

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**MARCELLA MONTEIRO CORRÊA LIMA**

**NOVO SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO PARA PESSOA IDOSA NO  
SUS: CRIAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CUSTOS**

**Recife**  
**2019**

**MARCELLA MONTEIRO CORRÊA LMA**

**Novo serviço de saúde especializado para a pessoa idosa no SUS:  
Criação e avaliação de custos**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

**Orientador(a): Prof(a). Dr. José Lamartine Soares Sobrinho**

**Recife**

**2019**

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Maria Betânia de Santana da Silva, CRB4-1747

L732n Lima, Marcella Monteiro Corrêa  
Novo serviço de saúde especializado para pessoa idosa no SUS: criação e avaliação de custos / Marcella Monteiro Corrêa. - 2019.  
59 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Dr. José Lamartine Soares Sobrinho.  
Co-Orientador: Prof(a). Dra. Umbelina Cravo Teixeira Lagioia.  
Tese (Doutorado Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2019.  
Inclui referências.

1. Idosos – Assistência hospitalar. 2. Idosos – Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Serviços de promoção à saúde - Custos. I. Soares Sobrinho, José Lamartine (Orientador). II. Lagioia, Umbelina Cravo Teixeira (Co-orientador). III. Título.

362.1068 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2019 – 116)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde**

**REITOR(A)**

Prof(a). Dr. Alfredo Macedo Gomes

**VICE-REITOR(A)**

Prof(a). Dr. Moacyr Cunha de Araújo Filho

**PRÓ-REITOR(A) PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof(a). Dra. Carol Virgínia Góis Leandro

**DIRETOR(A) DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

Prof(a). Dr. Jeronymo José Libonati

**VICE- DIRETOR(A) DO CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

Prof(a). Dr. Zionam Rolim

**COORDENADOR(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E  
ECONOMIA DA SAÚDE**

Prof(a). Dra. Tatiane Menezes

**VICE- COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E  
ECONOMIA DA SAÚDE**

Prof(a). Dra. Maira Pitta

MARCELLA MONTEIRO CORRÊA LIMA

NOVO SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO PARA PESSOA IDOSA NO SUS: CRIAÇÃO  
E AVALIAÇÃO DE CUSTOS

Dissertação apresentada a comissão examinadora da  
Universidade Federal de Pernambuco para obtenção de  
Título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 20 de dezembro de 2019

Banca Examinadora

---

Prof(a). Dra. Cirlene Francisca Sales da Silva  
Instituição: UNICAP

---

Prof(a). Dr. Moacyr Rêgo  
Instituição: UFPE

---

Prof(a). Dra. Simone Santos  
Instituição: UNIBRA

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação aos meus pais, Maximo Corrêa Lima Junior e Maria de Fátima Monteiro de Lima, pelo suporte e apoio de sempre, me dando base para seguir em busca dos meus sonhos.

À Fabiana pela força e direcionamento que foram fundamentais nos inúmeros momentos de incerteza.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao universo por ter conspirado para que esse sonho se tornasse realidade. Esse trabalho é fruto de muito esforço e foi compartilhado com pessoas bem especiais na minha vida.

Aos meus pais por sempre terem estado ao meu lado, mesmo durante o período de tratamento médico exaustivo da minha mãe, nos mantivemos unidos e essa união foi o meu alicerce para seguir em frente e concluir esse curso.

À Fabiana por sempre ter acreditado no meu potencial e mesmo após 2 tentativas, me fazer enxergar que tudo acontece no momento certo em nossas vidas.

Ao meu orientador José Lamartine, pela parceria e momentos de construção do saber que me fizeram despertar para o mundo da produção científica.

Às minhas amigas queridas de trabalho, Ana Carolina, Erika e Priscila, que me apoiaram nas minhas ausências e vibraram com cada passo dado por mim nessa jornada.

Às minhas amigas do mestrado, Ana Beatriz e Mirele pela amizade que construímos e por termos passado e superado os momentos difíceis de angústias ao longo do curso.

À Gilberto por ter sido um monitor tão atencioso e uma inspiração de superação, me dando mais força para seguir em frente.

Aos meus familiares, minhas tias, primas e tios que mesmo de longe, sei que torcem por mim de coração.

A todos que me apoiaram na construção e finalização deste estudo, obrigada!

## RESUMO

A transição demográfica no Brasil vem trazendo um envelhecimento populacional importante que clama por adequações em vários aspectos, destacando-se a saúde, sendo necessárias políticas públicas eficientes, com a criação ou otimização de serviços, onde o gerenciamento dos recursos utilizados torna-se um aliado nesse processo. Objetivo: Criar e avaliar os custos de novo serviço de saúde especializado para a pessoa idosa no âmbito do SUS. Método: O trabalho foi organizado na forma de artigos. O primeiro analisou documentos legais relacionados à pessoa idosa no Brasil juntamente com produções bibliográficas relacionadas ao tema, fortalecendo o embasamento teórico para o planejamento de um novo serviço. O segundo artigo foi a criação de um modelo de serviço especializado para a pessoa idosa no âmbito do SUS, dentro da realidade do município do Cabo de Santo Agostinho, e analisados os custos do mesmo. A análise dos custos deu-se através do método de custeio direto, onde foram classificados em custos fixos e variáveis. A obtenção do ponto de equilíbrio deu-se por meio do cálculo da margem de contribuição. Resultados: O modelo de serviço desenvolvido conta com atividades assistenciais e de promoção da saúde compartilhadas e integradas, otimizando a atenção integral a saúde das pessoas idosas. A soma dos custos fixos e variáveis por mês do serviço proposto, Centro Municipal de Saúde para a Pessoa Idosa (CMSPI), totalizou R\$ 97.070,25. Dos custos totais, os fixos e variáveis se equivaleram sendo 55,14% e 44,85% respectivamente. Dentre os custos fixos, a folha de pagamento dos recursos humanos representa o maior valor monetário, 92,91%. Nos custos variáveis, a maior parcela recai sobre o material médico-hospitalar que soma 91,85% destes custos. O repasse mensal médio dos governos Federal e Municipal para a média complexidade foi de R\$ 234.235,21, sendo possível calcular uma margem de contribuição de R\$ 190.689,90 e ponto de equilíbrio em relação à receita de R\$ 65.747,72, gerando um valor de R\$ 137.164,96 de superávit mensal. Conclusão: A implantação do CMSPI é financeiramente viável para o município, já que a receita obtida pelos repasses governamentais é suficiente para cobrir os custos totais do serviço, sendo o resultado apurado positivo. Além disso, atividades de promoção da saúde em áreas distintas, como as sugeridas pelo CMSPI, contribuirão na manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, refletindo no avançar das doenças crônicas degenerativas gerando um impacto positivo nos gastos públicos a médio e longo prazos.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Assistência a Idosos. Serviços de Saúde para Idosos.

## **ABSTRACT**

The demographic transition in Brazil has brought an important population aging that calls for adjustments in several aspects, highlighting health, being necessary efficient public policies, with the creation or optimization of services, being the management of the resources used an ally in this process. Objective: To create and evaluate the costs of a new specialized health service for the elderly within the SUS. Method: The work was organized in the form of articles. The first analyzed legal documents related to the elderly in Brazil along with bibliographical productions related to the theme, strengthening the theoretical basis for the planning of a new service. The second article was the creation of a specialized service model for the elderly within the SUS, based on the the reality of the municipality of Cabo de Santo Agostinho, and analyzed its costs. Costs were analyzed through the direct costing method, where they were classified as fixed and variable costs. The balance point was obtained by calculating the contribution margin. Results: The service model developed has care and health promotion activities shared and integrated, optimizing whole health care for the elderly. The sum of fixed and variable costs per month of the proposed service, Municipal Health Center for the Elderly (CMSPI), totaled R\$ 97,070.25. The total costs, fixed and variable were equivalent to 55.14% and 44.85% respectively. Among the fixed costs, the human resources payroll represents the highest monetary value, representing 92.91%. In variable costs, the largest portion falls on medical and hospital supplies that add up to 91.85% of these costs. The average monthly transfer from the Federal and Municipal governments to the average complexity was R \$ 234,235.21, and it is possible to calculate a contribution margin of R\$ 190,689.90 and balance point in relation to revenue of R\$ 65,747.72, generating a monthly surplus of R\$ 137,164.96. Conclusion: The implementation of the CMSPI will be financially viable for the municipality, since the revenues obtained by government transfers are sufficient to cover the total costs of the service, and the result is positive. In addition, health promotion activities in different areas, such as those suggested by the service, will contribute to the maintenance of the functional capacity of the elderly, reflecting on the progression of chronic degenerative diseases generating a positive impact on public spending in the medium and long term.

**Key words:** Health of the Elderly. Old Age Assistance. Health Services for the Aged.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 População de habitantes no município do Cabo de Santo Agostinho .....	40
Figura 2 População de pessoas idosas no município do Cabo de Santo Agostinho. ....	41
Figura 3 Estrutura física mínima preconizada para o CMSPI .....	45
Figura 4 Organograma de atendimento do CMSPI.....	46
Figura 5 Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município do Cabo de Santo Agostinho...	51
Figura 6 Distribuição da receita total destinada ao bloco da média complexidade .....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Custo total do CMSPI no município do Cabo de Santo Agostinho (incluso depreciação dos equipamentos) .....	48
Tabela 2 Investimentos e depreciação estimada dos equipamentos do CMSPI. ....	50
Tabela 3 Lista de materiais médico – hospitalares a serem solicitados para o CMSPI. ....	52
Tabela 4 Descrição dos valores das receitas destinadas ao bloco da média complexidade.....	54
Tabela 5 Margem de contribuição .....	54
Tabela 6 Relação entre a margem de contribuição, ponto de equilíbrio e superávit da receita. ....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Artigos selecionados através da estratégia de busca .....	26
Quadro 2 Documentos legais sobre a pessoa idosa no Brasil e no Estado de Pernambuco.....	27
Quadro 3 Recursos humanos mínimos para o centro.....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Bases de dados relacionadas aos artigos selecionados. ....	28
Gráfico 2 Percentual das publicações por ano .....	29
Gráfico 3 Discriminação dos custos do CMSPI.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ARTIGO 1</b>	AND	E
	AVD	Atividades da vida diária
	BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
	DECS	Descritores em Ciências da Saúde
	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
	LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
	Nº	Número
	OR	OU
	p.	Página
	PB	Paraíba
	PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
	SUS	Sistema Único de Saúde
	VHL	Virtual Health Library
	v.	Volume
<b>ARTIGO 2</b>	CMSPI	Centro Municipal de saúde da Pessoa Idosa
	CF	Custo fixo
	CRASPI	Centro de Referência em Atenção à Pessoa Idosa
	CV	Custo variável
	DEP	Depreciação
	EQUIP	Equipamentos
	Hs	Horas
	LOC	Locação
	MC	Média complexidade
	Mcb	Margem de contribuição
	Mcb%	Margem de contribuição percentual
	MMH	Material médico-hospitalar
	PB	Paraíba
	PEq	Ponto de equilíbrio
	QTDE	Quantidade
	RT	Receita Total

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UN	Unidade
UnATI-	Universidade aberta à terceira idade – Universidade Federal
UFPE	de Pernambuco
UNIR	Unidade de atenção ao idoso do Recife
VLR	Valor

## LISTA DE SÍMBOLOS

Km <sup>2</sup>	Quilômetro quadrado
%	Porcentagem
R\$	Valor monetário em real
+	Positivo ou sinal de adição
=	Igual
-	Negativo ou sinal de subtração
/	Sinal de divisão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos .....	21
<b>3 CAPÍTULO 1 - Políticas públicas em saúde para as pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa</b> .....	22
<b>4 CAPÍTULO 2 - Novo serviço de saúde especializado para pessoa idosa no SUS: Criação e avaliação de custos</b> .....	35
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	60

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

Uma das características mais marcantes da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional, isto é, o aumento do número absoluto e do percentual de idosos no conjunto da população, que ocorre desde 1950, mas, principalmente, ao longo do século XXI (ALVES, 2019).

