



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GERMANA KARLA REGO MOURA

**AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

TERESINA
2018

GERMANA KARLA REGO MOURA

**AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM apresentado à
Coordenação de Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário - UNINOVAFAPI, como requisito
para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de Recursos Humanos na
Atenção à Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira

TERESINA
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

M929a Moura, Germana Karla Rego.

Avaliação do atendimento ao idoso na estratégia saúde da família na visão dos profissionais de saúde / Germana Karla Rego Moura. – Teresina: Uninovafapi, 2018.

Orientador (a): Prof. Dr. Adélia Dalva da Silva Oliveira; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2018.

87. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2018.

1. Atenção primária a saúde. 2. Idoso. 3. Estratégia saúde da família. 4. Profissional de saúde. 5. Avaliação. I. Título. II. Oliveira, Adélia Dalva da Silva.

CDD 610.733

GERMANA KARLA REGO MOURA

**AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM apresentando
à Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da
Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família

APROVADO EM: 27/02/2018

BANCA EXAMINADORA

Adélia Dalva da Silva Oliveira

Profa. Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira – Presidente/Orientadora
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

Ana Maria Ribeiro dos Santos

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida

Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida – 2ª examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

Luana Kelle Batista Moura

Profa. Dra. Luana Kelle Batista Moura – Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus, que me conduziu, amparou e me manteve firme para que eu pudesse concluir essa etapa com êxito, e não somente nestes anos como mestranda, mas em todas as minhas conquistas.

Às minhas filhas Maria Teresa e Maria Helena – fontes inspiradoras, razão de meu aperfeiçoamento como ser humano, energia que me impulsiona a cada amanhecer e que me fazem sorrir até nas situações mais difíceis.

Aos meus amados pais - Edwaldo Moura e Tereza Moura - sempre incansáveis em me proporcionarem as melhores condições e assim realizarem meus maiores sonhos; minha eterna gratidão por tudo que consegui ser hoje, mérito de vocês!

Ao meu esposo Marcello Rufino, pelo amor, paciência, companheirismo e apoio incondicional, pois sem ele não teria concluído este sonho.

Aos meus irmãos Geórgia, Junior, Andre e Daniel pela parceria e amizade.

Agradeço a todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional,

À minha orientadora Prof.^a Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira, pelo suporte - no pouco tempo que lhe coube - pelas suas correções e incentivos.

Aos meus queridos amigos Giovani Farias e Nerinaldo Costa que muito me ajudaram na fase de coleta de dados e aos estagiários, Fernando César, Jhonata e Viviane, que indiretamente, me ajudaram na continuidade da dissertação. Sem vocês, certamente eu não teria conseguido e sou eternamente grata a vocês.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da realização desta etapa profissional, meu muito obrigada!

Aos meus pais, ao meu esposo e em especial às minhas
filhas, fonte estimuladora e amor incondicional!

“Em certa ocasião alguém perguntou a Galileu Galilei:
- Quantos anos tens?
- Oito ou dez, respondeu Galileu, em evidente contradição
com sua barba branca.
E logo explicou:
Tenho na verdade, os anos que me restam de vida, porque
os já vividos não os tenho mais.”
(**Autor Desconhecido**)

RESUMO

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo pautado no trabalho em equipe, que busca priorizar a família em seu território, acolhendo, promovendo ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação. Até a década de 90, não existia política pública de saúde específica voltada ao idoso, apenas assistência privada e praticamente inexistente. A partir de então, as discussões sobre o assunto emergiram na busca de um cenário voltado à essa faixa etária. Embora o Brasil tenha avançado, o cenário atual clama por políticas públicas e programas de atenção específicos, que vão além da imunização e da oferta de medicamento, que considerarem a complexidade das demandas em saúde, as relações entre as equipes de saúde da família, determinando às necessidades de saúde da pessoa idosa. **Objetivo:** Avaliar o atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família na visão dos profissionais da saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa com características *survey*, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os profissionais dessa equipe do município de Parnaíba-PI que prestam assistência primária ao idoso. Para padronização da amostra, foram utilizados os critérios de inclusão (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com mais de 1 ano de atuação). Para caracterização sócio-demográfica foi utilizado um roteiro e para avaliar a visão do profissional o questionário PCAtool Versão Profissional adaptado aos objetivos do estudo preservando seus atributos. Os dados foram coletados no período abril a junho de 2017 e analisados pelo software IBM SPSS Statistic e calculados o escore obtido por cada atributo, o escore essencial e o geral. A pesquisa foi aprovada pelo CEP com parecer 1.993.723. **Resultados:** Dos 105 participantes a maioria era do sexo feminino, com idade entre 26 e 35 anos, com formação técnica em enfermagem acima de 10 anos de atuação. A média dos escores para os atributos acessibilidade (3,4) e coordenação de cuidados (5,7) com classificação ruim. Integralidade dos serviços disponível e Orientação comunitária, classificados como bom, escores de 7,6 e 6,7, respectivamente. Enquanto Integralidade dos serviços prestados (8,4) e orientação familiar (8,1) ambos com classificação muito bom. No entanto, o componente coordenação de informação obteve (9,0) classificação ótima. A média dos escores, geral e essencial, foi de 7,0 e 6,9, respectivamente. **Conclusão:** Foi identificado os pontos indispensáveis para otimizar os atributos, ressaltando a necessidade do envolvimento, da equipe e usuários, no processo de organização da assistência, estimulando-os a aprimorar a qualidade do atendimento. O estudo recomenda a implantação de modelos de assistência voltado para idoso, a fim de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade. Foi constatado a necessidade de estudos voltados para avaliação do atendimento na estratégia na visão do usuário idoso desta região, utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, seguido de comparação com o estudo atual contribuindo ainda mais para evolução da qualidade do serviço da atenção básica. Foi elaborado um vídeo sobre como melhorar os escores dos atributos da APS voltados para o atendimento ao idoso no sentido de proporcionar informações básica sobre o instrumento PCAtool e como ele contribui para evolução da rede de assistência à saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Idoso. Estratégia Saúde da Família. Profissional de Saúde. Avaliação.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy (ESF) is a model based on teamwork, which seeks to prioritize the family in its territory, welcoming, promoting prevention and health promotion actions, without neglecting treatment and rehabilitation. Until the 1990s, there was no specific public health policy for the elderly, only private assistance and practically nonexistent. Since then, the discussions on the subject have emerged in the search for a scenario focused on this age group. Although Brazil has advanced, the current scenario calls for specific public policies and programs that go beyond immunization and drug supply, which take into account the complexity of health demands, the relationships among family health teams, determining to the health needs of the elderly. **Objective:** To evaluate the care given to the elderly in the Family Health Strategy in the view of health professionals. **Methods:** This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach with characteristics survey, carried out in the Basic Units of (UBS), with the professionals of this team from the municipality of Parnaíba-PI who provide primary care to the elderly. For standardization of the sample, the inclusion criteria (doctors, nurses and nursing technicians with more than 1 year of service) were used. For socio-demographic characterization a script was used and to evaluate the professional's view the PCAtool Professional Version questionnaire adapted to the objectives of the study preserving its attributes. The data were collected from April to June 2017 and analyzed by the IBM SPSS Statistic software and the score obtained for each attribute, the essential score and the overall score were calculated. The survey was approved by the CEP with an opinion of 1,993,723. **Results:** Of the 105 participants, the majority were female, aged between 26 and 35 years, with technical training in nursing over 10 years of service. The mean scores for accessibility attributes (3,4) and care coordination (5,7) with poor rating. Integrality of services available and Community Guidance, classified as good, scores of 7.6 and 6.7, respectively. While completeness of services provided (8.4) and family guidance (8.1) both rated very well. However, the information coordination component obtained (9,0) optimal classification. The mean score, general and essential, was 7.0 and 6.9, respectively. **Conclusion:** It was identified the indispensable points to optimize the attributes, emphasizing the necessity of the involvement of the team and users in the process of organization of the assistance, stimulating them to improve the quality of the service. The study recommends the implementation of models of assistance aimed at the elderly, in order to build a more humane, participatory and quality health system. It was verified the need for studies aimed at evaluating care in the strategy in the view of the elderly user of this region, using the same instrument of data collection, followed by comparison with the current study, contributing even more to the evolution of the quality of the primary care service. A video was elaborated on how to improve the scores of the APS attributes directed to the care of the elderly in order to provide basic information about the PCAtool instrument and how it contributes to the evolution of the health care network of the population.

Keywords: Primary Health Care. Old man. Family Health Strategy. Healthcare Professional. Evaluation.

