tornam-se soluções tecnológicas, intensamente aportadas nas tecnologias de informação, a que assegurem um aparelhamento coerente dos fluxos e contra fluxos de dados, e pessoas nas redes de atenção à saúde, comportando um sistema eficiente de menção e contra referência das pessoas ao longo dos pontos de atenção à saúde como também dos sistemas de auxílio, nas redes de atenção à saúde².

Acrescente-se que, a direção prática institui uma incumbência e uma visão nas organizações, que vem a ser, definir objetivos e metas que precisam ser atingidos para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolvimento da capacidade de gestão necessária para delinear, monitorar e avaliar a atuação dos gerentes e da organização. Também a direção das redes de atenção à saúde, no SUS, precisa ser realizada por meio de disposições interfederativos, coesas com o federalismo cooperativo que se exercita no Brasil³.

1.2 A Performance no cuidado médico em atenção primária à saúde

No ano de 2002, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sistematizou um conjunto de indicações que apresentavam por finalidade precaver e conter as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) nas Américas. Tal ação aponta a implicação dos serviços e profissionais de saúde como um instrumento essencial e sustentável de intervenção nas sociedades, notadamente na prevenção das DCNT no que diz respeito a combater aos seus fatores de risco⁴.

Nesse sentido, o envolvimento da Atenção Primária à Saúde junto à estratégia sugerida pela iniciativa passa a ser de extremada importância. Pois, se faz necessário distinguir o perfil dos profissionais desse nível de atenção e seu desempenho acerca dos usuários, com o intuito de que se delineiem estratégias de combate às DCNT, estratégias apropriadas à realidade de cada sociedade. Comportando desse modo, os recursos humanos dados essenciais da qualidade do cuidado à saúde proporcionado à população. Frente a isso, avalia-se o conhecimento e a atuação dos médicos na rede de Atenção Primária à Saúde, no que se refere à prevenção e manipulo de fatores de risco para DCNT em adultos⁵.

Há de se considerar, também que diferentes fatores podem intervir na atuação médica, entre eles, o formação técnico, a satisfação com o trabalho, a receptividade entendida aos norteamentos proporcionados, como também a própria formação acadêmica. Para tanto a

formação dos recursos humanos vem a ser um fator categórico da qualidade do cuidado apresentado à população. Entretanto, aponta-se que os médicos constituídos na área de saúde coletiva, seguem mais ações preventivas nas consultas e consomem mais tempo abordando modificação de estilo de vida, confrontados aos médicos de outras particularidades⁶.

Por esse posicionamento, uma opção para atravessar tais dificuldades comportaria no incentivo ao trabalho multidisciplinar, em que diferentes profissionais se apresentassem capacitados a nortear os pacientes no que se refere aos fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissível (DCNT), otimizando assim o tempo da consulta médica. Igualmente, alternativa constituiria a realização de intervenções comunitárias ligadas aos próprios serviços de saúde, estimulando assim a adoção de hábitos benéficos de qualidade de vida².

Porquanto, a falta de tempo nas consultas, distinguida como um dos fundamentais empecilhos para a prática preventiva, o que pode apresentar-se associada à insatisfação, pois esses profissionais trabalham em tempo comprimido, sem chance de atuar em outro emprego e dessa forma harmonizar sua renda.

Observa-se ainda que, outra provável implicação da falta de motivação pode encontrar-se no baixo número de consultas quanto a prevenção primária em meio aos pacientes não portadores de DCNT ou seus fatores de risco, porquanto, esse tipo de procedimento vem a ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde⁷.

1.3 Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde

Vale destacar, que o atual desenvolvimento de sistemas de saúde em diversos países do mundo, evidencia-se como um conjunto diferenciado de ações assentadas por entendimento seletivo, e por um entendimento mais abrangente.

Existindo respectiva da conformidade no emprego do termo, Atenção Primária em Saúde (APS), existem concepções a respeito de sua essencial definição. Porquanto emprego do termo, Atenção Primária à Saúde (APS) apregoa o entendimento de uma atenção ambulatorial não capacitada, proporcionada por meio de unidades de saúde de um sistema, que se distingue pela ampliação de conjunto bastante diferenciado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que abrange países, como no Brasil⁸.