O envelhecimento populacional nunca esteve entre as principais preocupações em um país que é visto em todo o mundo como sinônimo de juventude. Mas isso vem mudando de forma drástica nas últimas décadas, quando o Brasil embarcou em um processo de desenvolvimento que o está levando a atingir índices sociais e demográficos de primeiro mundo, embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto (BANCO MUNDIAL, 2011).

O número de brasileiros idosos de 65 anos e mais era de somente 1,6 milhões em 1950, passou para 9,2 milhões em 2020 e deve alcançar 61,5 milhões em 2100. O crescimento absoluto está estimado em 38,3 vezes. Em termos relativos, a população idosa de 65 anos e mais representava 3% do total de habitantes de 1950, passou para 9,6% em 2020 e deve atingir mais de um terço (34,6%) em 2100 (um aumento de 11,5 vezes no percentual de 1950 para 2100), conforme a revisão 2019 das projeções da ONU (ALVES, 2019). A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, já sendo o quinto país do mundo em número absoluto de idosos (IBGE, 2018).

Assim, os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade, num breve espaço de tempo, discutirem as políticas públicas de atenção ao idoso (RODRIGUES et al, 2007).

Diante desse cenário, o Brasil tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos (BRASIL,2009).

No que tange aos aspectos legais, merece destaque a Lei nº 8.842/1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), e que, conforme o artigo 1º, “tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, sendo um importante instrumento disponível para o fortalecimento da defesa dos direitos inerentes a este segmento populacional.

Outro destaque no âmbito da saúde é a política do Envelhecimento Ativo, que enfatiza a necessidade de aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade para todas as pessoas

à medida que envelhecem, inclusive as consideradas frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados especiais. Os sete determinantes do Envelhecimento Ativo, tão bem fundamentados pela Organização Mundial de Saúde, são um conjunto interligado que compreende: determinantes comportamentais, pessoais, de ambiente físico, de ambiente social, econômicos, de sistemas de saúde e de serviço social, tendo os determinantes transversais de cultura e gênero permeando os demais (WHO, 2005).

Não é demais lembrar que a pessoa idosa faz jus não só à proteção integral, como também à tutela prioritária, que o coloca em situação preferencial na efetivação de direitos fundamentais de todos os seres humanos, em especial o direito à saúde, pelo notório fato de a qualidade da saúde da pessoa estar em decrescência quanto mais ela se torna idosa (BARLETTA, 2010).

Embora não se possa negar que na atualidade, no Brasil, a pessoa idosa já encontra uma maior proteção legal, que reconhece as suas particularidades e vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecer, questões relativas a saúde entre outras temáticas, ainda precisam ser mais evidenciadas, o que corrobora com Faleiros (2016), o qual afirma haver um descompasso entre esse envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas, apesar dos marcos legais para definí-las, sem a esperada e necessária proatividade do poder público.

O autor ainda ressalta que apesar dos textos legais pós-Constituição Federal de 1988 (CF/1988), principalmente da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003, as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo incursões e modificações, no entanto a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente.

Calcula-se que em torno de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes, única e exclusivamente, dos serviços públicos de saúde (IBGE, 2010), o que leva a refletir que os serviços de saúde da rede pública precisam se adequar ao envelhecimento populacional, principalmente no que se refere aos serviços de maior abrangência, como atenção primária e média complexidade.

Observa-se que tanto a atenção primária à saúde, quanto a Estratégia de Saúde da Família apontam para a inespecificidade da atenção ao idoso, o que impacta em seu bem-estar. Dessa forma, ele precisa receber do profissional um novo olhar, não mais focado na doença, mas na funcionalidade. Para a população idosa, a saúde não se restringe apenas ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas também à interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (FERNANDES; SOARES, 2012).

Nesse sentido, esse cenário exige medidas inovadoras que fortaleçam essas estratégias. Ações e serviços que dêem suporte à atenção primária e média complexidade precisam ser

incentivados e valorizados na criação de políticas públicas em todas as esferas, já que são segmentos amplamente utilizados, principalmente pelas pessoas idosas que geralmente são portadoras de doenças crônicas degenerativas.

No que tange à esfera municipal, Santa Catarina (2002) afirma que cabe aos gestores do SUS o planejamento e a execução dos serviços de saúde ao cidadão; já nas esferas estadual e federal, cabe-lhes a promoção da descentralização da saúde, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e identificar fatores que influenciem a saúde pública, em suas competências.

O envelhecimento contínuo de uma população traz uma série de implicações que afetam, direta ou indiretamente, diferentes segmentos de sua organização social, econômica e política. Em algumas áreas, como é o caso da saúde, as consequências deste fenômeno se fazem sentir de forma mais clara e imediata (SAAD, 2016).

Assim, os gastos com saúde tendem a aumentar substancialmente no Brasil. A assistência à saúde tende a surgir como um dos principais desafios fiscais nas próximas décadas. Projeta-se um aumento de mais de 4 pontos percentuais do PIB em 2050. Há duas forças principais por trás desse aumento: a crescente proporção de idosos na população, e a crescente utilização da assistência de saúde entre os idosos (BANCO MUNDIAL, 2011).

No caso dos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, abordagens próprias deverão ser delineadas, tratando, porém, de adaptar o conhecimento já adquirido das experiências em países de economia mais avançada às condições locais de infraestrutura de saúde; condições estas geralmente caracterizadas pela reduzida capacidade de financiamento e por um padrão duplo de doenças infecciosas e crônicas (SAAD, 2016).

Esse fenômeno nos países em desenvolvimento implica, necessariamente, em redirecionamento das políticas públicas, em especial aquelas voltadas para aspectos da saúde da população que envelhece e com a minimização dos custos nos vários setores da sociedade. (FERNANDES; SOARES, 2012).

Esse cenário demográfico no Brasil clama por novos projetos que otimizem os recursos na geração e execução de ações com impacto relevante. Diante das dificuldades orçamentárias enfrentadas pelo Estado, apostar em métodos de gestão de custos na implantação de novas tecnologias é fundamental para a sustentabilidade do serviço.

Diante dessa breve contextualização e a fim de colaborar para o atendimento dessa demanda no setor público, o presente estudo vem questionar se a implantação de um serviço de saúde especializado para pessoa idosa no município do Cabo de Santo Agostinho seria custo efetiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Criar e avaliar os custos de novo serviço de saúde específico para a pessoa idosa no âmbito do SUS.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Realizar uma revisão sistematizada na literatura no que tange aos marcos legais relacionados a pessoa idosa no Brasil.
- Propor um serviço de saúde especializado para a pessoa idosa, no âmbito do SUS, na realidade do município do Cabo de Santo Agostinho.
- Realizar a projeção dos custos do serviço.

### 3 CAPITULO 1

## POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### RESUMO

**Objetivo:** Esse artigo teve como objetivo analisar as produções científicas sob a perspectiva dos documentos legais que versam sobre as políticas públicas para as pessoas idosas no Brasil, com um olhar mais crítico para as questões de saúde pública. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura, onde realizou-se uma busca *online* no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através da estratégia de busca: *idoso* OR *envelhecimento* AND *políticas públicas de saúde*. A análise foi feita comparando-se os artigos conforme as ideias convergentes, relacionando-os sob a perspectiva dos documentos legais selecionados. **Resultados/discussão:** foram selecionados 9 artigos para a leitura completa e 6 documentos legais direcionados para a pessoa idosa no Brasil, sendo evidenciado, após análise crítica dos mesmos a ineficácia da implementação dessas políticas. **Conclusão:** Apesar da publicação de vários marcos legais que protegem a população idosa no Brasil a ineficácia da implementação dessas políticas é uma realidade gritante. Essa situação exige uma atenção urgente dos atores políticos para favorecerem projetos e serviços que acolham esse público para a garantia dos direitos adquiridos.

**Palavras-chave:** Idoso. Envelhecimento. Políticas públicas de saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** This paper aims to analyze the scientific production from the perspective of legal documents regarding public policies for the elderly in Brazil, with a specific focus at public health issues. **Methodology:** this is an integrative review of literature, where an online research was conducted at the electronic address of the Virtual Health Library (VHL), through the search strategy: aged OR aging AND public health policies. The analysis was made comparing the articles according to the convergent ideas, relating them from the perspective of the selected legal documents. **Results / discussion:** 9 articles were selected for the complete reading and 6 legal documents related to the elderly person in Brazil, being evidenced, after a critical analysis, the inefficacy of the implementation of these policies. **Conclusion:** Despite the publication of several legal frameworks that protect the elderly population in Brazil, the ineffectiveness of implementing these policies is a stark reality. This situation requires an urgent attention of the political actors to favor projects and services that welcome this public for the guarantee of acquired rights.

**Keywords:** Aged. Aging. Public Health Policy.

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O mundo todo está envelhecendo. Este é um fato que as nações estão começando a compreender à medida que buscam caminhos para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes (KALACHE, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o idoso, em países desenvolvidos, é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, e nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é o indivíduo com 60 anos ou mais (WHO, 2002).

O processo de envelhecimento populacional no Brasil se tornará ainda mais intenso a partir das próximas décadas. Segundo as projeções elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de pessoas com 60 anos e mais aumentará para 13% em 2020 e subseqüentemente para cerca de 25% no ano de 2050, ocasião na qual a população idosa chegará a 64 milhões de pessoas – efetivo superior em 5 milhões ao somatório dos contingentes populacionais de São Paulo e Minas Gerais (Estados mais populosos do país) no ano de 2004 (GUIMARÃES, 2016).

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96 (BRASIL, 1994). Essa Lei dá ênfase a aspectos importantes que embasaram o surgimento de documentos fundamentais para a garantia de direitos da pessoa idosa como o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003). Como parte de suas estratégias, a Política Nacional do Idoso estabelece, entre suas diretrizes, a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais (RODRIGUES et al, 2007).

De acordo com Camacho e Coelho (2010) a realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

Assim novos documentos surgiram com o intuito de atender essa demanda e trazer novas propostas para melhorar essa realidade como a publicação: Orientações técnicas para a

implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2018), que traz novos conceitos como a implantação da Caderneta da Pessoa Idosa, instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para facilitar e fortalecer as ações direcionadas para as pessoas idosas, beneficiando toda rede de atenção.

Diante do exposto, este estudo objetivou analisar as produções científicas sob a perspectiva dos documentos legais que versam sobre as políticas públicas para as pessoas idosas no Brasil, com um olhar mais crítico para as questões de saúde pública. Este artigo visa também contribuir para ampliar o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde para a pessoa idosa no Brasil e verificar se há uma implementação efetiva das mesmas.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa em que foram utilizadas produções científicas selecionadas por meio do acesso *online* no endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): [www.bireme.br](http://www.bireme.br) e um levantamento documental de leis, portarias e publicações em âmbito nacional e local, destacando-se o Estado de Pernambuco, específica para a pessoa idosa.