RESUMEN

Introducción: La estrategia de salud de la familia (ESF) es un modelo pautado en el trabajo en equipo, que busca priorizar a la familia en su territorio, acogiendo, promoviendo acciones de prevención y promoción de la salud, sin descuidar el tratamiento y rehabilitación. Hasta la década de los 90, no existía política pública de salud específica dirigida al anciano, sólo asistencia privada y prácticamente inexistente. A partir de entonces, las discusiones sobre el tema emergieron en la búsqueda de un escenario volcado a esa franja etaria. Aunque el Brasil ha avanzado, el escenario actual clama por políticas públicas y programas de atención específicos, que van más allá de la inmunización y de la oferta de medicamentos, que consideren la complejidad de las demandas en salud, las relaciones entre los equipos de salud de la familia, determinando a las necesidades de salud de la persona anciana. **Objeto:** Evaluar la atención al anciano en la Estrategia Salud de la Familia en la visión de los profesionales de la salud. **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cuantitativo con características survey, realizada en las Unidades Básicas (UBS), con los profesionales de ese equipo del municipio de Parnaíba-PI que prestan asistencia primaria al anciano. Para estandarización de la muestra, se utilizaron los criterios de inclusión (médicos, enfermeros y técnicos de enfermería con más de 1 año de actuación). Para caracterización socio-demográfica se utilizó un guión y para evaluar la visión del profesional el cuestionario PCAtool Versión Profesional adaptado a los objetivos del estudio preservando sus atributos. Los datos fueron recolectados en el período abril a junio de 2017 y analizados por el software IBM SPSS Statistic y calculados el puntaje obtenido por cada atributo, el puntaje esencial y el general. La investigación fue aprobada por el CEPcom parecer 1.993.723. **Resultados:** De los 105 participantes la mayoría era del sexo femenino, con edad entre 26 y 35 años, con formación técnica en enfermería superior a 10 años de actuación. La media de los escores para los atributos accesibilidad (3,4) y coordinación de cuidados (5,7) con clasificación mala. Integralidad de los servicios disponibles y Orientación comunitaria, clasificados como buenos, puntuaciones de 7,6 y 6,7, respectivamente. En cuanto integridad de los servicios prestados (8,4) y orientación familiar (8,1) ambos con clasificación muy buena. Sin embargo, el componente de coordinación de información obtuvo (9,0) clasificación óptima. La media de los escores, general y esencial, fue de 7,0 y 6,9, respectivamente. **Conclusión:** Se identificaron los puntos indispensables para optimizar los atributos, resaltando la necesidad del involucramiento, del equipo y usuarios, en el proceso de organización de la asistencia, estimulándolos a mejorar la calidad de la atención. El estudio recomienda la implantación de modelos de asistencia para ancianos, a fin de construir un sistema de salud más humano, participativo y de calidad. Se constató la necesidad de estudios orientados a la evaluación de la atención en la estrategia en la visión del usuario anciano de esta región, utilizando el mismo instrumento de recolección de datos, seguido de comparación con el estudio actual contribuyendo aún más a la evolución de la calidad del servicio de la atención básica. Se elaboró un vídeo sobre cómo mejorar los escores de los atributos de la APS dirigidos a la atención al anciano en el sentido de proporcionar informaciones básicas sobre el instrumento PCatool y cómo contribuye a la evolución de la red de asistencia a la salud de la población.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Ancianos. Estrategia Salud de la Familia; Profesional de salud. Evaluación.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Contextualização do problema	10
1.2	Objetivos.	12
1.3	Justificativa e relevância	12
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	14
2.1	Atenção primária a saúde voltada às necessidades dos idosos	14
2.2	Estratégia de Saúde da Família	16
2.3	Atributos da atenção primária	18
2.3.1	Acesso de primeiro contato – acessibilidade	20
2.3.2	Longitudinalidade	21
2.3.3	Integralidade	22
2.3.4	Coordenação	23
2.3.5	Orientação familiar	25
2.3.6	Orientação comunitária	25
2.4	Instrumento de avaliação da atenção primária PCA tool	26
3	MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1	Tipo do estudo	29
3.2	Local do estudo	29
3.3	População e amostra	30
3.4	Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados	31
3.5	Processamento e análise dos dados	32
3.6	Aspectos éticos e legais	33
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	Manuscrito: Avaliação do Atendimento ao Idoso na Estratégia Saúdeda Família na Visão Dos Profissionais de Saúde	34
4.2	Produto: Atendimento ao idoso pela Estratégia Saúde da Família - Vídeo informativo	61
5	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	73
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A Atenção Primária à Saúde (APS) designada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Atenção Básica à Saúde (ABS) apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção da saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua, sistematizada e integral, compreendida em duas dimensões, quer na perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, quer na visão holística do ser humano biopsicossocial, precisa ocupar lugar de destaque na oferta dos cuidados em saúde. Entretanto, ainda que tenha experimentado uma série de avanços, ainda enfrenta problemas, consolidação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à APS, permanece o grande desafio à garantia da integralidade no cuidado ao idoso (AQUINO et al., 2014; MEDEIROS, et al., 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo pautado no trabalho em equipe, que busca priorizar a família em seu território, acolhendo e criando vínculos, promovendo ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, na manutenção da saúde de sua comunidade. A equipe da ESF é multiprofissional e torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a idéia interdisciplinar permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários) (GARUZI et al., 2014; BRASIL, 2012).

No tocante à saúde do idoso, até a década de 1990, não existia política pública de saúde específica para essa população, apenas ações de iniciativa privada. Assistência à saúde do idoso era praticamente inexistente e, a partir de então, as discussões em torno do assunto começaram a emergir na busca de um cenário mais favorável à essa faixa etária.

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil, cujo quantitativo de indivíduos com mais de 60 anos, considerados idosos, tem crescido sobremaneira nas últimas décadas. Estimativas apontam que este grupo etário poderá alcançar cerca de 73,5 milhões de pessoas em até 50 anos, mais do que o triplo do número atual. Esse envelhecimento é um desafio para o SUS, associado ao alto custo do cuidado às condições crônicas vem sendo tema de estudos e pesquisas no âmbito nacional e internacional. O sistema de saúde brasileiro além de englobar a prestação de serviços, instituiu

um sistema complexo responsável por articular e coordenar ações de prevenção e promoção de saúde, bem como de cura e reabilitação. Diferencia-se da rede privada, não só pela gratuidade, mas por englobar atividades que vão além da assistência à saúde. Portanto, devemos considerar que, não somente os determinantes econômicos do cuidado à saúde do idoso pode ser destacado, é importante investigar a natureza e qualidade do serviço prestado pelo sistema de saúde brasileiro (ARAÚJO, VALENÇA; ROCHA, 2012; BORGES; CAMPOS; CASTRO E SILVA, 2015; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016)

No início do século XXI, a sociedade se deparou com uma população envelhecida, o que justifica o investimento no estudo da “Saúde e Envelhecimento”. À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar por mais anos de vida na velhice. Embora o Brasil tenha avançado na consolidação de mecanismos de atenção à saúde do idoso, o cenário atual clama por políticas públicas e programas de atenção específicos, que vão além da imunização e da oferta de medicamento, como a promoção da qualidade vida com hábitos de vida saudável, atividade física, lazer, educação e socialização, não deixando de lado a reabilitação (FERREIRA; DINI, 2011; VERAS et al., 2013; ARAÚJO, VALENÇA e ROCHA, 2012).

Diante da caracterização atual da população mundial e nacional e uma projeção, não muito longínqua, que indica um aumento considerável na faixa acima de 60 anos, importa perceber a dinâmica e a concepção da pessoa idosa numa visão holística, em que a saúde ganha um lugar de destaque. A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento desta população. A saúde é um dos principais objetos de preocupação do idoso, uma vez que o aumento da fragilidade está marcado, existe a diminuição da capacidade funcional e, por conseguinte, o aumento da sua dependência. No entanto, essa inquietude também parte dos profissionais, pois a prevenção dessas alterações decorrentes do envelhecimento é um dos maiores desafios da política social e de saúde destinada a essa população (VERAS, 2009; 2012).

Os profissionais da atenção básica compõem um grande contingente de força de trabalho, no contexto do SUS, sendo, a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria deste. O profissional da saúde deve interagir o manejo de habilidades técnicas e relações interpessoais, com o entender coletivo do processo saúde-doença, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades. O desafio da integralidade

na atenção à população de idosos, ultrapassa os limites da organização dos serviços de saúde. Os idosos são, em geral, percebidos pelos profissionais de saúde de maneira fragmentada, em especialidades clínicas ou grupos de cuidados. Ademais, como apresentam, muitas vezes, múltiplas morbidades e variadas demandas, em virtude disto, torna-se forçoso envolver diferentes áreas médicas. Isto, ironicamente, acaba reforçando, nos profissionais e na própria organização das redes de cuidado, a fragmentação do cuidado, culminando, por vezes, na superespecialização (MEDEIROS et al, 2017).

Quando o usuário se torna co-participante do processo de educação em saúde, tal influência repercute na diminuição dos agravos e no envelhecimento mais saudável. Portanto é necessário conhecer de forma mais aprofundada a população atendida pela equipe da ESF, a qual tem entre seus objetivos ampliar os serviços de saúde, rediscutindo as ações educativas numa perspectiva dialógica, emancipadora e participativa (RETICENA et al., 2015).

Neste sentido surgiu a necessidade de pesquisar sobre o atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família por meio da questão norteadora: qual a avaliação do atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família na visão dos profissionais da saúde?

1.2 Objetivos

- Avaliar o atendimento ao idoso na Estratégia Saúde da Família na visão dos profissionais da saúde.
- Identificar as características sócio-demográficas da amostra do estudo com relação idade, sexo, formação, pós formação e tempo de atuação na área.
- Classificar as avaliações dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família quanto a média dos escores da acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária.
- Verificar se os atributos da atenção primária, obtidos com a aplicação do questionário, condizem com os preceitos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.
- Produzir um vídeo educativo com resultados da presente pesquisa para enviar aos profissionais das ESF com vistas do atendimento à população idosa.

1.3 Justificativa e relevância

Os profissionais da atenção básica da saúde formam um ponto chave no atendimento à população idosa assistida pela ESF. Esses profissionais são à base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria do serviço. Possuem formações variadas, têm como função e objetivo apoiar a inserção da estratégia na rede de serviços, aumentarem a resolutividade e reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde. Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social. Essa proposta constitui-se em um importante desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial atual e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética.

A vivência e atuação profissional na atenção primária e secundária da saúde permitem observar a insatisfação por parte dos usuários e dos profissionais ao que diz respeito ao atendimento dentro de vários aspectos. Contudo, surgiu a curiosidade de investigar os aspectos que levam a pontos negativos na qualidade do serviço de atenção na Estratégia de Saúde da Família.

Como método de contribuição para melhoria da qualidade da assistência na atenção primária, observou-se a necessidade de avaliar o atendimento da ESF voltado para essa rede de assistência à saúde do idoso, tendo como projeto inicial a avaliação na visão dos profissionais que atuam neste serviço de assistência básica.

Espera-se que os resultados desta pesquisa promova maior conhecimento aos profissionais da saúde que atuam ou não na atenção primária e consequentemente, contribua com uma melhor assistência a saúde do idoso.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos

A partir da Constituição de 1988 instituiu-se no país um sistema de saúde, o SUS. Em reflexo do movimento da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 tal sistema incorporou os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular. No entanto, somente em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, resolveu aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso e determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde (MS), cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. (BRASIL, 2012)

De acordo com o Ministério da Saúde, o sistema tem como propósito priorizar uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, em que se estrutura a atenção básica que é a principal porta de entrada, a qual busca um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção para suprir as necessidades de saúde dos grupos sociais (BRASIL, 2012).

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo caracteriza a Atenção Básica denominada também de Atenção Primária à Saúde (APS), que abrange ações como promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvidas por equipes multidisciplinares com intuito de resolver os problemas de saúde de maior ocorrência numa determinada região (BRASIL, 2012).

A APS é reconhecida como um componente fundamental dos sistemas de saúde. Baseado nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base, permite alcançar como resultados: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (BRASIL, 2012; OPAS, 2011).

