



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

Nádia Placideli Ramos

**Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao
Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu,
para obtenção do título de Doutora em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu

2018

Nádia Placideli Ramos

Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao
Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa.Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Ramos, Nádia Placideli.

Avaliação da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de atenção primária / Nádia Placideli Ramos. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Envelhecimento. 3. Idosos. 4. Avaliação de serviços de saúde. 5. Idosos - Saúde e higiene.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de Saúde; Envelhecimento; Pessoa Idosa.

Dedicatória

À Deus,

Por iluminar meu caminho, me guiando sempre.

Ao meu avô, Aníbal (in memorium),

Ao senhor que esteve e está comigo durante toda minha trajetória no caminho do conhecimento, sempre me incentivou com muito carinho e reconhecimento do meu trabalho desenvolvido.

Ao meu avô dedico este trabalho, pois o amor, a valorização e o respeito pela pessoa idosa aprendi com os muitos anos que pude desfrutar da nossa verdadeira amizade. Saudades. Até...

Ao meu Companheiro José Antonio,

A você que tem estado comigo durante os últimos onze anos da minha vida, com muito companheirismo e paciência. E que em meio ao percurso do doutorado nossa relação pode amadurecer e hoje somos uma família (eu e você).

Dedico este trabalho a você de forma a retribuir seu imenso amor e carinho dedicado a mim, em todos os momentos, sendo eles bons ou ruins. Obrigada pelos quatro meses. Agradeço por estar sempre ao meu lado, pessoa maravilhosa que admiro muito e que me encanta a cada reencontro.

Amo-te infinitamente.

Agradecimentos

À minha Família,

Aos meus pais por me proporcionar poder trilhar no caminho do conhecimento e por me ensinarem valores sublimes, como a humildade e a honestidade. Às minhas irmãs, Flávia e Júlia por sempre serem amigas e parceiras especiais, para mim.

À minha Orientadora – Doutora Elen Rose Lodeiro Castanheira,

Por toda a confiança e oportunidades dada a mim durante o percurso do doutorado, sobretudo agradeço-a por ter compartilhado comigo tamanho conhecimento e experiências sobre a saúde pública. Todos os momentos foram enriquecedores.

À Equipe QualiAB,

A todos os investigadores da equipe QualiAB meus sinceros agradecimentos pelos momentos compartilhados e esforços desprendidos nos diversos processos da pesquisa em que pude vivenciar nestes quatro anos.

Agradecimentos especiais também a todos os pesquisadores do QualiRede, que tive o prazer de desfrutar momentos únicos e muito prazerosos com todos.

À Equipe de avaliadores do PMAQ-AB,

Agradecimentos com carinho para todos os avaliadores que fizeram parte da equipe de avaliação externa do PMAQ-AB vinculada à FMB-UNESP, foram momentos de muito trabalho, aprendizagens, de risos, de riscos, de parcerias.

À Prof^a Doutora Margareth,

Agradeço-a por todo carinho e apoio durante o processo do PMAQ-AB, bem como no desenvolvimento do doutorado. Obrigada!

À minha amiga Josiane Carrapato,

Agradeço-a por todos os momentos especiais compartilhados entre nós, tanto na troca de experiências no âmbito profissional e de estudos da tese, mas acima de tudo ao acréscimo a vida pessoal. O doutorado nos proporcionou a nossa amizade, quero-a para o resto da minha vida!

À Diretoria Regional de Saúde de Bauru (DRS VI),

Agradecimentos pela viabilização para a coleta dos dados que compõem este estudo.

Aos gestores municipais, gerentes e equipes dos serviços de Atenção Primária à Saúde,

Meus sinceros agradecimentos a todos os atores que colaboraram com a participação na aplicação do QualiAB em 2014, sem vocês este estudo não seria possível.

Às professoras do Departamento de Enfermagem,

Agradecimentos especiais às Doutoradas Silvia, Cassiana, Wilza e Maria Helena por todas as caronas repletas de aprendizagens e alegrias no caminho Lençóis Paulista – Rubião Júnior. À Profª Drª Wilza pelo trabalho compartilhado no PMAQ-AB (2º ciclo) e à Profª Drª Silvia por todo apoio e ajuda no processo do doutorado sanduíche, muito obrigada!

Ao Doutor José Eduardo Corrente,

Agradecimentos com carinho, por sua imensa paciência nos inúmeros encontros para análise dos dados, foram muitos. Obrigada por tudo!

Ao Doutor Pedro Alcântara da Silva,

Agradecimentos com carinho, por ter me recebido tão bem no Observatório do Envelhecimento situado no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Pelo apoio e auxílio para o conhecimento dos serviços de Cuidados em Saúde Primários em Lisboa, bem como a participação em congressos, eventos e reuniões relacionados ao meu objeto de estudo.

À Doutora Zulmira Hartz,

Agradecimentos especiais, pelo privilégio o qual tive de poder aprender e compartilhar meu estudo com pesquisadora tão importante nacionalmente e mundialmente no campo de avaliação de serviços de saúde, por ter me recebido com tanto carinho e entusiasmo no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Foram momentos únicos, que levarei comigo para o resto dos meus dias. Obrigada.

Epígrafe

*Para ser Grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe, quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada Lago a lua toda brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis/ Fernando Pessoa

14. 2.1933

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel essencial na promoção do envelhecimento ativo e gestão da saúde da pessoa idosa, conforme apontado na literatura nacional e internacional. Apesar do papel de destaque atribuído à APS, poucos trabalhos analisam como as ações que abordam o envelhecimento e a saúde dos idosos são desenvolvidas nesse nível de atenção. A presente pesquisa tem como objetivo geral avaliar a organização da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde, e como objetivos específicos: avaliar a implementação e o desempenho de ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de APS de municípios do centro oeste paulista e verificar a associação entre o desempenho de serviços de APS na atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento e indicadores de planejamento e avaliação em saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, de serviços de APS da Rede Regional de Atenção à Saúde 09, situada no centro-oeste paulista, a partir da aplicação do instrumento “Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica” – QualiAB, em 2014. Baseado nas principais políticas públicas e diretrizes vigentes no país sobre atenção ao envelhecimento e à pessoa idosa foi construído um modelo teórico lógico operacional, que orienta a análise e discussão do material empírico. A partir do instrumento QualiAB foram definidos 155 indicadores relacionados a atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, agrupados em três domínios: Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo; Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento. As frequências dos indicadores selecionados foram processadas pelo Programa SPSS versão 20.0. Para análise dos domínios, foi aplicado o teste de k-médias (Programa *Statistic Base*) com a identificação (previamente) de cinco clusters para cada domínio; e o teste de Regressão Logística Múltipla (Programa *SAS*) para verificação das associações, utilizando-se como variáveis independentes indicadores de planejamento e avaliação em saúde do próprio QualiAB. Os resultados são apresentados na forma de três artigos. Uma avaliação descritiva para identificar a adequação e implementação de ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento pelos serviços de APS (artigo 1); uma avaliação do desempenho dos serviços na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em diferentes grupos de qualidade a partir dos domínios propostos (artigo 2). E a análise de associações entre os grupos de qualidade na atenção à saúde da pessoa idosa e indicadores de planejamento e avaliação em saúde dos serviços de APS (artigo 3). Como resultados gerais destaca-se a incipiência da incorporação de ações dirigidas à promoção do envelhecimento ativo e à gestão da saúde da pessoa idosa em serviços de APS no contexto estudado, e a importância das ações de planejamento e avaliação para a melhoria da qualidade. Recomenda-se a ampliação e diversificação das práticas de cuidado da saúde da pessoa idosa, preventivas e de promoção para o envelhecimento ativo, de modo integrado as redes intersetoriais de atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Pessoa Idosa; Avaliação de Serviços de Saúde.

Abstract

The Primary Health Care (PHC) plays an essential role in the promotion of active aging and in the health management of elderly, according to national and international literature. Despite the notable role attributed to the PHC, few studies have analyzed how the actions that approach the aging and health of the elderly are developed based on this type of healthcare. The general objective of this study is to evaluate the organization of elderly healthcare and aging in PHC services. The specific objectives are: to evaluate the implementation and development of actions directed to the health of elderly in PHC services in the central-west region of São Paulo state as well as to verify the association between the development of PHC services for the elderly and indicators of health planning and evaluation. This is an evaluative, quantitative and cross-sectional study, based on the 09 Healthcare Regional Network services, localized in the central-west of São Paulo state. The data were collected through the “Questionnaire for the Evaluation of Quality of Primary Health Care Services” – QualiAB, in 2014. Based on the main public policies and regulations in Brazil related to aging and healthcare of elderly, an operational, logical and theoretical model was developed in order to guide the analyses and discussion of the empirical material. Through the QualiAB instrument, 155 indicators were defined concerning the aging and healthcare of elderly, grouped into three domains: Healthcare for Active Aging, Organization in the Healthcare for Chronic Non-Communicable Diseases (CNCD); and Structure and Support Network for Aging Healthcare. The frequency of the selected indicators was processed by the SPSS software, version 20.0. For the analyses of domains, the K-means test was applied (Statistic Base software) with previous identification of five clusters for each domain. The Multiple Logistic Regression test (SAS software) was used to verify associations, considering the indicators of health planning and evaluation from the QualiAB as independent variables. The results are presented in three papers: a) A descriptive evaluation to identify the adequacy and implementation of actions directed to the healthcare and aging of elderly offered by the PHC services (paper 1); b-) an evaluation of the development in the services for the healthcare and aging of elderly from three different groups of quality according to the purposed domains (paper 2); c-) the analyses of association among the groups of quality in the healthcare of elderly and the indicators of planning and evaluation of PHC services (paper 3). As general results, the insipience as for the incorporation of actions directed to the promotion of active aging and elderly health management in PHC services considering the approached context must be emphasized, as well as the importance of planning and evaluation actions to improve quality. It is recommended the amplification and diversification of healthcare practices directed to the elderly, which may be preventive or promote an active aging, integrated into intersectoral healthcare networks.

Keywords: Primary Health Care; Aging; Elderly; Health Services Evaluation.

Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição Populacional, segundo faixa etária e sexo, RRAS09, 2010..... | 39 |
| Tabela 2 – Percentual Aplicado à Saúde, próprio do município conforme Regiões de Saúde da RRAS09..... | 41 |
| Tabela 3 – Índice de Envelhecimento conforme Regiões de Saúde, RRAS09, 2010..... | 42 |

Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Principais marcos históricos, políticas, recomendações e manuais técnicos internacionais e nacionais na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento..... | 25 |
| Quadro 2. Síntese dos indicadores para avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde na atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, segundo o número de indicadores por domínio e subdomínios..... | 53 |
| Quadro 3. Composição de cada subdomínio do domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, segundo a distribuição dos indicadores..... | 53 |
| Quadro 4. Composição de cada subdomínio do domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis”, segundo a distribuição dos indicadores..... | 55 |
| Quadro 5. Composição de cada subdomínio do domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”, segundo a distribuição dos indicadores..... | 57 |
| Quadro 6. Variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde dos serviços de Atenção Primária à Saúde, segundo indicadores do QualiAB..... | 59 |

Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfico 1. Índice de Futuridade segundo Regiões de Saúde, RRAS09, 2010..... | 43 |
| Gráfico 2. Taxa de Internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos de idade, segundo Região de Saúde, RRAS09, estado de São Paulo, 2012..... | 43 |

Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Mapa segundo município, Região de Saúde, RRAS09, 2012..... | 38 |
| Figura 2. Distribuição dos municípios, segundo faixas populacionais, São Paulo, 2010..... | 39 |
| Figura 3. Pirâmide populacional RRAS09, 2010..... | 40 |
| Figura 4. Modelo Lógico para Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento na Atenção Primária à Saúde..... | 48 |
| Figura 5. Modelo Teórico de Avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento..... | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

ONU – Organização das Nações Unidas

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome*)

PNH – Política Nacional de Humanização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

QualiAB – Questionário da Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica

IMPAC – Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments

ESF – Estratégia Saúde da Família

RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

PPSUS – Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FMB-UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CT – Câmaras Técnicas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SIH-SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MIF – Medida de Independência Funcional
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro Especializado da Assistência Social
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA – Pressão Arterial
LDL – Lipoproteínas de baixa densidade (*Low Density Lipoproteins*)
HDL – Lipoproteínas de alta densidade (*High Density Lipoproteins*)
NPH – Protamina Neutra de Hagedorn
PCD – Pessoas com Deficiência
ECG – Eletrocardiograma
HGT – Hemoglicoteste
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)
ONG – Organização Não Governamental
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

Apresentação

Fazer uma breve apresentação da minha trajetória no caminho dos estudos não é tarefa fácil, pois já são mais de dez anos entre o ingresso à graduação, o mestrado e o desenvolvimento do doutorado, mas de qualquer maneira tentarei elucidar ao leitor os principais fatos que me trouxeram até esta folha.

No ano de 2007 eu ingressava no curso de Bacharelado em Gerontologia na Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), na ocasião não sabia direito a que se destinava a formação do profissional proposto na descrição de tal curso, o gerontólogo, no entanto sabia que tratava do estudo sobre envelhecimento humano com foco na pessoa idosa e isto muito me interessava, pois o que eu queria era trabalhar com idosos.

Cursando esta graduação eu me deslumbrava e apaixonava a cada ano por este campo do saber e pelas possíveis atuações do gerontólogo no mercado de trabalho, e em paralelo já no segundo ano da graduação ingressei em grupos de estudos, com o desenvolvimento de iniciação científica e práticas com alunos de pós-graduação, e assim comecei a me sentir motivada para trilhar por meio acadêmico.

Ainda durante a graduação, em estágio desenvolvido no contexto da atenção primária, especificamente em uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, durante as observações e ao reconhecimento da atenção prestada à pessoa idosa por este serviço, incomodava-me presenciar e constatar a ausência de conhecimentos gerontológicos pela equipe e por não haver programas ou ações específicas desenvolvidas a esta população, que fossem para além do trato aos diabéticos, hipertensos e idosos com úlceras de pressão.

Desta forma, finalizada a graduação busquei já no ano seguinte adentrar ao mestrado, na área de saúde pública, pois pretendia realizar algo junto aos serviços de atenção primária, e então durante o mestrado trabalhei com a proposta de educação continuada em gerontologia para Agentes Comunitários de Saúde de um município do interior paulista, aonde pude propor e desenvolver um programa com esta finalidade para todos esses profissionais e avaliar o que eles sabiam sobre as temáticas trabalhadas antes e após o seu desenvolvimento. Os resultados foram realmente interessantes e importante, foi demonstrado que os profissionais não eram providos de conhecimentos gerontológicos e que o programa de educação continuada em gerontologia foi satisfatório na aquisição de conhecimentos nesta perspectiva.

Com o desenvolvimento do mestrado surgiram novas indagações e inquietações, pois com a experiência vivenciada junto aos serviços de atenção primária, mais uma vez eu

queria compreender o que estes serviços realmente faziam para a população de idosos e o que as políticas públicas preconizavam neste sentido, assim continuei motivada no campo da saúde pública, mas agora na área de estudos sobre avaliação de serviços, com foco na avaliação da organização da atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento pelos serviços de atenção primária.

Desta forma, adentrei ao doutorado e desde então foram quatro anos de muito aprendizado, sobre a saúde pública brasileira e avaliação de serviços de saúde, área de extrema importância a qual pude adquirir muito conhecimento durante o doutorado, principalmente sobre o meu objeto de estudo o olhar à pessoa idosa e ao envelhecimento no contexto da Atenção Primária à Saúde. Também pude trabalhar junto ao grupo de investigadores do QualiAB, no projeto de revisão e atualização do questionário (financiado pelo CNPq) que possibilitou os dados empíricos da minha pesquisa.

Ressalto duas experiências que pude vivenciar durante o doutorado que foram únicas e de tamanha riqueza, que levarei comigo para o resto dos meus dias. A primeira trata do trabalho desenvolvido no PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) segundo ciclo, em 2014, como supervisora da avaliação externa deste programa nas Redes de Atenção à Saúde abrangidas administrativamente pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Bauru e Sorocaba, os quais houve a adesão de 88 municípios com a avaliação em 278 equipes de Atenção Básica. O processo das avaliações aconteceram no período de quatro meses, proporcionando-me a aquisição de muito conhecimento quanto a diversidade de realidades e arranjos destes serviços em diferentes municípios, com perspectivas e posicionamentos diversos de profissionais que compunha as equipes, bem como dos usuários.

A segunda experiência durante o processo do doutorado que gostaria de compartilhar aqui, foi a oportunidade do desenvolvimento de estágio no exterior, no Observatório do Envelhecimento da Universidade de Lisboa em Portugal, no período de quatro meses, financiado pela CAPES, na modalidade de “doutorado sanduíche”. O objetivo e a motivação em realizar este estágio em Lisboa foi devido a população portuguesa ser uma das mais envelhecidas do mundo e o sistema de saúde português ter passado por transformações principalmente relacionadas aos Cuidados em Saúde Primários (CSP), como as ocorrida no Brasil com o avanço da Estratégia Saúde da Família. Em decorrência do curto tempo de permanência no país visitado, o objetivo esteve pautado no reconhecimento dos serviços de

Cuidados Primários de Lisboa e suas práticas destinadas à população de idosos e para o alcance do envelhecimento ativo.

Os quatro meses foram indescritíveis, pude aprender muito sobre o sistema de saúde e os desafios impostos por uma população envelhecida e caminhos construídos no contexto do país, pude ainda conviver com uma cultura diferente da nossa, desfrutar de lugares maravilhosos repletos de histórias e significados, além de uma culinária e vinhos magníficos. A descrição de todas as atividades acadêmicas realizadas durante o período do “doutorado sanduíche”, podem ser acompanhadas no anexo 1.

Assim encerro esta breve apresentação, reconheço que não é possível descrever todos os momentos e os detalhes do meu percurso, entretando todos estão guardados na minha memória. Espero ter colaborado com o leitor na compreensão dos motivos que me fizeram chegar até aqui.

Sumário

| | |
|---|------------|
| 1.Introdução..... | 20 |
| 1.1Atenção Primária à Saúde e a implementação de ações à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento | 20 |
| 1.2 Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em serviços de Primária à Saúde | 29 |
| 2. Objetivos | 33 |
| 2.1 Objetivo Geral | 33 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 33 |
| 3. Materiais e Métodos | 34 |
| 3.1 Instrumento de Coleta dos Dados - Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica QualiAB 2014..... | 34 |
| 3.2 Procedimentos de Coleta dos Dados do QualiAB 2014..... | 36 |
| 3.3 Local de Estudo..... | 36 |
| 3.4 População do Estudo..... | 44 |
| 3.5 Constituição da Avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento em serviços de Atenção Primária..... | 45 |
| 3.6 Plano para Análise dos Dados..... | 58 |
| 3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa..... | 60 |
| 4. Resultados e Discussão..... | 60 |
| 4.1 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária (Artigo1) | 61 |
| 4.2 Avaliação da Organização de Ações para a Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde (Artigo 2) | 81 |
| 4.3 Práticas Avaliativas e a Relação com o Desempenho de serviços de Atenção Primária em Ações à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento (Artigo 3) | 99 |
| 5. Considerações Finais | 122 |
| 6. Referências Bibliográficas | 125 |
| 7. Anexos..... | 131 |

1. Introdução

1.1 Atenção Primária à Saúde e a implementação de ações à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento

A atenção primária¹ é o nível de um sistema de saúde que tem por objetivo promover a autonomia das pessoas de forma a propiciar uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde do coletivo. É realizada por meio do trabalho em equipe, de composição multiprofissional, para populações de territórios definidos desenvolvida com o mais alto grau de descentralização em busca de atingir todas as pessoas, utilizando-se de tecnologias de cuidados complexas e diversificadas em busca de atender às demandas do território (BRASIL, 2012a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como a principal porta de entrada do sistema de saúde, incumbida de acolher todas as principais demandas e problemas de saúde da população. É responsável por promover uma atenção não focada somente na doença e que ocorra ao longo do tempo, de forma a integrá-la e coordená-la em outros pontos de atenção (STARFIELD, 2002; 2012; BRASIL, 2012a). No entanto, a efetivação deste modelo de atenção é complexa, em função da existência de embates entre concepções distintas, como a proposição de uma atenção primária com intervenções de baixo custo direcionada a populações pobres contrapondo-se a uma atenção primária abrangente e integradora (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; CHAVES et al., 2018).

Diferentemente do foco da atenção especializada, a atenção primária envolve a gestão do cuidado considerando o indivíduo em sua singularidade e complexidade que, no geral, têm múltiplos diagnósticos e queixas mal definidas necessitando então, de uma oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global de vida (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012a).

Desde a Declaração de Alma Ata (1978) a APS vem sendo destacada como o nível de atenção com capacidade de resolubilidade de 80% dos problemas de saúde da população e fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (ONOCKO–CAMPOS et al., 2012).

¹ No presente estudo optou-se pelo uso da terminologia “Atenção Primária à Saúde (APS)” para designação do nível primário de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Entretanto, em trechos extraídos de manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde, bem como denominações de instrumentos específicos, será mantida a terminologia adotada no Brasil “Atenção Básica”.

No Brasil, na década de 1980 com a redemocratização do país várias iniciativas foram observadas nos estados e municípios para implementação da atenção primária, no entanto, só após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e com a municipalização do sistema, é que houve uma estruturação mais regular da APS, agora com o incentivo do Ministério da Saúde sob responsabilidade dos municípios (LAVRAS, 2011).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde adota o Programa Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da atenção primária e estruturação do sistema de saúde. O Programa Saúde da Família é constituído por equipes multiprofissionais que visam desenvolver o trabalho interdisciplinarmente, na busca por ofertar uma atenção integral humanizada para a população a ela adscrita, considerando as diferentes realidades no território e de demandas (BRASIL, 2001). Tal programa atualmente é reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012a).

Neste contexto, destaca-se que no estado de São Paulo a atenção primária é constituída por serviços de diferentes arranjos organizacionais, caracterizados por unidades Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre outros. Observa-se esta realidade em regiões do interior do estado, dado corroborado em estudo avaliativo de serviços de atenção primária realizado em 2007, aonde foi constatado uma extensa rede de serviços deste nível de atenção, estruturados segundo diferentes arranjos (CASTANHEIRA et al., 2014).

Conforme as responsabilizações e demandas do SUS e da atenção primária sob a saúde da população, coloca-se o envelhecimento populacional brasileiro, que encontram-se diante de grandes desafios: assistir aos idosos senis, ou seja que apresentam doenças acopladas ao processo de envelhecimento, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos aos senescentes e à população em fases anteriores a velhice e ainda combater as doenças infecciosas que perduram significativamente em alguns locais do Brasil, atingindo inclusive a população idosa (SCHMIDT, 2011).

Compreende por envelhecimento o fenômeno universal de proporções individuais e populacionais, heterogêneo, pois trata-se não somente de aspectos biológicos, mas também de aspectos que são influenciados pelo modo de vida e pelo ambiente em que cada indivíduo vive, com contribuições sociais, culturais e históricas (DEBERT, 1999; KALACHE, 2014); neste contexto, reconhece-se o termo envelhecimento ativo e/ou saudável como o processo de otimização de oportunidades de saúde, segurança e participação visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, especificamente com o desenvolvimento e

manutenção da capacidade funcional² que permitam o bem-estar em idades avançadas (BRASIL, 2005; OMS, 2015).

No Brasil, em relação ao corte etário, idoso é definido como toda pessoa com sessenta anos e mais, segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003a). Atualmente tem sido utilizado o termo “pessoa idosa” em diretrizes e políticas públicas mais atuais a fim de enfatizar o protagonismo destes indivíduos diante de seus diversos papéis na sociedade e na perspectiva de mudanças de paradigmas (BRASIL, 2006a, JUSTO, ROSENDO, CORREA, 2010). As pessoas idosas encontram-se na última fase do ciclo vital denominada velhice, os indivíduos inseridos nesta fase da vida possuem características diversas, principalmente quando olhada para as condições de saúde e sociais, sendo esta fase marcada por uma heterogeneidade da velhice (DEBERT, 1999; NERI, 2005).

O crescente número de idosos no país, decorrente do aumento da expectativa de vida observada entre os brasileiros é um importante ganho para a saúde pública, entretanto nos países em desenvolvimento o envelhecimento populacional acontecerá em um ritmo mais acelerado que o crescimento econômico, tornando-se um problema aos sistemas de saúde (KALACHE, 2005).

De fato, em inquérito realizado com os idosos do município de São Paulo, a fim de verificar o uso e acesso aos serviços de saúde por esta população, apontou que aproximadamente 50% dos entrevistados relataram estar vinculados aos serviços públicos de saúde, ou seja ao SUS (LOUVISON et al., 2008).

Diante do envelhecimento populacional recomendações e ações tem sido elaboradas a fim de nortear os serviços de saúde quanto as demandas emergentes, entre estas às direcionadas especificamente para a atenção primária à saúde (BRASIL, 2006a).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o projeto “*Towards Age-friendly Primary Health Care*”, tendo como objetivo apresentar subsídios para que os serviços de atenção primária do mundo todo possam se adaptar para ofertar uma atenção adequada às pessoas idosas, trazendo como propostas centrais a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, conforme as necessidades dessa população heterôgenea, e como áreas de atuações previstas a informação e treinamento das equipes de saúde, um sistema de gestão da assistência de saúde e adequação do ambiente físico (WHO, 2004; BRASIL, 2006a).

² Capacidade funcional, conforme o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) é compreendida como atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que com motivo valorizam e, a interação delas com seus ambientes.

No Brasil, políticas públicas e legislações específicas dirigidas à população de idosos procuram assegurar os direitos à saúde para essa faixa etária, como a Política Nacional do Idoso (PNI), lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, em seu capítulo IV, dispõe sobre os cuidados de saúde direcionados a este grupo populacional (BRASIL, 1994). O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, estabelece diretrizes com objetivos de prevenção e manutenção da saúde dos idosos (BRASIL 2003a) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006 que tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, em consonância com as diretrizes e princípios do SUS (BRASIL, 2006b).

Nesse cenário, em 2006 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (nº 19), cujo objetivo central é estabelecer e difundir diretrizes a fim de orientar os serviços de atenção primária para que possam proporcionar maior resolubilidade às demandas desta população e ainda oferecer subsídios técnicos em relação à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento ativo, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam neste nível de atenção (BRASIL, 2006a).

Dentre os conteúdos abordados neste Caderno destaca-se a descrição das atribuições específicas de cada profissional membro da equipe de saúde quanto à atenção ao idoso, subsídios para que os profissionais possam elaborar estratégias para prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio da avaliação global de saúde da pessoa idosa na APS, informações de planejamento e monitoramento do suporte familiar e social do idoso e o tema da fragilidade em idosos, enfatizando sua complexidade e a importância do uso da caderneta de saúde da pessoa idosa para sua abordagem e acompanhamento. Os profissionais devem estar capacitados para planejar e executar ações programáticas específicas às demandas deste público, de maneira integrada com as demais práticas da rede de atenção (BRASIL, 2006a).

Entre as atribuições específicas para cada profissional que compõem a equipe de APS quanto à promoção de saúde da pessoa idosa apontadas, ressaltam-se as comuns a todos os profissionais, como planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência; identificar e acompanhar idosos fragilizados; prestar atenção contínua às necessidades de saúde desta população, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal; preencher, entregar e atualizar a caderneta de saúde da pessoa idosa e realizar atividades de educação permanente relativas à promoção de saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

Manter a independência e autonomia da pessoa idosa é a maior preocupação da velhice, e torna-se uma função da equipe de saúde que deve estar apta para monitorar a

capacidade funcional dos indivíduos idosos. Uma vez que o trabalho deve ser realizado em conjunto com a equipe de saúde, a família e a pessoa idosa (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006c).

Desta forma o Caderno preconiza que os profissionais da equipe de APS realizem a avaliação global da pessoa idosa, com a observação, investigação e monitoramento do estado de saúde do idoso com foco na alimentação e nutrição, na acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, sexualidade na velhice, vacinação, avaliação cognitiva e funcional, depressão, mobilidade e quedas. (BRASIL, 2006a).

Outra dimensão a ser abordada é a avaliação do suporte familiar e social do idoso, do estresse do cuidador e da ocorrência de violência intrafamiliar e maus tratos contra o idoso, pois uma das funções das equipes de saúde da família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar mais harmônico e funcional (BRASIL, 2006a).

A temática da fragilidade³ e sua complexidade têm grande magnitude e relevância na atenção à saúde da pessoa idosa e deve ser vista como algo não natural ao envelhecimento. Na atenção primária o controle e prevenção da síndrome da fragilidade podem ser realizados por meio da utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa que deve ser usada por todos os profissionais da equipe do serviço de atenção primária, uma vez que contempla um conjunto de padrões que proporcionam o monitoramento da capacidade funcional do indivíduo de forma prática, clara e objetiva (BRASIL, 2006a; 2014).

O nível primário de atenção à saúde vem sendo enfatizado como prioritário para desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o envelhecimento ativo e saudável da população, especialmente tendo como público-alvo a pessoa idosa. Tal fato pode ser evidenciado em políticas, manuais técnicos, recomendações no Brasil e em países do mundo todo, influenciados por diversas ações em prol do envelhecimento, oficialmente iniciado com a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena em 1982 (disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>, 2016).

³ Fragilidade é caracterizada segundo Fried et. al (2001) como uma síndrome clínica com consequente diminuição da reserva energética, resistência reduzida a estressores e dificuldade da manutenção da homeostase, principalmente em situações de alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde. Não há um consenso na definição da síndrome, sendo está a definição adotada pelo Caderno de Atenção Básica nº 19 (BRASIL, 2006a).

No intuito de melhor compreensão sobre tal fato, descreve uma síntese com os principais marcos históricos nacionais e internacionais sobre atenção à pessoa idosa que influenciaram na formulação de diretrizes e responsabilização voltadas à atenção primária para essa população, que podem ser acompanhadas no quadro 1.

Quadro 1. Principais marcos históricos, políticas, recomendações e manuais técnicos nacionais e internacionais na atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento.

| Marcos Históricos, Políticas e Recomendações | |
|---|--|
| Internacionais | |
| 1982 | <p>1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento - Plano de Ação Internacional para o envelhecimento- Viena 1982</p> <p>Proposto e desenvolvido pela Organização das Nações Unidas (ONU) constitui o primeiro instrumento internacional sobre o tema que contém a base para formulação de políticas e programas sobre o envelhecimento. Composto por 62 recomendações para desenvolvimento de ações que contemple desde seguridade econômica, social e saúde até investigação nesse campo, coleta e análises de dados, capacitação de recursos humanos (disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/, 2016)</p> |
| 1992 | <p>Conferência Internacional sobre o Envelhecimento</p> <p>Com o objetivo de dar continuidade ao Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (1982) reafirma suas diretrizes reconhecendo as mudanças ocorridas em decorrência do tempo, e coloca a necessidade de práticas estratégicas sobre o envelhecimento para a década de 1992 a 2001, a fim de impulsionar a implementação do Plano Internacional e também motivar iniciativas nacionais sobre o envelhecimento em diferentes contexto de culturais e de condições sociais das nações. Seguindo recomendações da Organização Mundial das Nações Unidas declara e reconhece o ano de 1999 como ano Internacional do Idoso (GENERAL ASSEMBLY, 1992).</p> |
| 2002 | <p>2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento - Plano de Ação Internacional para o envelhecimento de Madrid 2002</p> <p>Desenvolvido e proposto pela ONU, é organizado para responder os desafios advindos do envelhecimento no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades, adota-se medidas de nível nacional e internacional, com foco em três direções prioritárias, sendo, idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável a essa população. Ressalta seis temas prioritários e seus respectivos objetivos: tema I - promoção da saúde e bem-estar durante toda a vida; tema II - acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde, destacando o objetivo 4, que traz a importância da participação de idosos no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de APS e atendimento a longo prazo; tema III - os idosos e a AIDS; tema IV - capacitação de prestadores de serviços e profissionais de saúde; tema V - necessidades relacionadas com a saúde mental de idosos e tema VI - idosos e incapacidades. Instituído e traduzido no</p> |

| | |
|------------------|---|
| | Brasil, em 2003, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (BRASIL, 2003b). |
| 2004 | <p>Towards Age-Friendly Primary Health Care OMS - Envelhecimento Ativo</p> <p>Propõe mediante o contexto do envelhecimento populacional, adequar a Atenção Primária à Saúde para melhor atender os idosos, focalizando as ações em três áreas centrais: melhorar atitudes, educação e treinamento de fornecedores de cuidado em saúde para que eles então possam avaliar e tratar de condições que afligem as pessoas idosas e empoderá-las para permanecerem saudáveis; adaptação dos sistemas de gestão da APS para as necessidades das pessoas idosas e tornar o acesso físico o mais fácil para que pessoas idosas com comprometimentos quanto mobilidade, visão ou audição não sejam prejudicadas (WHO, 2004).</p> |
| 2015 | <p>Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - OMS</p> <p>Traz recomendações de mudanças para a maneira de formular políticas de saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo. Ressalta a importância da promoção do envelhecimento saudável e a diversidade de pontos a serem identificados para o desenvolvimento de intervenções, entretanto todos devem ter o mesmo objetivo central de maximizar a capacidade funcional dos indivíduos idosos. Coloca algumas áreas prioritárias para ações com esse foco, sendo um deles o alinhamento dos sistemas de saúde a populações mais idosas; desenvolvimento de sistemas de cuidados a longo prazo; criação de ambientes favoráveis aos idosos; melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão sobre o envelhecimento saudável ao longo do tempo (OMS, 2015).</p> |
| Nacionais | |
| 1994 | <p>Política Nacional do Idoso - PNI</p> <p>Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Considera quanto à área da saúde, a garantia ao idoso de assistência à saúde nos diferentes níveis de atendimento do SUS, a prevenção, proteção e recuperação a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas, realização de pesquisas para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças com o objetivo da prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1994).</p> |
| 2003 | <p>Estatuto do Idoso</p> <p>Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Destaca-se no quarto capítulo referente ao direito à saúde, a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, no conjunto integrado de ações e serviços que visam prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde em atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, cadastramento dessa população em base territorial, direito gratuito aos medicamentos, entre outros. Também ressalta a importância de treinamento e capacitação de profissionais, assim como de cuidadores de idosos e os casos suspeitos e confirmados de maus-tratos contra os idosos os profissionais de saúde obrigatoriamente deverão comunicar a órgãos responsáveis (BRASIL, 2003a).</p> |
| 2004 | Política Nacional de Humanização - PNH |

| | |
|-------------|--|
| | <p>Dentre outras prioridades propõem que o acolhimento seja uma conduta que esteja presente em qualquer momento da atenção e gestão da saúde, compreendido como a relação aproximada entre profissional e usuário e sua rede social. Quanto à população de idosos destaca a importância da sensibilização da equipe de saúde a respeito da violência intrafamiliar (BRASIL, 2004).</p> |
| 2005 | <p>Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde Em decorrência dos resultados da 2ª Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento em Madri (2002), o Ministério da Saúde organizou esse documento a fim de produzir material informativo e suporte técnico para mobilização dos profissionais da saúde e da sociedade em geral para alcance no envelhecimento ativo e saudável da população (BRASIL, 2005).</p> |
| 2006 | <p>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Essa política tem finalidade primordial: recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Define que atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a atenção primária. Destaca a incorporação pela atenção primária de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade na atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais desse nível de atenção e das equipes de saúde da família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006b).</p> |
| 2006 | <p>Política Nacional de Atenção Básica - PNAB Estipula como uma das áreas estratégicas para operacionalização da atenção básica em todo o território nacional a saúde do idoso. Destaca-se que quanto ao manual da estrutura física que regulamenta a construção de serviços de atenção básica a diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso de pessoas com deficiências ou comprometimentos físicos, favorável também à população de idosos (BRASIL, 2012).</p> |
| 2006 | <p>Pacto pela Saúde - Pacto pela Vida No Pacto pela Vida foram estipuladas seis prioridades, em que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento na atenção à saúde da pessoa idosa, sendo elas a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. Quanto à prioridade Saúde do Idoso se faz necessária a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade, implantação de atenção domiciliar, o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção a este público e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006c).</p> |
| 2006 | <p>Política Nacional de Promoção da Saúde- PNAPS</p> |

| | |
|------|--|
| | Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. Toma como objetivo primordial melhorar o modo de viver das pessoas e equidade, ampliando a potencialidade da saúde e reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde. As ações conforme as prioridades da PNAPS, de repercussões para a população idosa são: alimentação saudável, prática corporal (atividade física), prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo a cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável e divulgação da PNAPS (BRASIL, 2006d). |
| 2006 | Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19 Visa primordialmente dar maior resolubilidade às demandas advindas da população idosa na atenção básica, com a finalidade de oferecer subsídios técnicos e específicos em relação a essa população, dispõem de instrumentos e discussões atualizadas de forma a auxiliar condutas adequadas às demandas do idoso na atenção básica (BRASIL, 2006a). |
| 2011 | Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 Visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, controle e o cuidado das DCNT, dentre elas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011). |
| 2013 | Diretrizes para cuidados das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias Ressalta a importância da organização de uma rede para coordenar os cuidados aos pacientes com doenças crônicas, em que a APS possui caráter estratégico devido ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado para toda a rede (BRASIL, 2013). |
| 2014 | Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (3ª Edição) A terceira edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa descreve sua composição e traz orientações para os profissionais do Sistema Único de Saúde quanto demandas importantes da população idosa aos serviços de saúde. A Caderneta integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014) |

Diante deste contexto, ressalta-se a importância dos serviços de atenção primária no desenvolvimento de ações à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, torna-se assim relevante conhecer e explorar mecanismos que possam auxiliar os serviços a avançarem na organização de tais práticas. A avaliação dos serviços de atenção primária é um instrumento fundamental na busca pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desta forma demonstra

ser importante para a investigação da implementação e adequação destes serviços na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

1.2 Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde

Com o processo de descentralização do setor saúde no Brasil a partir da década de 1990, os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela gestão da rede de serviços de atenção primária no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A responsabilização crescente dos municípios com a oferta e com a gestão dos serviços de saúde desde essa década é uma realidade indiscutível (BOLDSTEIN, 2002).