A coleta de dados aconteceu no mês de janeiro de 2019. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) idoso, envelhecimento e políticas públicas de saúde com a seguinte estratégia de busca: idoso OR envelhecimento AND políticas públicas de saúde. A busca foi feita em todas as bases de dados disponíveis no sistema.

A seleção dos artigos baseou-se nos seguintes critérios: artigos publicados a partir de 2013, delimitando um recorte temporal de 6 anos, tendo em vista o número vasto de publicações a respeito do assunto e o caráter mais contemporâneo desse artigo, a região abordada ser o Brasil, devido ao objetivo da pesquisa restringir-se ao âmbito nacional e envolver em seu resumo aspectos do envelhecimento, relacionados a questões de políticas públicas para a pessoa idosa e de saúde pública, excluindo-se pesquisas relacionadas a doenças.

O idioma não foi usado como filtro para não delimitar os resultados. Foram excluídas abordagens em outros países, bem como, teses, dissertações e monografias.

Com relação aos documentos legais, foram incluídos aqueles que regulamentam de forma ampla as políticas nacionais da pessoa idosa como também documentos regionais do Estado de Pernambuco visando uma análise e aprofundamento da realidade local.

Buscou-se comparar os artigos conforme as ideias convergentes, relacionando-os sob a perspectiva dos documentos legais selecionados.

### 3 RESULTADOS

Foram feitos 2 quadros para agrupar os trabalhos selecionados. O quadro 1, que apresenta os artigos selecionados, é composto das seguintes informações: autor (conforme citação), ano, local, tipo de metodologia e objetivo da pesquisa. O quadro 2, apresenta os documentos legais selecionados com o título da legislação e a sua proposta principal.

Quadro 1 Artigos selecionados através da estratégia de busca

Autor(s)	Local	Ano	Método e objetivo principal
MOREIRA, Ramon Missias, et al.	São Paulo/SP	2013	Estudo teórico que objetivou refletir sobre os fatores que se relacionam com a qualidade de vida de idosos no Brasil.
DE CARVALHO SILVA, Cíntia, et al.	Porto Alegre/RS	2013	Revisão narrativa na qual há uma análise histórica e social inserida em um contexto mundial.
ANDRADE, Luana Machado, et al.	Jequié/BA	2013	Revisão integrativa de literatura. Foram utilizados 15 artigos e 6 documentos legais. Teve como objetivo analisar produções científicas e documentos legais para a pessoa idosa no Brasil de maneira abrangente.
DA PORCIÚNCULA, Rita de Cássia Román, et al.	Recife/PE	2014	Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, que teve como objetivo analisar o perfil socioepidemiológico e o grau de autonomia e independência de idosos longevos.
DE OLIVEIRA, Antonio Deusivam, et al.	São Paulo/SP	2014	Por meio da pesquisa bibliográfica e documental, avalia a implementação das políticas para a população idosa no Brasil.
VIEIRA, Roseli Schminski; DE SOUZA VIEIRA, Reginaldo.	Criciúma/SC.	2016	Utilizou-se o método dedutivo, com abordagem qualitativa e pesquisa descritiva. O estudo investigou se os municípios em questão conhecem e aplicam a PNSPI durante as ações realizadas na atenção básica à saúde.
VANZELLA, Elidio; NETO, Eufráasio Andrade LIMA; SILVA, César Cavalcanti.	João Pessoa/PB.	2016	Estudo do tipo exploratório-descritivo, que teve como objetivo conhecer as estruturas hospitalares da região conveniadas com o SUS que realizam atendimento a população idosa e avaliar se estão de acordo com os padrões estabelecidos no Anexo I da Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, para Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.
DUARTE, Carine Aparecida Bernhard; MOREIRA,	Porto Alegre/RS.	2016	Estudo qualitativo. Teve como objetivo Problematizar a velhice e a construção da

Lisandra Espíndula.			PNSPI – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.
MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; DA SILVA, Ana Lucia Andrade.	Recife/PE.	2016	Estudo de caso sobre o envelhecimento populacional e sua relação com o planejamento e formulação das políticas públicas.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Quadro 2 Documentos legais sobre a pessoa idosa no Brasil e no Estado de Pernambuco.

Lei Nº 8.842/1994, Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, alterada pelo Decreto Nº 1.948/96.	Define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais da pessoa maior de 60 anos.
Lei nº 12.109/2001 Política Estadual para a Pessoa Idosa de Pernambuco	Tem por objetivo assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação, estabelecendo competências direcionadas para cada órgão gestor.
Lei 10.741/2003 Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências	Amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades das pessoas idosas. Trata dos mais variados aspectos da sua vida, abrangendo desde direitos fundamentais até os relacionados a violências contra as pessoas idosas.
Portaria 2.528/2006 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)	A política propõe diretrizes para a promoção da atenção integral, envelhecimento ativo e saudável e promoção da autonomia e independência das pessoas idosas.
Decreto Estadual nº 40.190/2013 - Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa – PEAIFI	Tem a finalidade de promover atenção mais ampla às pessoas idosas pautado por princípios como a garantia da plena participação na sociedade e a não discriminação de qualquer natureza.
Orientações técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS/2018	Fala da importância da rede de atenção à saúde para a efetivação da integralidade. Destaca a capacidade funcional da pessoa idosa, um eixo estruturante do cuidado integral.

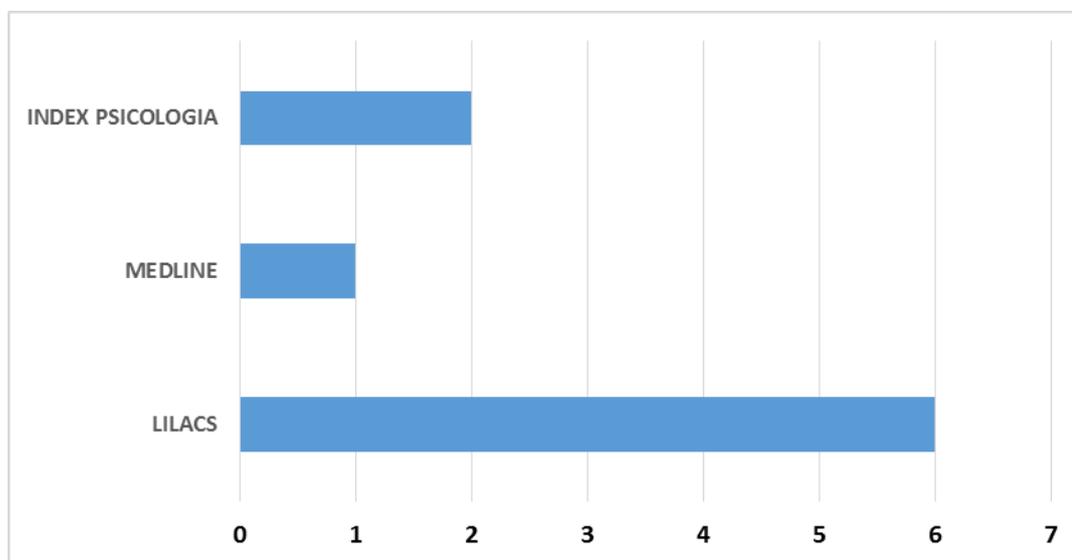
Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Como resultado da pesquisa, foi encontrado um número expressivo de resultados, 3344 publicações. Após a aplicação dos filtros, (País/região: Brasil e corte temporal de 2013 até 2018), ficaram apenas 149 artigos para leitura dos títulos e resumos, sendo evidenciada a carência de publicações nacionais para essa abordagem, diante da queda expressiva do número de produções.

Com a análise dos títulos e resumos, foram observadas muitas publicações com o enfoque clínico que não se enquadravam para essa pesquisa, além de teses e dissertações, ficando 9 artigos para a leitura completa, análise crítica e comparativa com os 6 documentos legais selecionados.

Como o programa para a seleção dos artigos possui várias bases de dados, a apresentação das mesmas está conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 1 Bases de dados relacionadas aos artigos selecionados.



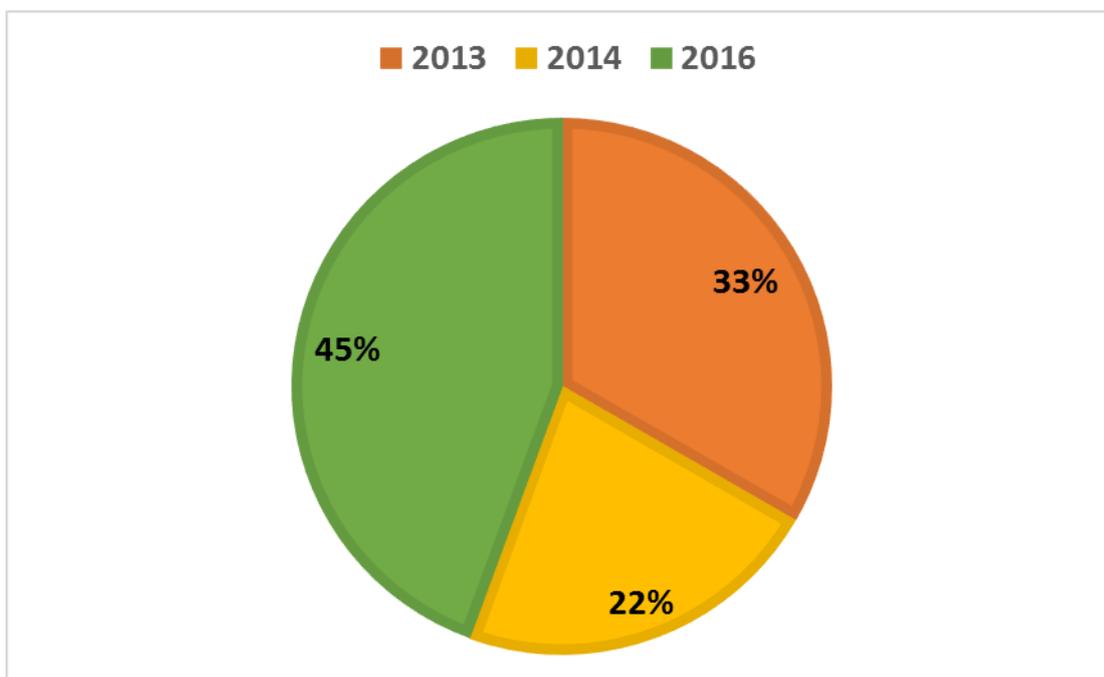
Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Observa-se o predomínio na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) demonstrando o perfil regional das publicações.

Com relação aos 9 artigos, identificou-se que 33% no ano de 2013, 22% no ano de 2014 e 45% dos trabalhos foram publicados no ano de 2016, conforme demonstrado no gráfico 2.

Esses resultados demonstram a ausência de publicações selecionadas para esta abordagem nos anos de 2015, 2017 e 2018.

Gráfico 2 Percentual das publicações por ano



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

No que se refere a localidade das produções e publicações selecionadas, a região Nordeste apresenta o maior resultado com 44,4%, a região Sul com 33,3%, a Sudeste com 22,2%, sendo evidenciada uma ausência de produções e publicações na região Centro-Oeste.

Ressalta-se ainda as abordagens metodológicas encontradas, onde 77,7% dos artigos selecionados discutem a legislação brasileira e políticas públicas direcionadas para os idosos. Os demais estudos enfatizam as questões de qualidade de vida e perfil socioepidemiológico da pessoa idosa, relacionando-os com questões de políticas públicas.

#### 4 DISCUSSÃO

A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) surge com o objetivo de garantir os direitos sociais do idoso, mas também engloba outros aspectos em suas diretrizes como a descentralização político-administrativa e a reciclagem de recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços.