A qualificação da APS é um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde, assim exercer a coordenação do cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados,

intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas as suas necessidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A insuficiente oferta de atenção especializada é um dos fatores limitantes agravada pela baixa integração com prestadores estaduais e a falta de interação pessoal entre generalistas e especialistas, o que corrobora para o maior isolamento entre atenção básica e especializada. Ainda que a coordenação dos cuidados no âmbito gerencial nem sempre tenha revertido em ações concretas, segundo Oliveira e Pereira (2013), isso pode ser melhorada por meio do desenvolvimento de protocolos assistenciais e construção das linhas de cuidado.

Veras e Estevam (2015) ao realizarem uma análise crítica sobre os atuais modelos de atenção à saúde para idosos que têm como foco a promoção e prevenção da saúde, ele construiu um modelo de cuidado ao idoso, com ênfase na prevenção e melhoria assistencial com redução de custos com a mudança de lógica do sistema que cuida da doença nos níveis mais pesados da assistência. Tal modelo explora todas as fases, estruturadas hierarquicamente, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede como a essência dessa lógica, pois afirma que, uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, tendo como ideologia a monitoração da saúde e não da doença, com a intenção postergar afim de que o idoso possa usufruir tempo a mais de vida.

Diante de várias situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente do que é proposto para o adulto, com uma assistência especial. A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, falta ou deficiência ao compartilhar informações, numerosos fármacos, exames e outros procedimentos. Acaba por provocar um forte impacto financeiro em todos os níveis, sobrecarrega o sistema e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida da população (VERAS, et al., 2013; DA SILVEIRA et al., 2016).

Da Silveira *et al* (2016) propõem a estruturação desses serviços na saúde suplementar com base na integralidade, sustentabilidade e qualidade no cuidado ao idoso, focando em seus alicerces primordiais, a avaliação funcional e a atenção primária ao idoso. O modelo é composto por 5 níveis hierarquizados de cuidado – acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico e cuidados complexos de curta e longa duração. O diferencial está nos três primeiros níveis, tendo identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede o cerne deste modelo. A integração de ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou

para as necessidades individuais, permite não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como, também, uma visão global das condições de vida. Afirmar ainda que, a ênfase é conferida aos níveis básicos, com vistas a ofertar condições de promover um envelhecimento ativo, levando em consideração que, nos níveis iniciais concentram mais de 90% da população idosa.

Com tantas sugestões de modelos de linhas de cuidado, o importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Sem a organização do cuidado ao idoso e a elaboração de um Plano de Cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor público ou suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornar entraves para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro (VERAS, 2016).

O SUS tem como diretrizes para o cuidado da pessoa idosa a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral à saúde, com olhar ampliado para questões biopsicossociais, nas relações de vínculo, interação com o profissional de saúde e oferta de cuidados nos diferentes níveis; as ações inter-setoriais visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos que garantam a qualidade da atenção à saúde; o incentivo à participação do controle social; a formação e educação de profissionais de saúde quanto à área de saúde do idoso; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde; e, por fim, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (COUTINHO et al., 2013).

2.2 Estratégia Saúde da Família

Atualmente o nome que se dá a uma das mais bem-sucedidas iniciativas brasileira em saúde nas últimas décadas é ESF. Elaborada em 1993, dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de iniciativas brasileiras e algumas internacionais mais adiantadas (*general practitioner* britânico e o médico de família cubano). Em seus primeiros anos, sob o comando de Brasília, foi implantada nos municípios do “Mapa da Fome”, depois passou a ser aberto nos demais municípios brasileiros ocupando um papel cada vez mais importante no sistema de saúde. Quando os repasses federais para a atenção básica passaram a ser por habitante, e não por número de procedimentos, em 1998, a ESF começou a se expandir vertiginosamente. Um dos grandes diferenciais da Estratégia Saúde da Família é a definição

clara do território e, mais importante, das pessoas sob responsabilidade de cada equipe, fortalecendo assim o vínculo da equipe com a população (FONTENELLE, 2014).

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais (VERAS, 2015).

No contexto da ESF, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à UBS, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social. Cabe a atenção do profissional à mudança do perfil populacional em sua área de abrangência, com o aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários. À esses profissionais é requerida uma atenção especial ao idoso e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o, como apregoa a Estratégia em destaque, com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social (DA SILVEIRA et al, 2016; SILVA, 2010).

Acessibilidade é algo adicional à mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, podendo ser distinta em duas classes: a sócio-organizacional e a geográfica. Representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. Os fatores ligados à classe sócio-organizacional correspondem ao tempo de espera para a marcação de consulta e para o atendimento, facilidade na realização de exames e aquisição de medicamentos, enquanto que, os fatores da classe geográfica relacionam-se à distância da casa ao serviço, considerados atributos essenciais para garantir a qualidade na atenção básica em conjunto com a Educação em Saúde (CUNHA; VIEIRA, 2010; SERAPIONI; SILVA, 2011).

No entanto, o acesso aos serviços de saúde no Brasil tem sido fonte de relato constante na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência. Essas dificuldades podem estar associadas tanto às características do atendimento quanto às barreiras organizacionais e geográficas, contribuindo, na maioria das vezes, para a procura de planos privados de saúde por parte do cidadão (CUNHA; VIEIRA, 2010).

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar.

A avaliação dos cuidados de saúde na atenção primária não é uma atividade simples, mas sim, desafiadora mesmo para países mais desenvolvidos. O Ministério da Saúde, como principal responsável pelo processo de avaliação no campo da APS, desenvolveu um conjunto de iniciativas para a avaliação e o monitoramento dos serviços de saúde, fomentando pesquisas avaliativas específicas, como os estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (BISPO JUNIOR; MARTINS, 2014; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

A compreensão que os profissionais de saúde têm do idoso interfere na maneira de assisti-lo e tratá-lo. Somente conhecendo essa percepção e compreensão é que se pode desenvolver programas de treinamento e rever posturas na estrutura da assistência primária voltada para a saúde do idoso (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

2.3 Atributos da Atenção Primária

A atenção primária formula-se em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

O Decreto Nº 7.508/2011 regulamentou em 28 de Junho de 2011 a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Por meio deste Decreto, o SUS reorganizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituando-as como “conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011,p1).

Segundo a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica, as RAS são constituídas em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, contendo diversos atributos (BRASIL, b, 2012)

Para Mendes, (2010) as organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A APS, segundo Starfield (2002) corresponde ao primeiro nível de atenção do SUS, associa-se ao trabalho de todos os outros níveis organizando o uso dos recursos direcionados à promoção, manutenção e melhoria da saúde. Baseado na concepção sistêmica de Donabedian para avaliar os serviços de APS, à medida que considera aspectos individuais e populacionais para análise da qualidade da atenção, e refere necessidade de distintas abordagens para avaliação da qualidade, incluindo elementos de estrutura, processo e resultados. Neste sentido, por meios de atributos, permite identificar o grau de orientação à APS, comparar sistemas ou tipos de serviços e realizar a associação entre presença de atributos e efetividade da atenção. Para isso, foram elaborados quatro atributos essenciais para avaliação da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação que são os de maior especificidade para a avaliação da APS. Com o escopo de contribuir para o alcance dos atributos exclusivos e potencializar a qualidade da APS, quando se considera a capacidade de interação dos serviços com os indivíduos e com a comunidade, assim, foi elencado os atributos derivativos: “orientação para a comunidade”, “centralidade na família” e “competência cultural” (LIMA, 2016).

O acesso de primeiro contato ou acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação, são os atributos que APS deve apresentar. A acessibilidade tem relação com o cuidado que o serviço deve prestar cada problema de saúde, refletindo na continuidade da utilização desse serviço que a longitudinalidade incluindo uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais. A integralidade é definida pelas ações de promoção, prevenção e recuperação, bem como atenção biopsicossocial pelo serviço e sistema. O ultimo atributo, a coordenação, deve garantir a continuidade da atenção e o reconhecimento dos problemas que necessitam de seguimento constante (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2013).

No tocante aos atributos derivativos tem-se a orientação familiar ou atenção à saúde centrada na família, voltado para o contexto da atenção individual; no contexto coletivo a orientação comunitária que é a prática de reconhecimento, por meio de dados epidemiológicos

e do contato com a comunidade, das necessidades de saúde da população coberta pela APS (STARFIELD, 2002).

2.3.1 Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade

O acesso de primeiro contato corresponde o atributo da Acessibilidade, a porta de entrada do sistema de saúde com utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto as verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010).

Starfield (2002) destaca que a acessibilidade constitui-se no elemento estrutural necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços. Representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado (MENDES *et al.*, 2012).

O acolhimento, entendido por Ferreira et al. (2018) é um conjunto de condutas que se traduz em atitudes tomadas pela equipe profissional e pelos usuários desde a porta de entrada até o final do atendimento e que, tais atitudes, devem servir como uma estratégia para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo e bem estar entre a equipe e o usuário, tendo como resultado a satisfação de ambos envolvidos neste processo.

A Atenção de Primeiro Contato é definida por Lima (2016) como os serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro da saúde, sendo, portanto, a Porta de entrada preferencial do sistema de saúde, segundo Giovanella e Mendonça (2012) o ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.

A principal estratégia para acesso e organização da porta de entrada nas UBS identificada pelos gestores nas UBS brasileiras, após estudo comparativo entre Brasil e Espanha, é o acolhimento, uma forma de articulação entre demandas espontânea e programada, embora não haja padrões ou garantias de tempos máximos para atendimento (ALMEIDA et al., 2013).

Segundo Garuzi *et al* (2014), o acolhimento vem sendo institucionalizado como característica do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e atribuição comum a todos os membros da equipe multiprofissional, além de fortalecer o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualificar a assistência à saúde e humanizar as práticas, favorece a universalização do acesso aos serviços da APS. O acolhimento ainda é compreendido, para

os mesmos autores, como ferramenta essencial para promover vínculo, estimular o autocuidado, ampliar a compreensão do processo saúde-doença e criar corresponsabilização no cuidado em saúde, e destacam a necessidade de valorizar a perspectiva dos usuários para uma qualificação desse acolhimento.

2.3.2 Longitudinalidade

A Longitudinalidade é descrita, segundo o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, como a existência de uma fonte continuada de atenção, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (BRASIL, 2010; STARFIELD, 2002).

A relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde é denominada longitudinalidade temporal, no entanto, sua avaliação é controversa, por ser de longa duração, pode ser considerada relacionamento interpessoal insatisfatório, enquanto um bom relacionamento pode ocorrer em curto período de tempo. Em virtude disso, os estudos sobre longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles (STARFIELD, 2002; BARATIERI; MARCON, 2011).