A expansão da rede pública de APS, a redefinição dos papéis e a necessidade de fortalecimento das estruturas de gestão nas três esferas de governo levaram o Ministério da Saúde a investir na institucionalização de mecanismos de pactuação e avaliação, com o objetivo de auxiliar o processo decisório e melhorar a qualidade do sistema público de saúde, por meio de ações que promovessem uma cultura avaliativa no SUS (BOLDSTEIN, 2002; TAMAKI, 2010), ou seja, a institucionalização da avaliação em todo o sistema de saúde, sendo incorporada na rotina dos serviços de saúde acompanhando o processo de planejamento e gestão de programas e políticas de saúde (FELISBERTO, 2004; CONTANDRIOPOULOS, 2006; BROUSSELLE, CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, HARTZ, 2011).

Apesar do aumento de pesquisas na literatura, nas últimas décadas, focadas na avaliação organizacional ou de qualidade da APS, ainda é necessário maior conhecimento e visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção primária. Tanto o Pacto da Atenção Básica quanto o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) não podem ser considerados sistemas de avaliação para monitoramento do conjunto de ações desenvolvidas em serviços de atenção primária, sendo necessário o desenvolvimento de instrumentos eficazes para uma avaliação da APS em nível local (IBAÑEZ et al., 2006).

No Brasil, devido a escassez de instrumentos para avaliação de serviços da atenção primária, em 2010 o Ministério da Saúde traduz e utiliza o instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool), formulado por Barbara Starfield nos Estados Unidos da América em 1998, o qual foca-se na avaliação de serviços primários de saúde, segundo a perspectiva de profissionais de saúde e usuários (crianças e adultos) (HARZHEIM et al., 2013; CASTANHEIRA et al., 2015).

O Ministério da Saúde, em 2011, criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o objetivo de produzir uma cultura de análise, avaliação e intervenção capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais a fim de provocar mudanças nas práticas dos serviços (PINTO, SOUSA, FERLA, 2014).

Todavia, já no ano de 2007, havia sido desenvolvido e validado o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Trata-se de um instrumento de avaliação de serviços de saúde com foco na organização dos serviços de APS, considerada em duas grandes dimensões: assistência e gerência (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014).

O instrumento QualiAB aborda dimensões estratégicas do trabalho, avaliando as condições objetivas necessárias para a implementação das finalidades éticas e técnicas da atenção básica. A utilização de um instrumento estruturado de autoavaliação permite ampliar o conhecimento sobre a organização dos serviços, fortalece a cultura avaliativa, de forma a contribuir para o contínuo repensar sobre o processo de trabalho e identificar e propor mudanças (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014).

No ano de 2007 e 2010 o instrumento QualiAB foi aplicado em municípios do estado de São Paulo, demonstrando nos dois momentos que os padrões adotados pelo QualiAB têm boa capacidade de discriminação entre os serviços. Contudo, a introdução de novas concepções e tecnologias na atenção primária indica a necessidade de atualização desse instrumento, para que este mantenha sua sensibilidade e aceitabilidade, e assim, contemple seus objetivos de avaliação e monitoramento da qualidade prestada pelos serviços (CASTANHEIRA, et al, 2011).

Diante da importante ferramenta de avaliação de serviços de atenção primária, torna-se fundamental explorar as ações específicas relacionadas à atenção para a saúde da pessoa idosa e envelhecimento desenvolvidas pelos serviços de APS, devido às demandas que emergem ao sistema de saúde em decorrência do envelhecimento populacional brasileiro, gerando atribuições e responsabilização deste nível de atenção perante essa população.

Foi realizada revisão narrativa da literatura a fim de caracterizar o estado da arte quanto avaliação de serviços primários na atenção à saúde da pessoa idosa, porém foi constatado que há lacunas no conhecimento sobre a avaliação da organização de ações à saúde da pessoa idosa em serviços de APS no Brasil.

Na realização de buscas nas bases de dados: Medline, Lilacs, Pubmed, Web of Science e Embase utilizando como descritores os termos “atenção primária à saúde” (and) “avaliação” (and) “atenção à saúde do idoso (or) idoso” (and) “gestão”, e quanto aos Mesh

correspondentes “primary health care” (and) “assessment (or) management service organizations (or) process assessments” (and) “health services for aged”, no período de 2007 a 2016, foram identificados duzentos e noventa e nove artigos, destes com a análise do título e resumo foram selecionados vinte e oito artigos, os quais mais se aproximavam do objeto investigado.

Contudo, em leitura na íntegra dos artigos selecionados, no geral, eles traziam conteúdos sobre avaliações do estado de saúde da pessoa idosa em diferentes aspectos e no desenvolvimento de programas específicos para esta população no contexto dos serviços primários de saúde, mas nenhum contemplava dados mais abrangentes sobre a avaliação da organização e gerenciamento de ações voltadas à saúde da pessoa idosa em serviços de APS, na perspectiva de um olhar pela equipe destes serviços.

A maioria dos estudos encontrados focavam nas DCNT e na oferta e avaliação da efetividade de programas direcionados pelos serviços de atenção primária com distintas abordagens, e mesmo na avaliação dos resultados de medidas específicas sobre avaliação da qualidade pouquíssimos enfocavam em propostas mais amplas quanto a organização de ações dirigidas ao público idoso, na atenção primária.

Foram encontradas pesquisas internacionais que deteram-se em análises da implementação e avaliação de programas voltados à pessoa idosa e ao envelhecimento na atenção primária à saúde, como por exemplo, o estudo de Tracy et al. (2013) com a avaliação do programa IMPACT (Interprofessional Model of Practice for Aging and Complex Treatments) no Canadá; o programa CareWell-Primary Care Program desenvolvido na Holanda cuja sua finalidade é a intervenção para idosos integrando tratamento, cuidado e bem-estar para prevenção de declínio funcional, envolvendo a equipe da atenção primária (Ruikes et al., 2012); estudos que avaliaram diferentes propostas do programa Medical Home desenvolvido nos Estados Unidos, que tem como objetivo central a atenção holística ao idoso nos serviços primários de saúde (Fishman et al., 2012) ou ainda estudo que avaliou o programa The Elderly Healthcare Voucher Scheme desenvolvido na China, por Yam et al. (2011), que tem como proposta o incentivo a população de 70 anos ou mais a utilizar o sistema privado de atenção primária no país. Ressalta-se que a maior parte destes estudos focaram na análise de indicadores de resultados principalmente a partir de avaliações individuais das condições de saúde dos idosos e nos custos gerados aos sistemas de saúde.

Entre os achados internacionais e os nacionais que mais se aproximaram da temática estudada, nestes foi destacado que há muitos desafios que devem ser superados pela APS no atendimento à pessoa idosa, como a necessidade de uma contribuição sinérgica dos diversos

serviços e instituições existentes na rede de saúde e social que assiste a população de idosos, pois são desenvolvidos de forma desarticulada, demandando a construção de uma rede sólida.

Entre os artigos nacionais, destaca-se o estudo realizado no Rio de Janeiro sobre o tema “Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros”, os autores Motta, Aguiar e Caldas (2011), por meio de grupos focais buscaram apreender mediante relatos dos profissionais que compõem a equipe ESF como era desenvolvido o trabalho para os idosos, em suma concluíram que há uma desarticulação da rede de serviços de saúde e ausência de rede de atenção à saúde do idoso, e que todos os profissionais necessitavam de educação permanente em gerontologia e geriatria.

Segundo os mesmos autores, inúmeros estudos têm sido realizados no mundo todo sobre os custos para os sistemas de saúde com o advento do envelhecimento populacional, contudo além dos custos é importante ser avaliada a qualidade dos serviços prestados aos idosos (MOTTA, AGUIAR E CALDAS, 2011).

Ressalta-se também outros dois estudos brasileiros encontrados, que mais se aproximaram do objeto investigado, em que os autores objetivaram avaliar a qualidade do cuidado ao idoso prestado por serviços de atenção primária, a partir da utilização do instrumento PCATool, versão adulto, os resultados sugeriram, conforme as respostas dos idosos, baixos escores em práticas preventivas com pouca diversidade de ações e necessidade de ampliação do foco na família e, ambos reconheceram que estes serviços são os mais efetivos e adequados para ofertarem ações preventivas junto a esta população (OLIVEIRA et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014).

A escassez de estudos identificada no período analisado reforça a importância de investigar aspectos organizacionais dos serviços de atenção primária e sua capacidade de integração às redes regionais de atenção à saúde com foco na saúde da pessoa idosa e envelhecimento, especialmente quando consideramos a vasta e heterogênea rede de atenção primária em saúde, especialmente no estado de São Paulo, e o breve período de existência de políticas voltadas para à saúde da pessoa idosa e envelhecimento na APS no contexto do SUS.

Diante do exposto, amplia-se a responsabilização dos serviços de atenção primária na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, tornando a avaliação importante ferramenta possibilitadora do reconhecimento do grau de implementação destas práticas ainda incipientes no contexto destes serviços no país e para o alcance destas, de forma qualificada. Tendo a atenção primária fundamental papel para desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde direcionadas à pessoa idosa e em busca da promoção do envelhecimento ativo, evidencia-se a importância da avaliação nesta perspectiva.

O presente estudo pretendeu responder a seguinte pergunta norteadora, como os serviços de APS estão organizados quanto à oferta e implementação de ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento? Tendo como hipótese a fim de orientar o problema investigado que, a operacionalização das políticas públicas focadas na pessoa idosa e envelhecimento, principalmente na perspectiva de prevenção e promoção da saúde para alcance do envelhecimento ativo, em práticas pelos serviços de APS é insuficiente, devido dentre outras coisas, por essas políticas serem incipientes no contexto brasileiro (as políticas são recentes e as ações não foram totalmente incorporadas), pela limitada formação dos profissionais de saúde em aspectos relacionados ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa e por maior disseminação e execução de ações assistenciais relacionadas ao tratamento das DCNT.

Os resultados e a discussão desta tese estão organizados em formato de artigos científicos, a partir da análise dos dados puderam ser constituídos três artigos, que buscaram responder os seguintes questionamentos específicos: as ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de APS estão sendo realizadas de acordo com o que é preconizado por políticas públicas e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde? (Artigo 1). Qual o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde quanto a organização de ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento? (Artigo 2). Quais as estratégias de planejamento e avaliação dos serviços de APS se associam ao desempenho das ações na atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento? (Artigo 3).

Os artigos encontram-se expostos no item “4. Resultados e Discussão” desta tese, no formato das revistas científicas em que foram submetidos ou que serão. Destaca-se que um artigo foi publicado e outro submetido.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a organização de ações à saúde da pessoa idosa e envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde, em uma Rede Regional de Atenção à Saúde do estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos:

- Avaliar a implementação e o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde quanto a organização de ações desenvolvidas para atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, da Rede Regional de Atenção à Saúde 09 (RRAS 09), no estado de São Paulo.

- Verificar as estratégias de planejamento e avaliação em saúde que se associam ao desempenho em ações na atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

3. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo transversal, baseado na avaliação de serviços de atenção primária, construído para conhecer e julgar as práticas de atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento desenvolvidas pelos serviços de APS da Rede Regional de Atenção à Saúde 09 – RRAS 09, a partir da aplicação do instrumento “Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica” – QualiAB, em 2014.

3.1 Instrumento de Coleta dos Dados - Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica QualiAB

Para o desenvolvimento desta avaliação utilizou como fonte principal o instrumento QualiAB 2014.

O QualiAB é um questionário estruturado e de autorresposta, desenvolvido para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde da atenção primária, independente do seu modelo organizacional, seja Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS)⁴ ou diferentes arranjos entre esses dois modelos, isto reflete uma das maiores potencialidades do instrumento, e favorece a adequação quanto a realidade paulista mediante esses serviços (CASTANHEIRA et al., 2011).

Foi originalmente desenvolvido por pesquisa avaliativa realizada no ano de 2007 em 598 serviços de saúde do estado de São Paulo, com apoio da linha de fomento PPSUS (Processo FAPESP nº 05/58652-7), reaplicado em 2010 em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo em 2.735 serviços (CASTANHEIRA et al., 2011; ZARILI, 2015).

Atualmente o QualiAB possui sua versão atualizada, validada nacionalmente no ano de 2015 como parte da pesquisa “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional, com apoio do CNPq, (Processo nº 485848/2012-0), em diferentes estados brasileiros, em que teve como fase

⁴ Compreende-se como Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional a unidade de saúde sem equipe de Saúde da Família.

piloto, a aplicação do questionário de forma censitária em serviços de atenção primária da RRAS 09, no ano de 2014 (ZARILI, 2015).

A versão do instrumento utilizada nesta pesquisa é do QualiAB 2014, que como integrante do processo de validação do questionário nacionalmente foi submetido a algumas etapas de reformulação até sua aplicação. Inicialmente, foi realizada uma extensa revisão de conteúdo por meio de oficinas com a equipe de pesquisadores do QualiAB da FMB-UNESP e integrantes de outras instituições de ensino colaboradoras, composta por mestrandos, doutorandos, pós-doutorandos e docentes que desenvolvem atividades relacionadas ao campo de avaliação em saúde. A sua atualização baseou-se nas políticas, diretrizes e orientações técnicas de saúde atuais e vigentes no país.

Nas oficinas foi revista cada questão e seus respectivos itens de respostas que o compunha, sendo propostas alterações de conteúdo, retirada e inserção de questões e/ou itens de respostas julgados desnecessários, bem como pertinentes. Nesse processo de revisão do questionário QualiAB, destaca-se a inclusão de itens de respostas relativas à atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em questões gerais e a formulação e reestruturação de novas perguntas diretamente relacionadas à saúde da pessoa idosa com base nas atuais proposições políticas e orientações técnicas do SUS para a atenção a esse público pela APS.

A versão do QualiAB aplicada na RRAS 09 em 2014 é composta por 126 questões fechadas de múltipla escolha, sendo dezessete questões descritivas, para caracterização dos serviços, e cento e nove pontuadas que geram indicadores para avaliação global dos serviços de APS. Com essa finalidade, o QualiAB utiliza como critério geral de pontuação para cada questão a variação entre 0, 1 e 2; sendo 0 (zero) a insuficiência de ações e/ou recursos mínimos necessários para o desenvolvimento da atividade; 1 (um) a execução de ações e/ou estruturas definidas como aceitáveis; e 2 (dois) execução de ações e disponibilidade de estruturas dentro do padrão ouro adotado (CASTANHEIRA, et al., 2011).

A fim de avaliar a organização dos serviços de APS quanto ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento foi elaborado um modelo lógico teórico-operacional como estratégia para avaliação deste objeto de estudo, em seguida foram selecionados os indicadores do QualiAB 2014 conforme este modelo. A descrição deste processo encontra-se no item 3.5 “Constituição da Avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento em serviços de Atenção Primária”.

3.2 Procedimentos de Coleta dos Dados do QualiAB 2014

O QualiAB 2014 foi aplicado de forma censitária nos serviços de APS da RRAS 09, uma vez que todos os municípios foram convidados a aderirem à pesquisa.

Para que houvesse o maior número de serviços de APS participantes da aplicação do QualiAB 2014, foi realizada a divulgação e convite para todos os municípios da RRAS 09. Isso ocorreu nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR) e das Câmaras Técnicas (CT) de cada região de saúde (Bauru, Lins, Pólo Cuesta, Vale do Jurumirim e Jaú) em que havia a presença dos gestores municipais de saúde.

Em cada reunião membros do grupo QualiAB 2014 se revezaram para apresentar a proposta e detalhamento da aplicação do instrumento, principalmente ressaltando o não incentivo financeiro dessa avaliação, mas a oportunidade de utilização de uma ferramenta para avaliação dos serviços de forma a fornecer uma compreensão ampla das ações realizadas e a possibilidade de preparar-se para enfrentar possíveis avaliações futuras conduzidas pelo Ministério da Saúde.

O período de divulgação e convite aos municípios foi do mês de agosto ao mês de outubro do ano de 2014. Ressalta-se que as articuladoras da atenção básica dessa rede regional de saúde colaboraram na divulgação e incentivo junto aos gestores municipais de saúde e serviços de APS para adesão à pesquisa.

Paralelamente à divulgação da aplicação do QualiAB 2014, estava sendo construído um site, no qual continha todas as fases para que os serviços de APS da RRAS 09 pudessem aderir à pesquisa e responder o questionário QualiAB 2014 online, disponibilizado por meio do endereço eletrônico www.fmb.unesp.br/qualiab. Para efetiva participação de cada município e seus respectivos serviços de APS, era necessário cumprir três etapas, a adesão do gestor municipal de saúde, a adesão dos serviços de APS e o acesso e resposta do questionário, todas as fases estavam disponibilizadas no próprio site, no período de outubro a dezembro do ano de 2014.

3.3 Local de Estudo

O presente estudo desenvolveu-se mediante análise da aplicação do instrumento QualiAB 2014 em serviços de APS constituintes da RRAS 09.

No estado de São Paulo foram pactuadas dezessete Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), correspondentes a arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que tem

por objetivo buscar o alcance de relações sistematizadas, horizontais e reguladas entre a APS e demais serviços da rede de saúde. As RRAS são constituídas por diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, procura garantir a integralidade da atenção à saúde em um determinado território. (BOMBARDA, 2012).

A Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 09 constitui-se pela área de abrangência da DRS VI Bauru (Diretoria Regional de Saúde VI Bauru), localizada no centro-oeste do estado de São Paulo, composta por sessenta e oito municípios, dividida em cinco regiões de saúde: região de saúde de Bauru; região de saúde de Jaú; região de saúde de Lins; região de saúde Pólo Cuesta e região de saúde Vale do Jurumirim, com aproximadamente 303 serviços de APS (BRASIL, 2012b).

A região de saúde de Bauru é composta por dezoito municípios: Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis, sendo Bauru o município sede da Região (BRASIL, 2012b).

A região de saúde de Jaú é composta por doze municípios: Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igarapu do Tietê, Itajú, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê e Torrinha, sendo Jaú o município sede da Região (BRASIL, 2012b).

A região de saúde de Lins é composta por oito municípios: Cafelândia, Guaiçara, Getulina, Lins, Pongá, Promissão, Sabino e Uru, sendo Lins o município sede da Região (BRASIL, 2012b).

A região de saúde Pólo Cuesta é composta por treze municípios: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra, sendo Botucatu o município sede da Região (BRASIL, 2012b).

A região de saúde do Vale do Jurumirim é composta por dezessete municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaip, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá, sendo Avaré o município sede da Região (BRASIL, 2012 b). A figura 1 constitui o mapa segundo os municípios que compõem a RRAS 09 e a representação ilustrativa de sua localização no mapa do estado de São Paulo.

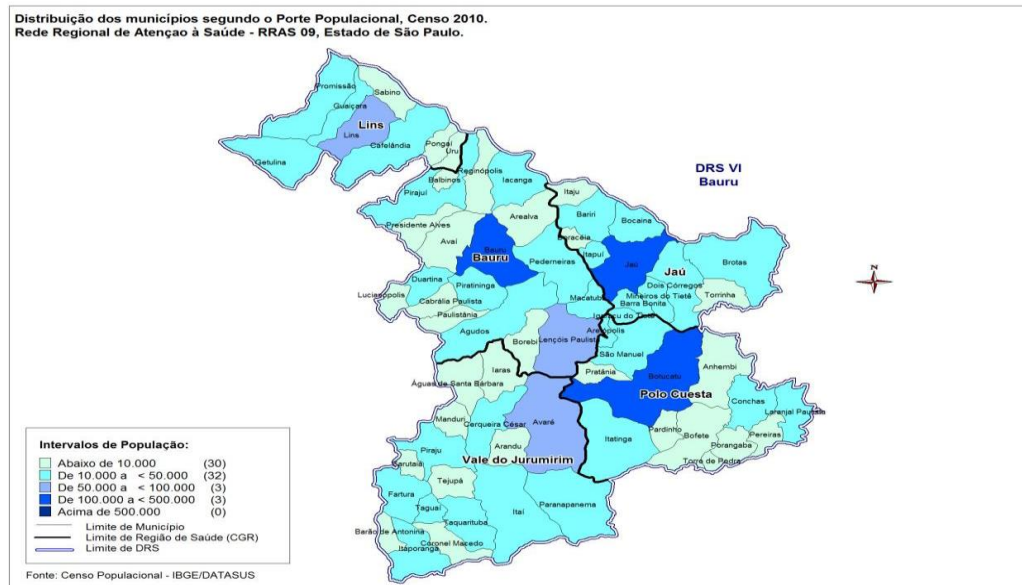
Figura 1. Mapa segundo município, Região de Saúde - RRAS 09, 2012.



Fonte: CPS\SES\SP

Para conhecimento de alguns aspectos populacionais da RRAS 09, conforme os municípios que a constituem, conforme a distribuição populacional 44,1% dos municípios possuem população estimada com menos de 10.000 habitantes, 47,1% entre 10.000 a 49.000 habitantes, 4,4% entre 50.000 a 99.000 habitantes e 4,4% maiores de 100.000 habitantes, sendo o município de Bauru o mais populoso com 343.937 habitantes e Uru o menos populoso 1.251 habitantes, essa distribuição populacional pode ser visualizada na figura 2 (BRASIL, 2012 b, p. 17).

Figura 2. Distribuição dos municípios segundo faixas populacionais, São Paulo, 2010.



FONTE: Censo Popacional – IBGE/DATASUS

Destaca-se que os municípios com maior concentração populacional da RRAS 09 possuem maior urbanização e têm instalados serviços com maior infraestrutura e benefícios sociais, nas áreas de indústria, comércio, educação, prestação de serviços de terceiros, onde estão serviços de saúde de média e alta complexidade (BRASIL, 2012 b, p. 24).

A maioria da população da RRAS 09 é composta por pessoas do sexo feminino, sendo que no ano de 2010 a proporção era de 98,8 homens para 100 mulheres, na tabela 1 pode ser visualizada a distribuição populacional por faixas etárias e sexo (BRASIL, 2012 b, p. 17).

Tabela 1 - Distribuição populacional segundo faixa etária e sexo, RRAS 09, 2010

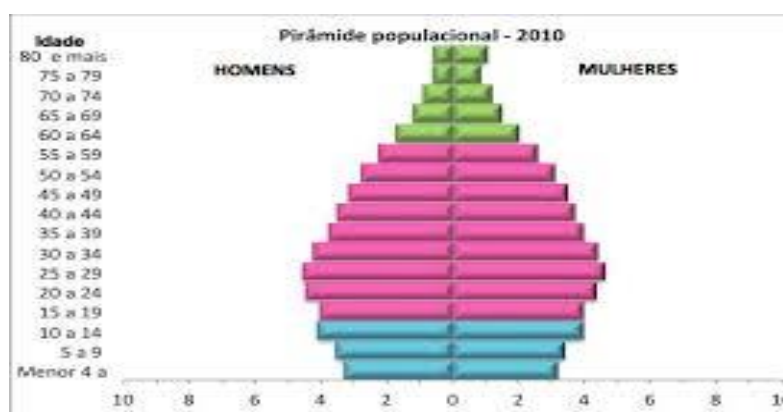
| Faixa Etária (anos) | Sexos | | Total |
|---------------------|-----------|----------|---------|
| | Masculino | Feminino | |
| Menor 4 | 52.641 | 50.609 | 103.250 |
| 5 a 9 | 56.707 | 54.348 | 111.055 |
| 10 a 14 | 65.866 | 63.393 | 129.259 |
| 15 a 19 | 67.695 | 64.472 | 132.167 |
| 20 a 24 | 73.808 | 66.823 | 140.631 |
| 25 a 29 | 72.843 | 69.430 | 142.273 |
| 30 a 34 | 67.627 | 65.852 | 133.479 |
| 35 a 39 | 59.824 | 59.962 | 119.786 |

| | | | |
|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 40 a 44 | 56.025 | 57.243 | 113.268 |
| 45 a 49 | 53.505 | 55.866 | 109.371 |
| 50 a 54 | 47.556 | 50.327 | 97.883 |
| 55 a 59 | 39.219 | 42.227 | 81.446 |
| 60 a 64 | 30.397 | 33.511 | 63.908 |
| 65 a 69 | 22.284 | 25.822 | 48.106 |
| 70 a 74 | 17.297 | 21.552 | 38.849 |
| 75 a 79 | 12.276 | 16.522 | 28.798 |
| 80 e mais | 11.899 | 19.195 | 31.094 |
| RRAS 09 | 807.469 | 817.154 | 1.624.623 |

FONTE: Censo, IBGE 2010.

A pirâmide populacional representativa de todos os municípios que compõem a RRAS 09 segue o padrão do estado de São Paulo, tendo sua base estreita e o alargamento de seu pico gradativamente, devido às reduções nas taxas de fecundidade e mortalidade conjuntamente ao aumento da expectativa de vida, entretanto a maior concentração populacional encontra-se entre as faixas etárias de 10 a 34 anos, como podem ser visualizadas a partir da figura 3 (BRASIL, 2012 b, p. 18).

Figura 3. Pirâmide Populacional RRAS 09, 2010.



FONTE: Censo IBGE, 2010

Os dados quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da RRAS 09, conforme a classificação do PNUD (Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento) que estima uma classificação a partir de três cortes de valores, sendo o IDH menor que 0,500 - baixo desenvolvimento humano; valores entre 0,500 a 0,800 médio desenvolvimento humano e quanto IDH superior a 0,800 reflete elevado desenvolvimento humano. Segundo os municípios

que compõem a RRAS 09 a maioria possui IDH acima do valor de 0,700 e treze municípios classificam-se com desenvolvimento humano elevado (BRASIL, 2012 b, p. 25).

Quanto ao percentual aplicado em saúde, no geral as cinco regiões de saúde (Bauru, Jaú, Lins, Vale do Jurumirim e Pólo Cuesta) que compõem a RRAS 09 demonstraram aplicar valores acima do estipulado pela Emenda Constitucional nº 29 do ano de 2000 (BRASIL, 2000) que estima o compromisso de cada município investir 15% de suas receitas de impostos e transferência constitucional (BRASIL, 2012 b, p. 26).

Tabela 2 - Percentual aplicado à saúde, próprio do município conforme Regiões de Saúde da RRAS 09

| Região de Saúde | Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais | Demonstrativo da Receita de Recursos Próprios | Participação em Saúde |
|------------------------|--|--|------------------------------|
| Bauru | 826.487.530,49 | 194.874.313,35 | 23,58 |
| Jaú | 401.331.884,10 | 97.142.956,03 | 24,21 |
| Lins | 226.709.310,64 | 43.344.336,17 | 19,12 |
| Pólo Cuesta | 388.859.182,18 | 93.261.936,82 | 23,98 |
| Vale Jurumirim | 294.521.259,93 | 71.264.366,33 | 24,20 |
| RRAS 09 | 2.137.909.167,34 | 499.887.908,70 | 23,38 |

FONTE: Prefeituras Municipais 2012 - DATASUS/SIOPS

Destaca-se alguns dados específicos sobre a população de idosos da RRAS 09, no ano de 2012, a população idosa desta rede regional de atenção à saúde representava 12,9% do total da população estando acima da média do estado de São Paulo (11,5%).

O índice de Envelhecimento que representa o número de pessoas idosas com 65 anos ou mais de idade para cada 100 indivíduos entre 0 a 14 anos de idade, por meio deste, observa-se na RRAS 09 o aumento da participação de idosos na população se comparado aos jovens, dado que acompanha as projeções do estado de São Paulo (BRASIL, 2012 b, p. 29).

Dentre as regiões de saúde da RRAS 09 a que possui o maior Índice de Envelhecimento é a região de saúde de Lins e com o menor a região de saúde do Vale do Jurumirim, como pode ser acompanhado na tabela 3 (BRASIL, 2012 b, p. 29).

Tabela 3 - Índice de Envelhecimento conforme Regiões de Saúde, RRAS 09, 2010

| Região de Saúde | População | | *Índice de Envelhecimento |
|--------------------------|----------------|----------------|---------------------------|
| | > 65 anos | <15 anos | |
| Bauru | 52.613 | 122.036 | 43,11 |
| Jaú | 29.418 | 66.178 | 44,45 |
| Lins | 15.252 | 31.554 | 48,34 |
| Pólo Cuesta | 25.440 | 61.605 | 41,30 |
| Vale do Jurumirim | 24.124 | 62.191 | 38,79 |
| RRAS 09 | 146.847 | 343.564 | 42,74 |

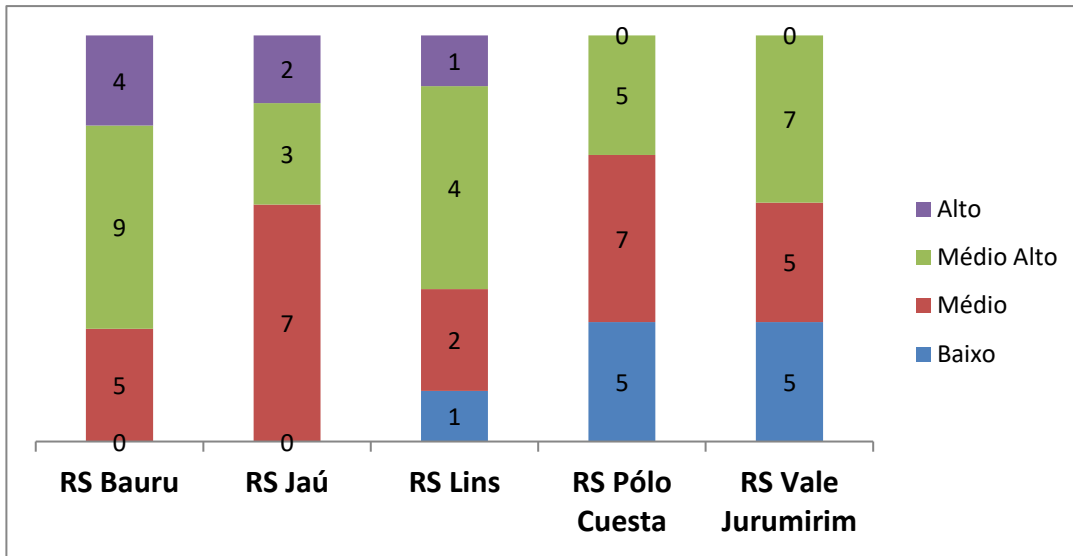
FONTE: Censo e Estimativa Populacional/IBGE - Março/2012.

*Proporção de pessoas de 65 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos

Há também o Índice Futuridade que relaciona dados sobre a população de idosos, realizado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (Fundação SEADE) para avaliar a atenção ao idoso nas dimensões *proteção social* (identificação de ações de proteção social básica e especial realizadas pelos municípios em benefício de idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade social), *participação* (identificação da oferta de atividades e/ou programas culturais, esporte e turismo realizados pelos municípios para a pessoa idosa) e *saúde* (identificação de alto índice de mortalidade precoce entre idosos de 60 a 69 anos) (disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/futuridade/resumo.pdf>, 2016).

De acordo com este índice, no ano 2008 os municípios que compõem a RRAS 09, aproximadamente 11,7% deles obtiveram índice baixo; 36,6% médio; 87,7% médio alto e 10,2% alto, que pode ser observado no gráfico 1 (BRASIL, 2012 b, p. 54).

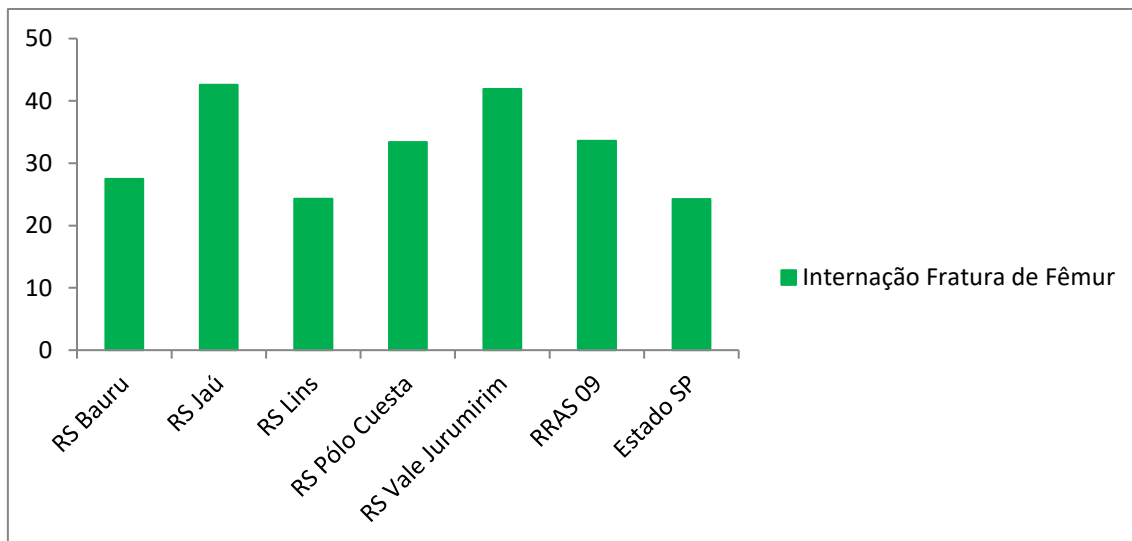
Gráfico 1. Índice de Futuridade segundo Regiões de Saúde, RRAS 09, 2010.



FONTE: SEADE, 2008

Outro indicador importante referente à população de idosos da RRAS 09 é a taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais de idade. De acordo com análise realizada em 2012 em levantamento a partir do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS a taxa de internação hospitalar para fratura de fêmur em idosos na RRAS 09 obteve valores maiores que a média do estado de São Paulo, destacando-se as regiões de saúde Jaú (42,6%) e Vale do Jurumirim (41,9%) com os maiores índices, como pode ser observado no gráfico 2 (BRASIL, 2012 b, p. 52).

Gráfico 2. Taxa de internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos de idade segundo Região de Saúde, RRAS 09, Estado de São Paulo, 2012.



FONTE: Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS – DATASUS/SESSP, 2012 *População: Estimativa/Censo Populacional - IBGE/DATASUS, 2010 . **Taxa por 10.000 habitante.

3.4 População de Estudo

A população do estudo foi definida em 157 serviços de APS distribuídos em 41 municípios da RRAS 09 dentre os que aderiram à aplicação do QualiAB 2014, demonstrando uma cobertura de 51,8% da RRAS 09, e universo potencial de 63% do total de aproximadamente 249 serviços de APS correspondentes aos total de serviços existentes nos municípios que aderiram à pesquisa, segundo o Mapa de Saúde (BRASIL, 2012b).

Destaca-se que no total 163 serviços de atenção primária aderiram ao QualiAB em 2014, entretanto, seis deles foram excluídos da pesquisa por classificarem-se como unidades dedicadas à atenção a um grupo populacional específico (como por exemplo, centro de atenção à saúde da mulher, centro de atenção à criança, entre outros), embora sejam reconhecidos como serviços que compõem a rede de atenção primária à saúde. O universo da pesquisa totalizou 157 que enquadraram-se no critério em ser serviço de atenção primária à saúde que assiste toda a população. Os municípios e a quantidade de serviços participantes da pesquisa conforme cada região de saúde, descreve abaixo:

Na região de saúde de Bauru houve adesão de nove municípios, sendo eles: Arealva, Bauru, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Pederneiras, Presidente Alves e Reginópolis, com o total de quarenta e cinco serviços de APS participantes da pesquisa.

Na região de saúde de Jaú houve adesão de quatro municípios, sendo eles: Barra Bonita, Iguaraçu do Tietê, Itapuí e Mineiros do Tietê, com a participação de treze serviços de APS.

Na região de saúde de Lins houve adesão de cinco municípios, sendo eles: Cafelândia, Guaíçara, Lins, Promissão e Uru, com o total de vinte e dois serviços de APS participantes.

Na região de saúde Pólo Cuesta houve adesão de doze municípios, sendo eles: Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, São Manuel, Torre de Pedra, Anhembí e Areiópolis, com a participação de quarenta e cinco serviços de APS.