Assim, em 2003, O Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) vem com o intuito de agregar e ampliar essa proteção adquirida, com direitos para os idosos nas questões de saúde e cidadania que permanecem até os dias atuais como o atendimento preferencial junto aos órgãos públicos e

privados, a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, a reserva de 10% de assentos para idosos no transporte coletivo, a distribuição de remédios gratuitos e o desconto de 50% em atividades de cultura, esporte e lazer.

Essa conquista foi sequenciada de algumas portarias que serviram como base para o surgimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006), que trouxe a recuperação e manutenção da autonomia e independência dos indivíduos idosos como sua finalidade primordial.

Seguindo com a ideia da manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, o Ministério da Saúde lança em 2018 o documento Orientações técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (BRASIL, 2018a), onde apresenta orientações técnicas aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para nortear a construção e a implementação de uma linha de cuidados para a atenção integral à saúde das pessoas idosas, trazendo ferramentas como o projeto terapêutico singular, e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para diminuir a fragmentação e fortalecer o cuidado integral com base numa avaliação multidimensional.

Pernambuco segue a tendência do envelhecimento nacional, com uma população estimada em 2018 de 9.496.294 pessoas e um percentual de idosos em torno de 8,6%, com uma projeção de aumento em 2060 para 25% (IBGE,2018). Nesse sentido, o Estado apresenta documentos legais visando o melhor enfrentamento desses novos desafios, como a Política Estadual do Idoso (PERNAMBUCO, 2001), alterada pela Lei nº 16.340 de 2018 (PERNAMBUCO, 2018), que determina ações a serem implementadas em várias competências, como saúde, cultura e trabalho, visando garantir os direitos da pessoa idosa.

Ainda abordando documentos regionais do Estado de Pernambuco, outro documento de destaque é O Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa cuja finalidade é promover atenção mais ampla para os cidadãos idosos onde são determinados 09 temas prioritários que norteiam a implementação das políticas, são eles: assistência social, saúde, educação, esporte, lazer e cultura, combate à violência e maus tratos contra a pessoa idosa, efetivação dos direitos da pessoa idosa, participação e controle democrático, requalificação da estrutura de proteção integral à pessoa idosa, formação, estudos e pesquisas (PERNAMBUCO, 2013).

A transição demográfica brasileira já vem acontecendo há alguns anos, acompanhada de avanços políticos e ganhos de direitos importantes para a população idosa, mas segundo Missias et al (2013) o serviço público de saúde não está preparado para atender às necessidades da população idosa no que diz respeito a ganhos em qualidade de vida. De acordo com Vanzella, Neto e Silva (2016), não há perspectiva de mudança nesse cenário, como encontrado no referido estudo, cujos

resultados reforçam o não cumprimento da Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002, que trata das normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, na cidade de João Pessoa/PB.

Com relação às internações hospitalares, Miranda, Mendes e Silva (2016) observaram um aumento das internações por câncer e causas externas. Isso demonstra a importância de investimentos em instalações hospitalares adequadas à demanda crescente da população idosa, que provavelmente apresentará um maior número de doenças e/ou condições crônicas, impactando nos custos desses serviços, como afirma Vanzella, Neto e Silva (2016).

A PNSPI prioriza várias diretrizes, entre elas o estímulo às ações intersetoriais, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa, entre outras (BRASIL, 2006). Segundo Vieira e De Souza Vieira (2016), nenhum dos municípios estudados, localizados na região Sul do Estado de Santa Catarina, conseguiu aplicar integralmente o disposto na PNSPI no âmbito de atuação municipal. O que implica dizer que os documentos legais para essa população têm sido atualizados ao longo dos anos, mas que a implementação de fato ainda continua ineficaz, como afirmam também Oliveira et al (2014); Andrade et al (2013); Silva et al (2013) e Missias et al (2013).

A priorização em ações de educação para os idosos é citada em quase todos os documentos legais selecionados, visto que o baixo nível de escolaridade é achado frequente em estudos, como afirma Porciúncula et al (2014). Isso reflete, como afirma Andrade et al (2013), em idosos que não foram educados politicamente para desenvolverem o exercício de sua cidadania e a efetivação dos seus direitos.

No que se refere às Atividades da Vida Diária (AVD), Porciúncula et al (2014) verificam que os idosos gozam de boa autonomia e independência no desempenho de suas tarefas, uma vez que a maioria afirma desempenhá-las sem ajuda. A manutenção da capacidade funcional dos idosos é evidenciada em 2 documentos legais: (BRASIL, 2018) e (BRASIL, 2006) e segundo os respectivos documentos devem ser o foco das ações de promoção da saúde, sendo a atenção básica a porta de entrada.

De acordo com Duarte e Moreira (2016) a velhice torna-se decadente e sem virtude no Brasil, ao contrário das sociedades ocidentais tradicionais, que têm a pessoa madura como referência para julgamentos e decisões. O preconceito com esse público no Brasil também é citado por Porciúncula et al (2014); Andrade et al (2013) e Missias et al (2013). Esse fato da visão estereotipada da pessoa idosa, pode afetar o relacionamento entre paciente e profissional de saúde, impondo barreiras que dificultam a construção do projeto terapêutico singular, preconizado pelo documento legal - Orientações técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção

Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (BRASIL, 2018). A valorização da pessoa idosa, com a formação de agentes políticos para desconstruir preconceitos é citada em todos os documentos legais selecionados.

Uma questão a ser pontuada é a garantia da formação de profissionais qualificados para atendimento da pessoa idosa no setor público. Essa questão é evidenciada em todos os documentos legais selecionados e também citada por Miranda, Mendes e Silva (2016) como ação de fortalecimento aos modelos de atenção visando a atuação na atenção integral a saúde do idoso. Essa abordagem multidimensional é mais afetiva e diminui a fragmentação do cuidado em saúde.

## **5 CONCLUSÃO**

O debate sobre o envelhecimento populacional no Brasil é bastante frequente e isso é algo positivo, pois são colocados em discussão vários aspectos desse cenário. A importância desse fenômeno resultou em importantes marcos legais históricos para essa população no país, mas a ineficácia da implementação dessas políticas no dia a dia desse público é uma realidade gritante, como observado em vários estudos e cruel na medida que compromete a qualidade de vida das pessoas idosas de diversas maneiras.

É preciso que os atores políticos de todas as esferas, especialmente os municipais, onde a atenção primária tem uma importante cobertura territorial, podendo realizar ações de baixa complexidade e alto impacto na promoção da saúde, deem importância e prioridade a essa questão, apoiando medidas, estudos e parcerias que favoreçam a implementação eficaz de projetos e serviços que acolham esse público para a garantia dos direitos adquiridos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 3543–3552, 2013.

BRASIL. Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm)>. Acesso em: 6 dez. 2018.

BRASIL. Lei Nº 10.741, , Estatuto do Idoso, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 7 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília. Ministério da Saúde, 2018.

CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63.2: 279-284, 2010.

DUARTE, C. A. B.; MOREIRA, L. E. Política Nacional De Saúde Da Pessoa Idosa : Integralidade E Fragilidade Em Biopolíticas Do Envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 21, p. 149–170, 2016.

GUIMARÃES, J. R. S. Envelhecimento populacional e oportunidade de negócios: um estudo de caso do potencial de mercado da população idosa. *ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS*, v. 15, p. 1–16., 2016.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1107–1111, ago. 2008.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and

consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2016, 19.3: 507-519.

MISSIAS, R. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica Quality of life, health and public policy of elderly in Brazil: a theoretical reflection. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 27–38, 2013.

PERNAMBUCO. Lei nº 12.109, de 26 de novembro de 2001, dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. 2001.

PERNAMBUCO. Decreto Nº 40.190 de 10 de dezembro de 2013, institui o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa. p. 1–5, 2013.

PERNAMBUCO. LEI Nº 16.340, DE 16 DE ABRIL DE 2018. Altera a Lei nº 12.109, de 26 de novembro de 2001, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, a Lei nº 14.458, de 1º de novembro de 2011, que cria o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso de Pernambuco - FEDIPE, a. p. 1–10, 2018.

PORCIÚNCULA, R. DE C. R. DA et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 315–325, 2014.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. *Jul-Set*, v. 16, n. 3, p. 536–581, 2007.

VANZELLA, E.; NETO, E. A.; SILVA, C. C. Estruturas Hospitalares para Atenção à Saúde do Idoso: Um Olhar sobre a Realidade da Cidade de João Pessoa/PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 20, n. 3, p. 203–212, 2016.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018.

VIEIRA, R. S.; DE SOUZA VIEIRA, R. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 17.1, p. 14–37, 2016.

WHO. Active Ageing: a Policy Framework. Geneva, Switzerland: WHO. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/>>. Acesso em: 7 dez. 2018.

## 4 CAPITULO 2

### NOVO SERVIÇO DE SAÚDE ESPECIALIZADO PARA PESSOA IDOSA: CRIAÇÃO E AVALIAÇÃO DE CUSTOS

#### RESUMO

O objetivo do artigo foi elaborar e avaliar os custos de um novo serviço de saúde específico para a pessoa idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo descritivo de custo de caso único onde foi utilizado o método de custeio direto para analisar os custos do serviço apoiando assim o processo da tomada de decisão. Para o desenvolvimento do modelo foram realizadas visitas técnicas a unidades de referência para a pessoa idosa no SUS e elaborado um projeto dentro da realidade estrutural e orçamentária do município do Cabo de Santo Agostinho. O Centro Municipal de Saúde para Pessoa Idosa (CMSPI) conta com serviços assistenciais e de promoção da saúde, além da equipe multiprofissional, otimizando a atenção integral para esse público. A análise mostrou equivalência entre os tipos de custo, sendo 55,14% fixos e 44,85% variáveis. Dentre os custos fixos, a folha de pagamento dos recursos humanos representa o maior valor monetário, 92,91%. Nos custos variáveis, a maior parcela recai sobre o material médico-hospitalar que soma 91,85% destes custos. A margem de contribuição foi de R\$ 190.689,90 e ponto de equilíbrio em relação à receita de R\$ 65.747,72, gerando um valor de R\$ 137.164,96 de superávit mensal. Com isso foi possível concluir a total viabilidade orçamentária para implantação do serviço proposto no município.

**Palavras – chave:** Idoso. Assistência a idosos. Serviços de saúde para idosos.

## ABSTRACT

The objective of the article was to elaborate and evaluate the costs of a new specific health service for the elderly within the Unified Health System (SUS). This is a descriptive study of single case cost where the direct costing method was used to analyze the service costs thus supporting the decision making process. To develop the model, technical visits were made to reference units for the elderly in the SUS and a project was elaborated within the structural and budgetary reality of the municipality of Cabo de Santo Agostinho. The Municipal Health Center for the Elderly (CMSPI) has assistance and health promotion services, as well as a multiprofessional team, optimizing comprehensive care for this public. The analysis showed equivalence between cost types, being 55.14% fixed and 44.85% variable. Among the fixed costs, the human resources payroll represents the highest monetary value, representing 92.91%. In variable costs, the largest portion falls on medical and hospital supplies that add up to 91.85% of these costs. The contribution margin was R \$ 190,689.90 and a balance point in relation to revenue of R\$ 65,747.72, generating a monthly surplus of R\$ 137,164.96. With this it was possible to conclude the total budgetary viability for implementation of the proposed service in the municipality.