Ao considerar que a longitudinalidade pode ser entendida no contexto brasileiro como vínculo longitudinal, percebe-se que algumas propostas de mensuração desse atributo em diferentes contextos sócio-sanitários vêm ganhando força no âmbito da pesquisa em APS, e até mesmo em estudos que analisam a compreensão dos profissionais sobre ele, embora sejam poucos aqueles que relatam a busca pela compreensão de como os profissionais que atuam nesse nível de atenção desenvolvem suas práticas de saúde na perspectiva desse vínculo longitudinal (BARATIERI; MARCON, 2011; ARCE; SOUSA, 2014).

A presença deste atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. A formação de profissionais de saúde, quando

desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com diferentes características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade pessoal na ESF (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A existência de uma equipe de apoio às ações na APS possibilita a busca pela resolução dos problemas na própria unidade, fortalecendo, segundo os profissionais, o reconhecimento da população pela unidade enquanto um local para se resolver os diversos problemas de saúde, e, conseqüentemente, tornando-a cada vez mais fonte habitual de atenção (ARCE; SOUSA, 2014).

Para Arce e Sousa (2014) o fortalecimento da relação entre os profissionais e a população, tanto nas diversas ações de saúde, quanto as técnicas oferecidas pelos demais profissionais, caracterizando o compartilhamento do saber técnico específico, é alcançado por meio do trabalho em equipe. Essa relação possibilita a escuta e o diálogo dos profissionais com a população, com base na troca de informações importantes sobre o processo saúde/doença que envolve a vida dos usuários. Assim, segundo Starfield (2002) facilita a efetividade na atenção primária, pois é quando os profissionais aprendem a respeito dos problemas e os usuários aprendem a respeito dos aspectos de sua atenção, a amplitude e a profundidade desse contexto favorecem a interação profissional-usuário.

Vale destacar que a qualidade da assistência prestada repercute na morbimortalidade. Outro aspecto que contribui para a efetivação da AB como redutora das doenças sensíveis parte-se da premissa que a longitudinalidade e a formação profissional influenciam diretamente na qualidade da assistência (ALVES; ANDRADE; SANTOS, 2016).

Quando existe a estabilidade de profissionais e de serviços, observa-se com maior frequência que os tratamentos são completados, são realizadas mais ações de prevenções e conseqüentemente menor proporção de hospitalizações, há mais capacidade dos profissionais em avaliar de forma adequada as necessidades dos usuários, maior integralidade e coordenação do cuidado e concomitantemente maior satisfação desses usuários (CONASS, 2011; MADUREIRA, 2015).

2.3.3 Integralidade

Segundo Giovanella *et al* (2002) a Integralidade é um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência

médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias.

O atributo integralidade corresponde ao leque de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária, oferecendo aos usuários atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades básicas. Os serviços incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros. No entanto, os fatores que frequentemente impedem esse atributo estão mais relacionados a problemas estruturais, que limitam a gama de serviços oferecidos, e a problemas na organização dos serviços (BRASIL, 2010; CONASS, 2011).

O reconhecimento amplo de necessidades, levando em consideração os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde e implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando este se faz necessário (GIOVANELLA et al, 2009).

Segundo Lima (2016) com base na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) o objetivo de uma atenção integral impacta tanto na situação de saúde e autonomia das pessoas, como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Talvez a inovação esteja no aspecto da autonomia dos indivíduos.

Este atributo tem como objetivos garantir o acesso a diversos níveis de atenção, cuja característica básica é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde. Para isto, existe uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Seguindo a linha de pesquisa de Oliveira e Pereira (2013), integralidade do cuidado, centrado no usuário, depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção e, para exercer este atributo, há necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial.

2.3.4 Coordenação

A coordenação entre os níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um desígnio comum, independentemente do local onde sejam prestados. Tem como objetivo ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Conjetura alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010).

Dos quatros atributos fundamentais, a coordenação tem maior importância relativa, pois, sem ela, os demais se tornariam obsoletos e sem operacionalidade, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

É cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. No geral são tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada de forma inadequada, podendo resultar em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva. Os idosos necessitam de cuidados mais complexos e orientações para encontrar seu caminho por meio do sistema de saúde e só terão acesso a esses serviços se existir a coordenação do cuidado, pois este atributo, garante a continuidade da atenção por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2012).

Uma maneira de coordenar o cuidado é utilizando prontuário, instrumento para organizar o atendimento ao usuário. Nos grandes centros urbanos, segundo Madureira (2015), a implantação de um sistema de registro regula o acesso e marcação de consultas e exames e ainda permite monitorar filas, o que propicia à ESF acompanhar o usuário; e ainda os prontuários eletrônicos, permitem a continuidade informacional, facilitando aos profissionais da saúde o preenchimento dos mesmos e o acesso às informações dos usuários. Apesar da existência deste instrumento, seu armazenamento é feito de maneira inadequada, na qual, muitas vezes os dados contidos são perdidos o que mostra a necessidade de uma lista eletrônica desses prontuários.

2.3.5 Orientação Familiar

A orientação familiar é um dos atributos derivados voltados para Atenção à saúde centrada na família. Nesse atributo pondera que, ao avaliar as necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, assim como, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (BRASIL, 2010).

O enfoque familiar acontece mediante as seguintes situações: quando a integralidade fornece uma base para a consideração dos indivíduos dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (ALENCAR et al., 2014).

Para Alencar *et al* (2014) avaliar a qualidade dos serviços, principalmente focando na atenção à saúde centrada na família e na orientação comunitária, constitui-se uma prioridade no atual processo de expansão e consolidação da Estratégia.

Segundo Lima (2016), a centralidade da família no âmbito das políticas sociais é um aspecto que vem sendo observado no Brasil pelo menos desde a década de 1980 e no cenário internacional há algumas décadas atrás, principalmente nos setores de saúde e assistência social. Em 1994 foi criado o modelo “Programa Saúde da Família” compreendida como unidade de atenção. Na reorientação desse modelo assistencial, cabe a equipe multidisciplinar a responsabilidade sobre território e foco de intervenção na família, com vistas a uma atenção continuada, intersetorial, resolutiva e com bases nos princípios da promoção da saúde.

Silva (2010) descreveu a importância de conhecer os fatores de riscos para doenças. A compreensão da dinâmica familiar permite uma melhor abordagem sobre a promoção de saúde, destacando a família como uma unidade de cuidado e a e sua capacidade de compartilhar e resolver seus processos de doença ainda no domicílio e partir das experiências já vivenciadas. Assim o cuidado a ser recebido deve ser individualizado de acordo com o potencial das próprias famílias de exercer um cuidado de mais ou menos qualidade dos seus membros.

Essa compreensão de família influenciando a saúde fornece aos profissionais de saúde a possibilidade de antecipar riscos e utilizá-la como recurso de cuidado, por intermédio de uma parceria profissional de saúde-usuário-família.

2.3.6 Orientação Comunitária

O atributo derivado orientação comunitária tem como definição o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade por intermédio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (BRASIL, 2010).

Por meio de técnicas da medicina clínicas, epidemiologia, ciências sociais, a orientação comunitária pesquisa e avalia o desempenho de algumas tarefas como caracterizar e definir a comunidade; identificar os problemas de saúde, modificar programas e monitorar a efetividade dessas modificações (SILVA, 2010).

Segundo Starfield (2002) a orientação comunitária resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral. Todas as necessidades relacionadas à saúde somente são reconhecidas a partir do seu contexto social. Os pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde por não apresentarem conhecimento suficiente sobre a importância de uma ação preventiva. A avaliação das necessidades de saúde de um paciente ou da família pode ser permitida por meio do entendimento das características de saúde da comunidade e seus recursos disponíveis.

Para avaliar a Orientação Comunitária, requer três tipos de informação: Conhecimento das necessidades de saúde da comunidade; Quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade; Quanto o profissional envolve a comunidade em questões relacionadas à prática. Segundo Stafield (2002) o primeiro pode ser obtido por entrevistas (uso de instrumento) com médico e da comparação estatística de suas respostas com a comunidade. O segundo, também por entrevista, verifica-se as características específicas como o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis. O ultimo tipo de informação é a oferta de uma equipe de aconselhamento à comunidade ou aos pacientes, pesquisas de satisfação do paciente e sugestões para melhoria.

2.4 Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde descrito pela primeira vez em 1966 por Avedis Donabedian, com base nas três dimensões que podem ser utilizadas para avaliar a qualidade dos cuidados; estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, conhecida como a “Tríade Donabedian”. Mais adiante, em 1980 Donabedian publicou a definição da qualidade e abordagens para a sua avaliação. No mesmo sentido, Campbell (2000) descreveu

o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS.

O PCATool foi elaborado por Bárbara Starfield conjuntamente com outros autores no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations na cidade de Baltimore, Maryland (EUA). Esse instrumento, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. (NORMAN; NORMAN, 2013; BRASIL, 2010)

A *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi validado no Brasil e avalia o grau de orientação à APS por meio de seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais ou usuários de serviços de saúde e dirigido às ações de saúde de adultos ou crianças (em versões distintas), refletindo a experiência de grupos distintos (BATISTA et al., 2016).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade. A versão para profissionais continuou em processo de validação em período superior aos demais, no entanto, é possível o uso de uma versão em espelho da versão para Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006 *apud* BRASIL, 2010).

A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. Devido à amplitude própria da Atenção Primária à Saúde, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas. Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise. Outra oportunidade para o uso do PCATool é a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais.

O PCATool permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicado por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos

serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS.

Um editorial especial foi escrito pelo Dr. Juan Gérvas e refletiu a importância de se avaliar a qualidade da atenção primária à saúde (APS) a fim de que ela possa, continuamente, se fortalecer. Em decorrência disso, todos os artigos da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade publicados entre outubro e dezembro de 2013, versam sobre o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, em inglês Primary Care Assessment Tool (PCATool), sua validação, adaptação e aplicação para a APS. (GERVAS, 2013)

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quantitativa com características survey.

O estudo descritivo, segundo Prodanov (2013), é uma pesquisa cujos fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. O *survey* é definido por método de obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, no presente estudo, um questionário. Para Mello (2013) o questionário deve ser administrado pelo pesquisador, que pode enviá-lo aos entrevistados, por meio impresso ou eletrônico, sendo possível oferecer assistência ou não para o preenchimento ou fazer a pesquisa presencialmente ou ainda via telefone.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Parnaíba-PI, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que prestam assistência primária ao paciente idoso.