Na região de saúde do Vale do Jurumirim houve adesão de onze municípios, sendo eles: Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Itaí, Manduri, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Tejujá, com o total de trinta e dois serviços de APS participantes.

A população total esperada na pesquisa seria de 303 serviços de APS, que totalizava os serviços de APS da RRAS09, no momento da coleta dos dados (BRASIL, 2012 b). Todavia, não aderiram ao estudo aproximadamente 48% desses serviços, tal fato pode ser compreendido por processo avaliativo desenvolvido pelo Ministério da Saúde no ano de 2014, o segundo ciclo

do PMAQ-AB e destaca-se também a adesão dos serviços ao QualiAB ter caráter voluntário, sem qualquer incentivo financeiro envolvido.

3.5 Constituição da Avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento em serviços de Atenção Primária

Para que fosse possível avaliar os serviços de APS na perspectiva de atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento foi necessário elaborar um modelo de avaliação em consonância com as principais diretrizes brasileiras norteadoras desta questão, para que fosse possível a seleção de indicadores plausíveis de aplicabilidade em serviços de atenção primária, extraídos a partir do instrumento QualiAB.

De acordo com Hartz et al. (2005) e Silva et al. (2017) a implantação de uma política ou programa demonstra que é necessário conhecer o quanto essa intervenção encontra adequadamente operacionalizada, sendo fundamental a construção da teoria do programa, bem como o contexto e resultados esperados.

Destaca-se que entende-se por programas no contexto da saúde, projetos destinados à realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção dirigidas para determinadas populações (como por exemplo: atenção domiciliar para idosos, entre outras), envolvendo instituições, serviços e profissionais diversos; em que as avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas como processos complexos de organização de práticas direcionadas para objetivos específicos (NOVAES, 2000).

Assim, a partir da definição da política ou programa a ser avaliado, a primeira fase do estudo é a elaboração do modelo lógico – teórico operacional do programa. O modelo lógico – teórico é resultado da formulação teórica/conceitual da política ou programa em relação ao problema que gerou a intervenção e sua representação gráfica mostra o caminho lógico entre causas imediatas e distais que a política ou programa visa atingir (DOMINGUES et al., 2012).

O modelo lógico pode ser compreendido quanto a identificação dos efeitos, ações e recursos esperados com a implantação de um determinado programa ou política (resultados parciais e finais), além de buscar reconhecer um conjunto de causas propositivas que articula tais elementos. E o modelo teórico objetiva descrever a teoria do programa de acordo com as relações postas entre os componentes do modelo lógico, identificando o contexto (político-institucional e externo) e as ações desenvolvidas, ou seja, o cenário de implantação (SILVA et al., 2017).

Para a realização desta avaliação quanto a atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento no contexto dos serviços de atenção primária, foi primeiramente realizada a

identificação e análise de documentos sobre este objeto de avaliação, para que fosse possível a sua delimitação a fim de se construir um modelo lógico – teórico operacional. Ressalta-se que no país não há instituído na rede primária de saúde um programa delineado especificamente à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, como ocorre com outros seguimentos como é o caso do programa de pré-natal, por exemplo.

Para elaboração do modelo lógico – teórico operacional a partir do objeto de avaliação deste estudo foram consideradas as diretrizes recomendadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e as contempladas no Caderno de Atenção Básica nº19 que trata especificamente do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 e o manual técnico Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias (BRASIL, 2006b; 2006a; 2011; 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem por finalidade manter, recuperar e promover a autonomia e independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim conforme os princípios e diretrizes do SUS. Como eixos centrais destaca, a promoção do envelhecimento ativo e saudável; provimento de recursos capazes de garantir à atenção ao idoso; estímulo as ações intersetoriais; atenção integral e integrada à pessoa idosa; participação e fortalecimento do controle social; divulgação da política para profissionais, gestores e usuários do SUS; educação permanente no contexto da saúde do idoso; cooperação nacional e internacional em experiências sobre a pessoa idosa e incentivo a estudos e pesquisas sobre o tema (BRASIL, 2006b).

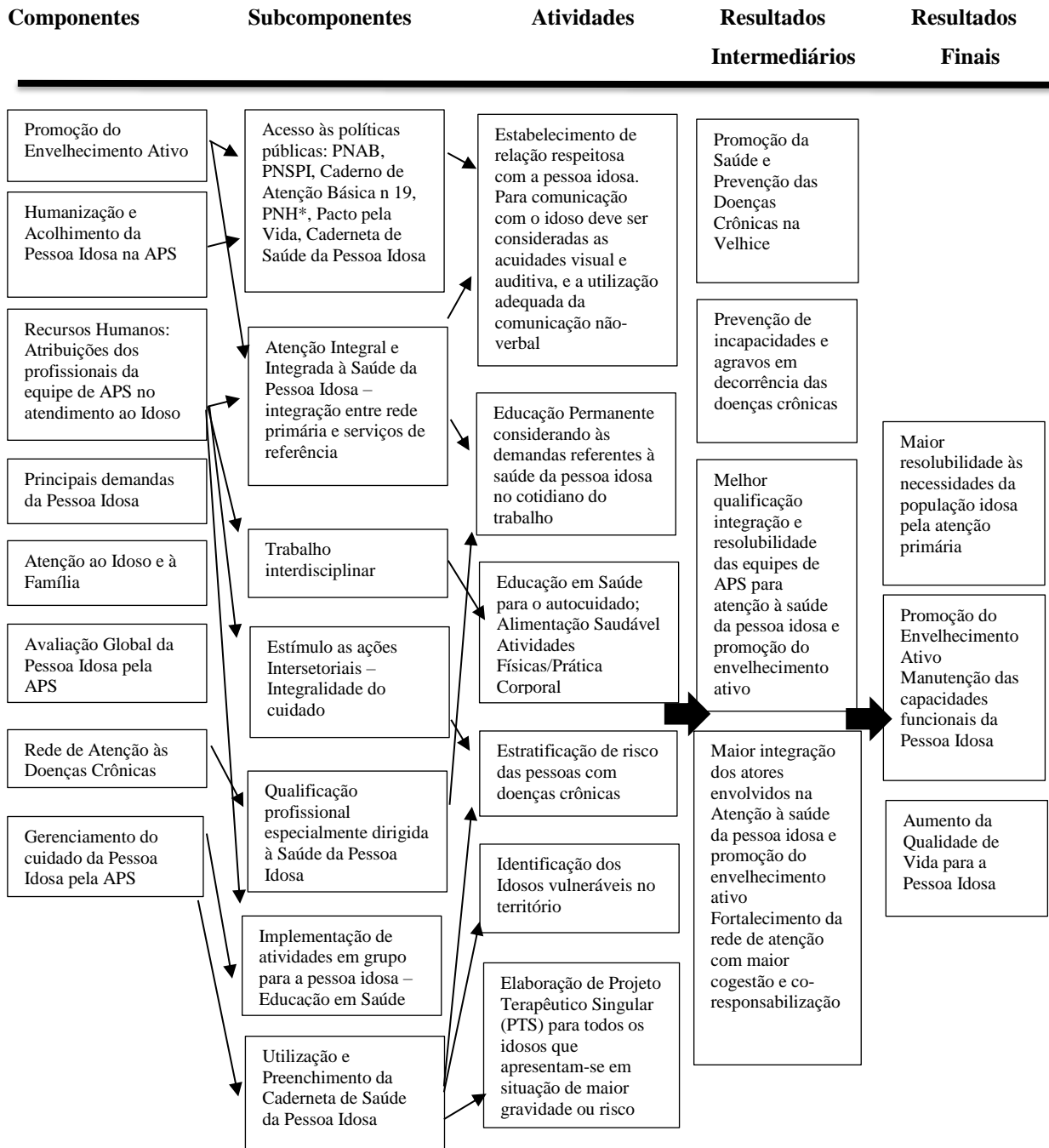
O Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” foi construído, tendo como referência o Pacto pela Vida 2006, e as políticas nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção de Saúde e Humanização no SUS. Também foi levada em consideração a realidade do envelhecimento populacional. O objetivo deste caderno é uma maior resolubilidade às demandas da população idosa pela Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, controle e o cuidado das DCNT, dentre elas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias crônicas. Tendo em vista a atenção integral às DCNT o Manual sobre as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de

Atenção à Saúde e nas linhas de Cuidado Prioritárias busca subsidiar e definir conceitos fundamentais para a organização desta Rede de Atenção às DCNT (BRASIL, 2011, 2013).

Assim, segue abaixo primeiramente a construção da proposta do modelo lógico e em seguida do modelo teórico de Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento no contexto de serviços da atenção primária

Figura 4. Modelo Lógico para Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento na Atenção Primária à Saúde



INSUMOS: Recursos financeiros, incentivos municipais destinados ao desenvolvimento do trabalho pela atenção primária, investimentos em serviços dirigidos às demandas da população idosa (como Centros-Dia, Centros de Convivência, dentre outros), disponibilização dos diversos materiais necessários para execução das ações; fornecimento e incentivo de educação permanente aos profissionais em temas relacionados ao

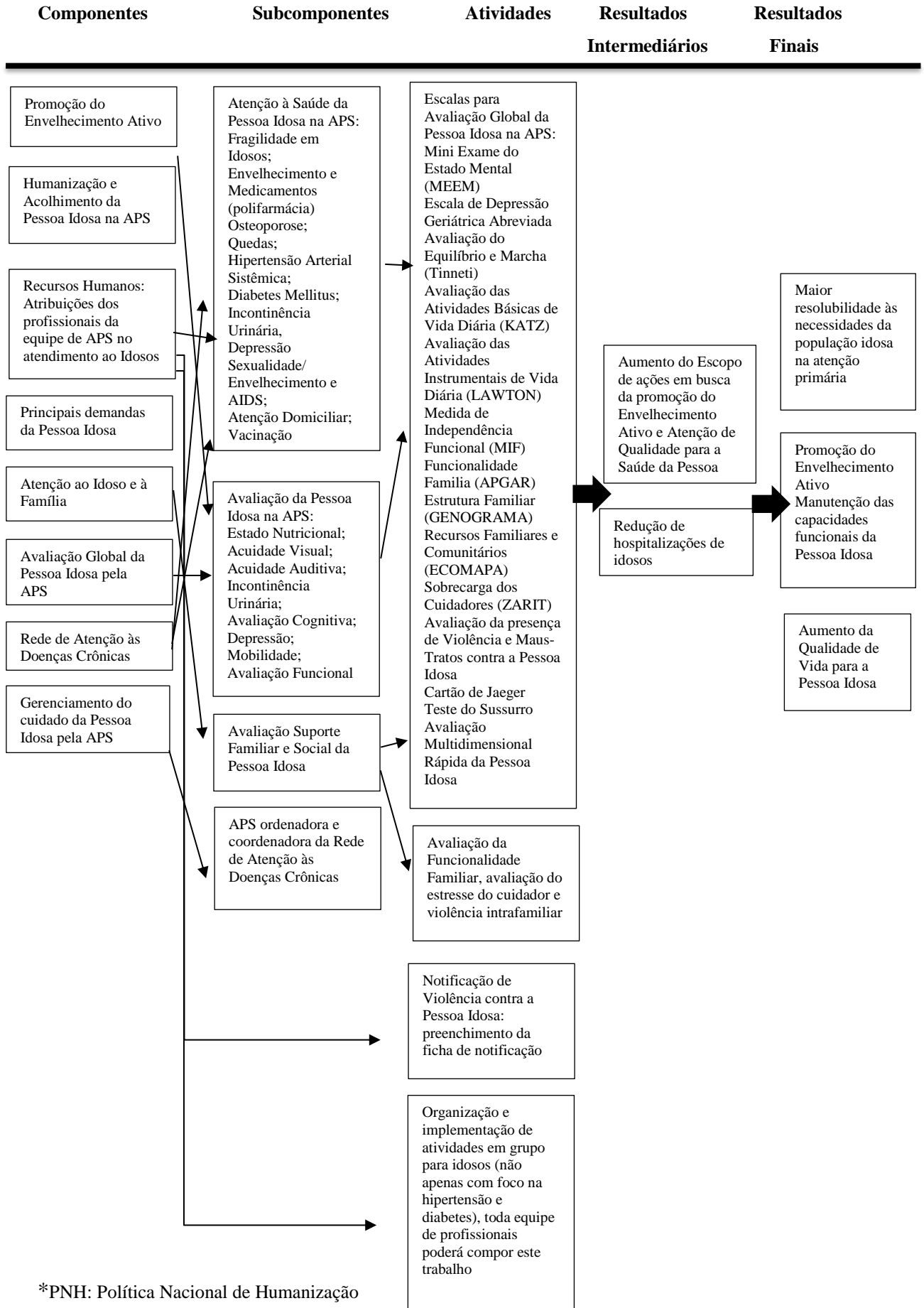
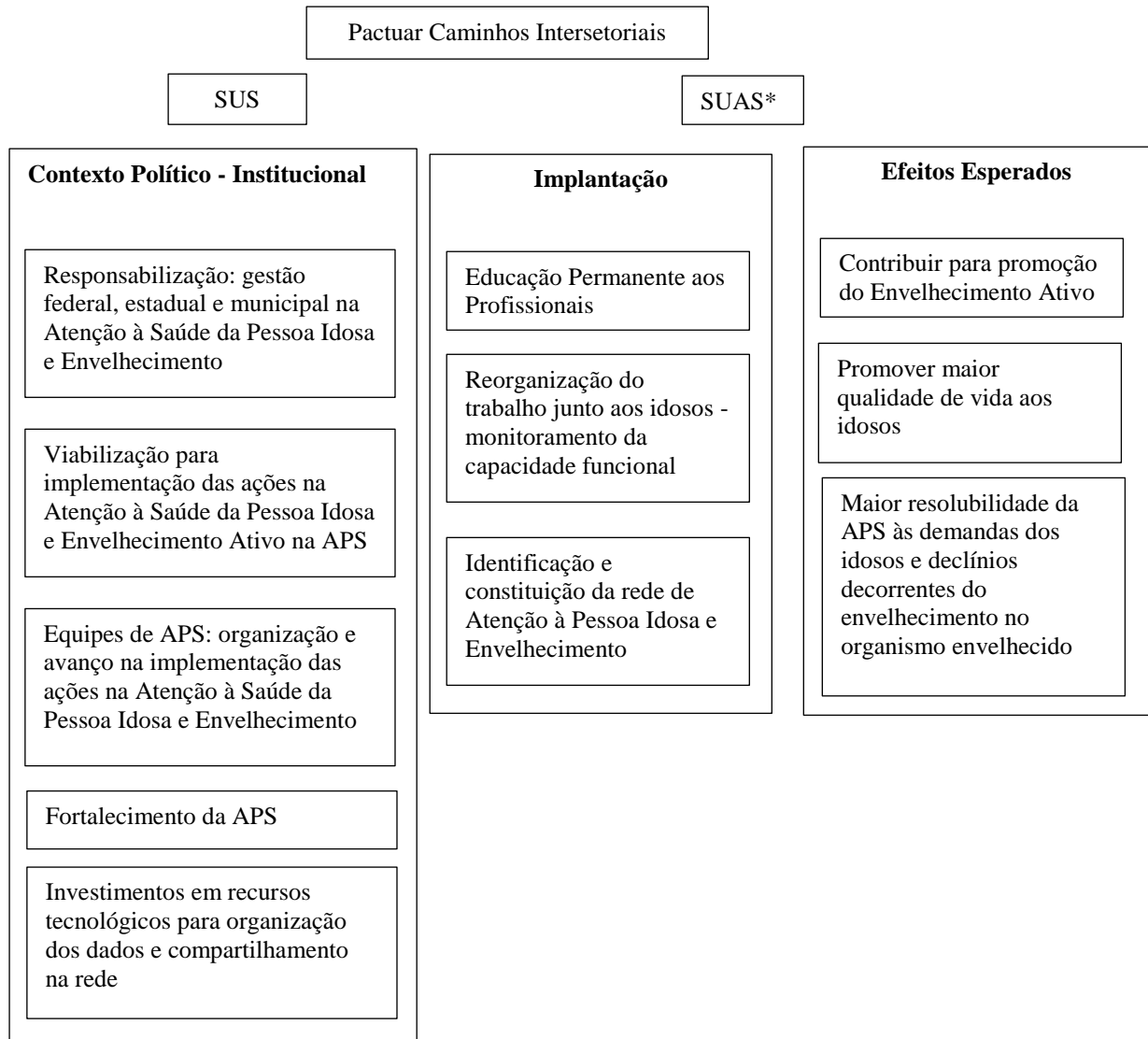


Figura 5. Modelo Teórico de Avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento



Problema: políticas incipientes no contexto da APS, necessidade de maior investimento em ações preventivas e de promoção da saúde e qualificação profissional

*SUAS: Sistema Único de Assistência Social

A partir da construção do modelo lógico – teórico operacional para avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento pela atenção primária foram selecionados e categorizados os indicadores do instrumento QualiAB. Tomou-se como base a temática estudada com foco nos aspectos que contemplassem o modelo de avaliação formulado (figura 4 e figura 5).

Originalmente o instrumento QualiAB 2014 é formado por questões com múltiplos itens/alternativas de respostas, uma vez que a opção de resposta pode variar entre assinalar apenas uma alternativa ou em outras pode ser assinalada uma ou mais alternativas. A presente pesquisa utilizou-se apenas de questões com a opção de assinalar uma ou mais alternativas de respostas.

Para seleção e categorização dos indicadores do QualiAB 2014 de acordo com o modelo lógico-teórico operacional foi realizada uma análise cuidadosa do questionário a fim de identificar questões e itens de questões pertinentes à proposta desta avaliação, de forma que foram selecionadas tanto perguntas específicas sobre atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento com todos os seus itens de respostas, como por exemplo, a questão 86: *as ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde*, como também apenas itens de respostas situados em questões que não tratavam especificamente da temática estudada, mas que um ou mais de seus itens relacionava-se a proposta, como por exemplo, o item 11 da questão 26: *as ações de educação em saúde desenvolvidas na unidade, no último ano, abordaram os seguintes temas*, item 11: *promoção do envelhecimento saudável*.

Nos dois casos exemplificados acima, os itens de resposta foram compreendidos como indicadores de qualidade quanto ao objeto avaliado, desta forma, ambos adequados para compor o conjunto de indicadores selecionados para análise. Nessa etapa houve o total de vinte e sete questões selecionadas resultantes no agrupamento de cento e cinquenta e cinco indicadores de qualidade.

Em seguida, foi realizada a categorização, ou seja, a compreensão da finalidade de cada um dos indicadores com a formação de atributos para atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento com indicadores que enquadravam-se em uma mesma proposta, respeitando o modelo lógico-teórico operacional. Assim para este objeto de avaliação foram constituídos três grandes conjuntos de atributos, considerados essenciais para atenção integral à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, definidos na forma de três domínios: “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” e “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”, com a distribuição

destes indicadores pré-selecionados e a formação de subdomínios relacionando-se o propósito de cada um deles.

No domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” foram agrupados indicadores relacionados especificamente as ações de promoção, prevenção e assistência à pessoa idosa, atenção ao envelhecimento na prevenção de agravos de saúde e promoção, estratégias e ações quanto à violência contra a pessoa idosa e atenção aos cuidadores de idosos, conforme o modelo lógico e o modelo teórico de avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (figura 4 e figura 5).

Na formulação do domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” foram agrupados indicadores correspondentes as ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento, atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II e ações para o cuidado de pessoas acamadas, de acordo com modelo lógico e o modelo teórico de avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (figura 4 e figura 5). Nota-se aqui que este conjunto de indicadores não é direcionado especificamente ao público idoso, mas sim para toda a população acometida por tais doenças.

O domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” foram agrupados os indicadores relacionados a infraestrutura, insumos e qualificação profissional que viabilizam a prevenção e a promoção da saúde em busca do envelhecimento ativo e a conexão dos serviços de APS com a rede de apoio à saúde da pessoa idosa, respeitando o modelo lógico e o modelo teórico de avaliação para Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (figura 4 e figura 5).

Descreve-se nos quadros abaixo, a composição geral da constituição dos domínios e subdomínios para avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, e em seguida, os quadros detalhados do conjunto de indicadores formador de cada subdomínio, totalizando três domínios e dez subdomínios, com a distribuição dos 155 indicadores de qualidade.

Quadro 2. Síntese dos indicadores para avaliação de serviços de APS na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, segundo o número de indicadores por domínios e subdomínios.

| Atributos | Subdimensões | Nº de Indicadores |
|---|--|-------------------|
| Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo | Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para Pessoa Idosa | 17 |
| | Atenção ao envelhecimento promoção e prevenção de agravos | 6 |
| | Atenção aos cuidadores de idosos | 6 |
| | Estratégias e Ações em situação de violência contra o idoso | 16 |
| Total de indicadores | | 45 |
| Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento | 18 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial | 35 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 25 |
| | Ações para o cuidado de pessoas acamadas | 11 |
| Total de indicadores | | 89 |
| Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento | Infraestrutura, insumos e qualificação profissional | 11 |
| | Conexão com a Rede de Apoio | 10 |
| Total de indicadores | | 21 |
| Total de indicadores nos 3 atributos | | 155 |

FONTE: padronização QualiAB 2014

Abaixo, são descritos os quadros com o detalhamento dos indicadores que compuseram cada um dos domínios e os subdomínios.

Quadro 3. Composição de cada subdomínio do domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, segundo a distribuição dos indicadores.

| |
|--|
| Domínio 1 – Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo |
| Sudomínio: Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para Pessoa Idosa |
| Indicadores |
| Avaliação Cognitiva |
| Avaliação de Quadros Depressivos |

| |
|--|
| <p>Avaliação Funcional Prevenção de Quedas Orientações sobre Alimentação e Nutrição Orientações sobre Incontinência Urinária Orientações sobre a importância de Atividade Física Ações quanto a Sexualidade e DST/aids Orientações sobre Menopausa e Andropausa Orientações quanto a Saúde Bucal Orientações sobre Direitos do Idoso Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas Atenção domiciliar Apoio a idosos em ILPI Idosos como público-alvo da assistência odontológica Promoção do envelhecimento saudável como temática abordada na comunidade Promoção do envelhecimento saudável como temática abordada no serviço</p> |
| <p>Subdomínio: Atenção ao envelhecimento promoção e prevenção de agravos</p> |
| <p>Indicadores Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias na atenção à saúde do homem Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina Prevenção e educação sobre impotência sexual masculina Orientações sobre andropausa na atenção à saúde do homem Detecção precoce de câncer de mama como ação programada à saúde da mulher Solicitação de mamografia feita a cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico</p> |
| <p>Subdomínio: Atenção aos cuidadores de idosos</p> |
| <p>Indicadores Identificação e orientação de cuidadores de idosos Avaliação da funcionalidade familiar do cuidador Investigação da rede de apoio social do cuidador Suporte informativo aos cuidadores Avaliação do estresse do cuidador Grupo de apoio aos cuidadores</p> |
| <p>Subdomínio: Estratégias e Ações em situação de violência contra o idoso</p> |
| <p>Indicadores Ações e orientações quanto violências contra idosos Protocolo de atendimento como estratégia para detecção de violência contra idosos Identificação de sintomas como estratégia para detecção de violência contra idosos Escuta de relatos de outros usuários como estratégia para detecção de violência contra idosos Declaração do idoso como estratégia para detecção de violência Discussão de caso como estratégia para detecção de violência contra idosos Sensibilização e capacitação da equipe como estratégia para detecção de violência contra idosos Visita domiciliar como estratégia para detecção de violência contra idosos Denúncia ao CRAS e CREAS como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Disque 100 como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Atendimento e acompanhamento dos cuidadores como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Denúncia à autoridade policial como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Notificação Compulsória como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Atendimento interdisciplinar com profissionais do serviço como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos Acompanhamento intersetorial como procedimento realizado após a identificação de violência contra idosos</p> |

FONTE: QualiAB 2014

Quadro 4. Composição de cada subdomínio do domínio “Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, segundo distribuição dos indicadores.

| |
|---|
| Domínio 2 - Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| Subdomínio: Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento |
| <p>Indicadores</p> <p>Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento como ação de rotina para DCNT</p> <p>Controle de PA e/ou glicemia em horários e dias específicos e conforme necessidade como ação de rotina para DCNT</p> <p>Esclarecimento e orientação dos resultados de exames como ação de rotina para DCNT</p> <p>Renovação de receitas sem consulta médica no dia como ação de rotina para DCNT</p> <p>Busca ativa de pessoas com DCNT</p> <p>Orientação de atividades físicas como ação de rotina para DCNT</p> <p>Grupos de apoio para pessoas com DCNT</p> <p>Registro dos pacientes de risco diferenciado como ação de rotina para DCNT</p> <p>Seguimento após encaminhamento para serviço especializado como ação de rotina para DCNT</p> <p>Encaminhamento para grupo de adesão no próprio serviço como estratégia aos não aderentes com DCNT</p> <p>Encaminhamento para serviço de referência como estratégia aos não aderentes com DCNT</p> <p>Busca ativa dos não aderentes ao tratamento com DCNT</p> <p>Visita domiciliar como estratégia aos não aderentes ao tratamento com DCNT</p> <p>Discussão em equipe sobre alternativas de abordagem como estratégia aos não aderentes com DCNT</p> <p>Discussão dos casos dos não aderentes com DCNT com supervisão externa</p> <p>Realização de alta administrativa para os não aderentes com DCNT</p> |
| Subdomínio: Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial |
| <p>Indicadores</p> <p>Atendimento sem protocolo na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Acompanhamento com protocolo na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Aferição de 3 medidas de pressão arterial em momentos diferentes na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Orientação de dieta na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Solicitação periódica de exames na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Avaliação de risco cardiovascular para terapêutica medicamentosa na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Atividades em grupo na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Orientação de atividade física na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Orientação e suporte para abandono do tabagismo na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Potássio como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Triglicerídeos como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Ácido úrico como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Exame de fundo de olho como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Hidroclorotiazida na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Furosemida na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Espironolactona na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Manitol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Atenolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Propranolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Metildopa na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> |

| |
|--|
| <p>Dispensação de Succinato de metoprolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Besilato de anlodipino na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Cloridrato de verapamil na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Cloridrato de hidralazina na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Nitroprusseto de sódio na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Captopril na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> <p>Dispensação de Enalapril na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial</p> |
| <p>Subdomínio: Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> |
| <p>Indicadores</p> <p>Atendimento sem protocolo na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Acompanhamento com protocolo na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Orientação de dieta às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Tratamento e/ou prevenção de obesidade na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Exame anual de colesterol total e frações, triglicérides na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Solicitação periódica de exames na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Treinamento para auto aplicação de insulina na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Fornecimento do glicosímetro na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Atividades em grupo para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Orientação de atividade física para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Orientação e suporte para abandono do tabagismo para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Microalbuminúria como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Triglicérides como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Hemoglobina glicada a cada 3 meses, depois a cada 6 meses como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Exame de fundo de olhos como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Dispensação de insulina NPH na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Dispensação de insulina Regular na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Dispensação de metformina na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> <p>Dispensação de glibenclamida na atenção às pessoas com Diabetes Mellitus tipo II</p> |
| <p>Subdomínio: Ações para o cuidado de pessoas acamadas</p> |
| <p>Indicadores</p> <p>Diagnóstico e encaminhamentos para outros níveis de atenção como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Visitas periódicas com equipe de apoio como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Visitas periódicas com médico como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Procedimentos domiciliares como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Orientações de higiene bucal como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Assistência odontológica domiciliar como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Orientações quanto aos direitos sociais como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Prevenção e acompanhamento em casos de uso e abuso de álcool e outras drogas como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Registro das ações domiciliares em prontuário como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Atenção à família em caso de óbito como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> <p>Discussão de casos com rede de saúde como ação ao cuidado de pessoas acamadas</p> |

FONTE: QualiAB 2014

Quadro 5. Composição de cada subdomínio do domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”, segundo a distribuição dos indicadores

| |
|---|
| Domínio 3 - Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento |
| Subdomínio: Infraestrutura, insumos e qualificação profissional |
| <p>Indicadores</p> <p>Acessibilidade no serviço para pessoas com deficiência (PCD) ou dificuldades de locomoção</p> <p>Banheiro adaptado para pessoas com deficiência ou com dificuldades para locomoção</p> <p>Dispõe de Cadeira de rodas no serviço</p> <p>Veículo para uso do serviço</p> <p>Aplicação de Vacina Dupla Adulto no serviço</p> <p>Vacina aplicada no serviço- Influenza</p> <p>Realização de Eletrocardiograma (ECG) no serviço</p> <p>Realização de HGT no serviço</p> <p>Exame feito no serviço Teste rápido de HIV</p> <p>Exames clínicos laboratoriais colhidos no serviço</p> <p>Convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas para adultos com DCNT com risco de complicações</p> <p>Saúde do Idoso como tema de formação continuada para a equipe do serviço</p> |
| Subdomínio: Conexão com a Rede de Apoio |
| <p>Indicadores</p> <p>Acesso a rede municipal ou regional de serviços para atenção ao idoso</p> <p>Grupos ligados à igreja como apoio ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>Associações de Bairro como apoio ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>Centro de Convivência do Idoso como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>Centro Dia do Idoso como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>Serviço especializado ao Idoso como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>CRAS como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>CREAS como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>ONGs como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> <p>Outros serviços como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a pessoa idosa</p> |

FONTE: QualiAB 2014

De acordo com a formulação dos três domínios e seus respectivos subdomínios a fim de averiguar possíveis correlações entre os conjuntos de indicadores e indicar sua intensidade foi aplicado o coeficiente de correlação Spearman. Em que na análise dos três domínios no geral, houve correlação positiva entre os três domínios, contudo moderadas, merecendo destaque apenas a correlação entre o dom. 1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” com o dom. 2 “Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (r: 0.798). Quanto as correlações estabelecidas entre os subdomínios também puderam ser constatadas correlações positivas, todavia moderadas, destacando-se a correlação entre os subdomínios de “Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial” e “Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II” (r: 0.765).

3.6 Análise dos Dados

A partir da criação dos três conjuntos de atributos, em forma de domínios e subdomínios por meio do QualiAB para Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, foi construído o plano para análise dos dados da seguinte maneira, inicialmente com o processamento das frequências de respostas realizadas por meio do programa IBM SPSS Statistics Base, versão 20.0.

A fim de avaliar as práticas dos serviços de APS na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento os indicadores assinalados pelos serviços foram traduzidos para um sistema binário, no qual (1) corresponde a realização pelo serviço e (0) a não realização, considerando que poderiam ter sido marcados ou não.

Para cada serviço, as respostas sobre cada indicador que compôs os domínios analisados foram somados, em que o total de indicadores foi relacionado a uma regra matemática de três simples diretamente proporcional, correspondendo a 100, desta forma podendo variar o valor obtido pelo serviço entre 0 e 100. Esse procedimento foi repetido para todos os subdomínios, dos três domínios.

Em busca de identificar o desempenho dos serviços de atenção primária investigados quanto a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento a partir da distribuição dos indicadores nos domínios propostos, optou-se pelo teste de k-médias por meio da técnica de clusters. Com o uso do *Programa Statistica* versão 10.0, definiu-se o agrupamento dos serviços em cinco *clusters* (1, 2, 3, 4 e 5), com a fixação do número cinco previamente, em relação a cada um dos três domínios, de modo a obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos de qualidade e a máxima homogeneidade interna em cada grupo (NEMES et al., 2004; NASSER, 2015; TANAKA et al., 2015).

A fim de investigar possíveis relações entre os grupos de qualidades (clusters) dos domínios sobre atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento com indicadores sobre planejamento e avaliação em saúde, foram selecionados trinta e dois indicadores do próprio instrumento QualiAB 2014, com essa finalidade. Para esta análise foi aplicado o teste de Regressão Logística Múltipla (Programa SAS), em que os indicadores selecionados, reconhecidos como variáveis independentes foram associados aos diferentes grupos de qualidade (clusters) para cada um dos domínios analisados.

As variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde trataram do uso dos dados epidemiológicos para planejamento; participação em avaliação nos últimos três anos; desdobramentos a partir das avaliações realizadas e mudanças induzidas por avaliações e também utilizaram-se como variáveis independentes, a caracterização do serviço; localização

geográfica; planejamento da área de abrangência e o acesso à apoio matricial. A descrição das variáveis independentes pode ser visualizada no quadro 6.

Quadro 6. Variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde dos serviços de APS, segundo indicadores do QualiAB.

| Dimensão | Núcleos Temáticos | Variáveis Independentes |
|------------------------------|---|--|
| Gestão e Planejamento | Tipo de unidade | -Unidade Saúde da Família (USF) -Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional -UBS com ESF -UBS com PACS -UBS ou USF integrada Unidade de Pronto Atendimento -Posto Avançado de Saúde (PAS) -Outros |
| | Localização Geográfica | -Rural -Urbana Central -Urbana Periférica |
| | Planejamento da área de abrangência | -Planejamento participativo considerando a realidade local e facilidade de acesso -Equipe define a área -Sem definição |
| | Apoio matricial | -NASF -Equipe Multiprofissional -Outro tipo -Não é realizado |
| Avaliação | Uso dos dados epidemiológicos para planejamento | -Pela gestão municipal e unidade para planejamento -Pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade -Não são utilizados |
| | Participação em avaliações nos últimos três anos | -Participou -Não Participou |
| | Desdobramentos a partir das avaliações realizadas | -Plano anual de trabalho da equipe -Planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional -Relatório dos problemas identificados para secretaria municipal -A Unidade não teve acesso aos resultados -Não foi realizada avaliação |
| | Mudanças induzidas por avaliações | -Organização da assistência -Gerenciamento do serviço -Gerenciamento e organização da assistência -Não houve mudanças -Não participou de nenhuma avaliação anterior |

FONTE: QualiAB, 2014

Esclarece-se que foi selecionada a variável independente “tamanho do município” (por número de habitantes) a partir de fontes de dados secundários, para o teste de Regressão Logística Múltipla. Tomou-se como base uma escala de 1 a 5, em que 1 correspondeu aos municípios abaixo de 10.000 habitantes; 2 - de 10.000 a 50.000; 3 – de 50.000 a 100.000; 4 –

de 100.000 a 500.000 e 5 acima de 500.000 habitantes (BRASIL, 2012b), porém não houve associações estabelecidas entre esta variável e os diferentes clusters para cada um dos domínios.

Foram selecionadas também como variáveis independentes, o índice de envelhecimento e o percentual de idosos correspondentes aos municípios estudados, todavia esses dados não diferenciaram entre os municípios, inviabilizando seu uso como variáveis independentes para o teste de Regressão Logística Múltipla.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo seguiu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos.

O projeto foi submetido à análise e aprovação pela Diretoria Regional de Saúde de Bauru (DRS VI), com a autorização dessa instituição (anexo 3). O mesmo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do parecer CEP 855.404 (anexo 4).

Ressalta-se que os gestores municipais de saúde que aderiram à pesquisa concordaram com o termo de adesão, disponível no site www.fmb.unesp.br/qualiab. O modelo encontra-se no anexo 5.

4. Resultados e Discussão

Optou-se por apresentar os resultados e discussão desta pesquisa no formato de artigos científicos, que estão expostos nas normas requeridas pelas respectivas revistas escolhidas para submissão, em que um deles encontra-se publicado e outro em análise. Abaixo seguem as perguntas norteadoras que os artigos científicos pretenderam responder, correspondentes aos objetivos geral e específicos desta tese.

- As ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de APS estão sendo realizadas de acordo com o que é preconizado por políticas públicas e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde? (Artigo 1).
- Qual o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde quanto a organização de ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento? (Artigo 2).
- Quais as estratégias de planejamento e avaliação dos serviços de APS se associam ao desempenho das ações na atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento? (Artigo 3).

4.1 Artigo 1

Título: Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária

Elderly people's health care and aging in a Primary Care Services Network

El cuidado de la salud y el envejecimiento de las personas mayores en una Red de Servicios de Atención Primaria

Autores: Nádia Placideli e Elen Rose Lodeiro Castanheira

Revista: Kairós

Informações sobre a submissão: publicado

Referência Bibliográfica: Placideli, N., & Castanheira, E. R. L. (2017). Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(2), 247-269. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

RESUMO: o objetivo deste estudo foi analisar os serviços de Atenção Primária à Saúde quanto à oferta e organização de ações ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa, de uma Rede Regional de Atenção à Saúde do centro-oeste paulista. Foram utilizados indicadores do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) de 2014. Os resultados sugerem que estes serviços desenvolvem ações de atenção ao envelhecimento de modo incipiente e limitado às doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento; Pessoa Idosa; Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the Primary Health Care services regarding the supply and organization of actions to aging and health of the elderly, a Regional Health Care Network of the center-west of São Paulo. We used indicators from the Quality Assessment Questionnaire for Basic Attention Services (QualiAB) in the year 2014. The results suggest that these services develop actions of attention to aging in an incipient way and limited to chronic diseases.

Keywords: Primary Health Care; Aging; Elderly; Evaluation of Health Services.