Portanto, por trás desse atinente consenso, apresentam distintos entendimentos a respeito de seu real significado. E assim, em determinados países, a atenção primária vem a ser explicada como um programa focado e seletivo, que proporciona serviços, conforme

apontado como finalidade de responder a determinadas precisões de grupos de população de baixa renda, ainda sem assegurar possibilidade de ingresso a outros recursos do sistema⁹.

1.4 A Atenção Primária à Saúde no Brasil e o seu desenvolvimento

Faz-se oportuno ressaltar que, a expansão dos centros de saúde atrelados às Secretarias de Estado da Saúde na década de 1960 com ação direcionada para a atenção a saúde e também para o desenvolvimento de atuações de saúde pública, compreendendo o enfrentamento das amplas epidemias.

Para tanto, a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de métodos gerenciais e sanitários sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem demarcados, pelas quais adota a responsabilidade sanitária, atendendo a diligente existente no território em que habitam tais populações. Frente a isso, a Atenção Básica avalia o sujeito em sua individualidade, tanto na complexidade como também na integralidade e na inclusão sociocultural, buscando assim, a elevação de sua saúde, a prevenção e tratamento de enfermidades a redução de agravos ou de consternações que possam afetar suas possibilidades de viver de modo saudável e com qualidade ¹⁰.

Na contemporaneidade, quanto aos desafios presentes no SUS, precisa-se avaliar a ações e serviços de saúde como prioridade, respondendo de maneira apropriada às necessidades de saúde dos brasileiros.

1.5 Coordenação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS

Em linhas gerais, esta abordagem pretende mostrar que, as redes de atenção à saúde são percebidas como disposições organizativas de unidades funcionais de saúde, onde Passam a ser desenvolvidos métodos de diversas densidades tecnológicas que, associados por meio de sistemas de apoio e de gerenciamento, buscam assegurar a integralidade do cuidado.

Diante dessa perspectiva, torna-se essencial deliberar um conjunto de iniciativas norteadas à qualificação, aparelhamento e conexão de composições ou processos em cada um desses campos sempre avaliando a atuação principal da Agências da Previdência Social – APS¹¹.

Para tanto, tais iniciativas, focalizadas na APS, necessitam apreciar a conformação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes, e a edificação de novas unidades onde houver precisão, também a implantação de mecanismos de valorização e

planos de desenvolvimento de seus profissionais com vistas a beneficiar a integração dos exercícios profissionais e a assegurar a continuidade assistencial¹².

1.6 Avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro

A Atenção Primária em Saúde (APS) apresenta-se como essencial para a efetividade dos sistemas de saúde e para assegurar melhoramentos na qualidade de saúde da população. Sendo a longitudinalidade atributo central e exclusivo da APS, porquanto trata do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico ou equipe, para os diversos casos de doença e cuidados preventivos¹³.

No que se refere ao atendimento a tal propriedade, apresenta tendência de gerar diagnósticos e tratamentos com mais exatidão, também a diminuição dos encaminhamentos sem necessidades de processos de maior complexidade. Quanto ao termo continuidade do cuidado, vem a ser empregado com significação semelhante ao de longitudinalidade.

Acrescente-se a isso o entendimento de que, o embasamento hierárquico para a significação do termo constituiria a continuidade informacional, descrita como reunião organizada de conhecimento médico e social de cada paciente, disponível aos profissionais de saúde que cuidam do mesmo. Todavia, como toda a informação sobre o paciente não comportaria satisfatória na garantia da continuidade do cuidado com um provedor, nesse sentido, em nível da hierarquia encontra-se a continuidade longitudinal onde o paciente precisa receber a maioria dos cuidados de saúde, de onde o mesmo sinte-se bem no ambiente e o observe como referência ao longo do tempo⁷.

1.7 Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde

Reformas que vem substituindo o entendimento seletivo no acesso por sistemas nacionais de saúde com acesso universal concebem uma condição que proporciona condições mais adequadas no que se refere à organização de redes assistenciais integradas. Porquanto, torna-se importante distinguir as racionalidades dominantes nas recomendações de integração. Pois, as redes como opção para o planejamento de políticas passaram a se apresentar como um fenômeno mais presente com a globalização econômica, o que transformou os processos produtivos, agregando-se assim à maior flexibilização, relação e interdependência em meio as organizações, e igualmente que as mudanças atuais do Estado atribuem padrões de gestão que sugerem parcerias em meio a entes estatais, organizações sociais como também empresariais⁸.