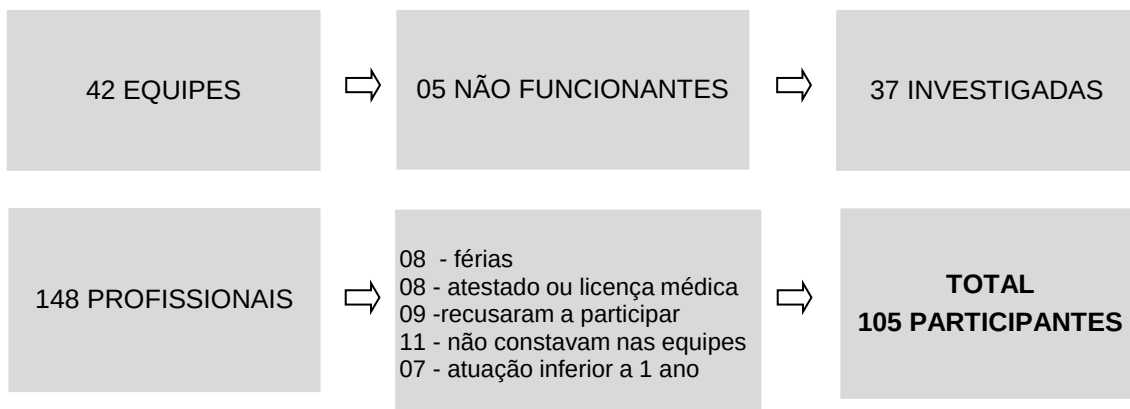
O município possui 41 UBS distribuídas em zona rural e urbana e atuam com 42 equipes da ESF que são identificadas, pela secretaria de saúde, por *módulos*. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde, psicólogo e odontólogo.

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2010) a população total da cidade de Parnaíba-PI é composta por 145.705 habitantes, sendo 15.701 com idade igual ou superior a 60 anos composta por 6.685 homens e 9.016 mulheres, com morbidade hospitalar de 263 e 211, respectivamente. No que diz respeito à atenção primária da saúde, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba-PI, na cidade estão habilitadas e em funcionamento 35 Unidades Básicas de Saúde, com 42 equipes de Estratégia Saúde da Família dos módulos 01 ao 35, distribuídos em suas localidades urbanas e rurais.

3.3 População e amostra

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Superintendência de Atenção Básica de Parnaíba-PI, os profissionais que compõem as equipes Estratégia Saúde da Família e, que correspondem as áreas de atuação escolhidas pela presente pesquisa, estavam passando por processo de remanejamento entre as UBS e as equipes de ESF. No entanto, 05 equipes não estavam em funcionamento, portanto não foram submetidas a esse procedimento. Das outras 37, o que totalizaria 148 participantes, destes, 8 encontravam-se de férias, 8 de atestado ou licença médica, 9 recusaram a participar e 11 não constavam nas equipes, totalizando assim 112 participantes no estudo. Após a seleção foram excluídos da amostra 7 participantes por apresentarem tempo de atuação inferior a 1 ano. (Figura 1)

Figura 1. Fluxograma População/Amostra



As equipes da ESF são compostas por profissionais médicos e não médicos, no entanto, as mesmas não seguem um padrão de formação em comum, há equipes com pelo menos médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde, outras, além destes, são compostas por psicólogos e odontólogos.

Para padronizar a amostra considerou-se os profissionais em comum nas equipes, portanto, foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde da estratégia saúde da família, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, com tempo mínimo de 01 (um) ano de atuação até a coleta de dados da presente pesquisa. Foram excluídos: estagiários ou prestadores de serviço voluntários e profissionais que não eram da saúde, mas que exerciam atividades na unidade básica de saúde alvo da pesquisa.

3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Com a intenção de identificar as características sócio-demográficas da população alvo foi elaborado um roteiro, do qual foram obtidas informações relacionadas a faixa etária, sexo, formação (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem), pós formação e tempo de atuação (APÊNDICE B).

Com o objetivo de avaliar o atendimento ao idoso na visão dos profissionais de saúde foi utilizado um instrumento de coleta de dados adaptado com base no questionário *PCATool – Brasil versão profissional*, que é composto por 77 itens em oito componentes em relação aos atributos da Atenção Primária da Saúde. Trata-se de um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) que apresenta, dentre suas versões, uma auto-aplicável a profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

Ao considerar a complexidade e tamanho do instrumento PCATool Versão profissional do Brasil, foi elaborado um questionário de coleta de dados (APÊNDICE B), uma versão compactada e adaptada a presente pesquisa e de interesse dos autores, preservando todos os atributos e alguns componentes da versão original. Alguns questionamentos foram excluídos pelo fato de coletar dados não existentes sobre o funcionamento da UBS e sobre características da população como: Seu serviço de saúde está aberto sábado e domingo?; Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?; Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?; Sutura de um corte que necessite de pontos?; Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)?; Remoção de unha encravada.?; dentre outros. A decisão de compactar julgou-se necessária para tornar a entrevista mais dinâmica, evitando a desistência por parte do participante, além disso, priorizar componentes mais relevantes a serem avaliados pelo profissional da saúde e que pudessem gerar dados mais resolutivos quanto o real funcionamento das ESF nas UBS. Contudo, o instrumento foi composto por 51 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Constituído por 4 itens.
2. Longitudinalidade. Constituída por 9 itens.
3. Coordenação – Integração de Cuidados. Constituído por 5 itens.
4. Coordenação – Sistema de Informações. Constituído por 3 itens.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis. Constituído por 12 itens.

6. Integralidade – Serviços Prestados. Constituído por 9 itens.
7. Orientação Familiar. Constituído por 3 itens.
8. Orientação Comunitária. Constituído por 6 itens.

3.5 Processamento e análise dos dados

Após a coleta, os dados foram processados por meio do software IBM SPSS 21.0 Statistic. Inicialmente foi feito o levantamento estatístico por meio de uma análise descritiva (frequência, percentual e média) das características sócio-demográficas (idade, sexo, formação, pós-formação e tempo de atuação) e em seguida demonstrado em tabela.

Em seguida foram analisados os dados obtidos por meio do PCatool distribuídos de acordo com os atributos da APS: Essenciais - Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração de Cuidados e Sistema de Informação) e Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados); Derivados - Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Para melhor análise dos componentes por atributo, os padrões de respostas foram renomeados e seus respectivos valores retribuídos com base na escala Likert de acordo com a proposta do instrumento original (PCATOOL Versão profissional do Brasil): “com certeza sim” e “provavelmente sim” foi padronizado como SIM = 4 (de acordo com a escala); “com certeza não” e “provavelmente não” padronizado como NÃO = 1; “não sei, não lembro” padronizado como NÃO SEI ou NÃO QUERO RESPONDER = 9.

Seguindo as orientações do instrumento original para cálculo do escore ao que diz respeito ao atributo Acesso de primeiro contato, no item 4 (A9 na versão original) o valor foi invertido, por ter sido formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Para tanto, os valores para as respostas do item 4 foram formuladas da seguinte maneira: “com certeza sim” e “provavelmente sim” foi padronizado como SIM = 1; “com certeza não” e “provavelmente não” padronizado como NÃO = 4.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente, ou seja, pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens. Escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais com os componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de

componentes. Em seguida os escores foram transformados em escala de 0 a 10, seguindo a fórmula descrita no manual do PCATool [escore obtido – 1(valor mínimo)] x 10/4 (valor máximo) – 1(valor mínimo). Com base no estudo realizado por Lins, Soares e Coelho (2016), para análise e discussão dos dados considerou-se a seguinte classificação dos escores: até 6,5, ruim; de 6,6 até 7,6, bom; de 7,7 até 8,6, muito bom; de 8,7 até 10, ótimo.

3.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi autorizada pela Prefeitura Municipal de Parnaíba e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com número do Parecer 1.993.723 do Centro Universitário UNINOVAFAPI, conforme Resolução nº 466/12 do CNS/MS, que prevê a necessidade de aprovação do CEP da instituição de todos os projetos que envolvem seres humanos (ANEXO A).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, com a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido seguida de assinatura de concordância na participação individualmente, no qual declararam terem sido informados a respeito dos propósitos da pesquisa, concordando em participar espontaneamente da mesma. Para que o anonimato e a confidencialidade dos participantes tenham sido garantidos, não houve identificação dos questionários com nomes dos participantes.

Após a abordagem com explicações sobre os objetivos do estudo, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que obedecem aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, acordado com os requisitos da Resolução 466/2012, ficando garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, a, 2012).

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito a ser submetido a Revista Salud Pública – Colombia

Avaliação do Atendimento ao Idoso na Estratégia Saúde da Família na Visão Dos Profissionais de Saúde

Evaluation of the Elderly Care in Family Health Strategy in the Vision of Health Professionals

Evaluación de la atención al anciano en la estrategia de salud de la familia en la visión de los profesionales de la salud

Germana Karla Rego Moura¹, Adélia Dalva da Silva Oliveira², Camila Aparecida PinheiroLandim Almeida³, Ana Maria Ribeiro dos Santos⁴, Luana Kelle Batista Moura⁵

1 UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil

2 UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil

3 UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil

4 UFPI, Teresina, Piauí, Brasil

5 UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil

RESUMO

Objetivo Investigar a avaliação do atendimento ao idoso na estratégia de saúde da família na visão dos profissionais de saúde.

Métodos Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa com características *survey*, realizada nas Unidades Básicas de Saúde, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família que prestam assistência primária ao paciente idoso. Para padronização da amostra, foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão. A caracterização sócio-demográfica foi realizada por meio de um roteiro e para avaliar a visão do profissional o questionário PCATool Versão Profissional adaptado aos objetivos do estudo preservando seus atributos. A coleta aconteceu no período de abril a julho, a análise e processamentos dos dados no software IBM SPSS 21.0 em julho e agosto de 2017.

Resultados A maioria dos participantes é do sexo feminino, com idade entre 26 e 35 anos, técnicos em enfermagem e, acima de 10 anos de atuação. A média dos escores para os atributos acessibilidade (3,4) e coordenação de cuidados (5,7) apresentaram classificação ruim. O componente coordenação de informação obteve (9,0) classificação ótima. A média dos escores, geral e essencial, foi de 7,0 e 6,9, respectivamente.