**Key words:** Aged. Old Age Assistance. Health Services for the Aged.

## **1 INTRODUÇÃO**

O perfil epidemiológico de uma população auxilia no direcionamento das ações a serem planejadas para a implementação de uma nova tecnologia. Nos últimos anos no Brasil, o envelhecimento da população tem trazido desafios aos órgãos públicos, particularmente no setor saúde, exigindo adequações aos serviços oferecidos, buscando o fortalecimento das ações de promoção da saúde e não só no tratamento de doenças.

A incorporação da questão do envelhecimento nas políticas públicas no Brasil não é nova. Alinhado com a posição internacional sobre o tema, o país tem formulado diversas políticas públicas voltadas para a população idosa a fim de garantir direitos sociais e de cidadania para este grupo etário, contudo, não obstante os grandes avanços, as políticas de saúde da pessoa idosa permanecem uma área que recebe pouca atenção (ROMERO et al., 2019).

Assuntos delicados, como investimento na atenção básica, credenciamento de um novo procedimento, terceirização ou não da lavanderia, entre outros são incorporados constantemente nas agendas dos gestores e, na maioria das vezes, sem o adequado respaldo de informação gerencial, eles têm que tomar suas decisões (BRASIL, 2006b).

A apuração e o controle de custos em saúde, primeiramente, servem de instrumentos eficazes de gestão e acompanhamento dos serviços; em segunda instância, permitem a implantação de medidas corretivas que visem ao melhor desempenho das unidades, com base na redefinição das prioridades, no aumento da produtividade e na racionalização do uso de recursos, entre outras medidas administrativas (BRASIL, 2006b).

Diante do exposto, esse artigo tem por objetivo elaborar e avaliar os custos de um novo serviço de saúde específico para a pessoa idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de ampliar as ações de promoção e fortalecimento da autonomia e independência da pessoa idosa, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

## **2 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE CUSTOS**

A gestão de custos em qualquer tipo de organização é útil e proporciona ao administrador uma visão mais acurada e ampliada da realidade financeira, já que permite olhar por outro ângulo como são gastos os recursos disponíveis, permitindo identificar os exageros e destinar os recursos na quantidade certa para serem aplicados nas atividades mais necessárias. A gestão de custos visa não somente gastar menos, mas principalmente gastar melhor (ALMEIDA et al, 2009).

Silva (2007) classifica a contabilidade de custos como pilar de apoio ao processo decisório que auxilia os gestores em:

- a) decidir entre produzir e prestar serviços ou terceirizar sua execução;
- b) calcular e justificar o valor das taxas e preços públicos a serem cobrados;
- c) facilitar a elaboração dos orçamentos;
- d) medir a eficiência, eficácia, economia, sub-atividades ou sobreatividades;
- e) fundamentar o valor dos bens produzidos pelo órgão para uso próprio ou bens de uso comum do povo;
- f) apoiar decisões sobre continuar responsável pela produção de determinado bem, serviço ou atividade ou entregar a entidades externas;
- g) facilitar informação a entidades financiadoras de produtos serviços ou atividades;
- h) comparar custos de produtos ou serviços similares entre diferentes órgãos do setor público.

Os métodos de custeio auxiliam no gerenciamento dos custos, sendo uma ferramenta para o processo de gestão. Ao longo do tempo, esses métodos vêm apresentando um crescimento na sua capacidade de gerar informação, os quais a partir do século XX, se tornaram mais diversificados para atender novas necessidades, como o aumento da complexidade da gestão das organizações e dos avanços tecnológicos (ZANIEVICZ et al., 2013).

Os principais métodos de acumulação de custos encontrados na literatura são os seguintes: custeio direto, custeio por absorção e custeio por atividades. Nenhum destes métodos pode resolver todos os problemas relacionados a custos, mas eles oferecem diferentes informações para diferentes necessidades de decisões (MENA et al., 2002).

O método de custeio variável ou direto tem como objetivo servir como uma ferramenta de gestão, oferecendo informações para o processo decisório. Neste modelo, a forma de divisão consiste em separar o que é custo fixo e custo variável. Uma das informações mais relevantes neste modelo é saber a margem de contribuição em valor e/ou em porcentagem que cada produto, e com isso auxiliar no processo decisório, e a partir disto poder seguir para a análise de qual produto é mais vantajoso para a empresa e voltar o foco para administrá-lo de maneira mais eficaz (ALBUQUERQUE et al, 2017).

De acordo com Leone e Leone (2010) e Mena et al. (2002) esse método possui vantagens e desvantagens em relação aos demais métodos de custeio. Apresenta a vantagem de melhor suportar a administração na tomada de decisão, auxiliando na verificação de quais produtos, linhas de produção e departamentos são mais lucrativos; e o cálculo resulta na margem de contribuição, um indicador econômico que verifica se a receita é capaz de cobrir os custos e despesas fixas e auxilia

em decisões de negociação de preços, apresentando o quanto cada unidade contribui para a empresa. Por outro lado, esse método possui as desvantagens de as informações produzidas auxiliarem nas análises de curto prazo, porém para o longo prazo necessitam de maiores análises, como a apropriação dos custos fixos, para mensurar o custo total de um objeto; e a separação de custos e despesas em fixos e variáveis também pode ser trabalhosa, devendo ser avaliado o seu custo-benefício.

A partir dessa breve contextualização, o estudo apresenta uma análise da relação dos custos, receitas e investimentos de um serviço de saúde especializado para a pessoa idosa no SUS, com o intuito de verificar qual o custo do serviço pelo método de custeio direto, além da apuração da margem de contribuição e ponto de equilíbrio, informações fundamentais para o ótimo gerenciamento dessa organização.

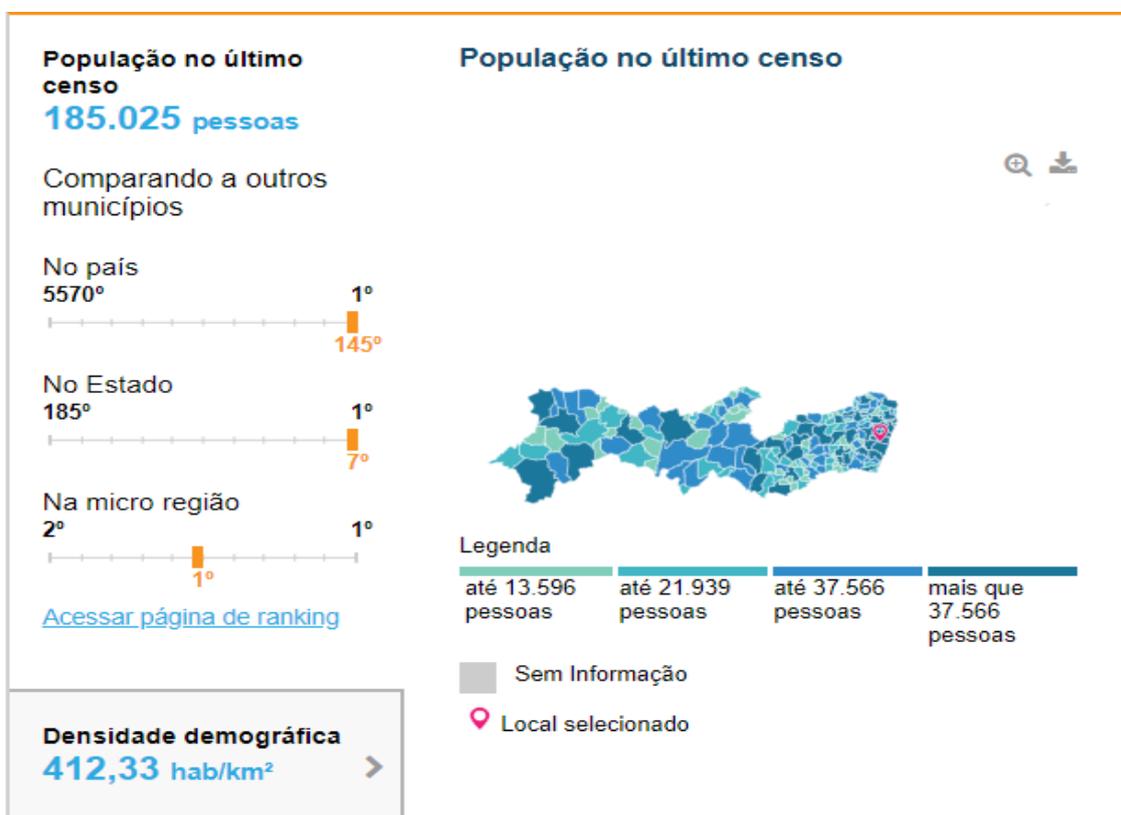
### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Estudo descritivo de custo de caso único realizado com base na realidade populacional e orçamentária do município do Cabo de Santo Agostinho, localizado no estado de Pernambuco, Brasil.

### 3.2 Descrição de aspectos gerais do município do Cabo de Santo Agostinho

Figura 1 População de habitantes no município do Cabo de Santo Agostinho



Fonte: (IBGE,2010)

O município localiza-se na mesorregião metropolitana do Recife, com área territorial de 445.343 km<sup>2</sup>. Segundo o último censo do IBGE, em 2010 a população no município do Cabo de Santo Agostinho era de 185.025 pessoas, com uma perspectiva para 2018 de 205.112 pessoas.

A população idosa, também segundo o IBGE, em 2010 era de 15.108 pessoas, representando aproximadamente 8% da população. Vale ressaltar que é provável que esse percentual tenha aumentado nos últimos anos, já que Pernambuco acompanha a tendência do envelhecimento populacional nacional.

Figura 2 População de pessoas idosas no município do Cabo de Santo Agostinho.

Idade	População	Unidade
> 0 A 4 ANOS	14.033	peessoas
> 5 A 9 ANOS	15.282	peessoas
> 10 A 14 ANOS	17.329	peessoas
> 15 A 19 ANOS	17.067	peessoas
> 20 A 24 ANOS	17.730	peessoas
> 25 A 29 ANOS	18.201	peessoas
> 30 A 39 ANOS	31.926	peessoas
> 40 A 49 ANOS	22.881	peessoas
> 50 A 59 ANOS	15.468	peessoas
> 60 A 69 ANOS	8.985	peessoas
> 70 ANOS OU MAIS	6.123	peessoas

Fonte: (IBGE,2010)

O programa de saúde da família no ano de 2019 funciona no município com 42 unidades presentes em todo território, alcançando uma cobertura de aproximadamente 65% da população.

A proposta do serviço de saúde especializado abordado nesse trabalho vem otimizar as ações desenvolvidas na atenção básica, através da referência e contra referência, além de ampliar as opções terapêuticas direcionadas para a saúde das pessoas idosas no território, gerando uma melhoria na qualidade de vida.

### 3.3 Método de custeio

Optou-se pelo uso do custeamento variável ou direto, pois a partir deste é possível analisar o comportamento dos custos diante de diferentes níveis de atividades, além de ser uma ferramenta importante no fornecimento de informações para o processo decisório.

### 3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi desenvolvida por meio de pesquisa de campo, onde foram coletados dados entre os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019, em unidades de saúde selecionadas e na Secretaria de Saúde do município em questão.

Os dados referentes aos salários das categorias profissionais foram obtidos a partir do acesso ao portal da transparência no site da Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho (<https://www.cabo.pe.gov.br/>).

Os valores dos equipamentos e custos com aluguéis, energia, água, internet, telefone, materiais médico – hospitalares e receitas foram obtidos na Secretaria de Saúde do município estudado, após esclarecimentos do objetivo da pesquisa em cada setor específico.