A implementação do SUS colaborou pouco, porém, para a vinculação da saúde nas regiões que agregam diferentes municípios, pela pouca evidência proporcionada à regionalização. Entretanto, a publicação, em 2001, da Norma Operacional da Assistência à Saúde, apresentou como uma das suas fundamentais finalidades para preencher essa lacuna, assim proporcionando destaque à obrigação de formação de redes integradas⁴.

Frente a isso, a regionalização voltou com mais eficácia à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006. Nesse sentido, foi aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699, portanto, o Pacto se nomeia a suprir o formato austero da NOAS por pactuação mais maleável, que implique em edificação de disposições que colaborem para a regionalização e o aprimoramento de redes¹⁴.

1.8 Importância e benefícios para os usuários de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde

Tomando por base esse aspecto, observa-se que as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde apresentam condição estrutural mais apropriada para realização da integralidade da atenção e assim diminuem os custos dos serviços por ocasionar uma maior racionalidade sistemática no emprego dos recursos.

A otimização dos recursos, as redes de atenção à saúde apresentam ter sido avaliadas como um extraordinário fator de racionalização de custos e melhor aplicação da oferta assistencial disponível. Porém, faz-se necessário considerar o acesso mais facilitado dos indivíduos ao processo assistencial, na busca de uma estabilização com escala-intento, porquanto, o acesso, assim como a eficácia econômica, vem a ser igualmente uma parte essencial da qualidade na saúde.

Convém observar que, outro aspecto respeitável vem a ser a relação em meio aos graus de atenção da rede assistencial. Na qual, a modelagem para delinear tais graus não precisa ser na forma que comumente estabelece os serviços de APS e os demais, em complexidade elevada, da base para o alto³.

Ainda que, as redes não necessitem essencialmente de territórios determinados, isso concebe uma evidente vantagem, entretanto, essa condição beneficia uma significação das responsabilidades que competem a cada serviço localizado no território e igualmente melhor delineamento intersetorial para intervenção de saúde por meio de relação com as políticas públicas.

Compete enfatizar que, os serviços que compõe as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde apresentam como finalidade preencher as necessidades ambulatorial especializada, hospitalar, de apoio diagnóstico, de auxílio farmacêutico e de deslocamento. Desse modo, a distribuição de tais pontos nas regiões de saúde precisa acatar discernimentos de economias de escala, finalidade e acesso.

No que concerne a expansão, ocorreu pelos municípios, levados pelo governo federal por cessões de recursos financeiros através de impulsionamentos para inserir serviços e programas, porém existem indicações de que existe um colapso nessa configuração de expansão.

2 UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA

O aumento da expectativa de vida na atualidade vem concebendo um proveito expressivo para a sociedade e apresenta repercussões nos âmbitos sociais e de saúde. Porém, ainda no que se refere à saúde, observa-se que a inquietação com as enfermidades infecto-contagiosas perde lugar para a alta incidência das condições crônicas¹⁵.

Compreende-se também que, das dificuldades que se convive para conter os problemas crônicos de saúde, e alto número de ocasionados que buscam as instituições de saúde, com constância, precisando de tratamento para os mesmos sintomas. Diante disso, pode-se entender que o padrão atual do sistema de saúde encontrar-se mais centralizado no tratamento de casos agudos, e pouco contrapõem às condições crônicas.

Faz-se necessário deixar claro o entendimento de que, os serviços de assistência à saúde encontram-se presentes no dia-a-dia das famílias que convivem com o cuidado ao idoso com doença crônica de diversas maneiras. O entendimento da sociedade brasileira vem a ser de que o atendimento em saúde é problemático, de custo alto, e de má prestação de cuidados. Porquanto, verifica-se que, os idosos, em seu habitual, convivem com os diferentes empecilhos para garantir qualquer amparo por meio dos serviços de saúde, além da falta de uma assistência apropriada.

Desse modo, compreende-se que o envelhecimento populacional do país atribui novos desafios para o governo, uma vez que suas propriedades são de exporem enfermidades crônicas e múltiplas, que persistem por longo tempo e passam a necessitar de cuidados constantes, também uso de medicações ininterruptamente, determinando igualmente novos processos de planejamento e gerência dos serviços de assistência à saúde, nesse sentido, garantindo ao idoso a prosseguimento do seu acolhimento.

Pode-se afirmar que, outro problema encarado pelas famílias vem a ser atinente aos medicamentos, porquanto, além do abastecimento ser limitado, e não se encontram disponíveis na farmácia das unidades básicas de saúde.