Conclusões A avaliação do atendimento ao idoso na visão dos profissionais é importante para diagnosticar a qualidade da assistência e traçar as devidas orientações à atenção primária. Foi identificado os pontos-chaves necessários para otimizar os atributos, ressaltando a necessidade do envolvimento da equipe e usuários no processo de organização da assistência à saúde estimulando-os a melhorar a qualidade do atendimento. O estudo sugere a implantação de modelos de assistência voltados para idoso, a fim de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade.

Descritores: Atenção Primária a Saúde; Idoso; Estratégia Saúde da Família; Profissional de Saúde; Avaliação.

ABSTRACT

Objective To investigate the evaluation of care for the elderly in the family health strategy in the perspective of health professionals.

Methods This is a descriptive and exploratory research with a quantitative approach with characteristics survey, carried out at the Basic Health Units (UBS), with the Family Health Strategy (FHS) professionals who provide primary care to the elderly patient. For standardization of the sample, the inclusion and exclusion criteria were used. For socio-demographic characterization a script was used and to evaluate the professional's view the PCATool Professional Version questionnaire and adapted to the objectives of the study preserving its attributes.

Results The majority of the participants are female, aged between 26 and 35 years, nursing technicians and, over 10 years of operation. The mean scores for accessibility (3,4) and care coordination (5,7) presented poor ratings. The coordination component of information obtained (9,0) optimal classification. The mean score, general and essential, was 7.0 and 6.9, respectively.

Conclusions The evaluation of care for the elderly in the view of professionals is important to diagnose the quality of care and to draw the proper guidelines for primary care. The key points needed to optimize the attributes were identified, highlighting the need to involve staff and users in the process of organizing health care, stimulating them to improve the quality of care. The study suggests the implementation of models of care directed to the elderly, in order to build a more humane, participatory and quality health system.

Key-words: Primary Health Care. Old man. Family Health Strategy. Healthcare Professional. Evaluation.

RESUMEN

Objetivo Investigar la evaluación de la atención al anciano en la estrategia de salud de la familia en la visión de los profesionales de salud.

Métodos Se trata de una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cuantitativo con características survey, realizada en las Unidades Básicas de Salud (UBS), con los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) que prestan asistencia primaria al paciente mayor. Para la normalización de la muestra, se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión. Para caracterización socio-demográfica se utilizó un guión y para evaluar la visión del profesional el cuestionario PCATool Versión Profesional y adaptado a los objetivos del estudio preservando sus atributos.

Resultados La mayoría de los participantes es del sexo femenino, con edad entre 26 y 35 años, técnicos en enfermería y, por encima de 10 años de actuación. La media de los escores para

los atributos accesibilidad (3,4) y coordinación de cuidados (5,7) presentaron clasificación mala. El componente coordinación de información obtuvo (9,0) clasificación óptima. La media de los scores, general y esencial, fue de 7,0 y 6,9, respectivamente.

Conclusiones La evaluación de la atención al anciano en la visión de los profesionales es importante para diagnosticar la calidad de la asistencia y trazar las debidas orientaciones a la atención primaria. Se identificaron los puntos claves necesarios para optimizar los atributos, resaltando la necesidad de la participación del equipo y usuarios en el proceso de organización de la asistencia a la salud estimulándolos a mejorar la calidad de la atención. El estudio sugiere la implantación de modelos de asistencia para ancianos, a fin de construir un sistema de salud más humano, participativo y de calidad.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud. Ancianos. Estrategia Salud de la Familia. Profesional de salud. Evaluación.

Autor Responsável:

Germana Karla Rego Moura

Rua Antonio Prado, 860, Reis Veloso, Parnaíba-Pi, 64240-204

Telefone: (86) 99987-6916 E-mail: gerkarla@hotmail.com

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um modelo pautado no trabalho em equipe, que busca priorizar a família em seu território, acolhendo e criando vínculos, promovendo ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, na manutenção da saúde de sua comunidade. A equipe da ESF é multiprofissional e torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a idéia interdisciplinar permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre os atores envolvidos (profissionais e usuários).(1,2)

A Atenção Primária à Saúde (APS) designada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de Atenção Básica à Saúde (ABS) apresenta-se como uma estratégia de organização da atenção da saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua, sistematizada e integral, compreendida em duas dimensões, quer na perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, quer na visão holística do ser humano biopsicossocial, precisa ocupar lugar de destaque na oferta dos cuidados em saúde. Entretanto, ainda que tenha experimentado uma série de avanços, ainda enfrenta problemas, consolidação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à APS, permanece o grande desafio à garantia da integralidade no cuidado ao idoso.(3,4)

No tocante à saúde do idoso, até a década de 1990, não existia política pública de saúde específica para essa população, apenas ações de iniciativa privada. Assistência à saúde do idoso era praticamente inexistente e, a partir de então, as discussões em torno do assunto começaram a emergir na busca de um cenário mais favorável à essa faixa etária.

O envelhecimento populacional é uma realidade em muitos países, inclusive no Brasil, cujo quantitativo de indivíduos com mais de 60 anos, considerados idosos, tem crescido sobremaneira nas últimas décadas. Estimativas apontam que este grupo etário poderá alcançar cerca de 73,5 milhões de pessoas em até 50 anos, mais do que o triplo do número atual. Esse envelhecimento é um desafio para o SUS, associado ao alto custo do cuidado às condições crônicas vem sendo tema de estudos e pesquisas no âmbito nacional e internacional. Porém, devemos considerar que, não somente os determinantes econômicos do cuidado à saúde do idoso pode ser destacado, é importante investigar a natureza e qualidade do serviço prestado.(5,6)

O sistema de saúde brasileiro além de englobar a prestação de serviços, institui um sistema complexo responsável por articular e coordenar ações de prevenção e promoção de saúde, bem como de cura e reabilitação. Diferencia-se da rede privada, não só pela gratuidade, mas por englobar atividades que vão além da assistência à saúde.(7)

No início do século XXI, a sociedade se depara com uma população envelhecida, o que justifica o investimento no estudo da “Saúde e Envelhecimento”. À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar por mais anos de vida na velhice. Embora o Brasil tenha avançado na consolidação de mecanismos de atenção à saúde do idoso, o cenário atual clama por políticas públicas e programas de atenção específicos, que vão além da imunização e da oferta de medicamento, como a promoção da qualidade de vida com hábitos de vida saudável, atividade física, lazer, educação e socialização, não deixando de lado a reabilitação.(8,7)

Dada a caracterização atual da população mundial e nacional e uma projeção, não muito longínqua, que indica um aumento considerável na faixa acima de 60 anos, importa perceber a dinâmica e a concepção da pessoa idosa numa visão holística, em que a saúde ganha um lugar de destaque. A organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento desta população. A saúde é um dos principais objetos de preocupação do idoso, uma vez que o aumento da fragilidade está marcado, existe a diminuição da capacidade funcional e, por

consequente, o aumento da sua dependência. No entanto, essa inquietude também parte dos profissionais, pois a prevenção dessas alterações decorrentes do envelhecimento é um dos maiores desafios da política social e de saúde destinada a esta população.(9,10)

Os profissionais da atenção básica compõem um grande contingente de força de trabalho, no contexto do SUS, sendo, a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e melhoria deste. O profissional da saúde deve interagir o manejo de habilidades técnicas e relações interpessoais, com o entender coletivo do processo saúde-doença, recaindo sobre eles grandes e crescentes responsabilidades. O desafio da integralidade na atenção à população de idosos ultrapassa os limites da organização dos serviços de saúde. Os idosos são, em geral, percebidos pelos profissionais de saúde de maneira fragmentada, em especialidades clínicas ou grupos de cuidados. Ademais, como apresentam, muitas vezes, múltiplas morbidades e variadas demandas, em virtude disto, torna-se forçoso envolver diferentes áreas médicas. Isto, ironicamente, acaba reforçando, nos profissionais e na própria organização das redes de cuidado, a fragmentação do cuidado, culminando, por vezes, na superespecialização.(4)

Quando o usuário se torna co-participante do processo de educação em saúde, tal influência repercute na diminuição dos agravos e no envelhecimento mais saudável. Portanto é necessário conhecer de forma mais aprofundada a população atendida pela equipe da ESF, a qual tem entre seus objetivos ampliar os serviços de saúde, rediscutindo as ações educativas numa perspectiva dialógica, emancipadora e participativa.(11)

Como método de contribuição para melhoria da qualidade da assistência na atenção primária, observou a necessidade de avaliar o serviço de atendimento da estratégia saúde da família voltada para essa rede de assistência à saúde do idoso, tendo como projeto inicial a avaliação da visão dos profissionais que atuam neste serviço de assistência básica e caracterizar as ações dos mesmos quanto aos atributos da APS; acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária. Neste sentido o presente estudo teve como objetivo investigar a avaliação do atendimento ao idoso na estratégia de saúde da família na visão dos profissionais de saúde.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa com características *survey*, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de

Parnaíba-PI, com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) que prestam assistência primária ao paciente idoso. As equipes da ESF são compostas por profissionais médicos e não médicos, no entanto, as mesmas não seguem um padrão de formação em comum, há equipes com pelo menos médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde, outras, além destes, são compostas por psicólogos e odontólogos.

Portanto, para padronização da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Profissionais de saúde da estratégia saúde da família médico, enfermeiro e técnico de enfermagem das unidades básicas de saúde da cidade de Parnaíba-PI com tempo mínimo de 01 (um) ano de atuação até a coleta de dados da presente pesquisa. Dentre a população, os indivíduos que não participaram do estudo, estavam relacionados aos critérios de exclusão: profissionais da saúde com tempo de atuação inferior a 12 meses e profissionais que não sejam da saúde atuantes na unidade básica de saúde do município.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde e da Superintendência de Atenção Básica de Parnaíba-PI, os profissionais que compõem as equipes Estratégia Saúde da Família e, que correspondem as áreas de atuação escolhidas pela presente pesquisa, estavam passando por processo de remanejamento entre as UBS e as equipes de ESF. No entanto, 05 equipes não estavam em funcionamento, portanto não foram submetidas a esse procedimento.

Com a intenção de identificar as características sócio-demográficas da população alvo foi elaborado um roteiro, do qual foram obtidas informações relacionadas à faixa etária, sexo, formação, pós formação e tempo de atuação.