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue analizar los servicios de Atención Primaria de Salud en relación con el suministro y la organización de acciones para el envejecimiento y la salud de las personas mayores, una Red Regional de Atención Médica del centro-oeste de São

Paulo. Utilizamos indicadores del Cuestionario de Evaluación de Calidad para Servicios Básicos de Atención (QualiAB) en el año 2014. Los resultados sugieren que estos servicios desarrollan acciones de atención al envejecimiento de manera incipiente y limitadas a enfermedades crónicas.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Envejecimiento; Personas Mayores; Evaluación de Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Uma das mais importantes mudanças demográficas que o Brasil experienciou ao término do século passado foi o acentuado envelhecimento da população, gerando conseqüentemente o aumento de indivíduos de sessenta anos e mais no país (Lebrão, & Duarte, 2003). Fato que acarretou alterações no perfil epidemiológico, evidenciado com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das possíveis características do envelhecimento populacional, onerando o sistema de saúde com demandas complexas e que exigem seguimento contínuo (Veras, 2009).

Analisando-se o envelhecimento populacional brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se diante de grandes desafios: assistir a pessoa idosa que, via de regra, já apresenta uma ou mais das DCNT, oferecer assistência preventiva aos senescentes e à população que se encontra em fases anteriores à velhice⁵ e ainda combater as doenças infecciosas que perduram significativamente em alguns locais do país, atingindo inclusive a população idosa (Schmidt, *et al.*, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS)⁶ vem sendo enfatizada como o nível prioritário para desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o alcance do envelhecimento ativo da população, especialmente tendo como público-alvo a pessoa idosa.

Tal fato pode ser evidenciado em políticas, manuais técnicos, recomendações no Brasil e em países do mundo todo, destacando-se o projeto “Towards Age-friendly Primary Health Care”, proposto pela Organização Mundial da Saúde, em 2004 (WHO, 2004), e o Caderno de Atenção Básica de n.º 19, “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, recomendado pelo Ministério da Saúde em 2006 (Brasil, 2006).

⁵ A velhice entendida, aqui, no seu marco oficial em países em desenvolvimento que é aos 60 anos.

⁶ No presente estudo optou-se pelo uso do termo “Atenção Primária à Saúde (APS)” para designação do nível primário de atenção à saúde no Brasil e no mundo. Entretanto, em trechos extraídos de manuais técnicos e recomendações do Ministério da Saúde, bem como denominações de instrumentos específicos, será mantida a terminologia adotada no Brasil “Atenção Básica”.

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, envolvendo a promoção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (Brasil, 2012 a), sendo o nível de atenção estratégico fundamental do SUS (Onocko-Campos, *et al.*, 2012).

Uma das maiores preocupações da velhice é a diminuição do nível de independência e autonomia, e evitá-la ou postergá-la torna-se uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Primária. A atenção à pessoa idosa deve ser um trabalho-conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. Além disso, a Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com o SUS (Brasil, 2006).

Segundo Ciosak (2011), é necessário facilitar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a APS; considerando-se suas limitações, o que deve ser incorporado como preocupação e responsabilidade dos profissionais de saúde para a instituição de práticas de atenção integral aos indivíduos de mais idade.

Diante desse contexto, a avaliação de serviços de saúde torna-se ferramenta possibilitadora de um processo de mudança no sistema de saúde, demonstrando necessidades e provendo informações para uma reflexão crítica quanto ao trabalho de gestores e profissionais, e assim também para a comunidade (Castanheira, Sanine, Zarili, & Nemes, 2015).

A avaliação da oferta, organização, e utilização dos serviços de Atenção Primária no contexto da pessoa idosa, permite medir a efetividade da tradução de políticas direcionadas ao segmento idoso em práticas de cuidado, proporcionando aos serviços a possibilidade de analisar as ações em curso e ampliar a oferta de cuidados adequados e recomendados aos mais longevos (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzhei, 2013).

Sendo o envelhecimento um fenômeno universal e um processo multifatorial que acomete de maneira diferenciada, todos os indivíduos, faz-se necessário que no Brasil, os gestores dos serviços de Atenção Primária, bem como a equipe de saúde, conheçam a realidade sanitária dessa população (Bara, *et al.*, 2015).

No contexto brasileiro, há poucos estudos que avaliem a temática da APS na perspectiva do desenvolvimento de ações junto à população de idosos, bem como as dificuldades e os desafios gerados pelo envelhecimento populacional a estes serviços (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Diante desta lacuna, o presente estudo teve por objetivo contribuir com a avaliação e análise da organização das ações dirigidas à atenção ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de uma Rede Regional de Atenção à Saúde, do estado de São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quantitativo, transversal, construído para caracterizar e avaliar a organização das práticas de atenção ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa desenvolvidas em serviços de APS, da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 09, a partir da aplicação de um instrumento para avaliação da atenção primária, o QualiAB (Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica), no ano de 2014.

O QualiAB é um questionário estruturado e de autorresposta, validado, desenvolvido para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde da atenção primária, independentemente do seu modelo organizacional, seja a Estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS)⁷ ou os diferentes arranjos entre esses dois modelos, o que reflete uma das maiores potencialidades do instrumento, e favorece a adequação quanto à realidade paulista mediante esses serviços (Castanheira, Sanine, Zarili, & Nemes, 2015).

O instrumento foi revisto e atualizado, por meio da aplicação em várias localidades do país e em diferentes momentos; os dados utilizados neste estudo são correspondentes à aplicação do QualiAB no ano de 2014, em serviços de APS pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde 09, do estado de São Paulo.

No estado de São Paulo, foram pactuadas dezessete Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), correspondentes a arranjos organizativos de ações e serviços de saúde (Bombarda, 2012). A RRAS 09 localizada no centro-oeste do Estado constitui-se por sessenta e oito municípios, dividida em cinco regiões de saúde: região de saúde de Bauru; região de saúde de Jaú; região de saúde de Lins; região de saúde Pólo Cuesta; e região de saúde Vale do Jurumirim, com o total de trezentos e três serviços de APS (Brasil, 2012a).

O universo da pesquisa foi de cento e cinquenta e sete serviços de APS, distribuídos em quarenta e um municípios inseridos nas diferentes regiões de saúde da RRAS 09, correspondendo a 63% destes serviços referentes aos municípios que aderiram à pesquisa. Ressalta-se que o total de serviços respondentes ao questionário foi de cento e sessenta e três; dessa forma, seis deles não se enquadraram no critério de inclusão do estudo: ser serviço de atenção primária à saúde que assiste toda a população (por exemplo, não ser centro de saúde de especialidades, ou de assistência apenas à criança, adulto, mulher, entre outros).

O questionário foi aplicado de forma censitária na RRAS 09 no período de outubro a dezembro de 2014, uma vez que todos os municípios e os serviços de APS foram convidados a

⁷ Compreende-se, como Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, a unidade de saúde sem equipe de Saúde da Família.

aderirem à pesquisa, com convite aos gestores de saúde municipais em reuniões de Câmaras Técnicas (CT) e Comissão Intergestores Regionais (CIR).

O instrumento utilizado neste estudo é composto por 126 questões estruturadas e de múltipla escolha que caracterizam os serviços e geram indicadores de qualidade. Em função do QualiAB não ser um instrumento específico para avaliar as ações relacionados à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, foram selecionados apenas as variáveis correspondentes à temática estudada, definindo-se um total de cento e cinquenta e cinco indicadores analisados.

Foi realizada uma categorização dos indicadores da dimensão avaliada, com a formação de três domínios e dez subdomínios, nos quais foram distribuídos os indicadores de acordo com a finalidade de cada um deles, como pode ser observado no quadro 1. Os critérios que orientaram a definição dos indicadores e sua categorização, assim como, os padrões utilizados para avaliação tomaram por base as políticas de atenção ao idoso e ao envelhecimento e as propostas de operacionalização de ações na APS definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013)

Quadro 1. Síntese da categorização segundo número de indicadores por domínio e subdomínio, para descrição da oferta e organização de ações à saúde da pessoa idosa e envelhecimento por serviços de APS

| Domínios | Subdomínios | N.º de Indicadores |
|---|--|---------------------------|
| Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo | Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para a Pessoa Idosa | 17 |
| | Atenção ao Processo de Envelhecimento: promoção e prevenção | 6 |
| | Atenção aos Cuidadores de idosos | 6 |
| | Estratégias e Ações em situação de Violência contra a Pessoa Idosa | 16 |
| Total de indicadores do domínio | | 45 |
| Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem à não adesão ao tratamento | 18 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial | 35 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 25 |
| | Ações para o cuidado de pessoas acamadas | 11 |
| Total de indicadores do domínio | | 89 |

| | | |
|---|---|------------|
| Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento | Infraestrutura, insumos e qualificação profissional | 11 |
| | Conexão com a Rede de Apoio | 10 |
| Total de indicadores do domínio | | 21 |
| Total de indicadores nos 3 domínios | | 155 |

FONTE: QualiAB 2014, as autoras

Para processamento das frequências de respostas ao questionário QualiAB 2014, quanto aos indicadores selecionados especificamente para o presente estudo, utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics Base, versão 20.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), por meio do parecer n.º 855.404.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das frequências de respostas dos serviços de APS sobre os indicadores correspondentes aos domínios e subdomínios construídos, segue-se a caracterização e avaliação dos serviços de APS pertencentes à RRAS 09 quanto a atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

De acordo com o universo estudado, 157 serviços de APS, conforme autoclassificação prevaleceram as Unidades de Saúde da Família (USF) (42%); em seguida, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (36,9%). Foi observada a participação de 8,2% UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF); e 8,9% de UBS com Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS); UBS tradicionais ou USF integrada a Pronto Atendimento (1,2%); e 2,5% dos serviços optaram por outras modalidades.

O domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” é composto por um conjunto de indicadores que abordam ações especificamente dirigidas à saúde da pessoa idosa e a promoção do envelhecimento ativo que são preconizadas para serem desenvolvidas pelos serviços de APS, segundo as diretrizes da OMS para atenção ao envelhecimento ativo e o Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (WHO, 2004; Brasil, 2006). Este domínio foi dividido em quatro subdomínios.

No subdomínio “Ações de Promoção, Prevenção e Assistência para a Pessoa Idosa”, observa-se que menos da metade dos serviços avaliados realiza práticas que se relacionam especificamente à promoção e prevenção de saúde para a pessoa idosa. Os serviços investigados realizam, em sua maioria, ações relativas a: orientações sobre alimentação e nutrição (63%),

orientações quanto à saúde bucal (61,7%), atenção domiciliar (58,5%), prevenção de quedas (52,8%) e assistência odontológica, tendo como público-alvo a pessoa idosa (50,3%).

Um pouco menos da metade desenvolve orientações sobre incontinência urinária (44,5%); menopausa e andropausa (43,3%); atividades físicas (40,7%); e avaliação de quadros depressivos (41,4%); avaliação cognitiva (39,4%); e funcional (24,2%); ações quanto à sexualidade e DST/Aids (33,1%); orientações sobre os direitos da pessoa idosa (29,2%); e investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas (25,4%).

A abordagem do tema “promoção do envelhecimento ativo” em educação em saúde, desenvolvida na comunidade e nos próprios serviços de APS, é realizada respectivamente por 22,2%; e 25,4% dos serviços; e 18,4% realizam apoio a idosos institucionalizados. Destaca-se que 19,1% dos serviços alegaram não desenvolver atividades específicas de educação em saúde dirigidas à pessoa idosa.

É possível constatar que as ações voltadas à saúde da pessoa idosa, especialmente preventivas, de promoção, e educação em saúde ainda são pouco incorporadas por estes serviços. Há necessidade de se repensar o modelo de atenção das equipes dos serviços de APS, a fim de trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando promoção e atenção à saúde para o segmento idoso, em todos os níveis, visando-se à manutenção da capacidade funcional, a identificação precoce de agravos e fatores de risco, tornando-se, assim, uma estratégia aprofundada de práticas preventivas (Veras, Caldas, & Cordeiro I, 2013).

Estudo realizado a fim de obter um panorama geral sobre ações preventivas e de promoção da saúde desenvolvidas pelos serviços Estratégia Saúde da Família, que participaram do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), em 2012, foi constatado que 36,5% dos serviços realizam ações dirigidas à pessoa idosa, demonstrando a escassez de tais práticas (Medina, *et al.*, 2014).

O subdomínio “Atenção ao Processo de Envelhecimento: promoção e prevenção”, organiza um conjunto de indicadores sobre prevenção e promoção de saúde contra agravos mais comuns em fases tardias de vida; a maioria dos serviços demonstrou realizar detecção precoce de câncer de mama como ação programada à saúde da mulher (80,8%); prevenção e rastreamento de câncer de próstata; e outras neoplasias na atenção à saúde do homem (74,5%). Menos da metade dos serviços realiza prevenção e educação sobre impotência sexual masculina (42,6%); solicitação de mamografia feita a cada dois anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos sem fatores de risco (34,2%); cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina (21,6%); e orientações sobre andropausa (17,1%).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que as práticas desenvolvidas nos serviços incorporaram como fundamental o desenvolvimento de ações de prevenção secundária, ou seja, de diagnóstico precoce de neoplasias, para a Atenção à Saúde da mulher e do homem; uma vez que no presente estudo foi observado que a maioria dos serviços realiza o rastreamento desses agravos; contudo, um percentual menor referiu desenvolver ações de orientações e educação em saúde.

Estudo realizado em uma USF do interior paulista para avaliar a atenção prestada à saúde de mulheres de cinquenta anos ou mais, constatou que as mulheres adscritas ao serviço encontravam-se em vulnerabilidade programática em relação aos indicadores avaliados, como participação em grupo educativo, atendimento por visita domiciliar e realização de mamografia, entre outros (Pasqual, Carvalhaes, & Parada, 2015).

A Atenção à Saúde do homem ganha destaque no cenário de saúde pública, principalmente após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que coloca a necessidade de prover acolhimento e cuidado adequado a esta população, essencialmente pelos serviços de APS (Brasil, 2009). Apesar de ser algo novo para os serviços, há ações exitosas sendo realizadas para o alcance das recomendações, como as estratégias implantadas em USF de Vitória (Espírito Santo), onde se realizam grupos para homens e ações em dia de sábado, com resultados satisfatórios relatados pelos profissionais (Souza, Meireles, Tavares, & Menandro, 2015).

De acordo com o subdomínio “Estratégias e Ações em Situação de Violência contra a Pessoa Idosa”, que representa o quadro de indicadores sobre ações de prevenção, detecção, e suporte para a pessoa idosa em situações de violência, pode-se afirmar que a maioria dos serviços realiza ações de detecção de violência por meio da declaração do idoso (70,7%); escuta de relatos de outros usuários (69,4%); identificação de sintomas (68,1%); e a visita domiciliar (59,8%). Entretanto, menos da metade dos serviços faz discussão desses casos (40,1%); sensibilização e capacitação da equipe (26,7%). Nota-se que apenas 12,1% utiliza protocolo de atendimento para estes casos.

Ainda sobre indicadores deste subdomínio quanto às ações realizadas em casos de idosos em situação de violência, a maioria dos serviços realiza denúncia ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (64,9%); e menos da metade deles realiza atendimento interdisciplinar com os profissionais do próprio serviço de APS (37,5%); atendimento e acompanhamento dos cuidadores (33,7%); notificação compulsória (32,4%); denúncia à autoridade policial (27,3%); encaminhamento para o NASF ou equipe de apoio (15,2%); acompanhamento intersetorial

(11,4%); e disque 100 (9,5%). Destaca-se que 6,3% dos serviços alegaram não atender essa demanda específica.

Quanto a estes indicadores, foi observado que a maioria dos serviços realiza a identificação da violência contra o idoso; porém um percentual pequeno desenvolve ações de acompanhamento e construção do trabalho interdisciplinar e intersetorial dos casos.

Em estudo realizado por Wanderbroocke e Moré (2013), junto aos profissionais de uma UBS, a fim de descrever a abordagem sobre a violência familiar contra a pessoa idosa, foi evidenciado que a rotina estabelecida no serviço desfavorecia a execução do trabalho interdisciplinar, dificultando tanto a detecção como o acompanhamento desses casos.

Pesquisas realizadas sobre diversas perspectivas da Atenção Primária e assistência aos casos de violência contra a pessoa idosa e a outros públicos, demonstram que uma das principais dificuldades está na complexidade envolvida nesta questão, uma vez que não é necessário apenas o empoderamento das equipes locais de saúde para execução de atenção adequada a esses casos, mas, sim, da parceria com outras instituições e a efetiva execução do trabalho intersetorial (Wanderbroocke, & Moré, 2013).

Quanto ao subdomínio “Atenção aos cuidadores de idosos”, que trata especificamente das ações direcionadas à atenção ao cuidador (formal ou familiar)⁸ de idosos, a maioria dos serviços de APS apenas realiza o fornecimento de suporte informativo aos cuidadores de idosos (50,9%); todos os demais indicadores investigados são desenvolvidos por menos da metade dos serviços, como identificação e orientação de cuidadores (44,5%); avaliação da funcionalidade familiar do cuidador (43,3%); avaliação do estresse do cuidador (28,6%); investigação da rede de apoio social do cuidador (35%); e grupo de apoio aos cuidadores (8,2%). Destaca-se que 33,7% dos serviços alegaram não realizar atividades para cuidadores de idosos.

Pode ser observada a ínfima implementação de ações para os cuidadores de idosos desenvolvida pelos serviços investigados, algo preocupante diante do aumento do número de familiares que desenvolvem o papel de cuidador principal do idoso. A maioria desses cuidadores não dispõe de informações e apoio necessários, o que, acaba por constituir-se em maior exposição a sobrecargas na atividade de cuidar, com prejuízo para a qualidade de vida e maior de risco de adoecimento para os que assumem essa função. Coloca-se assim para os serviços de Atenção Primária a necessidade de assistir adequadamente ao cuidador, envolvendo

⁸ O termo “cuidador de idoso formal” refere-se a um profissional capacitado a desenvolver o trabalho de cuidador com remuneração; já o “cuidador de idoso informal” refere-se ao(s) membro(s) da família do idoso responsável pelo cuidado (Born, 2008).

também outros pontos da Rede de Cuidados à Saúde, o que ainda não foi incorporado pelos serviços (Vieira, Rodrigues, Segundo, Lima, & Melo, 2015).

O domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” reúne um conjunto de indicadores de atenção às pessoas com doenças crônicas, com ênfase na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II e na atenção às pessoas acamadas. Ainda que os idosos representem grande parte da demanda de cuidados para as DCNT, essas condições não se restringem apenas ao público idoso, mas incluem outras faixas etárias também suscetíveis a elas, perpassando por ações assistenciais, preventivas e de reabilitação. Os critérios que definem os indicadores utilizados são norteados principalmente pelas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para cuidados de pessoas com doenças crônicas e pelo Caderno de Atenção Básica sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006; 2013). Este domínio foi dividido em quatro subdomínios.

Quanto ao subdomínio “Ações de rotina para Pessoas com DCNT e Estratégias de Abordagem a Não Adesão ao Tratamento”, os indicadores apontam que a maioria dos serviços de APS oferta: ações de controle de pressão arterial e/ou glicemia, em horários e dias específicos, e conforme necessidade (90,4%); esclarecimento e orientação dos resultados de exames (82,1%); renovação de receitas sem consulta médica no dia (75,1%); agendamento ao final de cada atendimento (72,6%); e orientação de atividades físicas (72,6). Uma parcela menor dos serviços de APS realiza busca ativa de faltosos (50,3%); grupos de apoio para pessoas com DCNT (33,1%); seguimento desses casos após encaminhamento para serviço especializado (38,2%); e registro dos pacientes com risco diferenciado (31,2%).

Ainda nesse subdomínio, quanto as estratégias de abordagem para as pessoas com DCNT não aderentes ao tratamento, observa-se que a maioria dos serviços de APS realiza busca ativa (56,6%) e visita domiciliar (56%); menos da metade deles realiza discussão em equipe sobre alternativas de abordagem (37,5%); discute o caso com supervisão externa (10,8%); e encaminha para grupo de adesão no próprio serviço (12,1%). Note-se que 32,5% dos serviços de APS encaminham para serviços de referência; e 7% realizam alta administrativa, destacando-se que 15,9% não realiza atividades para não aderentes.

As ações quanto à atenção às doenças crônicas, em sua maioria, são desenvolvidas pelos serviços de APS investigados; contudo ainda há baixa implementação de algumas práticas recomendadas, como grupos para pessoas com DCNT; seguimento dos casos; registro de risco diferenciado; e atividades planejadas para não aderentes.

De acordo com o Modelo de Cuidados de Crônicos, amplamente aceito e difundido em diversos países, como o Canadá, seis elementos são necessários para otimizar a organização

para cuidados destes indivíduos pelos sistemas de saúde: apoio à decisão; apoio à autogestão; sistema de informação clínica; distribuição do desenho do sistema; liderança organizacional; e vínculos comunitários (Noël, *et al.*, 2014).

Em estudo realizado por Raupp, *et al.* (2015), junto a pessoas com DCNT, usuárias de serviços primários de uma região do Rio Grande do Sul, os entrevistados pouco relataram sobre o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, e ainda referiram que nos casos que apresentavam sintomas e complicações decorrentes de uma ou mais DCNT não eram efetivados acompanhamentos sistemáticos pelas equipes de saúde, fato preocupante, e também corroborado no presente estudo.

Na atenção às pessoas com DCNT, a falta de acesso às ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidados necessários diante dos processos de adoecimento, são obstáculos à oferta de uma atenção universal, integral e de qualidade pelo SUS (Raupp, *et al.*, 2015).

O subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Hipertensão Arterial” é constituído por um conjunto de indicadores de ações assistenciais, preventivas e de reabilitação para pessoas com hipertensão arterial, ofertadas pelos serviços de APS.

As análises das frequências de respostas dos serviços podem ser acompanhadas na tabela 1, a seguir.

Tabela 1. Distribuição da frequência de respostas dos serviços de APS da RRAS 09 segundo o subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Hipertensão Arterial”, Botucatu, 2017

| Indicadores | N.º | % |
|--|------------|----------|
| Acompanhamento com protocolo | 65 | 41,4% |
| Aferição de 3 medidas de pressão arterial em momentos diferentes | 94 | 59,8% |
| Orientação de dieta | 145 | 92,3% |
| Tratamento e/ou prevenção de obesidade | 100 | 63,6% |
| Solicitação periódica de exames | 131 | 83,4% |
| Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira | 82 | 52,2% |
| Avaliação de risco cardiovascular para terapêutica | 88 | 56% |
| Atividades em grupo | 73 | 46,4% |
| Orientação de atividade física | 123 | 78,3% |
| Orientação e suporte para abandono do tabagismo | 93 | 59,2% |
| Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas | 70 | 44,5% |

| | | |
|---|-----|-------|
| Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 145 | 92,3% |
| Potássio como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 140 | 89,1% |
| Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 142 | 90,4% |
| Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 149 | 94,9% |
| Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 154 | 98,0% |
| Triglicérides como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 148 | 94,2% |
| Ácido úrico como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 141 | 89,8% |
| ECG como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 146 | 92,9% |
| Exame de fundo de olho como exame solicitado de rotina para pessoas com Hipertensão Arterial | 32 | 20,3% |
| Dispensação de Hidroclorotiazida na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial | 133 | 84,7% |
| Dispensação de Espironolactona na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial | 107 | 68,1% |
| Dispensação de Atenolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial | 104 | 66,2% |
| Dispensação de Propanolol na atenção às pessoas com Hipertensão Arterial | 131 | 83,4% |

FONTE: QualiAB 2014

Foram destacados aqui apenas alguns indicadores sobre medicamentos dispensados nos serviços para pessoas com hipertensão arterial, embora no instrumento QualiAB, estejam contemplados todos os medicamentos preconizados pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais).

O subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Diabetes Mellitus tipo II” trata de um conjunto de indicadores sobre atenção às pessoas com diabetes mellitus tipo II, investigando as ações de cunho assistenciais, preventivas e de reabilitação. As análises das frequências de respostas dos serviços podem ser acompanhadas na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da frequência de respostas dos serviços de APS da RRAS 09 segundo o subdomínio “Atenção Programática, Exames de Rotina e Medicamentos disponíveis para Pessoas com Diabetes Mellitus tipo II”, Botucatu (SP), 2017

| Indicadores | N.º | % |
|-------------|-----|---|
|-------------|-----|---|

| | | |
|---|-----|-------|
| Acompanhamento com protocolo | 70 | 44,5% |
| Orientação de dieta | 147 | 93,6% |
| Tratamento e/ou prevenção de obesidade | 114 | 72,6% |
| Exame anual de colesterol total e frações, triglicérides | 110 | 70,0% |
| Solicitação periódica de exames | 137 | 87,2% |
| Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés | 120 | 76,4% |
| Treinamento para auto-aplicação de insulina | 123 | 78,3% |
| Fornecimento do glicosímetro | 113 | 71,9% |
| Atividades em grupo | 77 | 49,0% |
| Orientação de atividade física | 119 | 75,7% |
| Orientação e suporte para abandono do tabagismo | 81 | 51,5% |
| Glicemia de jejum como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 153 | 97,4% |
| Urina I como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 142 | 90,4% |
| Microalbuminúria como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 74 | 47,1% |
| Creatinina sérica como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 133 | 84,7% |
| Colesterol total, frações (LDL e HDL) como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo I | 144 | 91,7% |
| Triglicérides como exame solicitado de rotina para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | 142 | 90,4% |

FONTE: QualiAB 2014

Ressalte-se que, em 12,1% dos serviços, há falta eventual de medicamentos relacionados tanto ao tratamento de hipertensão arterial, como para diabetes mellitus tipo II. Do total de serviços avaliados 14% não dispõem medicamentos.

Quase a totalidade dos indicadores de ações desenvolvidas para pessoas com hipertensão e diabetes mellitus tipo II, são realizados por mais da metade dos serviços. Tal fato pode ser explicado por tais práticas estarem mais incorporadas, dentre outros fatores devido a difusão do Programa HiperDia, do Ministério da Saúde que, desde 2006, traçou recomendações para o trato deste público, tornando-se uma das principais ações programáticas da Atenção Primária (Lima, Schwartz, Muniz, Zillmer, & Ludtke, 2011).

É importante que os profissionais das equipes de atenção primária desenvolvam ações preventivas e de promoção da saúde direcionadas às pessoas com DCNT, dentre elas, a hipertensão e diabetes mellitus tipo II, tanto em uma dimensão individual como coletiva, com a implementação de práticas de educação e comunicação em saúde direcionadas ao incentivo a hábitos e estilos de vida mais saudáveis, com a participação das equipes em ações intersetoriais,

a fim de contribuir com a promoção de uma melhor qualidade de vida com uso dos recursos disponíveis em cada contexto (Medina, *et al.*, 2014).

Em suma, para sucesso no gerenciamento das condições crônicas é necessário aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde, centralizar o tratamento no paciente e na família, visto que se requerem alterações em costumes e hábitos da vida cotidiana, assim como apoiar os pacientes e enfatizar a prevenção, pois muitas das condições crônicas e de suas complicações são evitáveis (Silva, Cotta, & Rosa, 2013).

Quanto ao subdomínio “Ações para Cuidados de Pessoas Acamadas”, no conjunto de indicadores que o compõe, a maioria dos serviços de APS realiza: procedimentos domiciliares (82,1%); registro das ações domiciliares em prontuário (65,6%); visitas periódicas com médico (61,7%) e com equipe de apoio (53,5%); além de orientação de higiene bucal (51,5%).

Uma parcela menor desenvolve discussão de casos com rede de saúde (39,4%); orientação quanto aos direitos sociais (33,7%); atenção à família em caso de óbito (31,2%); assistência odontológica domiciliar (20,3%); e prevenção e acompanhamento em caso de uso abusivo de álcool e outras drogas (16,5%).

Destaque-se que mais da metade dos serviços realiza diagnóstico e encaminha para outros níveis de atenção para os casos de pessoas acamadas (57,9%); e 7,6% deles não realizam cuidados no domicílio.

Dentre as atribuições da equipe de saúde dos serviços de Atenção Primária há a atenção domiciliar às pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, sendo que os idosos estão entre a parcela da população beneficiada com esse recurso. A atenção domiciliária deve envolver ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, abarcando a assistência, a internação e a visita domiciliária (Lionello, Duro, Silva, & Witt, 2012). Neste estudo, pôde ser observado que a maioria dos serviços realiza procedimentos domiciliares aos acamados; entretanto, menos da metade deles demonstraram desenvolver ações intersetoriais e acompanhar esses casos.

O domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” é integrado por um conjunto de indicadores relacionados à infraestrutura, insumos e qualificação profissional para viabilização do desenvolvimento de ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, e por indicadores relativos ao acesso dos serviços de APS à rede de apoio. Fundamentados principalmente nas diretrizes da OMS para o envelhecimento ativo e no Caderno de Atenção Básica sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2005; 2006). Este domínio foi dividido em dois subdomínios.

No subdomínio “Infraestrutura, Insumos e Qualificação Profissional”, a maioria dos serviços dispõe de infraestrutura que favorece a viabilização da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, como acessibilidade do serviço para pessoas com deficiência ou dificuldades de locomoção (73,2%), dispor de cadeira de rodas no serviço (89,8%), possuir banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiências ou com dificuldades (57,9%) e, em um percentual menor, veículo para uso do serviço (40,1%).

Ainda sobre este subdomínio, a maioria dos serviços realiza ações quanto à aplicação de vacina e realização de exames no próprio serviço, como aplicação de vacina influenza (77,7%) e vacina dupla, adulto (77%); a realização de eletrocardiograma (ECG) no próprio serviço (50,9%); realização de HGT (98%); teste rápido de HIV (47,1%); e exames clínicos laboratoriais colhidos no próprio serviço (64,9%).

Em relação à qualificação profissional, destaque-se que a saúde do idoso como tema de educação continuada para a equipe de profissionais, realizada no último ano, é referida por menos da metade dos serviços (33,1%).

Os indicadores descritos acima se relacionam com a acessibilidade dos serviços de APS, quanto à organização da estrutura física e aprimoramento dos recursos humanos para ofertar atenção que promova o envelhecimento ativo da população, e proporcione uma atenção de qualidade direcionada à pessoa idosa. Para tanto é imprescindível que os serviços se adaptem quanto à infraestrutura, e insumos, a fim de minimar problemas ocasionados pela acessibilidade no trato à pessoa idosa (Araújo, *et al.*, 2014), como também, preparem os profissionais para as especificidades da saúde no processo de envelhecimento.

Sobre o subdomínio “Conexão com a Rede de Apoio”, que engloba um conjunto de indicadores para investigação da rede de apoio na atenção à pessoa idosa, pôde-se verificar que a maioria dos serviços não possui uma rede constituída para apoio na atenção a esse público, pois apenas 28,6% alegaram possuir acesso à rede municipal ou regional de serviços para a pessoa idosa: 32,4% conta com apoio do CREAS; 22,9%, com Centro de Convivência para Idosos; 12,7%, com serviço especializado para idosos; 5,7%, Centro-Dia do idoso; Grupos ligados à igreja, 12,1%; ONGs, 7%; e Associações de bairro, 6,3%.

Foi constatado que a maior rede de apoio para esses serviços de APS advém do CRAS (71,9%). Destaque-se que 6,3% dos serviços alegaram não haver rede de apoio à pessoa idosa, além do próprio serviço de APS.

É necessário haver uma rede articulada de serviços para que seja possível a oferta efetiva de uma atenção integral para a pessoa idosa, e ao envelhecimento, integrada por um sistema de informação construído de acordo com essa lógica, pois a forma como os serviços de Atenção

Primária funcionam atualmente ainda não possibilita atender de forma integral as demandas decorrentes do envelhecimento da população (Veras, Caldas, & Cordeiro, 2013).

Apesar de a Atenção Primária ser proposta como ordenadora na construção e funcionamento das redes de atenção à saúde, há ainda muitos desafios a serem superados. A literatura destaca, como principais, a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades quanto à temática, a visão restrita de gestores, a insuficiência de recursos humanos qualificados para execução desta estratégia, dentre outros (Rodrigues, *et al.*, 2014).

Considerações Finais

Os indicadores avaliados neste estudo apontam que diversas ações de atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento não estão sendo efetivadas nos serviços de Atenção Primária estudados. Ainda que os resultados não possam ser generalizados para outros serviços, chama a atenção o baixo grau de implantação dessas ações em uma região de saúde do estado de São Paulo, tanto pelo percentual de envelhecimento do Estado como por sua tradição na Atenção Primária.

Os serviços investigados demonstraram não estar organizados para desenvolverem ações preventivas e de promoção à saúde, dirigidas ao público idoso e para alcance do envelhecimento ativo. Pode-se inferir que os resultados encontrados não sejam uma particularidade apenas dos serviços dessas regiões, uma vez que confirmam diferentes achados de outros estudos. Nesse sentido, parece haver um grande distanciamento entre as necessidades colocadas pelo envelhecimento populacional e a capacidade de resposta dos serviços de atenção primária a esse cenário.

Faz-se necessário que o sistema de saúde do Brasil avance na implementação das políticas públicas com foco na promoção do envelhecimento ativo à população; para isso, é necessário explorar o potencial dos serviços de Atenção Primária na gestão do cuidado e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e na sua articulação em rede, de modo a superar o sistema fragmentado ainda vigente no Sistema Único de Saúde (Oliveira, Bozzetti, Hauser, Duncan, & Harzheim, 2013).

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas em diferentes localidades do país com este foco avaliativo, de modo a contribuir com processos de gestão e organização dos serviços e com a identificação de necessidades que requeiram a implantação e desenvolvimento de tecnologias de cuidado para a atenção ao idoso, fortalecendo o papel da atenção primária na

construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade, & Cherchiglia, 2011).

REFERÊNCIAS

- Araújo, L. U. A. de, Gama, Z. A. da S., Nascimento, F. L. A. do; Oliveira, H. F. V. de, Azevedo, W. M. de, & Almeida Júnior, H. J. B. de (2014). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 19(8), 3521-3532. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
- Bara, V. M. F., Paz, E. P. A., Guimarães, R. M., Silva, B. F., Gama, B. B. De M., & Moratelli, L. (2015). Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Coletiva*, 23(3), 330-335. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: 10.1590/1414-462X201400080015.
- Bombarda, F. P. (2012). *Redes Regionais de Atenção à Saúde*. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.
- Born, T. (2008). *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2005). *Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (62 p.).
- Brasil. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica, n.º 19, Série A*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (92p.).
- Brasil (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde
- Brasil. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2012b). *Mapa da Saúde. São Paulo*. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09.
- Brasil. (2013). *Diretrizes para cuidados de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica.
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>.

- Castanheira, E. R. L., Sanine, P. R., Zarili, T. F. T., & Nemes, M. I. B. (2015). Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: Arkeman, M., & Furtado, J. P. (Orgs.). *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*, 189-232. Porto Alegre, RS: Rede Unida. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>.
- Ciosak, S. I. (2011). Senescência e senilidade: um novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 45, 1763-1768. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>.
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. de O. (2003). *SABE-Saúde, Bem-Estar e envelhecimento - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).
- Lima, L. M. de, Schwartz, E., Muniz, R. M., Zillmer, J. G. V., & Ludtke, I. (2011). Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. Porto Alegre, RS: *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 32(2), 323-329. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>.
- Lionello, C. D. L., Duro, C. L. M., Silva, A. M. da, & Witt, R. R. (2012). O fazer das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família na atenção domiciliária. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 33(4), 103-110. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400013>.
- Medina, M. G., Aquino, R., Vilasbôas, A. L. Q., Mota, E., Júnior, E. P. P., Luz, L. A. da, Anjos, D. S. O. dos, & Pinto, I. C. de M. (2014). Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Saúde e Debate*, 38, 69-82. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>.
- Noël, [I. H.](#), Parchman, [M. L.](#), Palmer, [R. F.](#), Romero, [R. L.](#), Leykum, [L. K.](#), Lanham, [H. J.](#), Zeber, [J. E.](#), & Bowers, K. W. (2014). Aligment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 15, 57. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: [10.1186/1471-2296-15-57](https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-57).
- Oliveira, E. B. de, Bozzetti, M. C., Hauser, L., Duncan, B. B., & Harzheim, E. (2013). Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras Med Fam Comunidade*, 8(29), 264-273. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)826).
- Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. de S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R. de, Gama, C. A. P. da, Dantas, D. V., & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 43-50. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.
- Pasqual, K. K., Carvalhaes, M. A. B. L., & Parada, C. M. G. L. (2015). Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. Rio Grande do Sul: *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 36(2), 21-27. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44822>.
- Raupp, L. M., Dhein, G., Medeiros, C. R. G., Grave, M. T. Q., Saldanha, O. M. de F. L., Santos, M. V. dos, Koetz, L. C. E., & Almerom, G. P. de O. (2015). Doenças crônicas e trajetórias

assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. Rio de Janeiro, RJ: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 615-634. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200015>.