Vale salientar que, tal categoria indutiva manifesta determinada circunstância que a família avalia como significando falhas na atuação das instituições e dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso. Assim, enfoca-se a necessidade de profissionais competentes para a prática das ações recomendadas para a Atenção Básica.

As ações de Promoção da Saúde, que, com constância, suplantam a área de Saúde, apresentam duas grandes vantagens, as quais podem diminuir a incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT, o que vem a ser melhor do que combatê-las no momento que já alojadas e havendo ainda destaques, decisivos, as quais tais ações venham a ser elevadamente custo-efetivas¹⁵.

Assim sendo, no que se refere ampliar tais ações, o Plano tem por objetivo atingir no ano de 2022, uma prevalência do uso do fumo de somente 10,0% e de 5,0% no ano de 2040. Nesse sentido, essas ações vêm sendo seguidas em diversos países no intuito de diminuir o consumo de alimentos não saudáveis, e hábitos influenciados por interesses comerciais e econômicos. De maneira mais ampla atualmente, a suposição passa a ser que o controle dos fatores de risco para as DCNT poderia guiar o Controle do Tabaco. Portanto, o Brasil, poderá desempenhar comando nas articulações internacionais no sentido de se deliberar uma convenção-quadro para o controle do álcool.

Em linhas gerais, observa-se que talvez o maior desafio para o êxito do Plano apresente-se no eficaz enfrentamento das crescentes epidemias globais. Diante disso o Plano aprecia iniciativas importantes, contudo faz-se necessário assegurar-las e ampliá-las no curto prazo. Também outro grande desafio passa a ser desenvolver o leque de tais ações no intuito de ampliar a promoção a população brasileira. Dessa forma, como a obesidade tornou-se uma enfermidade social, a sociedade apresenta a necessidade de ser "tratada" de forma eficaz. Igualmente outra parte importante do Plano vem a ser o cuidado clínico total pertinente às DCNT. Para tanto, outros aspectos respeitáveis para o modelo de atenção vem a ser o cuidado centrado na pessoa e não na enfermidade, desempenhado por equipe multiprofissional, disposto em redes de atenção à saúde e delineado para melhor acolher pessoas com circunstâncias crônicas. Embasada nas melhores proeminências disponíveis, tais cuidado apresentam por necessidade proporcionar remédios comprovadamente de custo-efetivos, desempenhar ações de promoção da saúde e capacitar os portadores de enfermidades crônicas para seu auto manejo.

Porquanto, o Plano aprecia um anexo de ações aos quais abrangem vigilância, monitoramento e análise de programas, políticas e tecnologias de saúde, como ainda a produção de novos conhecimentos acerca da causa, tratamento ou atenção dessas enfermidades.

2.1 Circunstâncias compassivas à atenção primária

As internações por circunstâncias compassivas à atenção primária concebem condições de saúde que facultam apresenta o risco de hospitalização sem necessidade diminuída, em razão de ações eficazes da atenção primária. Assim sendo, tais internações apresentam-se sendo utilizadas como identificador do ingresso e qualidade da atenção básica, no entanto, não há consenso no que se refere a enfermidades, as quais precisam fazer parte de tal identificador¹⁶.

Frente a isso, essas atividades, apresentam-se como a prevenção de enfermidades, o diagnóstico e o tratamento de patologias agudas, como ainda o acompanhamento de patologias crônicas necessita ter como condição a diminuição das internações hospitalares por tais dificuldades¹⁰.

Dessa forma, as altas taxas de internações por circunstâncias sensíveis à atenção primária em uma população, podem apontar sérios problemas de ingresso ao sistema de saúde ou de sua atuação. Resulta daí então que, descomedimento de hospitalizações passa a conceber um sinal de alerta, o qual pode vir acionar mecanismos de avaliação e a procura de esclarecimentos para o fato. Diante disso, trata-se, de um identificador fundamental para monitoramento e a avaliação.

No entanto a estratégia tem como objetivo buscar maior entendimento na utilização dos níveis assistenciais e com isso apresenta resultados positivos a respeito da avaliação dos usuários, dos administradores como igualmente dos profissionais de saúde.