### 3.5 Análise dos dados

Para os cálculos da Receita Total, Margem de Contribuição e Ponto de Equilíbrio foram utilizadas as seguintes fórmulas:

- Receita Total (RT)= Receita Federal + Receita Municipal
- Margem de Contribuição (Mcb)= Receita Total (RT) – Custos Variáveis (CV)
- Ponto de Equilíbrio (PEq) = Custos Fixos (CF)/Mcb%, onde a  $Mcb\% = Mcb/RT$

Os dados coletados foram consolidados em planilhas do Excel. A análise dos dados deu-se por meio da interpretação dos valores extraídos das planilhas, complementados pelo uso da estatística descritiva e apresentados na forma de quadros, figuras, tabelas e gráficos favorecendo sua análise e discussão. É importante mencionar que para realização dos cálculos, foi utilizado média mensal.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Estruturação do modelo

Para embasar a estruturação do serviço proposto foram realizadas visitas a serviços especializados para a pessoa idosa entre os meses de dezembro de 2018 a junho de 2019. São eles:

- Universidade aberta à terceira idade - UnATI /UFPE
- Unidade de Atenção ao Idoso do Recife – UNIR – Hospital Geral de Areias.
- Centro de Referência em Atenção à Pessoa Idosa (CRASPI) – Hospital Universitário Oswaldo Cruz.
- A Policlínica Municipal da Pessoa Idosa, em João Pessoa/PB

Essas visitas foram agendadas previamente com os responsáveis técnicos das respectivas unidades, otimizando assim o conhecimento adequado dos mesmos.

## 4.2 Visitas às unidades de referência

A UnATI /UFPE (Universidade aberta à terceira idade) disponibilizava 600 vagas semestralmente para cursos e atividades no local, visando a promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

A demanda sempre superava a capacidade do serviço, sendo necessária a mudança do cadastro presencial para o *online*, com o intuito de diminuir transtornos. Havia atendimentos com algumas especialidades como geriatria, cardiologia, nutrição e psicologia, que eram realizados por voluntários ou por estudantes da Universidade com a devida preceptoria.

A unidade CRASPI (Centro de Referência em Atenção à Pessoa Idosa) possuía um ambulatório com 7 geriatras, uma gerontóloga e uma nutricionista. Havia disponibilidade também de vagas com terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudióloga. Pelo fato do serviço funcionar dentro de uma unidade hospitalar, havia 8 leitos específicos para internamentos disponíveis para o programa. Um núcleo de atendimento ao idoso onde eram promovidas reuniões com assistente social estava ativo, objetivando o fortalecimento de grupos de apoio. No momento da visita, estava em funcionamento o programa idoso digital, onde alunos de enfermagem davam aulas para idosos sobre manuseio em computadores e *smartphones*.

A UNIR (Unidade de Atenção ao Idoso do Recife) tinha como coordenadora uma nutricionista, também idosa. O serviço possuía capacidade de até 480 idosos que eram divididos em grupos para participarem ao longo do ano das várias atividades de promoção da saúde propostas, como palestras sobre assuntos diversos, visitas culturais, bazar beneficente e oficinas de arte e jogos. Era exigida uma frequência mínima para a continuação no programa, visto que a demanda era muito superior a capacidade de atendimento. O serviço contava com enfermeira, nutricionista, assistente social, psicóloga e fisioterapeuta. Como também funcionava dentro de uma unidade hospitalar, havia algumas vagas com outras especialidades médicas reservadas no ambulatório para o programa, mas sem geriatra no momento.

A última unidade a ser visitada foi a Policlínica Municipal da Pessoa Idosa, em João Pessoa. O serviço possuía a maior estrutura física e o maior quantitativo de profissionais entre todas as unidades já mencionadas. O atendimento era feito sob demanda espontânea e também pacientes encaminhados da regulação municipal, onde era possível agendar consultas com vários especialistas como endocrinologista e cardiologista. Possuía farmácia própria e eram realizados curativos na unidade. As atividades de promoção da saúde eram desenvolvidas e coordenadas por vários profissionais da policlínica, chamando atenção para o grupo de apoio a saúde do homem.

Todos os serviços mencionados acima eram direcionados exclusivamente para a pessoa idosa, ou seja, pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, conforme estabelece o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

#### **4.3 Serviço proposto - Centro Municipal de Saúde da Pessoa Idosa (CMSPI)**

O modelo foi pensado para alinhar-se com as diretrizes estabelecidas na Política Estadual da Pessoa Idosa (PERNAMBUCO, 2018), onde destacam, entre outros aspectos, a garantia a assistência integral à saúde e o apoio a programas de prevenção, educação e promoção da saúde da pessoa idosa.

A diminuição da fragmentação do cuidado em saúde, com a valorização de uma equipe multiprofissional vem fortalecer o escopo do modelo, já que esse é um dos entraves na efetivação da atenção integral a esse público, como mencionado no documento Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2018).

Serviços a serem disponibilizados:

- Acolhimento dos pacientes encaminhados pela atenção básica, sendo atendidos por enfermeiro (especialista) em saúde da pessoa idosa.
- Central de marcação de consultas e exames
- Consultas com especialistas
- Curativos

Atividades de promoção da saúde: Demanda espontânea, precisando ser apenas cadastrado no centro:

- Palestras mensais sobre assuntos diversos
- Grupos de convivência (xadrez, dança, coral, atividade física)
- Grupo de apoio ao cuidador

Foram selecionadas as seguintes especialidades para fazerem parte da equipe:

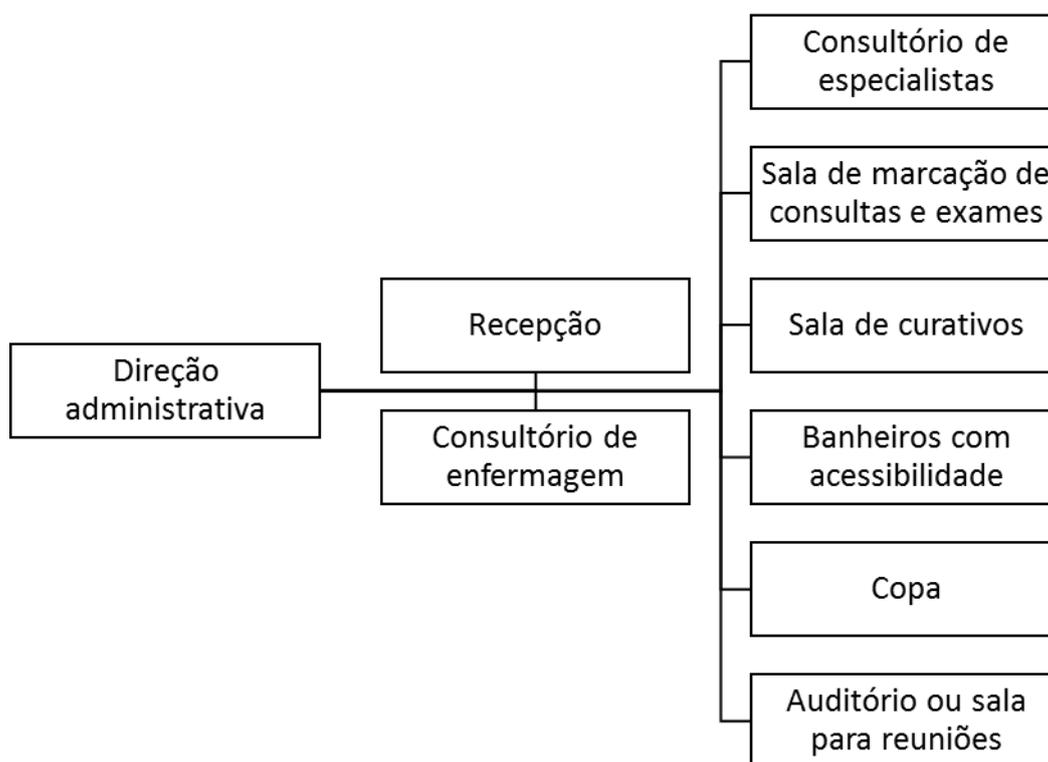
- Nutricionista
- Psicólogo

- Geriatra
- Assistente social
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo

Outras especialidades entrarão na equipe conforme a disponibilidade e demanda do serviço.

Uma estrutura física mínima, como ilustrado na figura 01, foi preconizada para atender de maneira adequada as atividades propostas no centro, valorizando a acessibilidade na escolha do local de funcionamento do serviço.

Figura 3 Estrutura física mínima preconizada para o CMSPI



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

O organograma de atendimento foi idealizado para diminuir o tempo de espera dos pacientes e descentralizar as atividades. O enfermeiro primeiramente irá admitir os pacientes e na consulta de enfermagem avaliará a necessidade de consultas com os demais especialistas.

Figura 4 Organograma de atendimento do CMSPI



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

A participação em atividades de promoção da saúde e grupos de apoio oferecidas pelos profissionais do centro será sob demanda espontânea ou sugeridas pelos profissionais do serviço, necessitando apenas o cadastro prévio.

A marcação de consultas e exames dentro e fora do centro será feita no serviço, facilitando o acesso dos pacientes a esses procedimentos.

Quadro 3 Recursos humanos mínimos para o centro

1	Gerente administrativo	01
2	Recepcionista	02 (manhã e tarde)
3	Enfermeiro especialista em saúde do idoso	02 (30hs)
4	Técnico de enfermagem	02 (sala de curativos)
5	Nutricionista	01
6	Psicólogo	01
7	Geriatra	01
8	Assistente social	01
9	Fisioterapeuta	01
10	Fonoaudiólogo	01
11	Técnico administrativo (marcação de consultas e exames)	01
12	Auxiliar de serviços gerais	01

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

#### 4.4 DESCRIÇÃO DOS CUSTOS

Após a estruturação do modelo, foi realizado o levantamento e análise dos custos do serviço. Com base na estrutura, no funcionamento e no levantamento dos gastos do serviço no período analisado, foi elaborada uma estrutura de custos sendo classificados em custos fixos (CF) e variáveis (CV), essenciais para o cálculo do custeio direto.

A tabela 1 evidencia o total de custos do Centro Municipal de Saúde para a Pessoa Idosa no município do Cabo de Santo Agostinho (CMSPI).