Rodrigues, L. B. B., P., Silva, C. dos S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. de A., Carvalho Pinto, I., Monroe, A. A., & Arcêncio, R. A. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343-352. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., & Barreto, S. M. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, 377(9781), 1949-1962. (Coleção Saúde no Brasil). Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

Silva, L. S., Cotta, R. M. M., & Rosa, C. O. B. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 34(5), 343-350. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>.

Souza, L. G. S., Meireles, A. A. Tavares, K. M. C., & Menandro, M. C. S. (2015). Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. *Rev. Psicologia: ciência e profissão*, 35(3), 932-945. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.redalyc.org/pdf/2820/282042221021.pdf>.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

Veras, R. P., Caldas, C. P., & Cordeiro, I. H. de A. (2013). Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. Rio de Janeiro, RJ: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1189-1213. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>.

Vieira, A. L. T., Rodrigues, T. F. de C., Segundo, L. V. G., Lima, R. F. de, & Melo, E. G. de. (2015). Avaliação do Estresse em Cuidadores de Idosos na Unidade de Saúde da Família “Vila Saúde”. *Rev. M & P. Medicina & Pesquisa*, 1(1), 61-74. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/17953-49436-1-PB%20(1).pdf.

Wanderbroocke, A. C. N. S., & Moré, C. L. O. O. (2013). Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 29(12), 2513-2522. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a15.pdf>.

World Health Organization (WHO). (2004). *Active Aging: Towards Age-Friendly Primary Health Care*. France.

Recebido em 22/03/2017

Aceito em 30/06/2017

Nádia Placidei - Doutoranda em Avaliação em Saúde. Mestra em Envelhecimento e Saúde. Filiada ao Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: nadiaplacidei@hotmail.com

Elen Rose Lodeiro Castanheira - Médica Sanitarista. Filiada ao Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu (SP). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

E-mail: elenrochalodeiro@gmail.com

4.2 Artigo 2

Título: Avaliação da organização de ações para a saúde da pessoa idosa e envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde

Assessing the organization of actions for health of the elderly and aging in Primary Health Care services

Título resumido: avaliação de ações para idosos e envelhecimento na atenção primária

Revista: Cadernos de Saúde Pública

Autores:

Nádia Placideli – PLACIDELI, N. Doutoranda. Departamento Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho. E-mail: nadiaplacideli@gmail.com

Elen Rose Lodeiro Castanheira – CASTANHEIRA, E.R.L. Docente. Departamento Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho. E-mail: elen@fmb.unesp.br

José Eduardo Corrente – CORRENTE, J.E. Docente. Departamento de Bioestatística. Instituto de Biociências. Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho. E-mail: jecorren@ibb.unesp.br

Pedro Alcântara da Silva – SILVA, P.A. Pós Doutorando vinculado ao Instituto de Envelhecimento, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Artigo baseado na tese em curso na Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FMB-UNESP), Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Informações sobre a submissão: em avaliação

RESUMO

O objetivo desse estudo é avaliar a organização de ações de atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Pesquisa avaliativa, quantitativa transversal, baseada na avaliação de 157 serviços de APS situados em uma Rede Regional de Atenção à Saúde, no centro-oeste paulista. Foi aplicado em 2014 um instrumento estruturado, de autorresposta, on-line, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), constituído por 126 questões de múltipla escolha. Para avaliação da temática estudada foram selecionados 155 indicadores de qualidade, agrupados em três domínios: Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo; Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao

Envelhecimento. Para cada domínio avaliado foram identificados cinco clusters a partir do método de agrupamento por k-médias. O domínio relativo à organização para atenção às DCNT apresentou grupos com melhor desempenho quando comparado aos demais. Embora reúna indicadores relativos a uma demanda frequente entre os idosos, este domínio não reflete a especificidade dos cuidados necessários ao processo de envelhecimento ou às necessidades desse grupo para uma atenção integral. Os resultados apontam que os serviços de APS estudados devem diversificar as ações e dar maior especificidade ao cuidado da pessoa idosa e às ações de prevenção e promoção para o envelhecimento ativo, ampliando e fortalecendo a atenção em rede.

Palavras-chave: saúde do idoso; envelhecimento; Atenção Primária à Saúde; avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A expansão da rede pública de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ao lado da necessidade de fortalecimento das estruturas de gestão e da redefinição dos papéis nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), impulsionou a institucionalização de mecanismos de pactuação e avaliação, com o objetivo de auxiliar o processo decisório e melhorar a qualidade do sistema público de saúde ^{1,2}.

A atenção primária em saúde tem sido apontada como nível prioritário para atuar na prevenção e promoção da saúde em busca do envelhecimento ativo e saudável, ante o fenômeno do envelhecimento populacional brasileiro, e, embora existam proposições políticas e tecnológicas para a atuação da APS, ainda é escassa a literatura sobre as ações efetivamente implantadas na atenção primária brasileira³.

Nessa Perspectiva a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004 propôs o projeto “Towards Age-friendly Primary Health Care”, cuja finalidade é adaptar os serviços de atenção primária para atender adequadamente às pessoas idosas, tendo como objetivo principal a sensibilização e a educação no cuidado primário em saúde, conforme as demandas específicas dessa população⁴. No Brasil, em 2006, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Caderno de Atenção Básica voltado ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa (nº 19), com o objetivo de difundir orientações que proporcionem maior resolubilidade às demandas dos idosos na atenção primária⁵.

O Caderno de Atenção Básica nº 19 teve como um de seus pressupostos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁶, definindo estratégias e instrumentos para a atenção integral. Entretanto, estudo realizado no estado de Santa Catarina, em 2012, analisou

o conhecimento dos coordenadores de unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as normativas desta política e como percebiam sua execução na prática dos serviços, concluindo que embora todos os sujeitos investigados conhecessem a PNSPI, afirmavam que esta fora parcialmente empregada em função de dificuldades para sua implementação, como por exemplo, a falta de prioridade do gestor em investimentos na atenção à saúde do idoso e dos próprios idosos em conhecimento da política e participação ativa⁷.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que avaliam a atuação dos serviços de atenção primária na manutenção da saúde dos idosos, como as ações ofertadas e organizadas para este público específico, bem como as dificuldades e os desafios gerados pelo envelhecimento populacional para estes serviços^{3,8,9,10}. A maior parte destes estudos avaliam as ações desenvolvidas nos serviços de atenção primária segundo a percepção dos idosos sobre os cuidados recebidos. Poucos estudos tomam como foco avaliativo a organização das ações ofertadas e implementadas na atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento⁸.

Neste contexto, é fundamental que as ações destinadas à pessoa idosa e aos processos de envelhecimento pelos serviços na atenção primária sejam avaliadas a fim de se conhecer o grau de implementação destas normativas na prática, principalmente referente ao compilado proposto no caderno de atenção básica nº 19, que possa abranger em dimensões gerais, as ações de promoção e prevenção de agravos para o envelhecimento ativo, gestão e monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a rede de atenção integrada, necessária para prestação de cuidado com qualidade para os idosos.

A avaliação é apontada como um processo capaz de fornecer indicadores que ponderam a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem-definidos e adequados ao tempo e local, em busca da qualidade^{11,12}, uma vez que a avaliação de serviços de saúde pode evidenciar necessidades e fornecer elementos para reflexão crítica que impulsionem processos de mudanças¹³.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a organização de ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de APS, a partir da identificação de distintos grupos de qualidade em relação a três conjuntos de atributos: atenção à saúde para o envelhecimento ativo; ações na atenção às DCNT e quanto à estrutura e rede de apoio ao envelhecimento.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pesquisa avaliativa¹⁴, quantitativa, transversal, avalia a organização de ações na atenção ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa em serviços de APS, a partir da análise de dados

selecionados da aplicação do “Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica” (QualiAB), em 2014 em regiões de saúde do centro oeste paulista.

O constructo de qualidade para avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento em serviços de atenção primária, tomou por base as principais políticas de saúde norteadoras desta questão no país, com a constituição de um modelo lógico - teórico operacional^{15,16} que embasou a eleição dos indicadores e a proposição de distintos domínios para análise. Os principais documentos utilizados na construção do modelo foram a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁶ e as diretrizes do Ministério da Saúde publicadas no Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” nº 19⁵, no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022¹⁷ e no manual técnico Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias¹⁸.

A avaliação ocorreu nos serviços de APS, compreendidos na área da Rede Regional de Atenção à Saúde de Bauru (RRAS 09)¹⁹, dividida em cinco Regiões de Saúde: Bauru; Jaú; Lins; Pólo Cuesta e Vale do Jurumirim, com o total de 68 municípios, e 303 serviços de APS, segundo o CNES²⁰ (excluindo-se os cadastros duplicados e os não correspondentes a unidades de APS).

O QualiAB foi aplicado de forma censitária nos serviços de APS da RRAS 09, no período de outubro a dezembro de 2014, e respondido *online* pelas equipes de cada unidade de saúde, após adesão do gestor municipal. Essa aplicação integrou processo interativo de atualização e revalidação do instrumento, originalmente validado em 2007^{13,21}, como parte da terceira etapa deste processo de atualização do instrumento, após revisão por pares e aplicação piloto em serviços selecionados²². Todos os municípios da RRAS 09 foram convidados a participar da avaliação, a partir de ampla divulgação junto aos gestores municipais de saúde nas reuniões das Câmaras Técnicas (CT) e das Comissões Intergestores Regionais (CIR) de cada Região de Saúde, com apresentação da proposta e detalhamento da aplicação do instrumento.

Trata-se de um questionário estruturado, validado, desenvolvido para avaliar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde de atenção primária, independente do seu modelo organizacional. Não é baseado em incentivo financeiro, mas sim, no estímulo à cultura avaliativa na atenção primária²¹, com adesão voluntária de cada município e serviço de saúde.

Aderiram ao estudo 41 municípios, com um total de 249 serviços de APS dos quais 163 serviços responderam ao questionário QualiAB, com uma cobertura de 65,4% da rede básica dos municípios participantes. Desse total, seis serviços foram excluídos por classificarem-se como unidades dedicadas à atenção a um grupo populacional específico, como centro de

atenção à saúde da mulher, centro de atenção à criança, entre outros, definindo-se para avaliação um universo de 157 serviços de APS que se enquadraram no critério de unidade que assiste à toda população.

O questionário QualiAB, aplicado em 2014, é composto por 126 questões estruturadas de múltipla escolha, que geram indicadores para avaliação global dos serviços de APS, ou seja, que abrangem o conjunto diversificado de ações de saúde atribuídas à atenção primária de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2011 (PNAB)²³. Para o presente estudo foi realizada a eleição e categorização de variáveis relacionadas à avaliação da organização de ações para atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, definindo-se 155 indicadores de qualidade.

Os indicadores eleitos foram reunidos segundo três grandes conjuntos de atributos considerados essenciais à atenção integral à saúde para a pessoa idosa e ao envelhecimento, definidos na forma de três domínios: “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, “Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” e “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”. Conforme descrito no Quadro I, no qual pode-se visualizar a exemplificação de alguns indicadores em relação a cada domínio.

No domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” (domínio 1) foram agrupados indicadores que tomam por fundamento as diretrizes da Organização Mundial de Saúde para atenção ao envelhecimento ativo pelos serviços de APS e o caderno de atenção básica nº 19 sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa^{5,24}. Compreendem: ações de promoção, prevenção e assistência relacionados diretamente à pessoa idosa; atenção ao envelhecimento na prevenção de agravos e promoção da saúde; estratégias e ações em situação de violência contra a pessoa idosa e atenção aos cuidadores de idosos.

O domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (domínio 2) baseia-se nas diretrizes do Ministério da Saúde para cuidados de pessoas com doenças crônicas e também no Caderno de Atenção Básica nº 19 sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa^{5,17,18,24}. Agrupa indicadores correspondentes as ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento; atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com hipertensão arterial e para pessoas com diabetes mellitus tipo II; e ações para o cuidado de pessoas acamadas. Ressalta-se que estes indicadores são direcionados para toda a população com DCNT e não apenas os idosos.

No domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” (domínio 3) foram agrupados indicadores relacionados a infraestrutura, insumos e qualificação profissional

que viabilizam a prevenção e a promoção da saúde na busca pelo envelhecimento ativo e a rede de serviços que compõem com os serviços de APS a atenção à saúde da pessoa idosa. Também toma por base aspectos dessa temática contidos nas diretrizes da OMS para o envelhecimento ativo e o Caderno de Atenção Básica nº 19 sobre o envelhecimento e saúde da pessoa idosa^{5,24}.

Quadro 1. Constituição dos domínios e subdomínios de indicadores para Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento por serviços de APS, a partir do questionário QualiAB, 2014.

| Domínios | Subdomínios | Exemplificação Indicadores | Total |
|---|--|--|------------|
| Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo | Ações de Promoção, Prevenção da saúde da Pessoa Idosa | -Avaliação Cognitiva -Ações quanto Sexualidade e DST/aids na velhice | 17 |
| | Atenção ao Processo de Envelhecimento: ações de promoção e prevenção | -Cuidado e reabilitação da incontinência urinária masculina -Detecção precoce de câncer de mama como ação programada à saúde da mulher | 6 |
| | Atenção aos Cuidadores de idosos | - Grupo de apoio aos cuidadores | 6 |
| | Estratégias e Ações em situação de Violência contra a Pessoa Idosa | - Discussão de caso como estratégia para detecção de violência contra idosos | 16 |
| Total de indicadores do domínio | | | 45 |
| Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento | - Grupos de apoio para pessoas com DCNT | 18 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial | - Solicitação periódica de exames | 35 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | - Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés | 25 |
| | Ações para o cuidado de pessoas acamadas | - Visitas periódicas com equipe de apoio | 11 |
| Total de indicadores do domínio | | | 89 |
| Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento | Infraestrutura, insumos e qualificação profissional | - Saúde do Idoso como tema de formação continuada para a equipe da unidade | 11 |
| | Conexão com a Rede de Apoio | - Centro Dia do Idoso como apoio para encaminhamentos e/ou desenvolvimento de ações conjuntas para a saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento | 10 |
| Total de indicadores do domínio | | | 21 |
| Total de indicadores nos 3 domínios | | | 155 |

A fim de identificar grupos de serviços de APS com distintos desempenhos em relação à atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento foi feita a distribuição dos indicadores de forma binária (0 ou 1) por domínio analisado, estabelecendo-se cinco clusters para cada

domínio com o uso do *Programa Statistica V10.0*. A análise de clusters baseou-se no método de agrupamento por k-médias, de modo a obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos de qualidade e a máxima homogeneidade interna em cada grupo^{25,26}.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer nº 855.404.

RESULTADOS

Entre os 157 serviços de APS avaliados, segundo autotaxação dada pelos respondentes, prevaleceram as Unidades de Saúde da Família - USF (42%), seguidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (36,9%). Foi observada a participação de 8,2% UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) e 8,9% de UBS com Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS); UBS tradicionais ou USF integrada a Pronto Atendimento (1,2%) e 2,5% dos serviços optaram por outras modalidades.

Na tabela 1 pode-se observar o desempenho médio dos serviços avaliados segundo os cinco *clusters* de qualidade, apresentados com valores decrescentes (clusters de 1 a 5) conforme valores alcançados em relação ao conjunto de indicadores para cada um dos três domínios.

Tabela 1. Descrição dos clusters em relação ao desempenho médio do conjunto de indicadores para cada domínio, segundo número de serviços de APS por cluster e medidas de tendência central, de 157 serviços localizados em municípios da RRAS 09, QualiAB 2014.

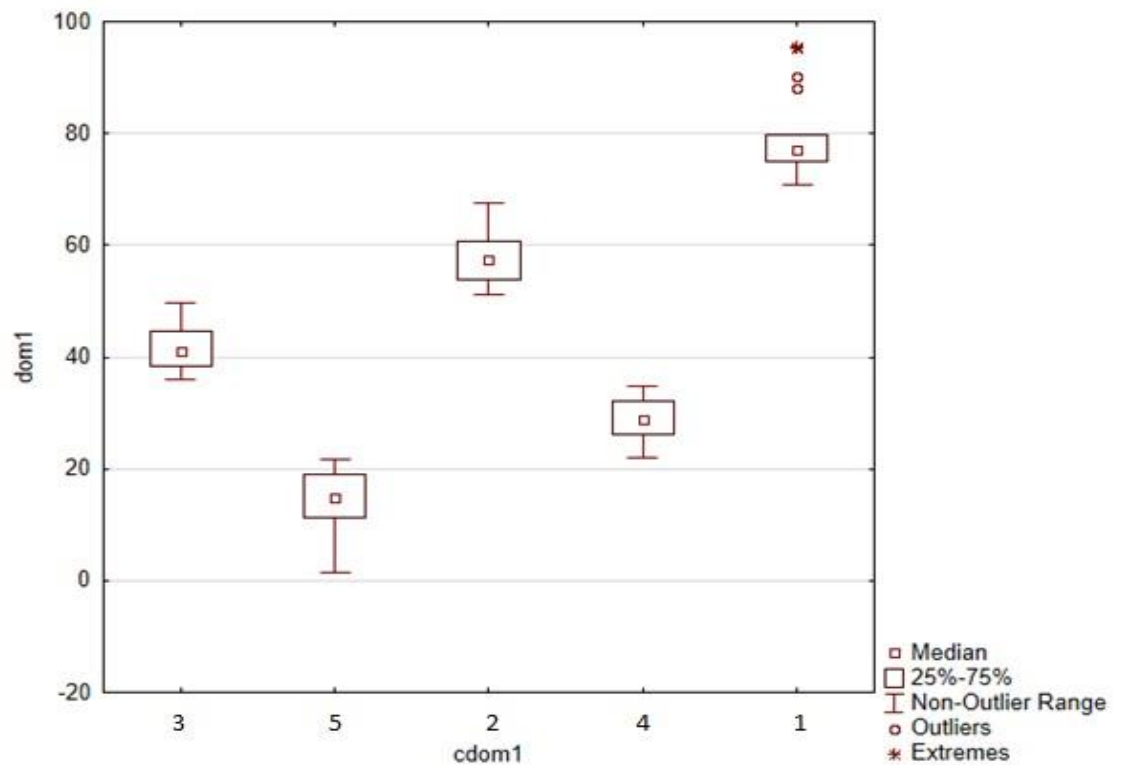
| Domínios | Clusters | n | Média | Mediana | DP ¹ | Máx | Min |
|--|----------|----|-------|---------|-----------------|------|------|
| Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo | 1 | 20 | 79.2 | 77.1 | 7.2 | 95.4 | 70.7 |
| | 2 | 30 | 57.9 | 57.3 | 4.6 | 67.5 | 51.0 |
| | 3 | 31 | 41.7 | 40.9 | 4.1 | 49.5 | 35.9 |
| | 4 | 34 | 29.1 | 28.9 | 3.3 | 34.7 | 22.1 |
| | 5 | 42 | 14.4 | 14.8 | 4.9 | 21.6 | 1.5 |
| Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | 1 | 19 | 82.6 | 82.9 | 3.8 | 89.8 | 76.6 |
| | 2 | 31 | 70.0 | 70.1 | 3.1 | 75.3 | 64.4 |
| | 3 | 40 | 58.7 | 58.4 | 2.8 | 63.9 | 53.7 |
| | 4 | 46 | 47.1 | 47.7 | 3.5 | 52.8 | 39.3 |
| | 5 | 21 | 30.8 | 31.7 | 5.2 | 38.3 | 19.0 |
| Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento | 1 | 34 | 59.9 | 56.3 | 6.1 | 76.3 | 55.4 |
| | 2 | 39 | 48.5 | 46.8 | 2.4 | 52.2 | 45.9 |
| | 3 | 33 | 40.1 | 41.3 | 2.2 | 42.7 | 37.2 |
| | 4 | 23 | 33.7 | 32.7 | 2.0 | 36.8 | 31.8 |
| | 5 | 28 | 24.1 | 23.8 | 4.2 | 28.6 | 14.0 |

*n: número de serviços de APS/ Máx: máximo/Mín: mínimo/DP¹: desvio-padrão

Os gráficos *boxplot* (1, 2 e 3) permitem visualizar os diferentes grupos de qualidade e suas dispersões para cada domínio, representando os distintos desempenhos dos serviços na atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento em cada domínio avaliado.

O domínio 1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” (Tabela 1, Gráfico 1) é constituído por indicadores relacionados a ações de prevenção, assistência e promoção da saúde dirigidos especificamente à pessoa idosa, perpassando por questões de avaliação global da saúde (avaliação cognitiva, da depressão e funcional), detecção e estratégias de atenção a situações de violência contra a pessoa idosa e ações direcionadas aos cuidadores. Chama atenção, o grande número de serviços que integram os clusters 4 e 5, que juntos reúnem 76 unidades cujo desempenho médio foi respectivamente 29,1 e 14,4; valores que correspondem a proporção de positividade alcançada pelos indicadores considerados. Apenas 20 serviços atingem uma pontuação de 77,1 ou mais. Esse domínio reúne os indicadores que atingiram as menores médias quando comparado ao desempenho dos outros dois domínios avaliados.

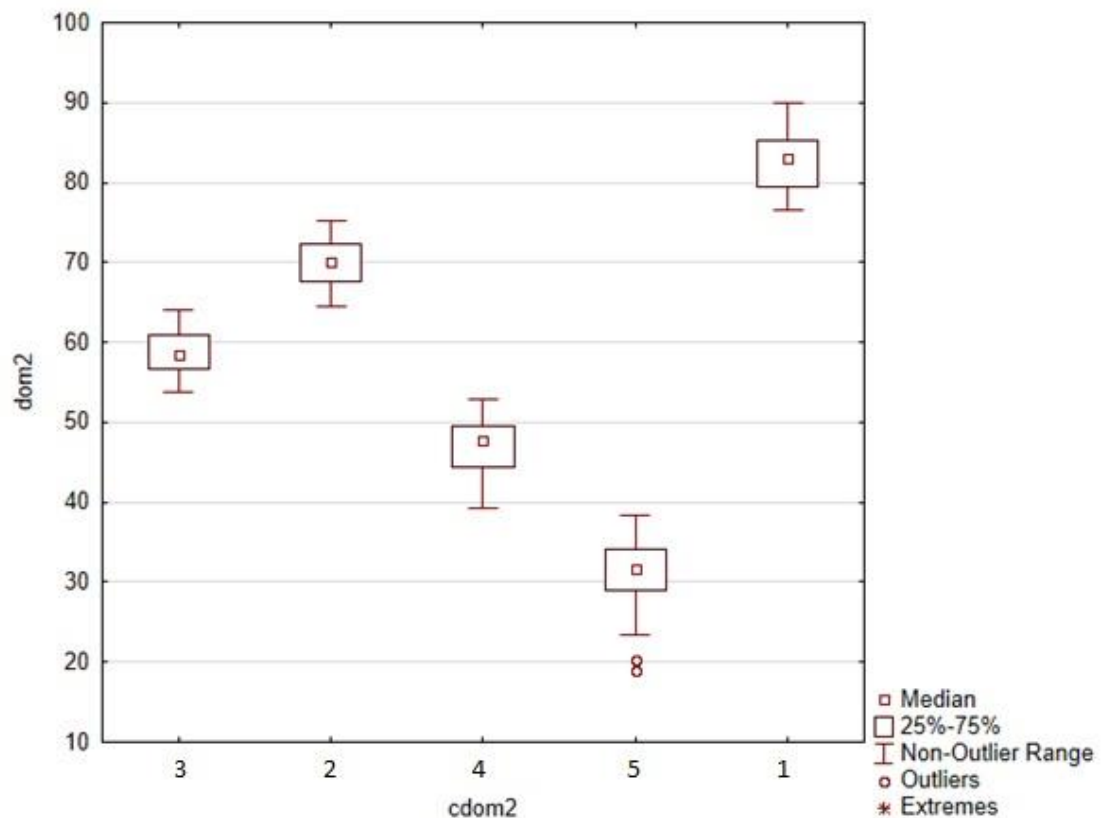
Gráfico 1. Clusters segundo desempenho médio dos indicadores que compõem o Domínio1. Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo, conforme agrupamento por k-médias de 157 serviços de APS. QualiAB, 2014.



O domínio 2 “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, é constituído por um conjunto de indicadores dirigidos principalmente à atenção a Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, que em sua maioria relacionam-se a

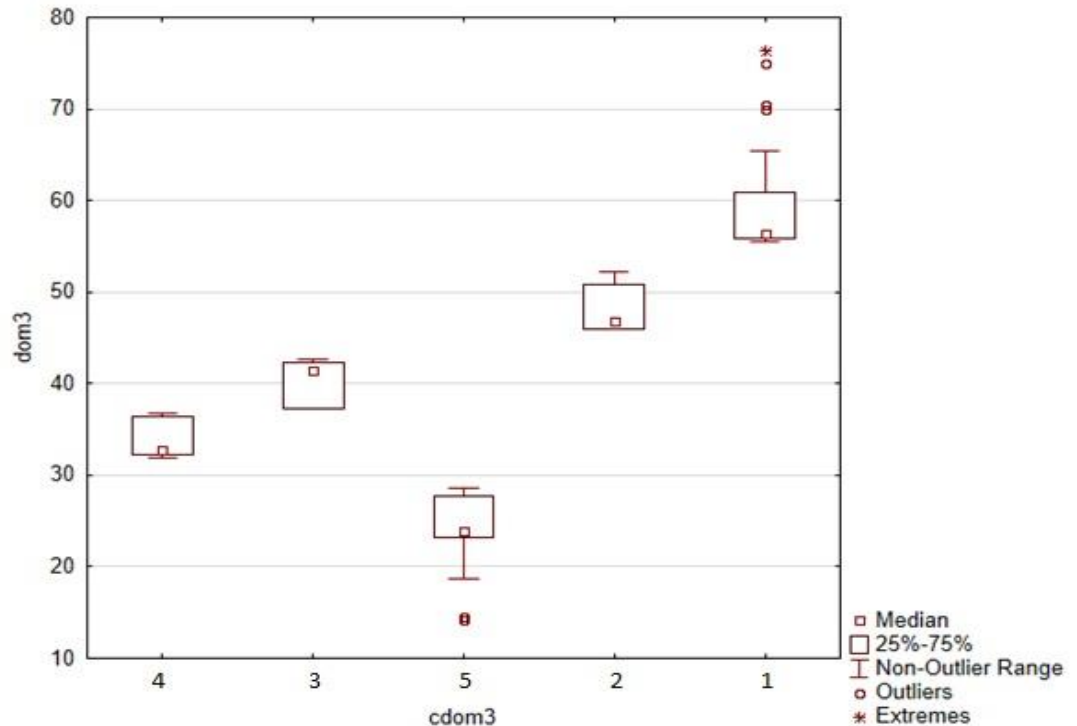
ações de assistência, contemplando também, em menor número, ações de prevenção e promoção relacionadas às doenças crônicas, e aos cuidados das pessoas acamadas. Observa-se (Tabela 1, Gráfico 2) que nesse domínio houve um maior número de serviços com médias acima de 50%, em comparação aos outros dois domínios. O melhor desempenho dos indicadores é confirmado pelas médias mais elevadas obtidas no *cluster* 1 (82,6) se comparado este mesmo grupo de qualidade com os outros dois domínios. Além disso, o *cluster* 5 (30,8), obteve a maior média e menor número de serviços (21) em comparação aos demais domínios.

Gráfico 2. Clusters segundo o desempenho médio dos indicadores que compõem o Domínio 2. Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), conforme agrupamento por k-médias de 157 serviços de APS. QualiAB, 2014.



O domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” (Tabela 1, Gráfico 3) é formado por um conjunto de indicadores sobre infraestrutura e insumos que auxiliam e viabilizam a atenção integral à saúde da pessoa idosa e a promoção do envelhecimento ativo à população; dentre estes a educação permanente para profissionais com ênfase na temática saúde do idoso, e indicadores relativos à rede de apoio aos serviços de atenção primária na atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Gráfico 3. Clusters segundo o desempenho médio do conjunto de indicadores que compõem o Domínio 3. Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento, conforme agrupamento por k-médias de 157 serviços de APS. QualiAB, 2014.



Pode-se observar que nesse domínio, o grupo de serviços de melhor desempenho, o *cluster* 1, apresenta a menor média obtida pelos serviços de APS (59,9) em comparação aos outros dois domínios avaliados. Ressalta-se que aproximadamente 75% dos serviços realizam menos da metade do conjunto de indicadores avaliados, que compõem os *clusters* 2, 3, 4 e 5. Vale destacar a pouca heterogeneidade entre os diferentes grupos de qualidade, fato corroborado pelas proximidades nos valores das médias, o que sugere que os serviços apresentam menor diferenciação em relação aos indicadores avaliados. Tal fato pode ser consequência do baixo número de indicadores que totalizaram a formação deste domínio.

DISCUSSÃO

No Brasil, devido ao aumento exponencial do número de pessoas idosas na população e do aumento da expectativa de vida dos cidadãos, faz-se necessário que a gestão da APS reconheça a importância dessa população, planejando e incorporando ações que contemplem as especificidades das necessidades de saúde desse grupo populacional, de modo a promover, uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade⁹.

De acordo com os resultados deste estudo, as análises apontam para um maior desempenho dos serviços de APS nas ações relacionadas às doenças crônicas não

transmissíveis, observadas por meio do domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, em analogia aos outros dois domínios avaliados.

O envelhecimento e a longevidade estão fortemente associados ao desenvolvimento de doenças crônicas, visto que na realidade, envelhecer sem nenhuma doença crônica é muito mais uma exceção do que uma regra²⁷, não se pode, entretanto, nas ações desenvolvidas na APS operar uma redução da velhice a um conjunto de adoecimentos.

Há um aparente consenso em reconhecer a importância de ações preventivas para o cuidado integral à saúde do adulto e principalmente da pessoa idosa, todavia, observa-se que as práticas tendem a estar restritas à assistência às DCNT de maior prevalência^{3,27}. Não se trata evidentemente de minimizar a importância da qualidade da assistência às pessoas com doenças crônicas, mas de destacar o quanto os idosos são principalmente abordados a partir da inserção nesse conjunto de agravos, o que não inclui automaticamente os cuidados necessários à pessoa idosa e ao envelhecimento.

De fato, as ações realizadas por programas como o “HIPERDIA”, desenvolvido pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2002 e voltado para a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus²⁸, tem na população de adultos e idosos a grande parcela assistida pelo programa em todo o país. Segundo pesquisas sobre o perfil dos indivíduos cadastrados neste programa, a maioria é acometida por hipertensão arterial, e está na faixa etária acima dos cinquenta anos de idade^{29,30}.

As doenças crônicas representam as principais causas de morbimortalidade no mundo, e a grande demanda atendida pelos serviços de APS. Diversos países têm investido em modelos para cuidados de pessoas com condições crônicas, como o “Chronic Care Model” amplamente adotado pelos Estados Unidos da América e Canadá, na perspectiva da APS³¹. Revisão de artigos sobre o gerenciamento de doenças crônicas, particularmente de ações desenvolvidas nos Estados Unidos da América, constatou que o gerenciamento, em sua maioria, tem como foco as pessoas com doenças crônicas já instaladas e é direcionado para a redução de custos e diminuição das internações²⁷.

Os resultados do presente estudo apontam que os serviços de APS avaliados estão melhor organizados para realização de ações com foco nas DCNT, o que não deixa de ser um achado importante, pois as doenças crônicas representam um problema de saúde pública e é necessário, inclusive, investir na melhoria da qualidade dessa atenção. Contudo, as diretrizes de prevenção e promoção da saúde acabam sendo secundarizadas nas diferentes etapas do ciclo de vida, especialmente em relação aos idosos.

Nesse sentido, o monitoramento da capacidade funcional dos indivíduos, torna-se um indicador estratégico para os serviços de saúde²⁷, especialmente para os de atenção primária. As unidades de APS, por suas características, estão potencialmente instrumentalizadas a desenvolver ações de monitoramento para manutenção da capacidade funcional, como as escalas para avaliação funcional, cognitiva, e de depressão no idoso, entre outras, disponibilizadas e recomendadas pelo Caderno de Atenção Básica que trata do “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”.

Os resultados apresentados evidenciam uma baixa incorporação de ações com foco no cuidado da saúde da pessoa idosa em relação a promoção, prevenção e assistência à saúde, apontadas a partir da análise do domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, no qual a maioria dos serviços desempenham menos da metade do conjunto de indicadores deste domínio.

Faz-se necessário avançar na oferta de cuidado e práticas voltados para a pessoa idosa pelos serviços de APS que busquem enfrentar as demandas de saúde desta população, de forma a compreender as necessidades de saúde advindas com o processo de envelhecimento por meio da criação de vínculo junto ao idoso e sua família, visando colaborar cada vez mais para que os indivíduos alcancem a velhice com independência, autonomia e produtividade³².

As ações de promoção e prevenção na APS, podem contribuir para retardar a ocorrência de várias doenças crônicas e evitar suas complicações quando já instaladas, contribuindo para preservação futura da capacidade funcional e da qualidade de vida dos indivíduos, visto que a maioria das enfermidades crônicas que acometem as pessoas idosas tem na própria idade seu principal fator de risco²⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda medidas de reorganização dos sistemas de saúde com foco em ações que integram promoção da saúde e prevenção principalmente primária, com base nos fatores de risco das DCNT³³.

Um modelo contemporâneo com foco no envelhecimento, mas principalmente na pessoa idosa, precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de agravos, cuidado precoce e reabilitação. Para que uma linha de cuidado de atenção à pessoa idosa obtenha resultados positivos faz-se necessário uma rede articulada, referenciada e com sistema de informação construído de acordo com essa lógica^{27,34}.

Entretanto, os resultados apresentados indicam ainda uma baixa integração em rede para a maioria dos serviços avaliados no domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”, composto por indicadores sobre infraestrutura, insumos e rede de apoio de serviços na atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Estudo realizado em três municípios do estado do Rio de Janeiro sobre o tema Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção ao idoso, concluiu que há uma grande desarticulação da rede de serviços de saúde de um modo geral e, especialmente, uma ausência de rede de atenção à saúde do idoso. Por meio da realização de grupos focais, os profissionais relataram que necessitavam de educação permanente em gerontologia e geriatria para desenvolverem um trabalho com idosos que pudesse atender às suas necessidades específicas³⁵.

Em pesquisa realizada em Santos – SP, com o objetivo de conhecer a compreensão dos profissionais de dois serviços de atenção primária, quanto às necessidades de saúde da população idosa e a atenção integral, foi ressaltado que os profissionais entrevistados encontravam dificuldades de lidar com algumas demandas dos idosos adscritos, porque os serviços não possuíam apoio de uma equipe multiprofissional para além dos serviços de APS, assim não contavam com uma rede estruturada para atender os idosos³².

A partir da análise dos resultados pode ser observado que no geral os serviços de APS que apresentam-se no grupo de qualidade de melhor desempenho (*cluster 1*) para cada um dos domínios, são os mesmos, e aqueles que não se mantêm nos melhores grupos para os três domínios, tendem a permanecer no segundo grupo de melhores médias. Tal fato também foi observado quanto aos serviços de APS que formaram os grupos de qualidade com as menores médias (*cluster 5*).

Estudo realizado com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de APS de Porto Alegre, por meio do instrumento PCATool Versão Brasil Adulto, evidenciou que os idosos usuários dos serviços de alto escore da APS receberam melhores cuidados, principalmente preventivos, como intervenções para promover estilos de vida saudáveis, cuidados em saúde bucal e rastreamento de obesidade e de complicações quanto as doenças crônicas³.

Inúmeros estudos têm sido realizados no mundo todo sobre os custos para os sistemas de saúde com o advento do envelhecimento populacional. Contudo, além dos custos, é importante ser avaliada a qualidade dos serviços prestados para as pessoas idosas³⁵. A realização de avaliações é importante em qualquer programa de saúde desenvolvido para a população, como, por exemplo, ocorre na Espanha no programa Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) da atenção primária, em que os processos avaliativos proporcionam visualizar que as ações têm aumentado e melhorado com o passar do tempo, mas também os pontos que ainda necessitam ser implementados e qualificados³⁶.

Para que essas ações possam realmente ser efetivadas é fundamental enfrentar os desafios advindos com o fenômeno do envelhecimento populacional, destacando a superação do sistema

fragmentado ainda vigente no SUS, de forma a explorar a APS na gestão do cuidado da pessoa idosa e em prol do envelhecimento ativo, e na organização e funcionalidade das redes de atenção³. O fortalecimento e maior investimento na atenção primária precisa ser repensado de imediato, visto que o modelo vigente torna-se frágil para dar conta das implicações desse fenômeno no setor da saúde²⁷.

Os resultados apresentados no presente trabalho levantam importantes questões para a definição de medidas para a melhoria da qualidade da atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento, apesar de tratar-se de estudo observacional de corte transversal, e dos resultados não terem poder de generalização.

Por outro lado, o pouco acúmulo de pesquisas avaliativas que tomem como foco a organização do processo de trabalho na atenção aos idosos na APS, e a ausência de instrumentos especificamente voltados para avaliar a atenção a esse grupo, justifica o uso de um instrumento de avaliação de serviços que não tem a atenção ao idoso como foco central, mas sim como parte do conjunto diversificado de ações sob responsabilidade dos serviços de APS.