2.2 Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde

Na América Latina, a segmentação e a fragmentação apresentam como razão importante ao entendimento seletivo para o ingresso aos serviços, que ocasiona importantes lacunas na assistência e ausência de segurança na continuidade do cuidado. Destacam ainda que, em diversos países do continente latino-americano o foco da Atenção Primária à Saúde (APS), limitada a população de baixa renda e composta de um pacote básico de serviços, e a

não garantia do ingresso aos níveis de maior complexidade passam a serem fatores importantes¹⁷.

Quanto ao Brasil, a edificação do Sistema Único de Saúde diminuiu a segmentação na saúde ao vincular os serviços de União, estados, municípios como também os da assistência médica previdenciária do extinto INAMPS. Porém, a consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, instituiu a universalização do ingresso, originou a descentralização/regionalização e conexão com formação de redes assistenciais como direcionamentos imprescindíveis.

O SUS necessita se estabelecer em redes, segundo ordena a Constituição e, portanto, esse tema encontrou-se presente, de forma explícita ou tácita, na agenda da reforma sanitária a partir de seu início. Porquanto, o processo de descentralização com proeminência na municipalização na década de 1990 tem sido objeto de análise. Pode-se verificar que, a implementação do SUS colaborou pouco, porém, para a integração da saúde nas regiões que associam diferentes municípios, em razão da diminuta ênfase proporcionada à regionalização¹⁷.

Conforme¹⁸, enfocam três aspectos que avaliam serem proeminentes. Sendo, o primeiro vem a ser o da integralidade no seu sentido perpendicular, que implica a procura das precisões dos usuários a partir de uma visão absoluta, expandido, buscando capturar holisticamente o que pode favorecer sua saúde nos seus contatos com os distintos pontos do sistema. O segundo vem a ser o da integralidade horizontal, em que se comprova que as respostas às necessidades dos usuários comumente não são alcançadas em um primeiro ou exclusivo contato com o sistema de saúde, existindo necessidade de contatos seriais, com distintos serviços e unidades, e monitorização da direção de uns aos outros. Para tanto, o terceiro refere-se à intercâmbio em meio a políticas públicas e, assim sendo, à intersetorialidade. Ou constitua que, as redes de atenção à saúde não precisam ser limitadas ao setor saúde, precisando com isso compreender políticas de outros setores associados às definitivas do processo saúde-doença.

Convém observar que, esses diferentes sentidos, que se adicionam para uma significação mais completa da definição de integralidade em saúde, passam a ser ainda mais proeminentes no momento que se aprecia o progressivo desenvolvimento das enfermidades crônicas em consequência do envelhecimento da população mundial e de transformações no estilo de vida atual. Desse modo, pode-se afirmar que, em linhas gerais que, para acolher a essas necessidades, os serviços necessitam constituir conexões mais estáveis e demoradas com os usuários e estabelecer estruturas que venham garantir longitudinalidade, por meio de

linhas de cuidado que compreendam prevenção e promoção e direcionem os usuários no seu seguir nas redes de atenção à saúde.

No que é atinente, a otimização dos recursos, as redes de atenção à saúde vem sendo avaliadas como um enorme fator de racionalização de gastos como também de melhor aplicação da oferta assistencial disponível. E, é nesse sentido que, em sistemas com tal aparelhamento, os recursos facultam ser mais bem aplicados com quanto, sejam aprimoradas as estruturas de inclusões tecnológicas e de ingresso dos usuários aos diversos serviços, como ainda de aquisição de economias de escala e finalidade na composição e organização desses.

Diante de tal perspectiva, faz-se necessário levar em consideração ingresso mais facilitado dos indivíduos ao processo assistencial, procurando um equilíbrio deste com escala/escopo, porquanto, que o acesso, assim como a eficácia econômica, vem a ser um componente indispensável da qualidade em saúde. Quanto à modelagem para articular tais níveis não precisa ser na forma que comumente localiza os serviços de APS, e os outros, em complexidade crescente, da base para o topo.

No que diz respeito à implementação de linhas de cuidado para as enfermidades que mais prevalecem e de projetos terapêuticos que acolham necessidades mais individuais da população da área, passam a serem imprescindíveis para a qualificação do cuidado. Porquanto, as linhas de cuidado vêm a serem estratégias comumente empregadas para ordenar a atenção de enfermidades crônicas, e também são essencialmente as normas que norteiam os usuários a respeito dos caminhos preferenciais que precisam seguir e ainda procedimentos a serem adotados para apresentarem suas necessidades apropriadamente acolhidas.