Tabela 1 Custo total do CMSPI no município do Cabo de Santo Agostinho (incluso depreciação dos equipamentos)

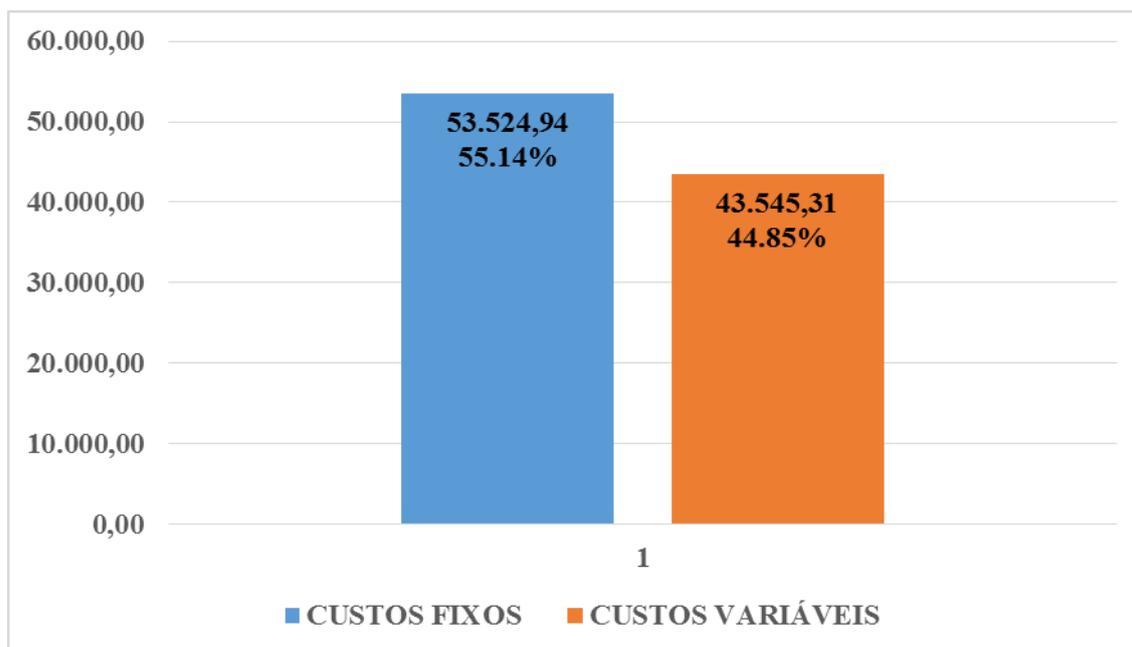
<b>CUSTO DO CMSPI</b>					
<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>TIPO</b>	<b>R\$ ANO</b>		<b>R\$ MÊS</b>	
Recursos humanos	CF	R\$	596.799,96	R\$	49.733,33
Aluguel	CF	R\$	27.740,04	R\$	2.311,67
Internet	CF	R\$	129,48	R\$	10,79
Depreciação	CF	R\$	5.629,80	R\$	469,15
Loc. Equip. Informática	CF	R\$	12.000,00	R\$	1.000,00
Energia	CV	R\$	22.752,00	R\$	1.896,00
Água	CV	R\$	6.104,16	R\$	508,68
Telefone	CV	R\$	1.687,56	R\$	140,63
MMH	CV	R\$	480.000,00	R\$	40.000,00
Material de Escritório	CV	R\$	12.000,00	R\$	1.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$</b>	<b>1.164.843,00</b>	<b>R\$</b>	<b>97.070,25</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Nota: CV- Custo variável; CF – Custo fixo; MMH – Material médico-hospitalar

Os custos fixos e variáveis se mantiveram com valores equivalentes em relação ao custo total, como demonstra no gráfico abaixo.

Gráfico 3 Discriminação dos custos do CMSPI.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Dentre os custos fixos, a folha de pagamento dos recursos humanos representa o maior valor monetário, estando incluso, férias, décimo terceiro e encargos (R\$ 49.733,33), representando 92.91% deste grupo. Nos custos variáveis, a maior parcela recai sobre o MMH que somam 91,85% destes custos.

O levantamento dos equipamentos foi feito utilizando - se como parâmetro unidades de saúde no município semelhantes a unidade proposta, ajustando-se quando necessário as necessidades do serviço, objetivando uma maior fidedignidade da realidade local. Os valores dos mesmos foram coletados na Secretaria de Saúde do município, sendo possível estimar o valor total de investimento inicial: R\$ 31.148,99. Os equipamentos com a respectiva depreciação estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 Investimentos e depreciação estimada dos equipamentos do CMSPI.

EQUIPAMENTOS	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VIDA ÚTIL/MÊS	DEP MÊS	DEP ANO
TENSIOMETRO	2	R\$ 150,00	R\$ 300,00	12	R\$ 25,00	R\$ 300,00
ESTETOSCÓPIO	2	R\$ 100,00	R\$ 200,00	60	R\$ 3,33	R\$ 40,00
CARRO PARA CURATIVO	1	R\$ 650,00	R\$ 650,00	120	R\$ 5,42	R\$ 65,00
MACA CADEIRA TIPO	3	R\$ 1.500,00	R\$ 4.500,00	120	R\$ 37,50	R\$ 450,00
ESCRITÓRIO	6	R\$ 350,00	R\$ 2.100,00	60	R\$ 35,00	R\$ 420,00
CADEIRA "DE PLASTICO"	24	R\$ 75,00	R\$ 1.800,00	12	R\$ 150,00	R\$ 1.800,00
CADEIRA LONGARINA	10	R\$ 190,00	R\$ 1.900,00	60	R\$ 31,67	R\$ 380,00
MESA DE ESCRITÓRIO	6	R\$ 300,00	R\$ 1.800,00	120	R\$ 15,00	R\$ 180,00
MESA DE POLIPROPILENO	1	R\$ 130,00	R\$ 130,00	120	R\$ 1,08	R\$ 13,00
ARMÁRIO VITRINE	2	R\$ 800,00	R\$ 1.600,00	120	R\$ 13,33	R\$ 160,00
ARQUIVO COM 4 GAVETAS	4	R\$ 600,00	R\$ 2.400,00	120	R\$ 20,00	R\$ 240,00
ESTANTE DE METAL	3	R\$ 190,00	R\$ 570,00	120	R\$ 4,75	R\$ 57,00
LIXEIRO 50 LITROS	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00	120	R\$ 3,33	R\$ 40,00
LIXEIRO SIMPLES	8	R\$ 70,00	R\$ 560,00	60	R\$ 9,33	R\$ 112,00
APARELHO DE TELEFONE	4	R\$ 30,00	R\$ 120,00	60	R\$ 2,00	R\$ 24,00
GELAGUA COLUNA	2	R\$ 300,00	R\$ 600,00	60	R\$ 10,00	R\$ 120,00
AR CONDICIONADO	6	R\$ 1.550,00	R\$ 9.300,00	120	R\$ 77,50	R\$ 930,00
GELADEIRA	1	R\$ 1.450,00	R\$ 1.450,00	120	R\$ 12,08	R\$ 145,00
BALANÇA DIGITAL	1	R\$ 768,99	R\$ 768,99	60	R\$ 12,82	R\$ 153,80
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 31.148,99</b>		<b>R\$ 469,15</b>	<b>R\$ 5.629,80</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os componentes de informática não entraram na composição dos equipamentos já que o município trabalha com a locação mensal dos mesmos, incluindo custos com manutenção e impressão de documentos. O valor mensal do aluguel também foi obtido na Secretaria de Saúde do município.

Para o cálculo da depreciação dos investimentos foi utilizado o modelo linear de depreciação, em que se divide o valor do equipamento por sua vida útil:

$$\text{Depreciação} = \text{valor do equipamento} / \text{vida útil}$$

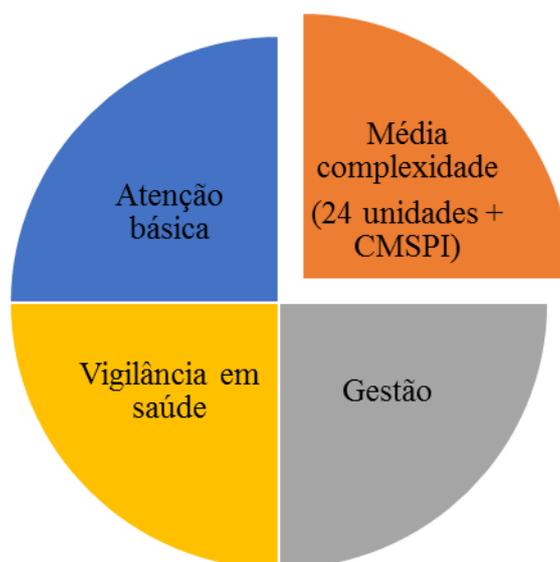
Os valores obtidos foram somados e o resultado compõe uma parte dos custos fixos do serviço.

O valor do aluguel mensal foi obtido através da média aritmética dos valores de 3 unidades no município com estrutura semelhante ao CMSPI, referente aos meses de janeiro, fevereiro e março de 2019. Da mesma forma foram obtidos os valores da energia elétrica e água.

Os valores referentes a internet e telefone não eram discriminados de maneira específica para cada unidade, sendo um valor único para a Secretaria de Saúde. Essa secretaria possui quatro

grandes blocos de atenção que são: Gestão, Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Média Complexidade (MC). Essa última abrange vinte e quatro unidades, onde o CMSPI será a vigésima quinta, como ilustra a figura abaixo:

Figura 5 Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município do Cabo de Santo Agostinho.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Para chegar em um valor proporcional, o cálculo da internet e telefone foi feito da seguinte maneira:

$$\text{Valor proporcional} = \frac{\text{valor total}}{4 \text{ (blocos de atenção)}} \times \frac{1}{25 \text{ (unidades de MC)}}$$

O valor dos materiais médico-hospitalares para compor os custos variáveis do CMSPI foi obtido através da análise de uma unidade de saúde semelhante da mesma categoria no território que realiza curativos no público em geral. Para se chegar a um valor aproximado, inicialmente foi obtida a média mensal dessa unidade R\$ 73.916,93. Esse resultado foi discutido com a Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso do município, onde foi feita a adequação do mesmo, baseando-se na realidade populacional de idosos no território, chegando no valor de R\$ 40.000,00 tal como descrito na Tabela 1. A lista completa dos materiais está descrita na tabela 3.

Tabela 3 Lista de materiais médico – hospitalares a serem solicitados para o CMSPI.