Com o objetivo de avaliar a visão dos profissionais de saúde sobre o atendimento voltado para idoso, foi utilizado um instrumento de coleta de dados com base no questionário *PCATool – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL*. Ao considerar a complexidade e tamanho do instrumento, foi elaborado um questionário de coleta de dados, uma versão compactada e adaptada a presente pesquisa e de interesse dos autores, preservando todos os atributos e alguns componentes da versão original. Alguns questionamentos foram excluídos pelo fato de coletar dados não existentes sobre o funcionamento da UBS e sobre características da população como: Seu serviço de saúde está aberto sábado e domingo?; Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?; Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?; Sutura de um corte que necessite de pontos?; Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)?; Remoção de unha encravada.?; dentre outros. A decisão de compactar julgou-se necessária para tornar a entrevista mais dinâmica, evitando a desistência por parte do participante, além disso, priorizar componentes mais relevantes a serem avaliados pelo profissional da saúde e

que pudessem gerar dados mais resolutivos quanto o real funcionamento das ESF nas UBS. Contudo, o instrumento foi composto por 51 itens divididos em 8 componentes de acordo com os atributos da APS: Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Integração de Cuidados; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados; Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Para análise dos componentes por atributo, foram definidos padrões de respostas com seus respectivos valores com base na escala Likert de acordo com a proposta do instrumento original (PCATOOL Versão profissional do Brasil): “com certeza sim” e “provavelmente sim” foi padronizado como SIM = 4 (de acordo com a escala); “com certeza não” e “provavelmente não” padronizado como NÃO = 1; “não sei, não lembro” padronizado como NÃO SEI ou NÃO QUERO RESPONDER = 9. Em seguida, os dados foram analisados pelo software IBM SPSS Statistic. Inicialmente foi feito o levantamento estatístico por meio de uma análise descritiva (frequência, percentual e média) das características sócio-demográficas (idade, sexo, formação, pós-formação e tempo de atuação).

Posteriormente, os escores para cada um dos atributos e seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais com os componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes. Em seguida os escores foram transformados em escala de 0 a 10. Com base no estudo realizado por Lins, Soares e Coelho, para análise e discussão dos dados considerou-se a seguinte classificação dos escores: até 6,5, ruim; de 6,6 até 7,6, bom; de 7,7 até 8,6, muito bom; de 8,7 até 10, ótimo.(12)

Os participantes após a abordagem com explicações sobre os objetivos do estudo, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI (CAAE 64855917.5.0000.5210 e PARECER 1.993.723), acordado com os requisitos da Resolução 466/2012, ficando garantido o sigilo e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação. (13)

Resultados

A maioria dos participantes foi do sexo feminino 91 (86,6%), com faixa etária entre 26 e 35 anos 44 (41,9%), técnicos em enfermagem 53 (50,4%), possui curso de capacitação 64 (60,9%) e está acima de 10 anos atuando na ESF, conforme tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra. Parnaíba (PI), 2017 (n=105)

Variáveis	Categorias	Nº	%
Sexo	Masculino	14	13,3
	Feminino	91	86,6
Faixa etária	18 a 25	11	10,4
	26 a 35	44	41,9
	36 a 50	41	39,0
	Acima de 50	9	8,5
Formação	Médico	19	18,0
	Enfermeiro	33	31,4
	Técnico de Enfermagem	53	50,4
Pós-formação	Curso capacitação	64	60,9
	Especialização	38	36,1
	Mestrado	3	2,8
	Doutorado	-	-
Tempo de atuação (anos)	1 a 3	33	31,4
	4 a 6	26	24,7
	7 a 10	10	9,5
	Acima de 10	36	34,2

Fonte: Pesquisa direta, 2017

Quanto aos atributos essenciais descritos na tabela 2, a respeito dos aspectos da acessibilidade apresentados, predominou que o serviço não faz aconselhamento pelo telefone, 94 (89,5%); que não existe contato telefônico disponível 97 (92,3%); que o paciente tem facilidade na marcação para consulta de revisão 73 (69,5%) e que em média o paciente aguarda acima de 30 minutos para ser atendido 56 (53,3).

Em relação ao atributo da longitudinalidade, a maioria dos entrevistados respondeu que o atendimento é feito sempre pelo mesmo médico/enfermeiro 96 (91,4%); que os pacientes entendem o que os profissionais falam ou as perguntas feitas a eles 98 (93,3%); em caso de dúvidas, não pode ligar para o médico/enfermeiro 77 (73,3%); que disponibilizam tempo suficiente para os pacientes falarem seus problemas 99 (94,2%); que os pacientes sentem-se confortáveis para contar seus problemas 102 (97,1%); que entende quais os problemas mais importantes dos pacientes 101 (96,1%); não conhece o histórico completo de cada paciente 51 (48,5%); Tem conhecimento de todos medicamentos que o paciente toma 60 (57,1%). (tabela 2)

O atributo Coordenação da Atenção apresenta dois componentes: Coordenação-Integração de Cuidados e Coordenação – Sistema de Informações. Sobre o componente Coordenação Integração de Cuidados, a maioria dos profissionais respondeu que não tem conhecimento de todas as consultas dos pacientes em serviços especializados 64 (60,9%); ao ser encaminhado, discute com o paciente sobre os diferentes serviços a ser atendido 85(80,9%); alguém do serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada 91 (86,6%); quando encaminhado, o paciente recebe informações por escrito destinado ao especialista 74 (70,4%); não recebe do especialista informações escritas do paciente encaminhado 79 (75,2%).(tabela 2)

O segundo componente do atributo Coordenação da Atenção que corresponde a Coordenação do Sistema de Informação, houve o predomínio de respostas positivas. A maioria respondeu que solicita aos pacientes que tragam registros médicos anteriores 84 (80,00%); que permite aos pacientes examinar seus prontuários 94 (89,52%); que os prontuários dos pacientes estão disponíveis durante o atendimento 103 (98,1%); como mostra a tabela 2.

O atributo Integralidade, formado por dois componentes, de acordo com o primeiro, Integralidade em Serviços Disponíveis a pesquisa apresentou os seguintes resultados dos serviços disponibilizados pela ESF: a maioria faz aconselhamento nutricional 74 (70,4%); realizam imunizações 102 (97,1%); verificam se as famílias participam de programas de assistência social 90 (85,7%); oferecem tratamento da saúde bucal 68 (64,7%); aconselhamento para problemas de saúde mental 80 (76,1%); não realizam a identificação de problemas auditivos 54 (51,4%); não realizam identificação de problemas visuais 53 (50,4%); fazem exame preventivo para câncer de colo do útero 100 (95,2%); fazem aconselhamento de como parar de fumar 69 (65,7%); repassam orientações de como cuidar de pacientes incapacitados 83 (79,0%); aconselhamento sobre as mudanças provocadas pelo envelhecimento 101 (96,1%); repassam as orientações sobre cuidados no domicílio como troca de sonda, curativos, dentre outros 102 (97,1%). (Tabela 2).

Os resultados a seguir referem-se ao segundo componente do atributo Integralidade, Integralidade em Serviços Prestados. Apresentou que a maioria das equipes prestam o serviço de aconselhamento sobre alimentação saudável 102 (97,1%); de conselhos de segurança no lar, como guardar medicamentos 97 (92,3%); de maneiras de como lidar com conflitos de família 79 (75,2%); de conselhos a respeito de exercícios físicos 94 (89,5%); teste de sangue para verificar níveis de colesterol 55 (52,3%); de verificar e discutir os medicamentos que o paciente está tomando 97 (92,3%); de aconselhamento como prevenir quedas 94 (89,5%); de

prevenção de osteoporose 67 (63,8%); de orientações sobre os problemas comuns da menopausa 94 (89,5%), como mostra na tabela 2.

Tabela 2. Componentes dos atributos essenciais com maior número de resposta. Parnaíba (PI), 2017

Atributo		N°	%
Acessibilidade			
Serviço aberto: aconselhamento rápido por telefone	Não	94	89,5
Serviço fechado: existe número de contato disponível	Não	97	92,3
Facilidade na marcação para consulta de revisão	Sim	73	69,5
Na média, o paciente aguarda mais de 30 min para ser atendido	Sim	56	53,3
Longitudinalidade			
O atendimento é sempre pelo mesmo medico/enfermeiro	Sim	96	91,4
Consegue entender as perguntas que o paciente faz	Sim	104	99,1
Os pacientes entendem o que é dito a eles	Sim	98	93,3
Em caso de dúvida, pode ligar para falar com médico/enfermeiro	Não	77	73,3
Dá tempo suficiente para os pacientes falarem seus problemas	Sim	99	99,2
Os pacientes sentem-se confortáveis para contar seus problemas	Sim	102	97,1
Entende quais os problemas mais importantes dos pacientes	Sim	101	96,1
Conhece o histórico completo de cada paciente	Não	51	48,5
Tem conhecimento de todos medicamentos que o paciente toma	Sim	60	57,1
Coordenação - Integração de cuidados			
Conhece todas as consultas dos pacientes em serviços especializados	Não	64	69,9
Ao encaminhar o paciente discute com sobre os diferentes serviços	Sim	85	80,9
Alguém do serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada	Sim	91	86,6
Ao encaminhar o paciente ao especialista emite informações por escrito	Sim	74	70,4
Recebe do especialista, informações escritas do paciente encaminhado	Não	79	75,2
Coordenação - sistema de informações			
Solicita aos pacientes que tragam registros médicos anteriores	Sim	84	80,0
Permite aos pacientes examinar seus prontuários	Sim	94	89,5
Os prontuários dos pacientes estão disponíveis durante o atendimento	Sim	103	98,1
Integralidade em Serviços Disponíveis			
Aconselhamento nutricional	Sim	74	70,4
Imunizações	Sim	102	97,1
Verifica se as famílias participam de programas de assistência social	Sim	90	85,7
Tratamento da saúde bucal	Sim	69	65,7
Aconselhamento para problemas de saúde mental	Sim	80	76,1
Identificação de problemas auditivos	Não	54	51,4
Identificação de problemas visuais	Não	53	50,4
Exame preventivo para câncer de colo do útero	Sim	100	95,2
Aconselhamento como parar de fumar	Sim	60	65,7
Orientações como cuidar de pacientes incapacitados	Sim	83	79,0
Aconselhamento sobre as mudanças provocadas pelo envelhecimento	Sim	101	96,1
Orientações sobre cuidados no domicílio (troca de sonda, curativos)	Sim	102	97,1
Integralidade em Serviços Prestados			
Aconselhamento sobre alimentação saudável	Sim	102	97,1
Aconselhamento de segurança no lar (guardar medicamentos)	Sim	97	92,3
Maneiras de como lidar com conflitos de família	Sim	79	75,2
Aconselhamento a respeito de exercícios físicos	Sim	94	75,2
Teste de sangue para verificar níveis de colesterol	Sim	55	52,3
Verifica e discute os medicamentos que o paciente está tomando	Sim	97	92,3
Aconselhamento como prevenir quedas	Sim	94	89,5
Prevenção de osteoporose	Sim	67	63,8
Orientações sobre os problemas comuns da menopausa	Sim	94	89,5

Fonte: Pesquisa direta, 2017

Quanto aos aspectos dos atributos derivados foram expostos na tabela 3. Orientação Familiar a pesquisa mostrou que a maioria dos entrevistados pergunta sobre idéias e opiniões

do paciente ao planejar o tratamento do mesmo 72 (68,5%); pergunta sobre problemas de saúde da família do paciente 88 (83,8%); dispõe-se a atender membros da família para discutir sobre a saúde do paciente 90 (85,7%).