Faz-se oportuno frisar que, os sistemas de governança abrangem o conjunto das disposições institucionais imperativas para a colaboração das instituições, organizações que compartilham das redes de atenção à saúde. A direção regional compreende as atividades de organização, gerenciamento e financiamento da saúde na região e apresenta como objetivo edificar sugestões que venham causar aos participantes a integração e transparência na administração e cumprimento das ações de saúde, permitindo o controle da sociedade a respeito dos processos. Frente a esse cenário, observa-se que, financiamento em volume minimamente satisfatório passa a ser uma das condições fundamentais no que tange uma boa administração, entretanto, as redes de atenção à saúde ordenam igualmente um apropriado sistema de estímulos para que os prestadores de serviço passem a aderir aos escopos determinados para o trabalho em rede.

2.3 Suficiência de recursos assistenciais

Ainda que, a cobertura assistencial no SUS, tenha se acrescentado nas duas últimas décadas, os recursos continuam sendo insuficiente para acolher às necessidades da população. Mesmo que, o desenvolvimento tenha se dado quase apenas pelos municípios, levados pelo Governo Federal por transferências de recursos financeiros por meio de incentivos para inserir serviços e programas, há indicativos de que existe um colapso nessa forma de expansão, a qual se expressa no desenvolvimento dos custos, pois, tais estímulos cobrem somente parte dos custos de implantação.

É observado como apropriado que os governos centrais busquem induzir os campos subnacionais a praticar as políticas necessárias para a concretização de um sistema de saúde extensivo a todo o território nacional. Assim sendo, para assegurar a integração do conjunto das políticas e o caráter apropriado dos recursos transferidos, os mecanismos de ordenação precisam ser instituídos. Nesse sentido, a trinômia indução, autonomia e ordenação precisa apresentar uma estabilização para que as relações em meio aos entes federados façam-se harmônica. Pois, o excesso de interferência da década de 1990, em especial posteriormente o vigor da NOB SUS 01/96, constituiu um dos fatores enormes da ampliação não amparada dos recursos assistenciais do SUS¹⁸.

2.4 Avaliação do cuidado prestado a pacientes

É insuficiente o conhecimento, sobre o processo de cuidado em nível primário de assistência à saúde. Como também são poucos os serviços em que a atividade fundamenta-se em programas de saúde. Observando que a mudança demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nas últimas décadas no Brasil, assenta o cuidado a pacientes com enfermidades crônicas em nível de prioridade, junto também a atenção materno-infantil¹⁷.

Ainda que, sem a formulação de programas característicos de cuidado, o acolhimento de pacientes portadores de enfermidades crônicas vem se autuando nos serviços de atenção primária. No que concerne, a avaliação da condição atual do cuidado de pacientes diabéticos ao grau primário, torna-se elemento primordial para o estabelecimento de metas e comportamentos que acolham à população de forma eficaz.

2.5 Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente

As estratégias de Atenção Primária à Saúde passou a ser intensificada na última década, e ações para fortalecê-la constituem-se parte das reformas de saúde em vários países europeus e latino-americanos. No Brasil, Atenção Primária em saúde vem a ser um termo que abrange distintas interpretações, a qual localiza dois entendimentos predominantes, tais como cuidados ambulatoriais e também a política de reorganização do padrão assistencial de forma seletiva ou ampliada¹⁴.

Entretanto, os entendimentos seletivo e ampliado de atenção primária subentendem demandas teóricas, ideológicas e práticas muito caracterizadas com consequências diferenciadas no que se refere às política praticadas e à segurança do direito universal à saúde. Para tanto, tais entendimentos, implicam em distinto padrão assistencial, porém não se conforma em estratégia de reorganização do aparelho com um todo. Assim sendo, subentende exclusivamente programas com finalidades limitadas para garantir determinadas necessidades de grupos populacionais em extremada miséria, com soluções de menor densidade tecnológica e sem chance de ingresso aos níveis auxiliares como também terciários.

Entretanto, verifica-se que no Brasil, a situação é mais complexa, porquanto o princípio convencionalmente universal ampliou cobertura para extensas parcelas populacionais antes sem direito ao ingresso, com oferta diversificada de serviços, embora que insuficiente. Portanto, o contemporâneo processo de renovação da Atenção Primária à Saúde, estimulado pelas agências multilaterais em saúde, faculta ser uma chance de projetar necessárias modificações no padrão assistencial, gerando estratégias de cuidados menos agressivas e mais dialógicas ocasionando assim autonomia para os sujeitos como tolerado pelo eixo democrático/participativo da Atenção Primária à Saúde.