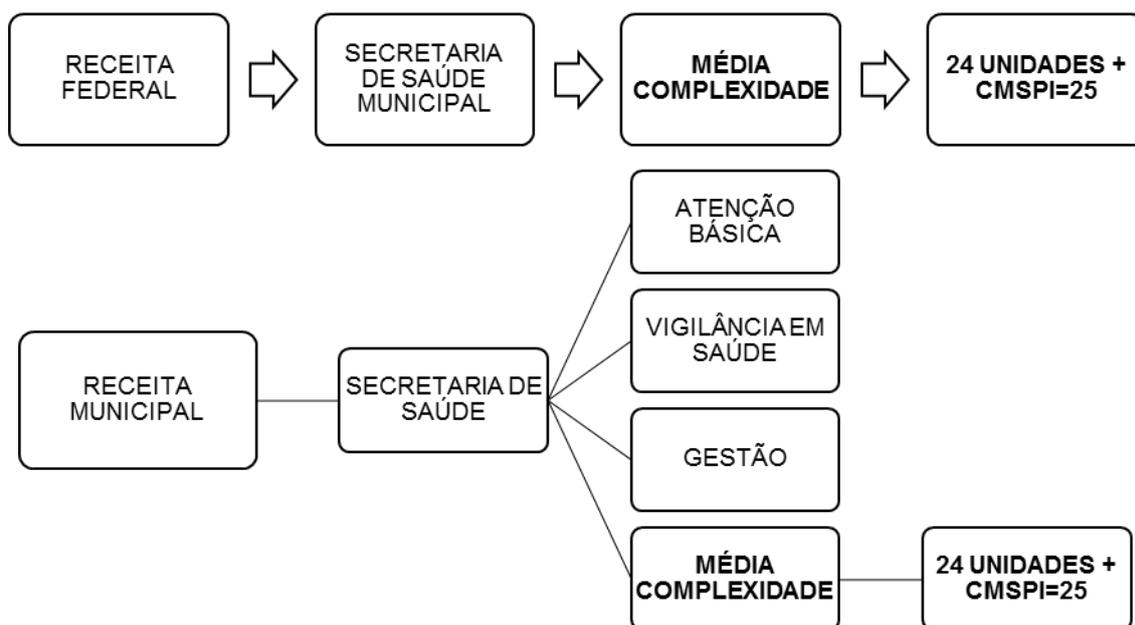
<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>JANEIRO</i>	<i>FEV</i>	<i>MARÇO</i>	<i>ABRIL</i>	<i>MAIO</i>	<i>JUNHO</i>	<i>Valor total (und)</i>	<i>Valor total (R\$)</i>	<i>total</i>
COMPRESSA DE GAZES	0,33	2000	2500	2400	2200	2500	2400	14000	4620
LUVA PROCEDIMENTO P	13,5	2400	2400	2400	2500	2400	2400	14500	195750
LUVA PROCEDIMENTO M	13,5	2400	2400	2400	2500	2400	2400	14500	195750
ESPARADRAPO IMPERMEAVEL	4,64	30	36	36	48	48	48	246	1141,44
ATADURA CREPE 10CM	0,5	432	240	240	432	432	432	2208	1104
ATADURA CREPE 15CM	0,72	384	384	240	240	384	384	2016	1451,52
ATADURA CREPE 20CM	1,01	288	288	240	240	288	288	1632	1648,32
ALGODAO HIDROFILO	8,07	20	20	20	20	20	20	120	968,4
ESPARADRAPO MICROPOROSO	3,89	12	12	12	12	12	12	72	280,08
LUVA STERIL 8,0	0,78	100	100	100	100	100	100	600	468
LUVA STERIL 7,0	0,78	80	100	100	100	100	100	580	452,4
MASCARA DESCARTAVEL	4,8	100	100	100	100	100	100	600	2880
TOUCA DESCARTAVEL	5,65	100	100	100	100	100	100	600	3390
SORO FISIOLÓGICO 500ML	2,24	96	96	96	96	96	96	576	1290,24
COMPRESSA CIRURGICA 45X50	40,2	1	1	1	1	1	1	6	241,2
ALCOOL 70%	3,99	12	10	12	12	12	12	70	279,3
OLEO DERSANI	2,19	0	0	0	0	20	20	40	87,6
LAMINA BISTURI	19,2	200	200	200	200	200	200	1200	23040
KOLAGENASE	10	80	80	80	80	80	80	480	4800
KOLAGENASE C/ CLORAFENICOL	6,86	80	100	80	80	80	80	500	3430
CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE	11,92	6	6	6	6	6	6	36	429,12
									<b>R\$</b>
									<b>443.501,62</b>

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, 2019.

#### 4.5 RECEITAS

Existem duas fontes distintas de receitas que a secretaria de saúde do município do Cabo de Santo Agostinho recebe. Uma transferência realizada pelo Governo Federal e a outra que a própria prefeitura realiza, conforme ilustrado na figura 6.

Figura 6 Distribuição da receita total destinada ao bloco da média complexidade



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Os valores de ambas as fontes destinados ao bloco da média complexidade foram trabalhados da mesma forma, já que eram referentes ao primeiro quadrimestre do ano de 2019. Os valores trabalhados na tabela 4 correspondem as receitas destinadas a média complexidade, categoria que o CMSPI se enquadra.

- Receita Federal (MC) = valor / 4 (quadrimestre) = valor mensal para a MC.
- Receita Municipal (MC) = valor total para a SMS – valores dos demais blocos = valor da MC / 4 (quadrimestre) = valor mensal para a MC.

Tabela 4 Descrição dos valores das receitas destinadas ao bloco da média complexidade

<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>			
<b>RECEITA /MC</b>		<b>RECEITA/MÊS</b>	<b>VLR/ UN MC/MÊS</b>
FEDERAL	R\$	1.072.882,29	R\$ 42.915,29
MUNICIPAL	R\$	4.782.997,90	R\$ 191.319,92
<b>TOTAL</b>	<b>R\$</b>	<b>5.855.880,19</b>	<b>R\$ 234.235,21</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Nota: MC – Média complexidade

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os custos totais, fixos e variáveis, correspondem a 41,44% da receita mensal recebida pelo bloco da média complexidade.

Na tabela 5 apresenta-se o cálculo da margem de contribuição do CMSPI. O valor obtido foi de R\$ 190.689,90. Comparando com os custos fixos, R\$ 53.524,94, resulta em um valor monetário positivo + R\$ 137.164,96 R\$, que se traduz em um superávit mensal.

Tabela 5 Margem de contribuição

<b>MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO</b>		
	<b>RECEITA TOTAL</b>	<b>CT VARIÁVEL</b>
R\$	234.235,21	R\$ 43.545,31
	<b>R\$</b>	<b>190.689,90</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Tabela 6 Relação entre a margem de contribuição, ponto de equilíbrio e superávit da receita.

DESCRIÇÃO		VALOR MENSAL
A	Receita total	R\$ 234.235,21
B	Total dos custos fixos	R\$ 53.524,94
C	Total dos custos variáveis	R\$ 43.545,31
D=B+C	Total dos custos	R\$ 97.070,25
E=A-C	<b>MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO</b>	<b>R\$ 190.689,90</b>
F=E/A	Mcb%	81,41%
G=B/F	Peq em relação à receita	R\$ 65.747,72
H=A/G	% de execução da capacidade da receita	356%
I=E-B	<b>SUPERÁVIT DA RECEITA</b>	<b>R\$ 137.164,96</b>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

É possível afirmar que o bloco da média complexidade opera em níveis superiores ao ponto de equilíbrio, ou seja, a receita total obtida através dos repasses realizados são suficientes para cobrir os custos totais, com uma margem positiva de R\$ 137.164,96 que corresponde a 58.55% da RT.

#### 4.7 CONCLUSÃO

Foi possível desenvolver um modelo de serviço direcionado para as pessoas idosas no âmbito do SUS, dentro da realidade estrutural e orçamentária do município do Cabo de Santo Agostinho, contribuindo para a concretização de um dos objetivos do Plano Anual de Saúde Municipal que visa a implantação de um serviço com essa especificidade no território.

Mediante a metodologia do custeio variável, foi possível verificar que as receitas recebidas para a média complexidade são suficientes para cobrir os custos totais do serviço, sendo o resultado apurado positivo.

Isso demonstra a possibilidade de implantação do projeto com segurança, sendo possível inclusive a ampliação da capacidade de atendimento através de uma estrutura física maior, mais serviços ou mais profissionais especializados. O apoio a assuntos jurídicos será uma modalidade importante a ser contemplada, visto que muitas pessoas idosas desconhecem com plenitude seus direitos, ampliando o suporte diante das várias questões que permeiam a vida dessas pessoas.

Com a implementação desse projeto, esse público terá de forma ampliada e otimizada, oportunidades de melhoria na qualidade de vida, com fortalecimento da independência e capacidade funcional, impactando no avançar das doenças crônico degenerativas, refletindo positivamente nos gastos públicos a médio e longo prazos.

Como limites da pesquisa podemos citar que questões políticas podem influenciar nos repasses financeiros e de como eles são distribuídos no município. Outros fatores como alterações de salários, valores de aluguéis de imóveis na região, equipamentos e suprimentos usados como base dos cálculos também podem sofrer alterações por fatores externos. Essas questões impactam diretamente nos resultados de estudos dessa natureza.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE ET AL. A IMPORTÂNCIA DO CUSTEIO VARIÁVEL E CUSTEIO POR ABSORÇÃO NA GESTÃO EMPRESARIAL. ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498, v. 13, 2017.

ALMEIDA, A. G. DE; BORBA, J. A.; FLORES, L. C. DA S. A utilização das informações de custos na gestão da saúde pública: um estudo preliminar em secretarias municipais de saúde do estado de Santa Catarina. Revista de Administração Pública, v. 43, n. 3, p. 579–607, 2009.

BRASIL. Lei Nº 10.741, , Estatuto do Idoso, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2019.

BRASIL. Programa Nacional de Gestão de custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologia. Brasília – DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde., 2006a.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 7 dez. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUSBrasíliaMinistério da Saúde, , 2018.

IBGE, Censo Demográfico 2010

LEONE, G. S. G.; LEONE, R. J. G. Curso de contabilidade de custos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENA, C.; WHICKER, L.; TEMPLAR, S.; BERNON, M. Costing the supply chain. Manufacturing Engineer, v. 81, n. 5, p. 225-228, 2002.

*População no último censo:* IBGE, Censo Demográfico 2010

*População estimada:* IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2018

PERNAMBUCO. LEI Nº 16.340, DE 16 DE ABRIL DE 2018. Altera a Lei nº 12.109, de 26 de novembro de 2001, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, a Lei nº 14.458, de 1º de novembro de 2011, que cria o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso de Pernambuco - FEDIPE, a p. 1–10, 2018.

ROMERO, D. E. et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 13, n. 1, p. 134–157, 2019.

SILVA, Lino Martins da. Problemas para o Desenho e Implantação de um Sistema de Custos na Administração Pública, o método Activity Based Costing (ABC). In: X Congresso Internacional de Custos, 2007, Anais. 13 a 15 de junho. Lyon, França

ZANIEVICZ, M.; BEUREN, I. M.; SANTOS, P. S. A.; KLOEPPEL, N. R. Costing methods: meta-analysis of articles presented in the Brazilian congress of costs over the 1994-2010 period. Revista Brasileira de Gestão de Negócios, v. 15, n. 49, p. 601-616, 2013.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que foi possível desenvolver um modelo de serviço de saúde específico para pessoas idosas no âmbito do SUS, oferecendo atendimento especializado e multiprofissional, com atividades assistenciais e de promoção da saúde compartilhadas e integradas.

A avaliação dos custos do serviço através do método de custeio variável mostrou total viabilidade orçamentária para implantação do projeto no município.

Com a implantação de serviços específicos como o descrito nesse trabalho, espera-se um impacto positivo na qualidade de vida dessa população sob vários ângulos, como a descentralização dos serviços semelhantes oferecidos pelo Estado de Pernambuco, facilitando a adesão, facilidade para marcação de consultas, exames e realização de curativos, além da otimização do atendimento integral em saúde pela presença da equipe multiprofissional, com ênfase no projeto terapêutico singular.

Esse acompanhamento contínuo da população idosa se dará através dos registros na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, instrumento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS e que no mês de agosto de 2019, foi oficialmente implementada no município.

Somando-se a isso, atividades de promoção da saúde em áreas distintas, como as sugeridas pelo CMSPI, refletem positivamente em casos de isolamento e depressão, tão comuns nesse público, ajudando na manutenção da capacidade funcional e cognitiva para uma maior independência das pessoas idosas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, E. J. D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Novas projeções da ONU. *Revista Longeviver*, 2019.
- BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho: Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington., 2011.
- BARLETTA, Fabiana Rodrigues. O direito à saúde da pessoa idosa. São Paulo: Saraiva, 2010.
- BRASIL. Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm)>. Acesso em: 6 dez. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2011 set. 04]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento\\_sus\\_240909.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf)
- DE OLIVEIRA FERNANDES, Maria Teresinha; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012, 46.6: 1494-1502.
- FALEIROS, Vicente de Paula. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. 2016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: sinopse dos resultados do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 fev. 25]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2018. Disponível em . Acesso em: 13 ago. 2018
- RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. *Jul-Set*, v. 16, n. 3, p. 536–581, 2007.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Informações básicas para gestores do SUS. 2. ed. Florianópolis: SES, 2002.
- SAAD, P. M. Envelhecimento populacional: Demandas e possibilidades na área de saúde. *Séries Demográficas*, v. 3, p. 153–166, 2016.
- WHO. ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)>. Acesso em: 7 dez. 2018.