Os resultados obtidos agregam conhecimento sobre a organização de ações desenvolvidas por serviços de APS na atenção a saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, a partir de indicadores de qualidade definidos por meio de recomendações das políticas públicas e indicações técnicas do Ministério da Saúde destinadas a esta temática.

Os indicadores analisados a partir dos três domínios apontam a incipiência da incorporação pelos serviços de APS de ações relacionadas à pessoa idosa e ao envelhecimento, com uma maior incorporação de ações dirigidas às DCNT. Nesse sentido, o estudo aponta a necessidade da organização de ações com foco no público adulto e idoso, principalmente na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, em busca do alcance do envelhecimento ativo. Assim, torna-se importante que novas propostas de pesquisas com esse enfoque sejam desenvolvidas para que se possa conhecer e monitorar quais os indicadores já implementados e os que ainda não são realizados pelos serviços de atenção primária, no país.

Os achados deste estudo fornecem subsídios aos gestores de saúde estaduais, municipais, bem como para as equipes locais da necessidade de maior incorporação de ações organizadas tendo este foco, de forma a colaborar e dar subsídios para que se busque desenvolver uma atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade para os idosos³².

REFERÊNCIAS

1. TAMAKI E. M et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 10, Recife, 2010.
2. FURTADO J.P, VIEIRA-DA-SILVA L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, 30(12): 2643-2655, Rio de Janeiro, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
3. OLIVEIRA, et. al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev. Bras Med Fam Comunidade. 8(29): 264-73, Rio de Janeiro, 2013.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active Aging: Towards Age-Friendly Primary Health Care. France, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>. Acesso em: 23 de junho de 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Cadernos de Atenção Básica, n. 19- Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006 a.
6. BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. 2006 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
7. VIEIRA, R. S., VIEIRA, R. de S. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. R. Dir. Sanitária, v. 17, n. 1, p. 14-37, São Paulo, 2016.
8. PICCINI RX, FACCHINI LA, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS, SIQUEIRA FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 11(3): 657-67, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
9. BARA, V. M. F et al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. Cad. Saúde Coletiva, 23 (3): 330-335, Rio de Janeiro, 2015. DOI: 10.1590/1414-462X201400080015

10. ARAÚJO, LUIZA et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3521-3532, 2014.
11. CASTANHEIRA, E. R. L., SANINE, P. R., ZARILI, T. F. T., NEMES, M. I. B. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Organizadores: Arkeman, M., Furtado, J. P. Rede Unida, Porto Alegre, 2015.
12. SANINE, P. R. Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2014.
13. CASTANHEIRA, E. R. L. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Rev. Saúde Soc.*, v.20, n.4, p.935-947, São Paulo, 2011.
14. NOVAES H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 34(5): 547-59, 2000. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.
15. DOMINGUES, RMSM et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3): 425-437, 2012.
16. SILVA, RN; GUARDA, FRB; HALLAL, PC; MARTELLI, PJL. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Cad. Saúde Pública*, 33(4): e00159415, 2017.
17. BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Diretrizes para cuidados de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias. Brasília, 2013.
19. BOMBARDA, F. P. Redes Regionais de Atenção à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2012.
20. BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09. Mapa da Saúde. São Paulo, 2012.

21. CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Rev. Saúde Debate* v. 38, n. 103, p. 679-691, Rio de Janeiro, 2014.
22. ZARILI, T. F. T. Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2015.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2011.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde. Brasília, 2005.
25. NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. 310-312, 2004.
26. NASSER, M. A. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. 2015. Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.
27. VERAS, R. P., CALDAS, C. P., CORDEIRO, H. de A. Modelos de atenção á saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23 [4]: 1189-1213, Rio de Janeiro, 2013.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília (DF); 2002.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do plano de reorganização da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil. Brasília (DF); 2004.
30. HENRIQUE N. N., COSTA P. S., VILETI J. L., CORRÊA M. C. M., CARVALHO E. C. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev. Enferm UERJ*, 16(2):168-73, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>

31. NOËL, P. H. et al. Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: across-sectional analysis. *Rev.BMC Family Practice*, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/57>.
32. COSTA, MFBNA; CIOSAK SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Rev. Esc Enferm USP*, 44(2):437-44, 2010.
33. SILVA, L. S. et al. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev. Panam Salud Publica*, 34(5), 2013.
34. VERAS, R. P., et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública*, 48(2): 357-365, Rio de Janeiro, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004941
35. MOTTA L. B., AGUIAR A. C., CALDAS C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (4): 779-786, 2011.
36. BROTONS, C. et al. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012. *Rev. Elsevier España*, 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.006

4.3 Artigo 3

Título: Relação entre práticas avaliativas e o desempenho na atenção ao idoso e envelhecimento em serviços de atenção primária

Autores: PLACIDELI, N; CASTANHEIRA, E.R.L; CORRENTE, J.E; HARTZ, Z; ZARILI, T.F.T.; NUNES, O.L; SANINE, P.R; CARRAPATO, J.F.L.; MENDONÇA, C. S.; MONTE, J.F.C; NEMES, M.I.B.

Revista: Ciências e Saúde Coletiva/ Artigos de Temas Livres.

Informações sobre a submissão: a submeter

Proposta Preliminar

RESUMO

As ações de promoção do envelhecimento ativo e de atenção à pessoa idosa ainda não se encontram plenamente implantadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em que pese a existência de políticas e protocolos que orientam essas ações. Ampliou-se nas últimas décadas o estímulo a pesquisa e institucionalização de estratégias de avaliação de serviços de APS. Nesse contexto, cabe questionar se as avaliações realizadas têm repercutido num melhor desempenho na atenção ao processo de envelhecimento. O objetivo desse trabalho é analisar a relação entre indicadores de planejamento e avaliação em saúde e o desempenho de serviços da APS em ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento. Os serviços foram agrupados segundo três domínios, Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo, Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento, definido-se cinco grupos de qualidade para cada um. A análise baseia-se na associação entre grupos de qualidade e indicadores de avaliação e planejamento. Foi realizado o teste de regressão logística múltipla para obtenção de associações. Os resultados apontam que a promoção de mudanças na organização dos serviços induzidas por avaliações

foi determinante na obtenção de melhores desempenhos na atenção à pessoa idosa e ao envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; avaliação de serviços; envelhecimento; idosos.

ABSTRACT

The actions to promote active aging and attention to the elderly are not yet fully implemented in Primary Health Care (PHC) services, despite the existence of policies and protocols that guide these actions. The promotion of research and the institutionalization of strategies for evaluating PHC services has been expanded in recent decades. In this context, it is worth questioning whether the evaluations carried out have had a better performance in attention to the aging process. The objective of this study is to analyze the relationship between health planning and evaluation indicators and the performance of PHC services in actions directed to the health of the elderly and to aging. The services were grouped according to three domains, Health Care for Active Aging, Organization for Non-Communicable Chronic Diseases and Structure and Network of Care in Aging, five quality groups were defined for each one. The analysis is based on the association between quality groups and evaluation and planning indicators. The multiple logistic regression test was performed to obtain associations. The results indicate that the promotion of changes in the organization of services induced by evaluations was decisive in obtaining better performances in the attention to the elderly and aging.

KEY-WORDS: Primary Health Care; Management Service Organizations; Aging; Elderly.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), como os demais sistemas de saúde universais que buscam ofertar uma atenção integral à saúde dos cidadãos, tem tomado a Atenção Primária à Saúde

(APS) como estratégia essencial. Desde a Conferência de Alta-Ata (1978) foi se estabelecendo um consenso de que esta seria a principal porta de entrada dos sistemas, com capacidade de resolubilidade de 80% dos problemas de saúde da população, com ênfase na promoção da saúde, na redução de custos dos sistemas e melhoria das condições de saúde¹.

Neste contexto, a avaliação de serviços tem sido estimulada pela Organização Mundial da Saúde desde o final dos anos 70, como uma ferramenta essencial para a efetividade dos sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, especialmente na atenção primária. Com a criação do SUS e a revalorização da APS a partir da década de 1990, a avaliação foi inserida na agenda sanitária brasileira com as políticas de valorização do planejamento em saúde e de unificação e descentralização do sistema².

A avaliação em saúde faz uso de ferramentas capazes de fornecer indicadores que permitem julgar a realidade e realizar intervenções subsidiadas por normas e critérios bem definidos. Na busca pela qualidade dos serviços em saúde, dentre eles os da atenção primária, a avaliação pode auxiliar em processos de mudanças na organização e execução do trabalho em saúde, uma vez que fornece elementos para a reflexão crítica³. Todavia, no Brasil, as práticas avaliativas nos serviços ainda não foram plenamente incorporadas e assumem frequentemente um caráter mais prescritivo e burocrático, pouco sistemático e nem sempre contribuindo para o processo decisório⁴, apesar do crescimento da pesquisa e da institucionalização de políticas de avaliação da APS ocorridas nas últimas décadas^{3,5,6,7,8}.

Diferentes instrumentos têm sido utilizados no Brasil, com a finalidade de avaliar os serviços de atenção primária, destacando-se o Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)^{3,5,6}, o PCAToll (Primary Care Assessment Tool)⁷ e os questionários que compõem a autoavaliação e avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde⁸.

Diante da abrangência de ações e importância da atenção primária, destaca-se seu papel essencial para a promoção do envelhecimento ativo e gestão da saúde da pessoa idosa, na prevenção de agravos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e no diagnóstico e manejo de multimorbidades decorrentes principalmente da senilidade, mediante a possibilidade do acompanhamento contínuo e longitudinal por este nível de atenção^{10,11}.

Estudo realizado em Ilhéus-Bahia, a fim de analisar atributos dos serviços de APS, segundo a opinião de idosos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) versus Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), concluiu-se por meio da associação entre os escores dos atributos obtidos por estes diferentes modelos, que a APS tem um papel importante na contribuição para o aumento da qualidade de vida de idosos, especialmente para o componente saúde mental, com melhores escores encontrados no modelo ESF¹².

Assim é imprescindível que se busque conhecer e explorar mecanismos que possam auxiliar os serviços a avançarem na organização de tais práticas. Apesar da reconhecida incipiência das ações dirigidas à atenção aos idosos e ao envelhecimento nos serviços de APS, cabe questionar se a ampliação das iniciativas de avaliação tem repercutido na maior incorporação dessas ações, segundo critérios de qualidade definidos com base em políticas e protocolos para atenção ao idoso e ao processo de envelhecimento.

Justifica-se tal questionamento pela compreensão de que práticas avaliativas e o planejamento dos serviços de saúde, especialmente os de atenção primária são ferramentas estratégicas de gestão que possibilitam o alcance da qualidade da atenção à saúde e por sua contribuição para a organização de processos de trabalho complexos^{13,14,15}, bem como no desenvolvimento de ações incipientes no contexto destes serviços, como é o caso da atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento pela APS.

O presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre indicadores de planejamento e avaliação em saúde e o desempenho de serviços da APS em ações dirigidas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de análise baseada nos resultados de pesquisa avaliativa sobre a organização de atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em serviços de Atenção Primária à Saúde, realizada em 2014, em cinco Regiões de Saúde localizadas no centro oeste paulista, a partir da aplicação do instrumento QualiAB.

O universo estudado é composto por 157 serviços de Atenção Primária à Saúde, distribuídos em 41 municípios localizados nas regiões de saúde de Bauru, Vale do Jurumirim, Pólo Cuesta, Lins e Jaú, do estado de São Paulo, com representatividade de 63% do total de 249 serviços de APS existentes nos 41 municípios que aderiram a pesquisa¹⁶.

A aplicação do instrumento QualiAB em 2014 integrou a fase piloto de um projeto de atualização desse instrumento¹⁸. Todos os municípios foram convidados a aderirem à pesquisa, por meio de ampla divulgação e convite aos gestores nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) das regiões de saúde estudadas.

O QualiAB é um questionário estruturado e de autorresposta, via web, desenvolvido para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de serviços de saúde da atenção primária, independente do modelo organizacional adotado pelos serviços, sejam eles organizados segundo a Estratégia Saúde da Família, como Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) aqui compreendidas como unidades de saúde sem equipe de Saúde da Família, ou por diferentes arranjos entre esses dois modelos⁶.

A avaliação baseou-se na construção de um modelo lógico-teórico operacional definido a partir das principais políticas públicas vigentes no país: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁹ as diretrizes do Ministério da Saúde publicadas no Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” nº 19²⁰, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022²¹ e o manual técnico Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias²².

Foram selecionados 155 indicadores, distribuídos em três domínios de análise, sendo estes: Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo (Dom.1), Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Dom.2) e Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento (Dom.3).

No domínio “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” foram agrupados os indicadores relacionados com as ações de promoção, prevenção e assistência à pessoa idosa, atenção ao envelhecimento na prevenção de agravos e promoção da saúde, estratégias e ações quanto à violência contra a pessoa idosa e atenção aos cuidadores de idosos.

O domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” constituiu o conjunto de indicadores correspondentes as ações de rotina desenvolvidas para pessoas com DCNT, com ênfase em hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II, quanto a atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis e as estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento para estes casos, e ainda ações para o cuidado de pessoas acamadas. Nota-se que estes indicadores não se restringem apenas às pessoas com DCNT idosas, mas sim para toda a população nesta condição.

E no domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” foram agrupados os indicadores relacionados a infraestrutura, insumos e qualificação profissional que

viabilizam a prevenção e a promoção da saúde para o alcance do envelhecimento ativo, e a rede de serviços disponíveis ao apoio na atenção à pessoa idosa.

A formação dos domínios de análise e a distribuição dos mesmos foi orientada pelo modelo lógico-teórico operacional, no quadro 1 podem ser visualizadas as descrições dos indicadores em cada domínio e subdomínio.

Quadro 1. Constituição dos domínios e subdomínios de indicadores para Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento por serviços de APS, a partir do questionário QualiAB, 2014.

| Domínios | Subdomínios | Exemplificação Indicadores | Total |
|---|--|---|-----------|
| Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo | Ações de Promoção, Prevenção da saúde da Pessoa Idosa | -Avaliação Cognitiva -Ações quanto Sexualidade e DST/aids na velhice | 17 |
| | Atenção ao Processo de Envelhecimento: ações de promoção e prevenção | -Cuidado e reabilitação da incontinência urinária masculina -Detecção precoce de câncer de mama como ação programada à saúde da mulher | 6 |
| | Atenção aos Cuidadores de idosos | - Grupo de apoio aos cuidadores | 6 |
| | Estratégias e Ações em situação de Violência contra a Pessoa Idosa | - Discussão de caso como estratégia para detecção de violência contra idosos | 16 |
| Total de indicadores do domínio | | | 45 |
| Organização para atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | Ações de rotina para pessoas com DCNT e estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento | - Grupos de apoio para pessoas com DCNT | 18 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Hipertensão Arterial | - Solicitação periódica de exames | 35 |
| | Atenção programática, exames de rotina e medicamentos disponíveis para pessoas com Diabetes Mellitus tipo II | - Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés | 25 |
| | Ações para o cuidado de pessoas acamadas | - Visitas periódicas com equipe de apoio | 11 |
| Total de indicadores do domínio | | | 89 |
| Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento | Infraestrutura, insumos e qualificação profissional | - Saúde do Idoso como tema de formação continuada para a equipe da unidade | 11 |
| | Conexão com a Rede de Apoio | - Centro Dia do Idoso como apoio para encaminhamentos e/ou | 10 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | desenvolvimento de ações conjuntas para a saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento | |
| Total de indicadores do domínio | | | |
| 21 | | | |
| Total de indicadores nos 3 domínios | | | |
| 155 | | | |

Para agrupar os serviços de APS segundo o desempenho em cada domínio, foi aplicada a técnica de cluster por meio do teste de k-médias (Programa *Statistica*, V. 10.0), de modo a obter a máxima heterogeneidade possível entre os diferentes grupos de qualidade e a máxima homogeneidade interna em cada grupo^{23,24}. Foram definidos cinco clusters (1, 2, 3, 4 e 5) em relação a cada domínio, sendo a composição dos clusters apresentadas em uma gradação decrescente às médias obtidas pelos serviços, em que o cluster 1 representa o agrupamento dos serviços de melhores médias e o cluster 5 o de menores médias.

A fim de investigar a relação dos grupos de qualidade (clusters) com ações de planejamento e avaliação em saúde foram selecionados trinta e dois indicadores do próprio instrumento QualiAB. Para esta análise foi utilizado o teste de Regressão Logística Múltipla (Programa SAS), em que os indicadores selecionados, reconhecidos como variáveis independentes, foram associados aos diferentes grupos de qualidade para cada um dos domínios analisados.

Os indicadores selecionados referem-se ao uso dos dados epidemiológicos para planejamento; participação em avaliação nos últimos três anos; desdobramentos a partir das avaliações realizadas e mudanças induzidas por avaliações. Também foram testadas como variáveis independentes, a caracterização do serviço; localização geográfica; planejamento da área de abrangência e o acesso à apoio matricial. A descrição das variáveis independentes pode ser visualizada no quadro 2.

Quadro 2. Variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde dos serviços, segundo indicadores do QualiAB.

| Dimensão | Núcleos Temáticos | Variáveis Independentes |
|---------------------|---|--|
| Planejamento | Tipo de unidade | -Unidade Saúde da Família (USF) -Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional -UBS com ESF -UBS com PACS -UBS ou USF integrada Unidade de Pronto Atendimento -Posto Avançado de Saúde (PAS) -Outros |
| | Localização Geográfica | -Rural -Urbana Central -Urbana Periférica |
| | Planejamento da área de abrangência | -Planejamento participativo considerando a realidade local e facilidade de acesso -Equipe define a área -Sem definição |
| | Apoio matricial | -NASF -Equipe Multiprofissional -Outro tipo -Não é realizado |
| Avaliação | Uso dos dados epidemiológicos para planejamento | - Pela gestão municipal e unidade para planejamento - Pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade - Não são utilizados |
| | Participação em avaliações nos últimos três anos | - Participou - Não Participou |
| | Desdobramentos a partir das avaliações realizadas | - Plano anual de trabalho da equipe - Planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional - Relatório dos problemas identificados para secretaria municipal - A Unidade não teve acesso aos resultados -Não foi realizada avaliação |
| | Mudanças induzidas por avaliações | - Organização da assistência - Gerenciamento do serviço - Gerenciamento e organização da assistência - Não houve mudanças - Não participou de nenhuma avaliação anterior |

O estudo respeitou aos aspectos éticos de pesquisa sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por meio do parecer CEP 855.404.

RESULTADOS

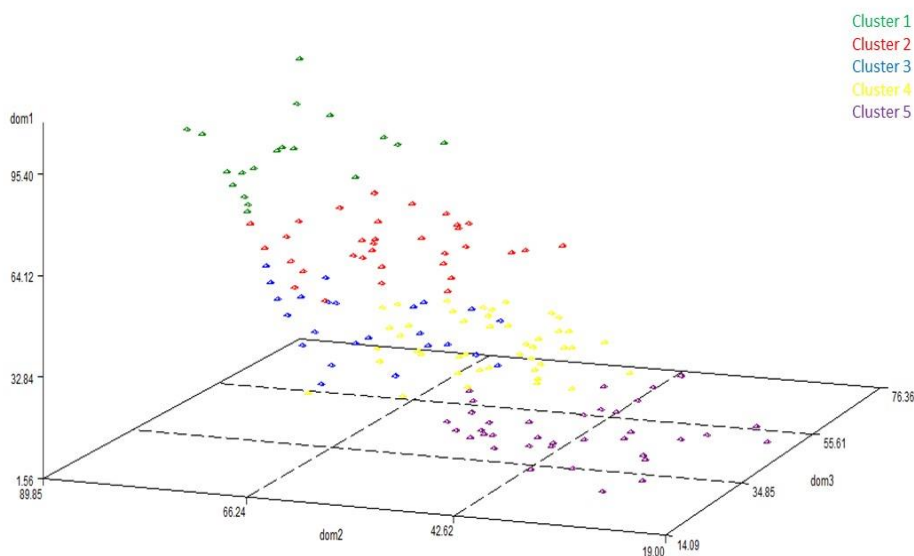
Os cento e cinquenta e sete serviços de APS estudados distribuem-se, segundo sua autoclassificação, em: Unidades de Saúde da Família - USF (42%); Unidades Básicas de Saúde

(UBS) tradicionais (36,9%); e UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) (8,2%); UBS com Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) (8,9%); UBS tradicionais ou USF integrada a Pronto Atendimento (1,2%), e 2,5% dos serviços que se identificaram como correspondendo a outras modalidades.

Destaca-se que nas Regiões de Saúde estudadas a população idosa representava, em 2012, 12,9% do total da população, estando acima da média do estado de São Paulo (11,5%). O Índice de Envelhecimento (IE), razão entre o número de pessoas idosas com 60 anos ou mais para cada 100 indivíduos entre 0 a 14 anos de idade, indica que nessas regiões há um aumento de idosos na população se comparado aos jovens (IE 42,7), dado que acompanha as projeções do estado de São Paulo¹⁶.

O gráfico 1 mostra a distribuição dos serviços de atenção primária em relação aos grupos de qualidade (clusters) para cada um dos três domínios.

Gráfico 1. Representação dos serviços de cada grupo de qualidade (cluster) em relação à média para cada domínio, a partir do agrupamento por k-médias.



Legenda: dom.1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”/ dom.2 “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”/ dom.3 “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento”.

Pode ser observado que os serviços de APS em relação as práticas desempenhadas quanto ao Dom1. “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” grande parte realiza menos da metade dos indicadores avaliados neste domínio. Quanto ao Dom.2 “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” nota-se que uma parcela reduzida dos serviços obteve desempenho abaixo da metade do escopo de indicadores analisados, diferentemente do achado no domínio1 e, conforme o Dom.3 “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” houve uma menor diferenciação entre os distintos grupos de qualidade, em que a maioria dos serviços demonstraram exercer menos da metade dos indicadores avaliados.

De acordo com as associações resultantes da aplicação do teste de regressão logística múltipla para cada domínio avaliado, são apresentadas a seguir as análises conforme os cinco clusters (1, 2, 3, 4 e 5), respeitando a ordem decrescente em relação às médias obtidas pelo teste de K-médias.

As associações resultantes quanto ao domínio “Atenção à Saúde para Envelhecimento Ativo” (dom.1) para cada grupo de qualidade, em relação às variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde, podem ser acompanhadas na tabela 1, com os valores para Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC).

Tabela 1. Razão de chances (OR) dos clusters do Dom.1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” em relação a cada variável independente. Serviços de APS (N = 157), QualiAB, 2014.

| Clusters | Variáveis | OR* | IC* 95% |
|----------|---|------|-------------|
| 1 | Unidade Saúde da Família (USF) | 6,49 | 1,9 – 21,7 |
| | Plano Anual de trabalho da Equipe como desdobramento principal das avaliações | 19,2 | 2,2 – 166,6 |

| | | | |
|---|--|-------|-------------|
| | Planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional como desdobramento principal das avaliações | 29,4 | 3,5 – 250,0 |
| 2 | Matriciamento realizado por NASF | 2,77 | 1,0 – 7,0 |
| 3 | Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família | 4,25 | 1,3 – 13,6 |
| | Relatório dos problemas identificados para secretaria municipal como desdobramento principal das avaliações | 3,41 | 1,1 – 10,5 |
| 4 | Localização geográfica da unidade rural | 3,93 | 1,1 – 13,3 |
| | Não haver matriciamento realizado por NASF | 3,0 | 1,3 – 6,8 |
| 5 | Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS) | 4,09 | 1,9 – 8,8 |
| | Não haver matriciamento realizado por *NASF | 10,86 | 1,3 – 85,0 |

*OR: Odds Ratio/ * IC: Intervalo de Confiança

* NASF: Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família

Conforme este domínio, composto por indicadores de qualidade sobre ações de promoção, prevenção e assistência em saúde para o alcance do envelhecimento ativo, especialmente direcionados à pessoa idosa, ressalta-se as associações obtidas no cluster 1, que reflete a aglutinação dos serviços com as melhores médias para este conjunto de indicadores avaliados. Houve associação em realizar planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional como desdobramento principal das avaliações demonstrando 29,4 vezes mais chances em compor este grupo de qualidade. A realização de plano anual de trabalho com a equipe como desdobramento principal das avaliações que apresentou 19,2 vezes mais chances em compor este cluster, e ser Unidade Saúde da Família (USF) possuiu 6,4 vezes mais chances em pertencer a este grupo de qualidade.

Destaca-se as relações resultantes quanto ao cluster 5, que reflete o agrupamento dos serviços de APS com menor desempenho quanto ao quadro de indicadores avaliados, em que não haver matriciamento realizado pelo NASF demonstrou 10,8 vezes mais chances em pertencer a este grupo de qualidade e ser Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional possuiu 4 vezes mais chances em pertencer a este cluster.

Conforme os resultados das associações do domínio 1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo” observa-se que prevaleceram no geral as associações quanto a variável “desdobramentos das avaliações” para planejamento e organização da equipe, e o

matriciamento (ou não matriciamento) realizado pelo NASF, além da tipologia do serviço principalmente ser USF ou UBS, demonstrando estarem relacionados aos serviços que obtiveram um maior ou menor desempenho no desenvolvimento do conjunto de indicadores analisados.

As associações resultantes quanto ao domínio “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” (dom.2) para cada grupo de qualidade, em relação às variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde, podem ser observadas na tabela 2, com os valores para Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC).

Tabela 2. Razão de chances (OR) dos clusters do Dom.2 “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)” em relação a cada variável independente. Serviços de APS (N = 157), QualiAB, 2014.

| Clusters | Variáveis | OR* | IC* 95% |
|----------|---|------|------------|
| 1 | Unidade de Saúde da Família | 1,40 | 3,0 – 66,6 |
| | Gerenciamento e organização da assistência como modificações induzidas por avaliações | 8,54 | 1,8 – 40,0 |
| 2 | Gerenciamento e organização da assistência como modificações induzidas por avaliações | 3,26 | 1,3 – 7,8 |
| 3 | Definição da área de abrangência da unidade | 2,48 | 1,1 – 5,2 |
| 4 | Não ser Unidade Saúde da Família | 2,68 | 1,2 – 5,7 |
| 5 | Unidade Básica de Saúde Tradicional | 2,98 | 1,1 – 7,8 |
| | Não haver gerenciamento e organização da assistência como modificações induzidas por avaliações | 3,84 | 1,3 – 11,2 |

*OR: Odds Ratio/ * IC: Intervalo de Confiança.

Segundo as associações obtidas para o domínio 2, composto por indicadores de qualidade sobre ações para atenção às DCNT, preventivas e de promoção da saúde, mas em maior quantidade as de cunho assistenciais, destaca-se as associações referentes ao cluster 1, que reflete o agrupamento dos serviços de APS com melhores desempenhos diante do conjunto de indicadores avaliados, em que ter realizado gerenciamento e organização da assistência como modificações induzidas por avaliações demonstrou 8,5 vezes mais chances de pertencimento a

este grupo de qualidade e ser Unidade de Saúde da Família possuiu 1,4 vezes mais chances em compor este cluster.

Destaca-se as relações obtidas para o cluster 5, que reflete o conjunto de serviços de APS com as menores médias obtidas diante do quadro de indicadores avaliados, em que não haver gerenciamento e organização da assistência induzidas por avaliações demonstrou 3,8 vezes mais chances de pertencimento a este grupo de qualidade e ser Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional 2,9 vezes mais chances em pertencer a este cluster.

De acordo com as associações estabelecidas para domínio 2 “Organização para Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)”, pode ser observado um maior aparecimento da variável “gerenciamento e organização da assistência como modificações induzidas por avaliações” (tanto a realização como a não realização), o que pode ser compreendido devido a maior parte dos indicadores serem de cunho assistenciais, além das tipologias dos serviços (ser ou não USF e UBS), estiveram relacionadas com o maior ou menor desempenho dos serviços sobre o conjunto de indicadores investigados.

As associações resultantes sobre o domínio “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” (dom.3) para cada grupo de qualidade, em relação às variáveis independentes sobre planejamento e avaliação em saúde, podem ser seguidas na tabela 3, com os valores para Odds Ratio (OR) e Intervalo de Confiança (IC).

Tabela 3. Razão de chances (OR) dos clusters do Dom.3 “Estrutura e Rede de Apoio na Atenção ao Envelhecimento” em relação a cada variável independente. Serviços de APS (N = 157), QualiAB, 2014.

| Clusters | Variáveis | OR | IC 95% |
|----------|--|------|------------|
| 1 | - | | |
| 2 | Não haver planejamento participativo para definição da área de abrangência | 3,75 | 1,3 – 10,3 |
| 3 | - | | |
| 4 | - | | |

| | | | |
|---|---|------|------------|
| 5 | Não haver matriciamento realizado pelo NASF | 8,91 | 1,0 – 73,5 |
| | Não houve modificações induzidas por avaliações | 5,81 | 2,0 – 16,6 |

*OR: Odds Ratio/*IC: Intervalo de Confiança.

Conforme as associações resultantes para domínio 3, composto por indicadores de qualidade sobre a estrutura e a rede de apoio na atenção ao envelhecimento, nota-se que não houve associações obtidas para os cluster 1, 3 e 4, respectivamente correspondentes ao conjunto dos serviços de APS com as melhores médias, os de posição intermediária em relação aos demais clusters e aqueles com a segunda menor média obtida diante do quadro de indicadores avaliados.

Ressalta-se a associação observada para o cluster 2, que representa o conjunto dos serviços de APS com as segundas melhores médias obtidas a partir do quadro de indicadores avaliados neste domínio, em que não haver planejamento participativo para definição da área de abrangência demonstrou 3,7 vezes mais chances em pertencer a este grupo de qualidade.

E quanto ao cluster 5, que reflete o agrupamento dos serviços de APS com menores desempenhos sobre o conjunto de indicadores avaliados, observa-se que não haver modificações induzidas por avaliações demonstrou 5,8 vezes mais chances em compor este grupo de qualidade e não haver matriciamento realizado pelo NASF possuiu 8,9 vezes mais chances em pertencer a este cluster.

Quanto a este domínio a não prevalência de uma dada variável independente, como observado nos outros dois domínios, pode ser compreendido pelo conjunto heterogêneo de indicadores que o compõem, destinados as questões de infraestrutura e qualificação profissional dos serviços e a rede de apoio na atenção à saúde da pessoa idosa.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é uma realidade que permeia os serviços de saúde e dentre eles os de Atenção Primária à Saúde, tornando-se cada vez mais frequente a ocorrência de demandas da população de idosos para as equipes locais destes serviços²⁵.

Diante de tal fato, os serviços de atenção primária necessitam preparar-se, organizar-se e planejar suas ações, buscando identificar quais os melhores caminhos a trilhar para ofertar atendimento de qualidade aos usuários adscritos em seu território, para o que a avaliação em saúde mostra-se como uma ferramenta capaz de fornecer subsídios para uma reflexão crítica aos profissionais e gestores³.

Conforme os resultados obtidos, os grupos com melhores desempenhos na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, associam-se a modificações induzidas por avaliações e os desdobramentos resultantes de processos avaliativos para a organização de tais serviços. No polo oposto a este resultado, foi observado que nos grupos com menores desempenhos os serviços não apresentam mudanças induzidas por avaliações.

Destaca-se que os serviços de APS que atingiram um maior escopo de ações desenvolvidas quanto ao conjunto de indicadores investigados no domínio 1 “Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”, apresentaram associação com ter desdobramentos para o planejamento e reprogramação das atividades a partir das avaliações realizadas por estes serviços.

Neste contexto, ressalta-se que nas associações obtidas para o domínio 2 “Organização para Atenção às DCNT”, pode ser observado uma maior relação dos serviços que obtiveram melhor desempenho com mudanças no gerenciamento e organização da assistência por indução de processos avaliativos. Chama a atenção que tanto no domínio 1 como neste, os serviços com melhores desempenhos foram os que para além de apenas participarem de processos avaliativos, incorporaram em suas práticas os resultados de tais avaliações.

Em estudo realizado com 241 equipes de Estratégia Saúde da Família do Espírito Santo, com o instrumento de autoavaliação, o AMQ-ESF (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), do Ministério da Saúde, foi destacado que as ferramentas de gestão são utilizadas para a reorganização do trabalho das equipes, mesmo que ainda devam ser melhor incorporadas por estes serviços¹⁴.

Entre as finalidades da avaliação em saúde, destacam-se o auxílio ao planejamento e a elaboração de intervenções e a função formativa que visa o fornecimento de informações para melhorar o domínio e implicação dos atores envolvidos no processo avaliado e no desencadeamento de novas intervenções²⁶.

Introduzir processos avaliativos no cotidiano do trabalho da gestão dos serviços de saúde tem propiciado mudanças na cultura institucional, com o envolvimento de distintos atores, melhorando e fortalecendo as ações de saúde na atenção primária²⁷.

Os componentes da avaliação dos serviços e práticas de saúde devem ser compreendidos como ferramentas capazes de apoiar reflexões e gerar aprendizagens na busca de melhores decisões e amadurecimento da gestão²⁸, sendo fundamental reconhecer as ações de avaliação como base intrínseca ao planejamento, no suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos, em um processo permanente e contínuo^{29,15}.

A avaliação utilizada para subsidiar o processo de tomada de decisão na gestão de serviços de saúde é uma contribuição para a obtenção de resultados concretos na saúde dos usuários dos serviços, sendo fundamental que a avaliação seja dirigida para as principais necessidades de saúde da população³⁰.

Pode ser também observado, a partir da análise dos dados deste estudo que ser Unidade Saúde da Família (USF) está associado a pertencer aos grupos de serviços com melhores desempenhos nos diferentes domínios analisados. Tal achado é corroborado na literatura, como em estudo que analisou a aplicação do instrumento QualiAB em 2007 em serviços de APS no estado de São Paulo, no qual ser USF também esteve associado a pertencer aos melhores grupos de qualidade⁵, achado também encontrado em estudo realizado por Carvalho et al. (2013)¹².

Ressalta-se a associação resultante dos grupos de serviços que obtiveram os menores desempenhos, nos domínios 1 (“Atenção à Saúde para o Envelhecimento Ativo”) e 3 (“Organização para Atenção às DCNT”), quanto a variável “não haver matriciamento realizado

por NASF”. Demonstra a importância da rede de serviços disponibilizada para o maior alcance de ações quanto a promoção, prevenção e assistência direcionadas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento. Tal fato é análogo ao observado em estudo realizado por Nasser (2015)²⁴, que constatou associações entre os serviços de APS com melhores desempenhos na atenção a saúde sexual e reprodutiva com possuírem acesso a serviços de referência nessa área, como Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids.

Em estudo realizado por Chaves et. al (2018)³¹ com o objetivo de avaliar a integração dos serviços primários com a rede de saúde, por meio dos dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) constatou que 94% das equipes de atenção primária que compunha o grupo de baixa integração com a rede de saúde afirmaram não receber apoio do NASF, enquanto que 88% das que estavam inseridas no grupo de alta integração receberam apoio do NASF. Assim, destaca-se que o NASF vai além de uma equipe multiprofissional especializada junto às equipes de atenção primária, para o desenvolvimento de apoio matricial, demonstrando potência na articulação da rede (SILVA JUNIOR, 2015)³².

Este estudo buscou ressaltar a importância do campo da avaliação de serviços de saúde na atenção primária como estratégia para alcance da melhoria da qualidade destes serviços, especificamente às práticas destinadas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, área de extrema relevância diante do fenômeno do envelhecimento populacional observado no Brasil, e que demanda que gerentes e gestores reconheçam a realidade sanitária desta população¹⁰. Embora a quantidade de serviços de saúde investigados nesta pesquisa não seja representativa do cenário nacional, esta traz dados significativos diante da lacuna no contexto pesquisado.

A incorporação e utilização dos dados resultantes de processos avaliativos pelos serviços de atenção primária, nesta pesquisa demonstrou ser um diferencial importante principalmente para aqueles serviços que já executam um conjunto de ações consideráveis na

atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento. Sendo assim, este dado possibilita ressaltar a necessidade de superar e avançar em desafios impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao desenvolvimento de uma cultura avaliativa pelos serviços de saúde e na implementação de ações de prevenção, promoção da saúde e assistência direcionadas ao público idoso pelos serviços de atenção primária.

Este artigo pretende não apenas valorizar a participação dos serviços de atenção primária em processos avaliativos, mas além disso, enfatizar a importância de tais processos quando há o uso dos resultados de forma a propiciar o planejamento, a reprogramação das ações de melhoria da qualidade da atenção e o avanço na implementação de práticas incipientes, como as direcionadas à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONOCKO-CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS; FERRER, AL; CORRÊA, CRS; MADUREIRA, PR; GAMA, CAP; DANTAS, DV; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 46(1): 43-50, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>
2. FURTADO, JP; VIEIRA-DA-SILVA, LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, 30(12): 2643-2655, Rio de Janeiro, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
3. CASTANHEIRA, ERL; SANINE, PR; ZARILI, TFT; NEMES, MIB. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Organizadores: Arkeman, M., Furtado, J. P. Rede Unida, Porto Alegre, 2015.
4. FELISBERTO, E. A institucionalização da avaliação. In: SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p143-60.