2.6 Humanização na Atenção à Saúde

As práticas de amparo, políticas, estratégias e ações governamentais direcionadas para a saúde do idoso, tornou-se diretriz da tão proclamada Política Nacional de Humanização, entretanto esses pacientes encaram, ainda, diversas barreiras para garantir alguma assistência à saúde. Ainda, a falta de informação e desrespeito aos cidadãos da terceira idade adiciona-se a falta de investimentos públicos para acolhimento às necessidades especiais dessa população, também a ausência de programas característicos e de recursos humanos¹⁹.

Faz-se oportuno destacar que, o envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno global e, no Brasil, as transformações se apresentam de maneira drástica e bastante acelerada. No que tange, as projeções mais conservadoras sugerem que no ano de 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que estima número superior a 30 milhões de pessoas¹⁰.

Hoje se têm verificado, nas relações que a sociedade estabelece com o idoso, não somente uma transformação de valores, contudo uma ampliação da esperança de vida, onde o idoso passa ser digno de cuidado e atenção característica. Tal transformação se deve ao desenvolvimento tecnológico que a medicina apronta junto ao seu crescente avanço, beneficiando a longevidade e colaborando, como um dos fatores para o avanço expressivo da população idosa, passando as enfermidades crônicas a serem encaradas com mais alívio do que no passado.

Porém, a falta de informação soma-se a precariedade de investimentos públicos para acolhimento às necessidades especiais da população idosa, como também a ausência de instalações adequadas, e a falta de programas exclusivos para o idoso⁶.

3 CONCLUSÃO

Diante do exposto observa-se que a administração dos sistemas e serviços de saúde no Brasil comporta um grande desafio para a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS). Convém observar que, houve um desenvolvimento das ações e dos serviços proporcionados, contudo, ainda apresenta-se distantes da rede contínua de cuidados integrais, imprescindível para associar as diversas fases de atenção, no que tange otimizar a aplicação dos recursos do SUS e concretizar sua legalidade junto aos usuários.

Entretanto, vale ressaltar que a transformação do perfil demográfico e epidemiológico da população, evidenciando-se o envelhecimento e a elevada prevalência dos agravos e enfermidades não transmissíveis, aumenta os desafios para os sistemas de saúde. Desse modo, tais agravos necessitam convivência espaçada dos usuários com os profissionais de saúde e avigoram o comprometimento de projetos cuidadores que beneficiem a conservação e ampliação da sua autonomia.

Assim sendo, além de o usuário tomar um novo desempenho na produção da saúde, passam a serem imprescindíveis disposições que proporcionem o prosseguimento da atenção e que venham beneficiar a integralidade do cuidado. Igualmente a articulação em meio os

serviços dos diferentes graus de atenção vem a ser um desafio enorme, agravado pelo fato de apresentarem-se aparelhados e financiados.

Desse modo, isso passa a implicar uma limitada resolubilidade, e perda de qualidade da atenção proporcionada ao usuário.

Ainda que as melhoras dos sistemas de saúde nos anos 90 abordassem os problemas de uma probabilidade economicista, reduzindo assim os problemas às demandas financeiras, de insuficiência ou má distribuição de recursos. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde 2006 igualmente apresenta a ideia da regulação, e das linhas de cuidado como opções para articular administração do sistema e produção do cuidado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou demonstrar sua preocupação frente a qualificação das equipes de saúde para adotarem os encargos com as atuações de controle da Tuberculose (TB), questão que surge na envergadura da descentralização e integração do controle da enfermidade nos serviços de Atenção Primária à Saúde e que concebe um dos grandes desafios para a ampliação sustentável quanto a estratégia (DOTS) e para a aquisição das metas de localização e cura.

Assim sendo, a implantação e sustentabilidade das atividades da estratégia DOTS na ABS determina associação em meio aos níveis Macro, Meso e Micro do sistema de saúde para assegurar um contexto adequado com RH caracterizados para o apropriado manejo da TB.

A proporção de idosos frente a população, tem exibido um rápido desenvolvimento nas décadas mais atuais, o que sugere acrescentamento na demanda dos sistemas de saúde. Entretanto, verifica-se que nos países em desenvolvimento, o impacto passa a ser maior em razão do grande contingente de indivíduos em circunstâncias de baixa escolaridade e nível de pobreza, porquanto se apresentam mais expostos a fatores de risco no que concerne a enfermidades crônicas tais como tabagismo, obesidade e também o sedentarismo. Já no ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) difundiu um projeto com o intuito de sensibilizar e habilitar os profissionais do grau primário de saúde a respeito das necessidades características dos idosos, enfocando a importância do amparo do idoso e de sua participação nas deliberações sobre a própria saúde.

Já o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, passou a assegurar ao cidadão brasileiro o ingresso social aos serviços de saúde. A partir do ano de 1994, o SUS passou a adotar o Programa Saúde da Família (PSF) assim, como estratégia para reorganizar a atenção básica à saúde, apresentando como objetivo a promoção o melhor desempenho no acolhimento e prevenção de enfermidades. Porém, o contexto brasileiro vem

a ser muito diversificado, onde tal esse processo torna-se bastante heterogêneo em nível nacional. Faz-se oportuno frisar que, embora da instituição da Política Nacional da Saúde do Idoso em 1999 como também do Estatuto do Idoso em 2003, somente no ano de 2006, pelo Pacto pela Saúde, o SUS avaliou-se a saúde da população idosa como primazia. Pois na atenção básica, o intuito fundamental passou a ser a conservação da competência funcional do idoso, assegurando a primazia no acolhimento ao que vem a ser identificado como frágil.

REFERÊNCIAS

1. ALLEGRETTI, Ana Cristina Vidal et al. Redes sociais na produção científica em administração pública da saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 4, p. 571-592, 2018.
2. MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 431-436, 2018.
3. RAMOS, Weslaine Thalita Silva; QUIULO, Larissa Dantas; DE ANDRADE, Luciana Dantas Farias. A educação permante no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 35-45, 2018.
4. SILVEIRA, Carlos Bruno; COSTA, Lourdes Suelen Pontes; JORGE, Maria Salete Bessa. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 61-70, 2018.
5. CORDEIRO, Susana Arruda et al. Associação Entre a Microbiota Intestinal E a Incidência da Obesidade E Distúrbios Metabólicos. **International Journal of Nutrology**, v. 11, n. S 01, p. Trab130, 2018.
6. BARATA, Rita Barradas. Desafios da editoração de revistas científicas brasileiras da área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 929-939, 2019.
7. MOTA WANDERLEY, Renata Maria et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 2, 2019.
8. SILVA, Erica Santos et al. Atenção integral à saúde do homem na atenção primária à saúde. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 19, 2018.
9. DE OLIVEIRA, Aline Barros et al. Contribuições do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária: Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 12, n. 41, p. 1033-1047, 2018.
10. DOS REIS, Leonilson Neri et al. Programa saúde na escola como estratégia de promoção da saúde na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista Uningá**, v. 55, n. 4, p. 25-38, 2018.

11. VALENÇA, Ana Cláudia Tenório Apolinário; CAMPOS, Maria Selma Oliveira. Previdência social: **a atuação de intermediários na Agência da Previdência Social em Santana do Ipanema/AL**. 2018.
12. KEMPER, Elisandréa Sguario et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e1, 2018.
13. TURCI, Maria Aparecida et al. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. **APS EM REVISTA**, v. 1, n. 1, p. 3-17, 2019.
14. SILVA, Ranielle de Paula et al. Fatores associados à realização de mamografia em usuárias da atenção primária à saúde em Vitória, Espírito Santo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018048, 2019.
15. SOUZA, Luana Carla Andrade et al. Perfil nutricional de pré-escolares do programa mais educação na cidade de Goiânia-GO. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 8, n. 1, p. 36-48, 2019.
16. PINTO, M. F. R.; SILVA, I. C. M.; CASTRO, D. B. Percepções de usuários hipertensos acerca do atendimento de enfermagem em uma unidade básica saúde da família. **Cadernos UniFOA**, v. 6, n. 2 Esp, p. 113, 2018.
17. VARGAS, Aldair Vargas et al. Avaliação de Prontuários de Pacientes com Hanseníase de uma Unidade Básica de Saúde em Sinop–MT. **FACIDER-Revista Científica**, n. 11, 2018.
18. SANTOS, Karollyne Alves et al. Informatização como Ferramenta de Organização do Trabalho em Unidade Básica de Saúde. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 862-870, 2018.
19. PEREIRA, Ricardo Motta et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3517-3524, 2018.