5. CASTANHEIRA, ERL; NEMES, MIB; ZARILI, TFT; SANINE, PR; CORRENTE, JE. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde Debate*, v. 38, n. 103, 2014.
6. CASTANHEIRA, E. R. L. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Rev. Saúde Soc.*, v.20, n.4, p.935-947, São Paulo, 2011.
7. HARZHEIM, E; OLIVEIRA, MMC; AGOSTINHO, MR; HAUSER, L; STEIN, AT; GONÇALVES, MR. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev. Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v.8, n. 29, p. 341-353, Rio de Janeiro, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2012.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.
10. OLIVEIRA, EB; BOZZETTI, MC; HAUSER, L; DUNCAN, BB; HARZHEIM E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. *Rev. Bras Med Fam Comunidade*. 8(29): 264-73, Rio de Janeiro, 2013.
11. STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gac Sanit*. 2012.
12. CARVALHO, VCHS; ROSSATO, SL; FUCHS, FD; HARZHEIM, E; FUCHS, SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *Rev. BMC Public Health*, 13: 605, 2013.

13. KAWATA, LS; MISHIMA, SM; CHIRELLI, MQ; PEREIRA, MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. p. 313-320, 2009.
14. SARTI, TD; CAMPOS, CEA; ZANDONADE, E; RUSCHI, GEC; MACIEL, E LN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3): 537-548, 2012.
15. CRUZ, MM; SOUZA, RBC; TORRES, RMC; ABREU, DMF; REIS, AC; GONÇALVES, AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Rev. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 124-139, 2014.
16. BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09. Mapa da Saúde. São Paulo, 2012.
17. BOMBARDA, FP. Redes Regionais de Atenção à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2012.
18. ZARILI, TFT. Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2015.
19. BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. 2006 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Cadernos de Atenção Básica, n. 19- Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

21. BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Diretrizes para cuidados de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias. Brasília, 2013.
23. TANAKA, OY; DRUMOND JR, M; CRISTO, BE; SPEDO, SM; PINTO, NRS . Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão do SUS. Rev. Saúde Sociedade, v.24, n.1, p.34-45. São Paulo, 2015.
24. NASSER, MA. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. 2015. Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.
25. BARA, VMF; PAZ, EPA; GUIMARÃES, RM; SILVA, BF; GAMA, BBM; MORATELLI, L. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde – PCATool-Brasil versão adulto – para população idosa. Cad. Saúde Coletiva, 23 (3): 330-335, Rio de Janeiro, 2015.
26. BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP; HARTZ, Z; DENIS, JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. p 51. In: Avaliação conceitos e métodos. Organizadores: BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP; HARTZ, Z. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011.
27. FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Recife, v.4, n. 3, p 317-321, 2004.

28. CARVALHO, ALB; SHIMIZU, HE. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Interface*, 21 (60): 23-33, 2017.
29. CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.705-711, Rio de Janeiro, 2006.
30. TANAKA, OY; TAMAKI, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012.
31. CHAVES, L. A.; JORGE, A. O.; CHERCHIGLIA, M. L.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; SANTOS, A. F.; MACHADO, A. T. G. M.; ANDRADE, E. I. G. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*, 34(2): e00201515, 2018.
32. SILVA JUNIOR, A. G. S.; ALVES, M. G. M.; COSTA, M. G. L.; LIMA, R. H. P. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde*. Salvador: Edufba; 2015. p. 65-88.

5. Considerações Finais

O número de idosos aumenta exponencialmente em nossa população e traz consigo novas demandas que impactam os serviços públicos de saúde do Brasil com especificidades para a atenção primária, cujo desempenho repercute no sistema como um todo.

Políticas públicas como a Política Nacional de Saúde da Pessoa (BRASIL, 2006b) e diretrizes do Ministério da Saúde como o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (BRASIL, 2006a), dentre outras, norteiam os serviços de Atenção Primária à Saúde para a organização e implementação de ações direcionadas a esta população, desta forma tornando-se importante conhecer como estas têm sido desenvolvidas.

Com o presente estudo pode ser apontado que diversas ações na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento não estão sendo efetivadas nos serviços de atenção primária investigados. Ainda que os resultados não possam ser generalizados para outros serviços do país, surpreendeu a constatação do baixo grau de implantação dessas ações em regiões de saúde do estado de São Paulo, tanto pelo percentual de envelhecimento do estado, como por sua tradição na atenção primária.

Segundo a avaliação realizada foi constatada a incipiência da incorporação por estes serviços de ações relacionadas ao envelhecimento, com uma maior implementação de ações dirigidas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nesse sentido, o estudo demonstrou a necessidade da organização de ações com foco no público adulto e idoso, principalmente na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos, em busca do alcance do envelhecimento ativo.

Neste contexto, parece haver um grande distanciamento entre as demandas impostas pelo envelhecimento populacional e a capacidade de resposta dos serviços de atenção primária a esse cenário. Faz-se necessário que o sistema de saúde do Brasil avance na implementação das políticas públicas com foco na promoção do envelhecimento ativo à população; para isso, é necessário explorar o potencial dos serviços de atenção primária na gestão do cuidado e manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e na sua articulação em rede, de modo a superar o sistema fragmentado ainda vigente no Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA et al., 2013).

Conforme as associações estabelecidas para cada grupo de qualidade em cada domínio analisado, notou-se que variáveis independentes de planejamento e avaliação em saúde relacionaram-se aos grupos com melhores desempenhos na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, que apresentaram modificações induzidas por avaliações e desdobramentos

resultantes de processos avaliativos para a organização de tais serviços. E contrariamente, observou-se que não haver mudanças nos serviços induzidas por avaliações esteve relacionado aos grupos de menores desempenhos.

Nota-se que a incorporação e utilização dos dados resultantes de processos avaliativos pelos serviços de atenção primária foi um diferencial importante principalmente para aqueles serviços que já executam um conjunto de ações consideráveis na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento. Sendo assim, este dado possibilita ressaltar a necessidade de superar e avançar em desafios impostos ao SUS quanto ao desenvolvimento de uma cultura avaliativa pelos serviços de saúde e na implementação de ações direcionadas ao público idoso para além das doenças crônicas.

Os resultados obtidos agregam conhecimentos sobre a organização de ações desenvolvidas por serviços de APS na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento, em que foi possível levantar importantes questões para a definição de medidas visando a melhoria da qualidade na perspectiva estudada.

Apesar de tratar-se de pesquisa avaliativa de corte transversal e os resultados não terem poder de generalização, os resultados apresentados representam uma importante contribuição visto o pouco acúmulo de pesquisas avaliativas que tomam como foco a organização do processo de trabalho na atenção aos idosos e envelhecimento na APS. Além disso, a ausência de instrumentos especificamente voltados para avaliar a atenção a esse grupo justifica o uso de um instrumento de avaliação de serviços que não tem a atenção ao idoso como foco central, mas sim como parte do conjunto diversificado de ações sob responsabilidade dos serviços de atenção primária. Pode-se afirmar ainda, que a pertinência dos resultados encontrados não se restringe apenas aos serviços das Regiões de Saúde estudadas, uma vez que confirmam os achados de outros estudos (PICCINI et al., 2006; ARAÚJO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013).

O foco deste estudo contribui com as recomendações das políticas públicas vigentes no país, como o preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) quanto à determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados com vista a melhorar o atendimento à pessoa idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS. A adequação a estes critérios precisa ser incentivada e ter sua importância reconhecida, para que se avance na busca de estratégias de implementação de uma atenção integral à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento ativo articulada a uma rede centrada na atenção primária (BRASIL, 2006b).

Ainda sobre o que preconiza a PNSPI é importante evidenciar que é necessário investir em educação para os profissionais de saúde da atenção primária com base nos

conhecimentos das áreas de gerontologia e geriatria a fim de que adquiram as competências necessárias para assistir com qualidade as demandas desta população tão heterôgenea. Nesta perspectiva, vale assinalar a atuação do profissional bacharel em gerontologia, o gerontólogo, e sua possível inserção na equipe do NASF, de forma a organizar e desenvolver ações de educação gerontológica, bem como otimizar a gestão de casos relacionados à pessoa idosa junto as equipes dos serviços de atenção primária.

Por fim, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas em diferentes localidades do país com este foco avaliativo, de modo a contribuir com processos de gestão e organização dos serviços e com a identificação de necessidades que requeiram a implantação e desenvolvimento de tecnologias de cuidado para a atenção ao idoso e ao envelhecimento, fortalecendo o papel da atenção primária na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas.

6. Referências Bibliográficas

ARAÚJO, LUA et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19(8):3521-3532, 2014.

ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE O ENVELHECIMENTO (1ª). Viena, 1982. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7(3): 401-412, 2002.

BOMBARDA, F. P. Redes Regionais de Atenção à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Congresso Nacional, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 03 de agosto de 2016.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001, 69 p.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Congresso Nacional, 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm>. Acesso em: 25 de outubro 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Brasília, 2003 b, p 84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B – textos básicos de saúde. Brasília, 2004, p 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma Política de Saúde. Brasília, 2005, 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Cadernos de Atenção Básica, n. 19- Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006 a.

BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. 2006 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 04 de agosto de 2016.

BRASIL. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006 d, p 60.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012 a.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Regiões de Saúde. Departamento Regional de Saúde de Bauru, DRS VI – RRAS 09. Mapa da Saúde. São Paulo, 2012 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Diretrizes para cuidados de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritárias. Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET). Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2014.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. Avaliação conceitos e métodos. Tradução Michel Colin. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L., SANINE, P. R., ZARILI, T. F. T., NEMES, M. I. B. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para uma instituição de uma cultura avaliativa? In: Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Organizadores: Arkeman, M., Furtado, J. P. Rede Unida, Porto Alegre, 2015.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Rev. Saúde Debate v. 38, n. 103, p. 679-691, Rio de Janeiro, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. Quali AB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Rev. Saúde Soc., v.20, n.4, p.935-947, São Paulo, 2011.

- CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, 34(2): e00201515, 2018.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 705-711, 2006.
- DEBERT, G. G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A. L., *Velhice e sociedade*. Campinas, Ed. Papirus, 1999.
- DOMINGUES R. M. S. M., HARTZ, Z. M. A., DIAS, M. A. B., LEAL, M. C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 28(3):425-437, Rio de Janeiro, 2012.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Brasileira Saúde Materno Infantil*, 4(3): 317-21, 2004.
- FISHMAN, P. A. et al. Impact on seniors of the patient-centered medical home: evidence from a pilot study. *Rev. The Gerontologist*, vol. 52, no 5, 703-711, 2012.
- FRIED et al, 2001. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Geront.* 2001;56(3):M146-56
- GENERAL ASSEMBLY. Proclamation on Ageing. Annex. Conferência Internacional de Envelhecimento, (1992). Disponível em: <http://hrlibrary.umn.edu/resolutions/47/5GA1992.html>. Acesso em: 05 de agosto de 2016.
- GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2a Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-543.
- HARTZ, Z. M. A, VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. *Rev. Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v.8, n. 29, p. 341-353, Rio de Janeiro, 2013.
- IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11(3): 683-703, 2006.
- ÍNDICE FUTURIDADE. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/futuridade/resumo.pdf>. Acesso em: 28 de julho de 2016.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010. p. 125.
- JUSTO, J. S., ROZENDO, A. S., CORREA, M. R. O Idoso como Protagonista Social. Rev. A Terceira Idade, v. 2, n. 48, p. 7-19. São Paulo, 2010.
- KALACHE, A.; HOSKINS, I.; MENDE, S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publica, 17(5/6), 2005.
- KALACHE, A. Respondendo à Revolução da Longevidade. Rev. Ciências & Saúde Coletiva, vol. 19, nº 8, editorial. Rio de Janeiro, 2014.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Rev. Saúde Soc., v.20, n.4, p.867-874, São Paulo, 2011.
- LOUVISON, M. C. P. et al. de O. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública, 42(4):733-40, 2008.
- MENDES K.D.S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, 17(4): 758-64, Florianópolis, 2008.
- MOTTA L. B., AGUIAR A. C., CALDAS C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiência em três municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (4): 779-786, 2011.
- NASSER, M. A. Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo. 2015. Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20 supl. 2, p. 310-312, 2004.
- NERI, A. L. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, Ed. Alínea, edição Velhice e Sociedade, 2005.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública, v.34, n.5, São Paulo, 2000.
- OLIVEIRA, et. al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev. Bras Med Fam Comunidade. 8(29): 264-73, Rio de Janeiro, 2013.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T., CAMPOS, G. W. S., FERRER, A. L., CORRÊA, C. R. S., MADUREIRA, P. R., GAMA, C. A. P., DANTAS, D. V., NASCIMENTO, R. Avaliação de

estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev. Saúde Pública, 46(1): 43-50, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Rev. Saúde Debate, v. 38, n. especial, p. 358-372, Rio de Janeiro, 2014.

RUIKES et al. The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. BMC Family Practice, 2012.

SILVA, R. N., GUARDA, R. F. B., HALLAL, P. C., MARTELLI, P. J. L. Avaliabilidade do Programa Academia de Saúde no município do Recife, Pernambuco, Brasil. Rev. Cad. Saúde Pública; 33(4):e00159415, 2017.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. UNESCO. Brasília, 726 p, 2002.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. Gac Sanit. 2012.

SCHMIDT, M. I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, p. 108, 2011. (Coleção Saúde no Brasil).

TAMAKI E. M et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 10, Recife, 2010.

TANAKA, O. Y. et al. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão do SUS. Rev. Saúde Sociedade, v.24, n.1, p.34-45. São Paulo, 2015.

TRACY, S. C. et al. The IMPACT clinic innovative model of interprofessional primary care for elderly patients with complex health care needs. Canadian Family Physician, vol. 59, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Active Aging: Towards Age-Friendly Primary Health Care. France, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>. Acesso em 23 de junho de 2016.

YAM et al. Can vouchers make a difference to the use of private primary care services by older people? Experience from the healthcare reform programme in Hong Kong. BMC Health Services Research, 2011.

ZARILI, T. F. T. Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, 2015.

7. Anexos

Anexo 1. Relatório de Atividades – Observatório do Envelhecimento, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL)

APRESENTAÇÃO

O presente relatório é resultado da experiência realizada no estágio de doutorado no Instituto do Envelhecimento (IE) compreendido no Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa (UL), no período de quatro meses, de 04 de abril a 31 de julho do ano de 2017; por meio de financiamento da fundação brasileira de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de nível Superior (CAPES), na modalidade Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior.

O objeto de investigação da minha tese trata-se da “Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em serviços de Atenção Primária” desenvolvida em São Paulo-Brasil.

A proposta da minha vinda a Portugal, especificamente Lisboa esteve centrada na busca em conhecer a realidade dos serviços de Cuidados de Saúde Primários (CSP) quanto à prestação de cuidados, prevenção de doenças e promoção da saúde especificamente dirigidos à população idosa, de modo a poder levar novos conhecimentos que ajudassem em uma melhor compreensão dos resultados encontrados em São Paulo – Brasil.

A escolha por Portugal para essa vivência levou em conta especialmente as transformações ocorridas quanto ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, nas últimas décadas, quanto a reforma referente a reorganização dos CSP em Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), bem como pelo envelhecimento de sua população, sendo que atualmente Portugal ocupa a quinta posição entre os países mais envelhecidos da Europa e a sétima no mundo, e ainda por sua população idosa ter algumas características que assemelham-se com a brasileira (como nível educacional e condições econômicas).

Desta forma o plano de trabalho traçado para este estágio em Lisboa esteve pautado sobretudo nas seguintes atividades: visitas aos serviços de CSP em Lisboa e compreensão da organização do SNS português (organização da atenção à pessoa idosa e indicadores avaliados); possíveis complementações e inovações na análise dos dados da tese; avanço na organização da tese relacionada a leitura teórica para discussão dos dados; construção de artigo científico com a colaboração dos orientadores do Brasil (Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira) e Portugal

(Dr. Pedro Alcântara da Silva), e participação em eventos relacionados ao campo de estudo, no período em Portugal.

As atividades são descritas por divisão em tópicos e ao final realiza-se uma reflexão geral sobre as experiências e conhecimentos adquiridos no período.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

❖ Visita aos serviços de CSP de Lisboa:

A proposta de visita aos serviços de CSP de Lisboa, até a minha chegada ao país não havia definição de quais seriam os serviços visitados, apenas pretendia-se visitar unidades de saúde, contudo foi necessário traçar critérios para escolha destas unidades, uma vez que a Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo é composta por inúmeras Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados em Saúde Personalizados (UCSP). Sendo assim, adotou-se como critérios de escolha as unidades (USF e UCSP) compreendidas nas freguesias (divisões de um município em Portugal) com maior população de idosos, a fim de realizar uma breve entrevista junto aos coordenadores destas unidades para compreender a organização na atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento.

Foram selecionadas cinco USF e duas UCSP de diferentes Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), como o ACES Oeiras, ACES Lisboa Central e ACES Lisboa Norte. Da seleção das unidades para a concretização das visitas foi um longo percurso, pois foram necessárias as autorizações pelo órgão gestor de cada ACES, em que foi indispensável fazer o contato pessoalmente aos agrupamentos, pois as tentativas via endereço eletrônico (e-mail) não foram satisfatórias.

As visitas foram realizadas junto a duas USF de diferentes ACES e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) acoplada ao mesmo prédio visitado. Infelizmente um destes agrupamentos teve um posicionamento negativo em relação a autorização para as visitas. Destaca-se que apenas em uma unidade a entrevista realizada foi autorizada a ser gravada.

Na tentativa de conhecer mais algumas USF ou UCSP foi feito contato pessoal com os ACES de Almada Seixal e de Cascais, e por meio de e-mail ao ACES de Loures-Odivelas, entretanto em nenhum deles houve algum posicionamento quanto a autorização para visita e realização de entrevista em uma de suas unidades de saúde.

Todas essas dificuldades encontradas para a realização das visitas e entrevistas, bem como ao fato do meu restrito período de permanência em Lisboa, acabaram por inviabilizar o

alcance do número de cinco visitas como planejado na proposta inicial, uma vez que na possibilidade de concretização deste número de visitas, haveria subsídios empíricos para construção de um artigo científico.

Mesmo diante dos percalços no decorrer da organização das visitas, pode ser aproveitado conhecimentos e experiências vivenciadas nas visitas realizadas. Os dois serviços visitados situavam-se em regiões com características distintas, bem como na organização e equipamentos dispostos em seus agrupamentos, uma vez que um deles não contava com a UCC na rede de saúde.

Foi possível observar alguns pontos que julgo relevantes na compreensão da organização destes serviços quanto á saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento. A equipe multiprofissional das USF pareceu-me estar bem integrada nas questões partilhadas internamente ao serviço, quanto a formulação de Plano de Ação (pactuação de indicadores de desempenho) e em se organizarem na divisão de diversas demandas que chegam ao serviço relacionadas ao público idoso, por exemplo, nestes serviços visitados há uma equipe de enfermagem responsável pelos atendimentos domiciliares e pelo compartilhamento das informações com os demais membros da equipe, isso demonstrou acontecer de forma organizada.

Outro ponto importante é que há diversos equipamentos que compõem a rede de serviços especificamente para a população de idosos em Lisboa e as USF visitadas tem conhecimento e contam com essa rede, por exemplo da área social, dos centros-dia para idosos, aos serviços destinados pela Santa Casa de Misericórdia, entretanto, aqui foi observada uma diferença de um serviço visitado para o outro, na questão da evolução quanto a articulação de forma integrada com esta rede de cuidados à pessoa idosa, um deles possui uma maior articulação do que o outro, talvez esses pontos possam estar relacionados a gestão dos ACES e quanto a formação das equipes das USF que podem compreender-se em modelo “A” (encontram-se em fase de aperfeiçoamento e aprendizagem do trabalho em equipe) ou “B” (equipes com maior amadurecimento organizacional).

É importante ressaltar que um dos serviços contava com uma programação desenhada para a saúde do adulto e idoso, como por exemplo, equipe de cuidados paliativos, programa de suporte aos cuidadores de idosos, dentre outros, destacando ainda várias ações desenvolvidas na comunidade para a promoção do envelhecimento ativo, já o outro serviço ainda não possuía um programa constituído nesta perspectiva, mas sim de acordo com as demandas surgidas nas consultas individuais que buscam ser discutidas e solucionadas a nível ampliado com a equipe.

Também um destes serviços não possui instalações físicas adequadas para desenvolvimento de ações em grupo junto aos usuários.

Com as visitas realizadas foi possível destacar alguns pontos para a reflexão quanto a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde em São Paulo - Brasil. Os profissionais que compõem as USF, que são profissionais vinculados ao sistema público de saúde português estão bem engajados no trabalho em equipe, fato talvez que possa ser explicado pela autonomia na formação da equipe a tornar-se uma USF. Os profissionais são incentivados a participarem de educação continuada em saúde (como workshops, conferências e congressos) e devido a grande quantidade de idosos que atendem, há interesse por parte deles na procura por eventos com temáticas relacionadas a este público. Portugal já conta com uma grande gama de serviços específicos para idosos, como é o caso dos centros-dia, atenção domiciliar, residências temporárias dentre outras, que acaba por facilitar a formação da rede com os serviços de saúde.

Atividades Internas no ICS

Quanto as atividades que foram possíveis de participar no ICS, no período de permanência aqui em Lisboa, destacam-se a disciplina de “Abordagens Qualitativas” coordenada pelo Doutor Vitor Ferreira. A disciplina já estava em curso quando comecei a frequentá-la e sua programação era quinzenal, neste período eu pude participar de quatro encontros desta disciplina, passando por diferentes técnicas e métodos para a pesquisa qualitativa, desde a entrevista, metodologias de investigação *on-line*, procedimentos de análise de conteúdo a metodologias participativas e de investigação-ação.

A disciplina foi importante na contribuição ao desenvolvimento da minha tese, uma vez que a proposta do trabalho aqui em Lisboa era a visita aos serviços de CSP, de forma a realizar entrevista semiestruturada junto aos coordenadores destes serviços, e ainda ajudou na organização da tese quanto a discussão dos dados, especialmente na confecção dos artigos em que é necessário o olhar mais aprofundado e uma maior sensibilidade para a reflexão crítica.

Pude também participar dos encontros referentes ao Grupo de Investigação (GI) “Percurso de Vida, Desigualdades e Solidariedade: Práticas e Políticas” (Research Group LIFE), sob coordenação do Doutor Vitor Ferreira, trata-se de um GI de composição heterogênea, em que distintos projetos de pesquisas são apresentados, com diferentes abordagens quanto ao objeto de estudo e métodos utilizados. Em um dos encontros eu pude apresentar minha pesquisa (ocorrida no dia 28 de junho de 2017), a experiência foi muito enriquecedora, estiveram presentes seis alunos do ICS, que realizaram perguntas e sugestões contributivas para análise dos meus dados e na organização do texto final da minha tese,

principalmente na possibilidade de um aprofundamento nos contextos que perpassam a pesquisa, como por exemplo qual é a figura dessa população de idosos que eu tenho abordado no estudo. Em concretização a exposição do trabalho neste GI, os pesquisadores são convidados a escrever um breve post em formato de artigo para compor ao blog LIFE Research Group, em que tive a oportunidade de redigir o post da minha pesquisa.

Foram realizadas reuniões com meu supervisor Doutor Pedro Alcântara da Silva no sentido de discutir especialmente as visitas e entrevistas a serem realizadas nos serviços de CSP de Lisboa, bem como organização de dados para confecção de artigos científicos, em parceria entre nós. Em uma das reuniões foi possível discutir os percursos da minha pesquisa entre eu e o supervisor de Portugal e minha orientadora do Brasil (Dra. Elen R. L Castanheira) que esteve em Lisboa em um período curto no início do mês de junho de 2017. A troca de experiências no contexto da saúde do idoso, e questões sobre o envelhecimento junto ao Doutor Pedro foi extremamente enriquecedora tanto para questões pontuais da tese, mas sobretudo para composição da minha trajetória profissional.

Enfim todas as atividades desenvolvidas no ICS foram enriquecedoras no trilhar da minha pesquisa. Frequentemente estive a estudar, a pesquisar, a ler e escrever na biblioteca do Instituto de Ciências Sociais, que na minha opinião é um espaço motivador, uma vez que foi possível conviver com colegas de doutoramento, fazer amizades e compartilhar experiência e ideias durante este período.

Eventos e Congressos em Portugal

Quanto aos eventos em que pude participar durante o período de estadia em Portugal foram todos muito interessantes e proveitosos em contribuição à minha tese e principalmente para poder compreender a estrutura e organização dos serviços públicos de saúde português, bem como o fenômeno do envelhecimento.

Em especial na Universidade de Lisboa foi possível participar da 4ª Conferência Anual da Rede Temática Interdisciplinar da Saúde (*Health@Lisbon*), realizada na reitoria da UL no dia 04 de maio de 2017, em que foram tratados de diversos temas relacionados à saúde especialmente voltados ao envelhecimento e quanto reabilitação e monitoramento da pessoa idosa, além de novas tecnologias na área da medicina em prol deste público, por exemplo a robotização para auxílio aos idosos e seus cuidadores.

Foi possível participar de outros eventos para além da Universidade de Lisboa, que relacionavam-se direta ou indiretamente ao meu campo de estudo como a 5ª Jornada da USF do Parque, ocorrida na Universidade Lusófona, no dia 20 de abril de 2017, com o tema central

“Comunidade – o centro do crescimento e envelhecimento saudáveis”, neste evento foram abordados diversos temas relacionados a população de idosos de Portugal, ações pontuais desenvolvidas por essa unidade de saúde em particular, bem como ações relacionadas a outros públicos como gestantes e crianças.

No Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa participei da leitura do documento Health Systems Review Portugal, referente a composição do Health Systems In Transition (HIT), ocorrida no dia 27 de abril de 2017, em que muito contribuiu para que eu pudesse compreender alguns indicadores de saúde referentes ao país, dentre eles destaco o indicador sobre “esperança de vida saudável”, em que este indicador no contexto dos portugueses acima de 65 anos de idade, torna-se um desafio ao campo da saúde, porque apresenta-se inferior a média dos países que compõem a União Europeia.

Nos dias 12 e 13 de maio do ano de 2017, participei do 9º Encontro Nacional das USF, em Aveiro. Os dois dias de evento foram extremamente contributivos para uma melhor compreensão da organização dos serviços de CSP de Portugal, principalmente quanto as principais mudanças ocorridas nas últimas décadas, as inovações que têm sido implementadas ao longo do país e os desafios que tentam ser superados neste caminho, dentre eles a atenção á pessoa idosa na integração dos cuidados.

Na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, participei de dois eventos muito pertinentes ao meu campo de estudo, no dia 30 de junho de 2017 o seminário que tratou do tema central sobre “Práticas de Saúde, Saúde Pública e a Integração de Cuidados Centrados nos Doentes” proferida pelo Dr. Constantino Sakellarides, e também o seminário sobre “Metodologias Qualitativas em Saúde”, ocorrido no dia 11 de julho, em que foi abordado aspectos gerais da metodologia qualitativa para o campo da saúde e questões mais específicas sobre contributos linguísticos para análise qualitativa na saúde.

Estabelecimento de Network

O período de permanência em Lisboa também foi proveitoso para estabelecer contatos com a investigadora brasileira Dra. Zulmira Hartz, investigadora reconhecida internacionalmente no campo de estudos sobre avaliação em saúde, que atualmente encontra-se como docente do IHMT da Universidade Nova de Lisboa. Foi possível realizar duas reuniões pessoalmente com a investigadora, em que uma delas também contou com a presença da minha orientadora brasileira, em que foi muito contributiva e enriquecedora para as construções dos artigos e o texto final da tese, no que respeita as discussões sobre avaliação de serviços de

Atenção Primária, sobre a organização dos indicadores da pesquisa, bem como para a análise e discussão dos dados.

Considerações Finais

O período de estudos na Universidade de Lisboa, e a estadia na cidade de Lisboa proporcionaram experiências realmente enriquecedoras na aquisição de novos conhecimentos e reflexões acerca do meu objeto de estudo, desde os caminhos trilhados pelo Serviço Nacional de Saúde português no que diz respeito à atenção a população de idosos e ao envelhecimento, e as novas estratégias formuladas no âmbito dos Cuidados em Saúde Primários, bem como poder conhecer e conviver com os idosos lisboetas, nas ruas, nos cafés, nas igrejas, nos pontos turísticos que também instigou reflexões e comparações com os idosos paulistas os quais eu tenho convivido.

Nas leituras de artigos científicos, livros e nos eventos aos quais participei sobre o envelhecimento da população portuguesa e europeia no geral, muito foi ressaltado a importância da solidariedade entre as gerações, e que os planejamentos de ações no âmbito da saúde, social entre outros devem partir deste pressuposto para promoção de atividades, educações em saúde com foco intergeracional.

Durante esse período o ponto negativo que pode ser observado, diz respeito a duração de quatro meses para desenvolvimento da proposta de atividade relacionada com as visitas aos serviços CSP, em que o tempo acabou por ser pouco diante do processo, que envolveu desde a escolha dos serviços a serem visitados, as autorizações por parte dos agrupamentos até a consumação das visitas aos serviços, em que compreendeu todo o período do estágio.

O estágio no exterior foi algo extremamente contributivo para reflexão e organização da tese. Em especial no meu caso, que já encontro-me no último semestre do doutorado e então durante estes quatro meses pude estar mergulhada na análise dos meus dados, na leitura de referenciais teóricos daqui da Europa e em palestras que instigaram à reflexão crítica sobre o meu objeto de estudo. Foi possível confeccionar um artigo e finalizar outro, em que estão sendo submetidos, neste momento para revistas científicas brasileiras.

Por fim, acredito que a proposta de trabalho traçada previamente foi cumprida, e a carga de conhecimentos adquiridos é uma riqueza única que terei para todo o resto da minha vida, que somou tanto para aprimoramento profissional como pessoal.

Anexo 2. Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica – QualiAB 2014



AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALI AB

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta unidade se caracteriza por ser:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Qual _____

*Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

2. A instituição que assume a gestão administrativa do Serviço é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 7) Ministério da Saúde
- 8) Consórcio intermunicipal
- 9) Outros. Quais: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. A área de abrangência da Unidade é definida:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da secretaria da saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

5. No território de atuação desta unidade existe a presença de grupos populacionais:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues
- 10) Encarcerados
- 11) Imigrantes
- 12) Outros Quais _____
- 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs

- 2) Todas as tardes
- 3) Todas as noites
- 4) Algumas manhãs
- 5) Algumas tardes
- 6) Algumas noites
- 7) 24 horas

7. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso a pessoas com deficiências
- 3) Sala de espera
- 4) Número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
- 5) Ventilação e iluminação adequadas
- 6) Bebedouro
- 7) Banheiro para os usuários
- 8) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 9) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 10) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 11) Consultório dentário
- 12) Sala de vacina
- 13) Sala de Curativo
- 14) Sala de esterilização de material
- 15) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 16) Gerador de energia

8. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mesa para exame ginecológico
- 2) Equipamento odontológico
- 3) Geladeira exclusiva para vacinas
- 4) Carrinho de emergência
- 5) Desfibrilador
- 6) Cadeira de rodas

- 7) Quadro para informações
- 8) Televisão
- 9) Microcomputadores
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso a sistema informatizado para alimentação de banco de dados
- 12) Prontuário eletrônico
- 13) Sistema de senhas na sala de espera
- 14) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 15) Veículo para uso da unidade

9. A unidade possui equipe de saúde da família:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim Quantas: _____
- 2) Não

10. Número de profissionais fixos e volantes na unidade por categoria:

Preenchimento numérico de todas as questões (a partir de zero)

| Profissional | Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço) | Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos) |
|-------------------------------------|---|--|
| 1) Médico de família | | |
| 2) Médico clínico geral | | |
| 3) Médico pediatra | | |
| 4) Médico ginecologista | | |
| 5) Médico psiquiatra | | |
| 6) Médicos de outras especialidades | | |
| 7) Enfermeiro | | |
| 8) Dentista | | |
| 9) Psicólogo | | |
| 10) Terapeuta Ocupacional | | |
| 11) Assistente Social | | |
| 12) Nutricionista | | |
| 13) Fonoaudiólogo | | |
| 14) Fisioterapeuta | | |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| 15) Farmacêutico | | |
| 16) Agente Comunitário de Saúde | | |
| 17) Auxiliar de enfermagem | | |
| 18) Técnico de enfermagem | | |
| 19) Auxiliar de cirurgião dentista | | |
| 20) Técnico de higiene dentária | | |
| 21) Auxiliar de farmácia | | |
| 22) Recepcionista | | |
| 23) Auxiliar administrativo | | |
| 24) Auxiliar de serviços gerais | | |
| 25) Vigia | | |
| 26) Motorista | | |
| 27) Outros | | |

11. Esta Unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac dentista
- 5) Outros. Quais: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

12. A unidade tem acesso a uma rede de serviços municipais ou regionais composta por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao Idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Ambulatórios de especialidades

- 10) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 11) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 12) ONG (Organização Não Governamental)
- 13) Ações comunitárias ligadas a igrejas
- 14) Outros Qual: _____
- 15) Não tem acesso a serviços de apoio

13. Nessa Unidade o apoio técnico continuado realizado por equipe externa ao serviço (matriciamento) é feito por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional
- 3) Outro tipo de serviço
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

14. Em relação ao número de consultas médicas informe:

Preenchimento

- 1) Quantas **consultas médicas** foram realizadas no **último mês** nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias): _____
- 2) Dado não disponível

15. Em relação à população da área de abrangência da unidade, informe:

Preenchimento

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. INFORMAÇÃO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

16. A Unidade utiliza para registro das informações os seguintes sistemas de informação:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/SISAB
- 3) Sistema de informação próprio do município
- 4) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 5) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 6) SIS PreNatal
- 7) SIS HIPERDIA
- 8) Outros sistemas de informação Quais: _____
- 9) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

17. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Número de procedimentos
- 2) Consultas por faixa etária
- 3) Consultas médicas
- 4) Consultas de enfermagem
- 5) Consultas odontológicas
- 6) Consultas por equipe multiprofissional
- 7) Número de grupos realizados
- 8) Faltas em atendimentos agendados
- 9) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- 10) Número de pacientes atendidos
- 11) Número de vacinas realizadas
- 12) Número de coletas de papanicolaou
- 13) Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea)
- 14) Número de visitas domiciliares
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Não existe registro de dados

18. Os dados da produção assistencial (número de atendimentos e procedimentos) da Unidade são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Utilizados pela Unidade e pela gestão municipal para orientar e planejar as ações

- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação, mas utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Utilizados somente pela Unidade para orientar e planejar as ações locais
- 4) Não são utilizados para o planejamento

19. Os dados epidemiológicos da região são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Utilizados pela gestão municipal e pela unidade para o planejamento das ações locais de saúde
- 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade para organização das ações
- 3) Não são utilizados para o planejamento

20. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas executados pela unidade (Pré-natal, atenção à criança, atenção à hipertensos e diabéticos, entre outros)
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Estudos na comunidade
- 4) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 5) Não realizou nenhum tipo de levantamento

21. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou das seguintes processos avaliativos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições Quais: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

22. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Plano anual de trabalho da equipe, cumprindo exigências da secretaria
- 2) Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional
- 3) Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal
- 4) A Unidade não teve acesso aos resultados da avaliação
- 5) Não foi realizada avaliação

23. Em que dimensões as avaliações realizadas resultaram em modificações na unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na organização da assistência
- 2) No gerenciamento do serviço
- 3) No gerenciamento e organização da assistência
- 4) Não houve modificações
- 5) Não participou de nenhuma avaliação anterior

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1. Atividades de promoção, prevenção e educação em saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Saúde bucal
- 7) Promoção do envelhecimento saudável
- 8) Saúde do Homem
- 9) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM
- 10) Prevenção de obesidade
- 11) Educação alimentar
- 12) Atividades físicas
- 13) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 14) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 15) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- 16) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 17) Tabagismo

- 18) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 19) Posse responsável de cães e gatos
- 20) Organização do SUS e participação social
- 21) Outras. Qual: _____
- 22) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

25. Como são realizadas as ações de educação em saúde **NA COMUNIDADE** (atividades “EXTRA MUROS”):

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)
- 7) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas **na UNIDADE**, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Gestação e parto
- 7) Gestação na adolescência
- 8) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 9) Climatério e menopausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Promoção do envelhecimento saudável
- 12) Saúde do Homem

- 13) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 14) Educação alimentar e obesidade
- 15) Atividades físicas
- 16) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem e outros)
- 17) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 18) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- 19) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 20) Tabagismo
- 21) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 22) Posse responsável de cães e gatos
- 23) Organização do SUS e participação social
- 24) Outras. Qual: _____
- 25) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. Como são realizadas as ações de educação em saúde para os usuários **na UNIDADE:**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes entre outros)
- 4) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 5) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 6) Não realiza atividades de educação em saúde

28. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) A TV fica ligada em programas de canal aberto
- 2) Discussão de temas propostos pelos pacientes
- 3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde
- 4) Palestras
- 5) Rodas de conversa
- 6) Exposição de cartazes educativos
- 7) Exposição de panfletos educativos
- 8) Outras atividades de educação em saúde

9) Nenhuma atividade é realizada

29. Atividades de educação em saúde com gestantes são desenvolvidas regularmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes sobre temas da gestação na sala de espera
- 2) Palestras sobre temas da gestação sem grupos de pré-natal
- 3) Grupos periódicos para gestantes
- 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 5) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestante

30. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em **instituições para crianças** (creches, escolas, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Educação em saúde bucal
- 4) Higiene pessoal
- 5) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 6) Avaliação de acuidade visual
- 7) Avaliação de acuidade auditiva
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Posse responsável de animais
- 12) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
- 13) Exclusão social e discriminação
- 14) Bullying
- 15) Prevenção da violência
- 16) Orientações contra o trabalho infantil
- 17) Sexualidade e educação sexual
- 18) Prostituição infantil
- 19) Não atende crianças

31. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Desenvolvimento/mudanças na adolescência
- 2) Sexualidade, prevenção de DST/aids
- 3) Uso de álcool e drogas
- 4) Agressividade e conflito com a lei
- 5) Exclusão social e discriminação
- 6) Bullying
- 7) Violência doméstica e sexual
- 8) Prostituição na adolescência
- 9) Obesidade
- 10) Saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 11) Inserção no mercado de trabalho
- 12) Saúde e meio ambiente
- 13) Posse responsável de animais
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 15) Outros. Quais: _____

32. O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela Unidade, consiste em:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros
- 3) Escolares de nível fundamental
- 4) Adolescentes em geral
- 5) Jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
- 6) Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
- 7) Comunidades rurais, indígenas ou quilombolas
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

III. 2. Atividades de rotina

33. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Inalação
- 3) Curativo
- 4) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 5) Pequenas suturas
- 6) Retirada de pontos
- 7) Hidratação por via venosa
- 8) Aplicação de tratamento endovenoso
- 9) Aplicação de tratamento intramuscular
- 10) Drenagem de abscessos
- 11) Troca de sonda vesical de demora
- 12) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 13) Lavagem de ouvido
- 14) Outros. Quais: _____
- 15) Não realiza nenhum procedimento

34. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop
- 4) Polio Inativada/ vacina inativada de polio/VIP
- 5) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 6) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 7) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 8) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 9) dT (dupla adulto)
- 10) Rotavírus Humano
- 11) Febre Amarela
- 12) Anti-rábica

- 13) Influenza
- 14) P10 (Pneumocócica 10)
- 15) Pneumocócica 23 valente
- 16) Meningocócica C
- 17) Vacina contra HPV
- 18) Não realiza vacinação

35. Exames feitos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Eletrocardiograma (ECG)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG
- 4) PPD (Teste tuberculínico)
- 5) Teste rápido para HIV
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Teste rápido para hepatite B
- 8) Teste rápido para hepatite C
- 9) Teste rápido de proteinúria
- 10) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão
- 11) Não realiza nenhum exame

36. Exames colhidos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Teste do pezinho
- 3) Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice)
- 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 5) Outros. Quais _____
- 6) Não são colhidos exames na Unidade

37. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento

- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Quando os resultados chegam, apenas para os exames considerados prioritários pela Unidade (mamografia, exames do pré natal, exames de urgência, entre outros)
- 5) Não são avaliados

38. Assinale o **tempo médio** de duração da consulta médica agendada, em minutos, segundo a área profissional (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais frequente no atendimento aos usuários)

Preenchimento

| PROFISSIONAIS | (tempo em minutos) | | | |
|---------------------------|--------------------|---------|---------|-----|
| | <10 | 10 a 20 | 20 a 30 | >30 |
| 1) Médico de família | | | | |
| 2) Clínico | | | | |
| 3) Pediatra | | | | |
| 4) Ginecologista/Obstetra | | | | |
| 5) Outras especialidades | | | | |

39. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações
- 5) Recém-nascidos
- 6) Recém-nascidos de risco
- 7) Crianças em seguimento na puericultura
- 8) Crianças até dois anos
- 9) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose ou hanseníase
- 12) Outras Quais: _____
- 13) Não se faz convocação de faltosos

40. Em relação à dispensação dos medicamentos previsto na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todos os medicamentos essenciais previstos estão disponíveis, com exceção dos da farmácia de alto custo
- 2) Falta ocasional de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- 3) Falta ocasional de medicamentos para diabetes
- 4) Falta ocasional de medicamentos para hipertensão arterial
- 5) Falta ocasional de antibióticos mais utilizados
- 6) Falta ocasional de medicamentos para dislipidemias
- 7) A unidade encaminha o processo para medicamentos de alto custo
- 8) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

41. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Diafragma
- 7) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

42. Na rotina, o **critério utilizado para** dispensação de preservativos é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação, para a população em geral
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para a população em geral
- 3) Há controle com cota mensal igual para todos os pacientes
- 4) Há controle com cotas maiores para a população vulnerável

5) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

43. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para as seguintes especialidades é:

Preenchimento

| ESPECIALIDADES | Tempo de espera | | | | | |
|----------------------------|-----------------|----------------|----------------|--------------------|---------|----------|
| | <1 mês | 1 a 3 meses | 4 a 6 meses | 7 meses a 1 ano | + 1 ano | Não Sabe |
| 1) Oftalmologia | | | | | | |
| 2) Otorrinolaringologia | | | | | | |
| 3) Ortopedia | | | | | | |
| 4) Gastroenterologia | | | | | | |
| 5) Cardiologia | | | | | | |
| 6) Neurologia | | | | | | |
| 7) Psiquiatria | | | | | | |
| 8) Fisioterapia | | | | | | |

III. 3. Recepção e acolhimento

44. O fluxo de atendimento à demanda espontânea (pacientes “extras”) **regularmente** é definido a partir do seguinte processo:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras Quais: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

45. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento direto para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

46. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados ou extras) **nos últimos três meses** foi:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 100% de pacientes agendados
- 2) 30% de pacientes agendados e 70% de não agendados
- 3) 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados
- 4) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
- 5) 100% de pacientes não agendados
- 6) Informação não disponível

47. As consultas médicas são agendadas:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

48. Quando um usuário procura a Unidade para agendar consulta médica o **tempo médio** de espera entre o agendamento e a realização da consulta é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Até 1 semana
- 2) Entre 7 e 30 dias

- 3) Entre 1 e 3 meses
- 4) 4 meses ou mais
- 5) Realizada no mesmo dia, trabalhamos com demanda espontânea

III. 4. Saúde da Mulher

49. As ações **regularmente** desenvolvidas voltadas à saúde da mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pré-natal
- 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
- 3) Prevenção e controle das DST e Aids
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 6) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 7) Detecção precoce de câncer de mama
- 8) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher

50. O exame de papanicolaou (citologia oncótica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é **rotineiramente** oferecido:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na unidade
- 3) Uma vez ao ano para todas as mulheres entre 25-59 anos atendidas
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-59 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou em mulheres entre 25-59 anos, com dois exames anteriores normais
- 6) Outro Qual: _____
- 7) Serviço não realiza esse exame

51. A coleta do Papanicolaou é oferecida pelo serviço:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Todos os dias
- 2) Uma vez por semana

- 3) Duas ou mais vezes por semana
- 4) A cada 15 dias
- 5) Uma vez por mês
- 6) Depende da disponibilidade dos profissionais
- 7) Não realiza esse exame

52. Os resultados do exame de Papanicolaou são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquivados nos prontuários ou em caixas e avaliados quando a paciente comparece à consulta
- 2) Checados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 3) Registrados em livro ou fichas de controle, arquivados, e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 4) Outras Quais: _____
- 5) Não realiza esse exame

53. O **exame clínico de mama** (ECM) para a detecção precoce do câncer é oferecido de acordo com os seguintes **critérios**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Uma vez ao ano, para todas mulheres a partir dos 40 anos
- 2) Quando há queixas da paciente em relação à mama
- 3) Nas consultas ginecológicas de rotina
- 4) Quando realiza a coleta do exame de Papanicolaou
- 5) Durante campanhas ou mutirões
- 6) Somente quando a paciente solicita o exame
- 7) Não é realizado na Unidade

54. A **solicitação** de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 2) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais com exame clínico de mama alterado
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais sem alteração de exame ou fatores de risco
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) Para todas as pacientes que solicitem exame

6) Anualmente, a partir de 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos ou outros fatores de risco predisponentes

7) Esse exame não é solicitado

55. Quando o resultado do teste de gravidez é entregue para a paciente:

Assinale apenas uma alternativa

1) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) à paciente e faz o agendamento do pré natal, se for o caso

2) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contracepção, a depender do caso

3) A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários

4) Os resultados de teste de gravidez são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame

56. Após o diagnóstico de gravidez, as primeiras ações de pré natal são preferencialmente realizadas:

Assinale apenas uma alternativa

1) Imediatamente, por profissional médico ou de enfermagem

2) Por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem

3) Essa Unidade não realiza Pré Natal

57. A proporção média de gestantes com início do pré natal no **1º trimestre** é:

Assinale apenas uma alternativa

1) 90% ou mais

2) Entre 90% 80%

3) Entre 80% e 60%

4) menos de 60%

5) A unidade não dispõe destas informações

58. Qual é a média de consultas de Pré Natal de baixo risco por gestante no último ano?

Assinale apenas uma alternativa

1) Até 5 consultas

2) Entre 6 e 7 consultas

3) 8 consultas ou mais

- 4) A Unidade não dispõe dessas informações
5) Não realiza o pré natal

59. Os exames solicitados de rotina para **todas** as gestantes durante o Pré Natal de baixo risco são:

Assinale uma ou mais alternativas

| EXAMES | 1º TRIMESTRE | 2º TRIMESTRE | 3º TRIMESTRE |
|--|--------------|--------------|--------------|
| 1) Hemograma completo | | | |
| 2) Eritrograma (Hb e Ht) | | | |
| 3) Urina I | | | |
| 4) Urocultura | | | |
| 5) Teste rápido de proteinúria | | | |
| 6) Tipagem sanguínea | | | |
| 7) Coombs indireto caso Rh negativo | | | |
| 8) Teste rápido para sífilis | | | |
| 9) Sorologia para Sífilis | | | |
| 10) Teste rápido para HIV | | | |
| 11) Sorologia para HIV | | | |
| 12) Sorologia para Rubéola | | | |
| 13) Sorologia para toxoplasmose | | | |
| 14) Sorologia para hepatite B | | | |
| 15) Glicemia de jejum | | | |
| 16) Teste de intolerância à glicose | | | |
| 17) Ferro sérico | | | |
| 18) Uréia | | | |
| 19) Creatinina | | | |
| 20) TGO, TGP | | | |
| 21) Ultra-Som obstétrico | | | |
| 22) Papanicolaou (colpocitologia oncológica) | | | |
| 23) Bacterioscopia da secreção vaginal | | | |
| 24) Outros | | | |
| Quais: _____ | | | |
| 25) Não são solicitados exames nesta Unidade | | | |

| |
|-----------------------------|
| 26) Não realiza o pré natal |
|-----------------------------|

60. As ações **regularmente** desenvolvidas no atendimento de pré natal abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Práticas alimentares saudáveis e atividade física
- 3) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Avaliação das condições de trabalho
- 6) Escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais
- 7) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico
- 8) Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante e com preenchimento da Ficha Perinatal
- 9) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 10) Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico
- 11) Identificação das gestantes de alto risco
- 12) Orientações e estímulo ao aleitamento materno
- 13) Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico
- 14) Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes
- 15) Não realiza o pré natal

61. No caso de gestação de alto risco, a gestante é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência retornando à unidade após o parto
- 2) Acompanhada na unidade por falta de serviços de referência
- 3) Acompanhada na unidade que é responsável pelos seguimentos de baixo e alto risco
- 4) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade
- 5) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

62. Nos casos de gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 4) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

63. Nos casos de gestante com HIV positivo, o Pré Natal é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Somente na unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

64. O atendimento no puerpério imediato (até 10 dias após o parto) é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na maternidade que realizou o parto ou em maternidade de referência
- 2) Na unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal
- 3) Na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar e/ou por visita domiciliar
- 4) Na maternidade que realizou o parto e na unidade de saúde com agendamento prévio
- 6) Na unidade, quando a usuária procurar
- 7) Realizado durante visitas domiciliares programadas
- 8) Não é realizada de rotina

65. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de **puerpério imediato (até 10 dias após o parto)** na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)
- 2) Histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)
- 3) Presença de intercorrências pós parto (febre, hemorragia, aumento da pressão arterial, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (frequência e duração das mamadas, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Suplementação de Ferro
- 6) Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)

- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 9) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, teste do pezinho, testes do olhinho e orelhinha)
- 10) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 12) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 13) Orientações sobre alimentação
- 14) A unidade não realiza consulta de puerpério imediato

66. As ações **regularmente** desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade
- 2) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 7) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 8) A unidade não realiza consulta de puerpério tardio

67. Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

68. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da violência contra a mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas

- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

69. Em caso de detecção da violência contra mulher são realizados os seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação compulsória
- 4) Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro Quais: _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III. 5. Saúde da Criança e do Adolescente

70. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)
- 2) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 3) Orientação sobre aleitamento materno
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contra indicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)
- 5) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)
- 6) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, entre outros)
- 7) Vacinação
- 8) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor

- 9) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 10) Realização de espelho (cópia) em prontuário da caderneta da criança
- 11) Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição obesidade)
- 12) Vigilância de trabalho infantil
- 13) Saúde Bucal
- 14) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, entre outros)
- 15) Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)
- 16) Orientação para prevenção de acidentes
- 17) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 18) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 19) Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual
- 20) Não atende crianças

71. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para a SAÚDE DA CRIANÇA são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Instituições para crianças (creche, escolas, entre outros)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

72. O **primeiro atendimento** de um recém-nascido (RN) é mais frequentemente AGENDADO:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 4) Na última consulta de pré-natal
- 5) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento

8) Não atende crianças

73. O atendimento de rotina da criança é realizado por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Consulta médica agendada segundo calendário de consultas mínimas
- 2) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais
- 3) Somente a partir de demanda da mãe ou responsáveis
- 4) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais e em grupo com as mães e/ou pais
- 5) Não atende crianças

74. As atividades realizadas na Unidade de rotina com ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 5) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 6) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 7) Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual
- 8) Prevenção de obesidade
- 9) Atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 12) Outros Quais: _____

75. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para os ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outros)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)

- 6) Espaços comunitários, como quadras
- 7) Outros Quais: _____
- 8) Não desenvolve atividade planejadas para adolescentes
- 9) Não atende adolescentes

76. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra crianças e adolescentes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Não sabe informar
- 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- 10) Não atende crianças e adolescentes

77. Em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

78. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto abordam os seguintes **agravos ou problemas de saúde**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos
- 2) Diabetes
- 3) Hipertensão
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, entre outros)
- 7) Prevenção de câncer de próstata
- 8) Alcoolismo / Drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, entre outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Outras doenças respiratórias (asma, entre outras)
- 13) Identificação de pessoas com necessidades de prótese dentária
- 14) Violência doméstica
- 15) Saúde do trabalhador
- 16) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, entre outros)
- 17) Diagnóstico e tratamento DST
- 18) Diagnóstico e tratamento de aids
- 19) Testagem e Aconselhamento de DST, aids e hepatites virais
- 20) Outros Quais: _____
- 21) Não atendemos adultos

79. As ações de rotina para portadores de condições crônicas (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos e conforme necessidade dos pacientes
- 3) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 4) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 5) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento

- 6) Orientação de atividades físicas
- 7) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, entre outros)
- 8) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 9) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 10) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 11) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

80. Para os **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa, sempre que indicado
- 8) Avaliação de risco cardiovascular para introdução de terapêutica medicamentosa
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) A Unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial

81. Exames solicitados de rotina para **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG

- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

82. Para os **PORTADORES DE DIABETES TIPO II**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 8) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 9) Fornecimento do glicosímetro
- 10) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 11) Orientação de atividade física
- 12) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 13) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

83. Exames solicitados de rotina para **PORTADORES DE DIABETES TIPO II**, são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada a cada 3 meses até alcançar controle, depois a cada 6 meses
- 8) Exame de fundo de olhos
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

84. Os medicamentos disponíveis na Unidade para hipertensão e diabetes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Hidroclorotiazida
- 2) Furosemida
- 3) Espironolactona
- 4) Manitol
- 5) Atenolol
- 6) Propanolol
- 7) Metildopa
- 8) Succinato de metoprolol
- 9) Besilato de anlodipino
- 10) Cloridrato de verapamil
- 11) Cloridrato de hidralazina
- 12) Nitroprusseto de sódio
- 13) Captopril
- 14) Enalapril
- 15) Insulina NPH
- 16) Insulina Regular
- 17) Metformina
- 18) Glibenclamida
- 19) Outros principais Quais _____
- 20) Ocorre falta eventual de medicamentos
- 21) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

85. Para os portadores de condições crônicas considerados “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria unidade
- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Realiza busca ativa
- 4) Realiza visita domiciliar
- 5) Discute alternativas de abordagem em equipe
- 6) Discute o caso com supervisão externa
- 7) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 8) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 9) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

86. As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação cognitiva (demências)
- 2) Quadros depressivos na velhice
- 3) Avaliação funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 4) Prevenção de quedas
- 5) Alimentação e Nutrição
- 6) Incontinência Urinária
- 7) Prática Corporal e Atividade Física
- 8) Sexualidade e DST/aids
- 9) Menopausa e Andropausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Direitos da Pessoa Idosa
- 12) Violência contra a Pessoa Idosa
- 13) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 14) Atenção domiciliar
- 15) Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência
- 16) Identificação e orientação de cuidadores (formal ou familiar)
- 17) Identificação de adoecimento causado pelo trabalho
- 18) Não existem atividades específicas para idosos

87. Na atenção ao idoso a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos ligados à igreja
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da unidade

88. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra idosos são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Não sabe informar
- 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- 10) Não atende idosos

89. Em caso de detecção da violência contra idosos são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 4) Denúncia à autoridade policial
- 5) Notificação Compulsória
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

90. As ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)
- 2) Investigação da rede de apoio social
- 3) Suporte informativo aos cuidadores

- 4) Avaliação do estresse do cuidador
- 5) Detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar
- 6) Grupo de apoio aos cuidadores
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

91. As ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, entre outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva
- 10) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 11) Atenção à família em caso de óbito
- 12) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, entre outros)
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

92. Na Atenção à Saúde Mental a Unidade Básica de Saúde conta com o apoio Municipal ou Regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (ex: A.A, N.A, ...)
- 2) Grupos de Igreja
- 3) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 4) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 5) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 6) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- 7) CAPS AD III infanto-juvenil- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 8) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 9) SRT – Serviço Residenciais Terapêuticos

- 10) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 11) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 12) Unidade de Acolhimento
- 13) Programa de Volta para Casa
- 14) Consultório na Rua
- 15) República para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

93. As ações realizadas em casos de **alcoolismo** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, AA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

94. As ações realizadas em casos uso abusivo de **outras drogas** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência

- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, NA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

95. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica para avaliação clínica
- 3) Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social
- 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 6) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
- 7) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 8) Não realizamos atendimento dessa população específica

96. O controle do uso continuado (crônico) de benzodiazepínicos é realizado por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia os casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

97. As ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem nesta unidade abordam os seguintes temas, agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) Prevenção de DST/ aids
- 3) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 4) Paternidade e relações familiares

- 5) Acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 6) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 7) Vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência
- 8) Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias
- 9) Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina
- 10) Prevenção e educação sobre impotência (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, quedas de testosterona, acidentados, entre outros)
- 11) Atenção e orientações sobre andropausa
- 12) Atenção à saúde mental
- 13) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

III. 2. Ações programadas para agravos e condições específicas

98. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: tuberculose, sífilis, meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, entre outros), a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de notificação compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários **na unidade**
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção **na comunidade**
- 6) Outro Qual _____
- 7) Não realiza nenhuma atividade

99. As ações realizadas em **caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis** (DST) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Tratamento sintomático
- 3) Aconselhamento pré teste
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para Hepatites virais
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Coleta de sorologia para HIV e sífilis

- 8) Coleta de sorologia para hepatites virais
- 9) Investigação etiológica e tratamento na unidade
- 10) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 11) Encaminhamento para serviço de referência
- 12) A Unidade não atende DST/AIDS

100. Em caso de resultado **POSITIVO** de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário enquanto aguarda comparecimento do paciente
- 2) Notificação e informação do resultado positivo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email), encaminhamento para unidade de referência em DST e aids
- 3) Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com os parceiros; acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado
- 4) Encaminha para unidade de referência
- 5) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

101. Em caso de resultado **NEGATIVO** para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C a Unidade realiza:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição, caso ele tenha interesse em saber
- 2) Aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo)
- 3) Informação do resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 4) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

102. Com relação à atenção aos casos de tuberculose a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares

- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
- 11) Notificação epidemiológica
- 12) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose

103. Com relação à atenção aos casos de **Hanseníase** a Unidade realiza:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação epidemiológica
- 12) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase

104. Na atenção a pessoas com **deficiências – PCD** (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais), são desenvolvidas as seguintes ações:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência

10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade

11) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais

105. As ações realizadas pela Unidade para atenção à Saúde do Trabalhador são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Assistência ao trabalhador

2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas

3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento

5) Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho

6) Encaminhamento para serviços de referência

7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador

8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho

9) Orientações quanto aos direitos sociais

10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela

11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

106. No caso de acidentes com material biológico com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfuro cortante - as condutas tomadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido

2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos

3) Coleta de sorologia para HIV do profissional acidentado

4) Coleta de sorologia para hepatite B do profissional acidentado

5) Coleta de sorologia para hepatite C do profissional acidentado

6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado

7) Teste rápido para hepatite B do profissional acidentado

8) Teste rápido para hepatite C profissional acidentado

9) Coleta de sorologia para HIV do paciente fonte

10) Coleta de sorologia para hepatite B do paciente fonte

11) Coleta de sorologia para hepatite C do paciente fonte

12) Teste rápido para HIV do paciente fonte

13) Teste rápido para hepatite B paciente fonte

14) Teste rápido para hepatite C paciente fonte

- 15) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 16) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 17) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (Sinan)
- 18) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 19) Encaminhamento para serviço de referência
- 20) Nenhuma das condutas anteriores

III. 8. Saúde Bucal

107. O público alvo do atendimento odontológico é:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês
- 3) Todas as crianças com até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Idosos (> 60 anos)
- 6) Pronto atendimento para queixas agudas
- 7) Pacientes acamados
- 8) Todos os pacientes atendidos na Unidade
- 9) Outros Quais: _____
- 10) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

108. As **atividades** desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento clínico individual para queixas agudas
- 2) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 3) Educação em saúde bucal dentro da Unidade
- 4) Educação em saúde bucal em escolas
- 5) Educação em saúde bucal em creches
- 6) Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade
- 7) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 8) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

109. Os **procedimentos** para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de saúde bucal da Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Drenagem de abscesso
- 2) Sutura
- 3) Extração de dente
- 4) Frenectomia
- 5) Remoção de cistos
- 6) Acesso à polpa dentária
- 7) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 8) Aplicação tópica de flúor
- 9) Restauração de amálgama
- 10) Restauração com resina composta
- 11) Pulpotomia
- 12) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
- 13) Tratamento de alveolite
- 14) Ulotomia/Ulectomia
- 15) Cimentação de prótese
- 16) Outro Qual: _____
- 17) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV PERFIL DE ATIVIDADES

110. As **atividades de rotina** realizadas pelo **dentista** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de saúde bucal
- 4) Consulta de seguimento programático (gestantes, crianças, entre outros)
- 5) Atendimento de urgências
- 6) Atendimento de livre demanda
- 7) Pequenas cirurgias ambulatoriais
- 8) Gerenciamento dos insumos de saúde bucal
- 9) Visita domiciliar
- 10) Participação nas reuniões de equipe
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 13) Participação em outros grupos programáticos (gestante, outros)

- 14) Ações de educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 15) Atestado para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 17) Supervisão do técnico/auxiliar de saúde bucal
- 18) Atividades de educação permanente da equipe da unidade
- 19) Atividades de educação permanente da equipe de saúde bucal
- 20) Uso de ficha específica de atendimento
- 21) Registro de atendimentos em prontuário
- 22) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 23) Encaminhamento para serviços de referência
- 24) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 25) Outros Quais _____
- 26) Esse serviço não dispõe desse profissional

111. As atividades realizadas pelo **auxiliar/técnico de saúde bucal** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do consultório
- 4) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 5) Educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 6) Participação nas reuniões de equipe
- 7) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente
- 8) Auxílio e instrumentalização do cirurgião dentista em intervenções clínicas
- 9) Descarte de produtos e resíduos odontológicos (biossegurança)
- 10) Esse serviço não dispõe desse profissional

112. As **atividades de rotina** realizadas pelo **enfermeiro** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta de enfermagem de casos “extras” (não agendados)
- 3) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, DST e outros)
- 4) Orientações gerais para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros
- 5) Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido
- 6) Orientação para o uso correto de medicamentos

- 7) Coleta de citologia oncótica
- 8) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 9) Aconselhamento em DST/Aids
- 10) Grupos educativos/assistências
- 11) Visita domiciliar
- 12) Atendimento de urgência e emergência
- 13) Notificação epidemiológica
- 14) Gerenciamento da unidade
- 15) Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 17) Participação das reuniões de equipe multiprofissional
- 18) Avaliação dos faltosos em consulta
- 19) Atividades de educação permanente da equipe
- 20) Registro de seus atendimentos em prontuário
- 21) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 22) Outros Quais _____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

113. As atividades de rotina realizada pelo **auxiliar/técnico de enfermagem** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Aplicação de vacina
- 4) Orientação e acompanhamento do cartão de vacina
- 5) Aplicação de medicamentos
- 6) Curativos
- 7) Agendamento de consultas na Unidade
- 8) Aferição de peso, altura, temperatura, pressão arterial
- 9) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- 10) Verificação de queixas agudas que exijam atendimento prioritário
- 11) Agendamento de exames e consultas
- 12) Orientação sobre o uso de preservativos
- 13) Orientação para coleta de exames
- 14) Orientação sobre prevenção de câncer de mamas
- 15) Orientação sobre o uso da medicação
- 16) Orientações nutricionais e dietéticas

- 17) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento
- 18) Grupos educativos/assistenciais
- 19) Visita domiciliar
- 20) Procedimentos para pacientes acamados
- 21) Convocação de faltosos
- 22) Outros Quais _____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

114. As atividades de rotina realizadas pelo **agente comunitário de saúde** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência
- 2) Atividades de educação em saúde
- 3) Visita Domiciliar
- 4) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 5) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 6) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 7) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 8) Identificação de casos de violência intradomiciliar
- 9) Entrega de fichas de encaminhamento
- 10) Agendamento de consultas na Unidade
- 11) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal
- 12) Captação de crianças menores de um ano
- 13) Busca ativa para vacinação
- 14) Busca ativa de hipertensos e diabéticos
- 15) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 16) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 17) Identificação e orientação de usuários acamados
- 18) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 19) Outros Quais _____
- 20) Esse serviço não dispõe desse profissional

115. As **atividades de rotina** realizadas pelo(s) **médico(s)** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)

- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 4) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, entre outros)
- 5) Atendimento e estabilização de casos de urgência/ emergência
- 6) Aconselhamento em DST/Aids
- 7) Grupos educativos/assistenciais
- 8) Visita domiciliar
- 9) Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagem de abscesso, remoção de corpo estranho e outros)
- 10) Notificação epidemiológica
- 11) Atestado médico para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 12) Participação nas reuniões de equipe
- 13) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 14) Atividades de educação permanente da equipe
- 15) Registro de atendimento em prontuário
- 16) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 17) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 18) Outros Quais _____
- 19) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A gerência local da Unidade é exercida por:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro Profissional Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

117. A carga horária do gerente na Unidade é de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais
- 2) 30 horas semanais
- 3) 20 horas semanais

4) Outra Qual: _____

5) Essa Unidade não tem gerente

118. O relacionamento **predominante** da Unidade com o nível central (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

119. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

120. Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas da Unidade
- 3) Escala de pessoal
- 4) Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações
- 5) Atualizações técnicas
- 6) Conflitos interpessoais
- 7) Discussão de casos
- 8) Planejamento de ações
- 9) Outros Qual: _____
- 10) Não ocorreram reuniões

121. Os profissionais que participaram de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Médicos
- 2) Enfermeiros
- 3) Dentistas
- 4) Auxiliares/ Técnico de Enfermagem
- 5) Auxiliares/Técnico de Higiene Dental
- 6) Agentes Comunitários
- 7) Pessoal Administrativo
- 8) Outros profissionais Quais: _____
- 9) Nenhuma Categoria

122. Os principais temas abordados nas estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) DST e Aids
- 4) Saúde da Criança
- 5) Saúde do Homem
- 6) Saúde do Idoso
- 7) Saúde Mental
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros Quais: _____
- 11) Não realizou atividades

123. Os principais temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da Unidade, no último ano foram:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O conselho atual não se reúne
- 2) Problemas relativos ao atendimento
- 3) Diagnóstico e priorização dos problemas do território

- 4) Planejamento de atividades educativas na comunidade
- 5) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
- 6) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- 7) A Conferência Municipal de Saúde
- 8) Preocupações com acesso e direitos diferenciados dos conselheiros
- 9) Não existe conselho de saúde na Unidade

124. As reclamações de usuários podem ser encaminhadas por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho de gestão local)
- 7) Conselho Municipal de Saúde
- 8) Diretamente com o nível central
- 9) Outros Qual _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

125. Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Não-cumprimento do horário médico
- 3) Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- 4) Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário
- 5) Falta de compromisso dos profissionais médicos
- 6) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
- 7) Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- 8) Falta de realização de um trabalho em equipe
- 9) Necessidade de informatizar o registro de dados
- 10) Falta de medicamentos
- 11) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura (como suporte técnico, incentivos financeiros, plano de carreira, entre outros)

- 12) Falta de mobilização da comunidade
- 13) Excesso de demanda
- 14) Inadequação da postura dos usuários
- 15) A má remuneração dos profissionais
- 16) Falta de recursos humanos
- 17) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 18) Falta de retaguarda de serviços especializados para referência
- 19) Falta de contra referência por parte dos serviços especializados
- 20) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 21) Outros
- 22) Não existem obstáculos importantes

126. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Somente pelo Gerente da Unidade
- 2) Pelo Gerente e pelos médicos
- 3) Pela equipe toda de profissionais
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Pelo Secretário (a) Municipal de Saúde
- 6) Outros Quais: _____

Anexo 3. Autorização Diretoria Regional de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE – DRS VI BAURU
RUA QUINTINO BOCAIUVA, 5-45 – BAURU/SP.
FONE: (14) 3235 0150 – FAX: 3235 0221
C. ELETRÔNICO: drs6@saude.sp.gov.br

DECLARAÇÃO

DECLARO que tenho ciência do desenvolvimento do Projeto "Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional" aprovado no edital universal do Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo Nº 485848/2012-0), na qual será aplicado na RRAS 09 em 2014 e autorizo através de análise dos dados o desenvolvimento da Pesquisa "Avaliação da qualidade de ações para idosos em serviços de atenção primária no Estado de São Paulo", a ser conduzida pela Nádya Placideli, orientada pela Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira, junto a esta Entidade.

Bauru, 15 de Setembro de 2014.

Cleise Mei de Souza
Diretor Técnico de Saúde III
Gabinete

Anexo 4. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de ações para idosos em serviços de atenção primária do Estado de São Paulo

Pesquisador: Nádia Placideli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34606814.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 855.404

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de tese de doutorado a ser desenvolvido no Departamento de Saúde Pública. É a segunda vez que é apresentada a esse CEP. Versa sobre o envelhecimento populacional e os cuidados dispensados a essa parcela população nas unidades básicas de saúde do estado de SP (6441 no total). Será utilizada uma amostra de 313 UBS, ao invés das 924 informado anteriormente em relatório anterior. Com a mudança do perfil etário da população, a distribuição das doenças também sofreu impacto, sendo que projeções mostram que as parcelas da população jovem e da idosa se igualarão, o que, indubitavelmente, trará impactos na saúde e nos gastos relacionados. Trata-se de uma avaliação que será realizada mediante respostas de um questionário QUALIAB (119 questões de múltipla escolha e 19 descritivas) que será respondido pelo gerente de cada unidade básica de saúde. Inicialmente, o resultado será quantitativo e após a análise dessas respostas, levantar-se-ão dados qualitativos desses postos de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a qualidade da organização de ações à população de idosos em serviços de atenção

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

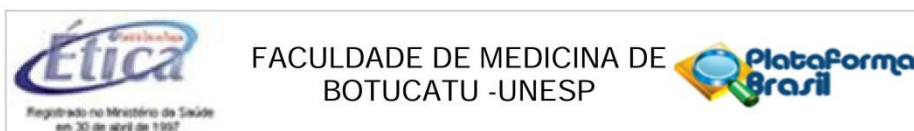
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 855.404

primária à
saúde no estado de São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar e caracterizar os serviços de atenção primária segundo distintos níveis de qualidade na atenção ao idoso no estado de São Paulo;
- Elencar os melhores serviços de atenção primária do estado segundo desenvolvimento de ações para idosos;
- Investigar as principais dificuldades e facilidades encontradas por esses serviços para o desenvolvimento de ações destinadas para idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos.

A princípio, trata-se de um projeto importante que nos dará um diagnóstico da qualidade do atendimento dispensado aos idosos nas unidades de saúde do estado de SP, identificando os problemas e mapeando os problemas, podendo auxiliar na programação de medidas/campanhas a serem adotadas, visibilizando melhorias e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de impacto na medida que pretende diagnosticar os problemas no atendimento ao idoso nas UBS do estado de SP, podendo trazer melhorias no serviço oferecido a população. Ainda, o pesquisador respondeu aos questionamentos feitos em parecer pregresso, informando a respeito dos custos (Bolsa CAPES DOUTORADO) irá custear os gastos que estão estimados em aproximadamente R\$3000,00. Informaram, também que os questionários serão disponibilizados por meio eletrônico, a serem respondidos pelos gerentes das UBSs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos e autorizações anexados ao projeto.

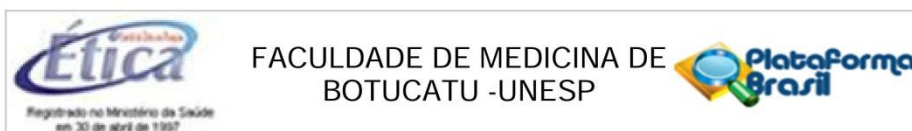
Recomendações:

PENDÊNCIAS RESPONDIDAS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

| | |
|--|--------------------------------------|
| Endereço: Chácara Butignolli, s/n | CEP: 18.618-970 |
| Bairro: Rubião Junior | |
| UF: SP | Município: BOTUCATU |
| Telefone: (14)3880-1608 | E-mail: capellup@fmb.unesp.br |



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 855.404

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 03 de Novembro de 2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP o "Relatório Final de Atividades" ao final do estudo.

BOTUCATU, 03 de Novembro de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU **CEP:** 18.618-970
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Anexo 5. Termo de Adesão Gestor Municipal QualiAB 2014

TERMO DE ADESÃO

O Projeto “*Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional*”, tem por finalidade avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde em quatro estados brasileiro, por meio do questionário QualiAB com questões de múltipla escolha para resposta *on line* pelos gestores dos serviços em conjunto com as equipes das unidades.

Os objetivos gerais da avaliação são: estimular o desenvolvimento de uma cultura avaliativa com o envolvimento dos gestores municipais e equipes locais de saúde e contribuir com o fortalecimento das políticas de Atenção Básica no país.

Espera-se com esse processo obter uma visão geral da organização da atenção primária no país, segundo os profissionais que atuam diretamente na assistência prestada à população, identificando fortalezas e debilidades na estrutura, organização da assistência e gerenciamento local, enquanto dimensões capazes de qualificar a atenção realizada nos serviços.

Para as equipes das unidades básicas de saúde e o gestor municipal, o QualiAB representa um instrumento de avaliação e monitoramento da organização da oferta em cada unidade, e da organização da assistência da rede municipal de atenção básica como um todo.

Os nomes dos profissionais, dos serviços ou dos municípios participantes não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga.

A adesão dos municípios é voluntária e não está associada a nenhuma medida de incentivo fiscal ou financeiro.

Não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e os profissionais, individualmente, não são objetos de nenhum tipo de avaliação. O gestor municipal de saúde assume o compromisso que as informações contidas no questionário em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção de qualquer profissional no serviço.

Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira. Coordenadora do Projeto



Ao clicar em "Eu Aceito" você está concordando com todos os termos descritos no texto acima.

Eu Aceito