O ultimo atributo derivado corresponde a Orientação Comunitária composto por 6 itens, apresentou em seus resultados, a maioria dos profissionais responderam que realiza visita domiciliar 104 (99,0%); que o serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade 93 (88,9%); que ouve opiniões e idéias da comunidade para melhorar o serviço de saúde 92 (87,6%); que não faz pesquisa de satisfação com o paciente 54 (51,4%); que faz pesquisa de satisfação na comunidade 56 (53,3%); que tem a presença participativa dos usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor) 46 (43,8%). (Tabela 3).

Tabela 3. Componentes dos atributos derivados com maior numero de resposta. Parnaíba (PI), 2017

Atributo		Nº	%
Orientação Familiar			
Pergunta sobre idéias e opiniões do paciente ao planejar o seu tratamento	Sim	72	68,5
Pergunta sobre problemas de saúde da família do paciente	Sim	88	83,8
Dispõe-se a atender familiares para discutir sobre a saúde do paciente	Sim	90	83,8
Orientação Comunitária			
Realização de visita domiciliar	Sim	104	99
Tem conhecimento dos problemas de saúde da comunidade	Sim	93	88,5
Ouve opiniões e idéias da comunidade para melhorar o serviço de saúde	Sim	92	87,6
Faz pesquisa de satisfação com o paciente	Não	54	51,4
Faz pesquisa de satisfação na comunidade	Sim	56	53,3
Presença participativa dos usuários no Conselho Local de Saúde	Sim	46	43,8

Fonte: Pesquisa direta, 2017

A maioria dos componentes avaliados pelos profissionais da ESF encontra-se em boa ou muito boa qualidade. No entanto, a média para as dimensões acesso de primeiro contato – acessibilidade (3,4) e coordenação – integração de cuidados (5,7) obtiveram classificação ruim. Em contrapartida, o componente coordenação – sistema de informação obteve classificação ótima com escore 9,0. Quanto aos escores geral e essencial apresenta similaridade, classificados como bom, valores de 7,0 e 6,9, respectivamente (tabela 4).

Tabela 4. Média, erro padrão e desvio padrão por tipo de escore. Parnaíba (PI), 2017

Escore	Média (IC 95%)	Standard Error of	Standard
		Mean	Deviation
Acessibilidade	3,4 (3,0 – 3,8)	,2	2,0
Longitudinalidade	7,7 (7,5 – 8,0)	,1	1,3
Coordenação - Integração de cuidados	5,7 (5,5 – 6,2)	,2	2,1
Coordenação - Sistema de informação	9,0 (8,6 – 9,4)	,2	1,8
Integralidade - Serviços disponíveis	7,6 (7,4 – 8,0)	,2	1,7
Integralidade - Serviços prestados	8,4 (8,1 – 8,7)	,2	1,6

Orientação familiar	8,1 (7,6 – 8,7)	,3	2,8
Orientação comunitária	6,7 (6,3 – 7,3)	,2	2,4
Escore geral	7,0 (6,9 – 7,3)	,1	1,3
Escore essencial	6,9 (6,8 – 7,2)	,1	1,1

Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Discussão

O estudo encontrou um número superior de participantes do sexo feminino de modo significativo, com prevalência de idade dentro da faixa etária entre 26 e 35 anos. Este perfil dos profissionais foi confirmado, aproximadamente, em estudo realizado, no qual o sexo feminino predominou com 66,6% de participação com idade média de 34,3 anos. (14) Quanto ao perfil profissional, esse estudo divergiu de resultados encontrados em pesquisas realizadas em alguns estados e regiões do Brasil, em que, uma amostra ampla verificou maior proporção de trabalhadores com grupo etário de 31 a 45 maior no Nordeste do que no Sul, evidenciando ainda menor proporção de mulheres na ESF.(15)

A presente pesquisa acredita que a presença predominante do sexo feminino no estudo deve-se ao fato da prevalência de mulheres ingressantes nos cursos da área da saúde, oferecidos na região e, a presença destes, esta associada à qualidade do serviço de saúde, público e privado, oferecido à população, conhecido ainda como referência nacional.

Ao que diz respeito à profissão e pós formação o presente estudo evidenciou uma maior participação de Técnicos de Enfermagem, seguido de Enfermagem e Médicos, no entanto, essa proporção divergente inicialmente deve-se ao fato da composição das equipes da ESF do município, pois cada uma é composta por 1 médico, 1 enfermeiro e 2 técnicos. Diante desta composição, o aguardado seria uma proporção igualitária entre a quantidade de médicos e enfermeiro, porém, o encontrado foi um percentual de 18,09% e 31,42% respectivamente. Esta disparidade é justificada pelo remanejamento das equipes nas UBS, assim como, a ausência de profissionais médicos na ESF.

No tocante pós-formação e tempo de atuação, o estudo encontrou que a maioria, apresentavam curso de capacitação seguido de especialização, ao considerar que o tempo de atuação a maioria apresenta mais de 10 anos, era de se esperar maior nível de titulação. Oliveira ao estudar a formação e qualificação dos profissionais da saúde e associar estes fatores à qualidade da APS, encontrou uma média de idade de 30 anos, um maior número de enfermeiro comparado ao de médicos, com tempo de atuação de entre 5 e 6 anos. Observou também, que sua amostra apresentou a especialização com maior percentual (59%) como pós

formação dos profissionais pesquisados, por conseguinte, ao investigar sobre a realização de curso de capacitação relacionada às atividades na ESF no último ano foi referida por 84,8% dos profissionais, com percentual semelhante entre médicos e enfermeiros. Acrescentou ainda que a maioria dos profissionais que participou de capacitações afirmou que estas, contribuíram tanto para o aperfeiçoamento profissional quanto para mudanças na prática profissional e/ou na qualidade do serviço.(15) Assim observa-se a importância da proposta de Educação Permanente em Saúde que vem sendo implantada no Brasil destacando a seriedade do potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação.

A avaliação da qualidade dos serviços de APS no Brasil neste momento é de suma importância, devido sua rápida ampliação especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família e, esta avaliação tem sido associada a vários desfechos favoráveis e avanços na integração com a rede assistencial.

Na avaliação do componente do Primeiro atributo, a Acessibilidade, não foi encontrado, no geral, valores satisfatórios entre os participantes investigados, evidenciando comprometimento da qualidade do serviço da ESF quanto ao primeiro acesso. Ao que diz respeito sobre o item facilidade de marcação de consulta do paciente idoso os dados apresentam 69,5% de positividade. Azevedo e Costa em sua pesquisa com usuários dos serviços da ESF, encontraram como obstáculo na porta de entrada a “dificuldade de marcação de consulta” contrariando a presente pesquisa.(16)

Foi observado ainda que o aspecto contato por telefone foi fator contribuinte para a insatisfação deste atributo que apresentou escore classificado ruim, corroborando com outro estudo, no qual a acessibilidade apresentou uma classificação ruim com escore 5,9, segundo o autor, sobre este atributo houve homogeneidade nas demais respostas com valores satisfatório, no entanto, o item possibilidade de contato médico da ESF por telefone foi predominantemente negativo.(13) Este escore relativamente baixo também foi encontrado por outros autores em pesquisa feita para avaliar os atributos da APS em um município do estado de Santa Catarina.(17)

Os autores da presente pesquisa não identificaram a presença de aparelho de telefone fixo ou móvel em nenhuma das unidades básicas de saúde visitadas, apesar de não fazer parte dos objetivos da pesquisa, foi interrogado aos profissionais das equipes, se o serviço disponibilizava o contato de telefone de algum profissional da ESF para usuários do sistema entrarem em contato, a resposta não, foi unanimidade.

A identificação e o detalhamento dos pontos fortes ou frágeis dos serviços podem ser realizados pela verificação das respostas aos itens que compõem cada atributo, como se pode

observar pela espera maior do que 30 minutos pela consulta médica e ao acesso a informações do serviço por telefone, o que demonstra barreiras no acesso que devem ser ajustadas. Outros autores identificaram a necessidade de maior investimento financeiro na qualificação do acesso.(17) Na presente pesquisa, a instalação de rede telefônica nas UBS seria possivelmente a solução parcial para tal atributo. Em estudo que comparou os resultados com os da maioria dos estudos similares, observou que o acesso de primeiro contato é o atributo com menor escore, constatou ainda que, além do resultado do atributo acesso ser baixo e contribuir para a redução do escore geral, apenas 5% dos profissionais referiram que o serviço possui acessibilidade satisfatória e concluiu, que esse resultado, pode estar relacionado à baixa disponibilidade de serviços ao cidadão frente às necessidades do território, que possui alta demanda reprimida de atendimentos e sobre-carga dos serviços de pronto-atendimento.(18)

Para que os idosos e sua família sintam-se protegidos e amparados, a porta de entrada no sistema tem de ser o local facilitador. É nesse domínio, do primeiro contato, que o usuário é informado de todas as possibilidades e dos percursos assistenciais. Acolher é fundamental para quem chega, e um estímulo para desenvolver confiança e fidelidade. Os autores acrescentam ainda, que é necessário que todos entendam a necessidade inovar e permita novas mudanças, remunerando o setor e inovando na avaliação da qualidade do setor.(18,19)

Os resultados encontrados sobre o atributo Longitudinalidade foram considerados satisfatórios entre os profissionais investigados e com escore classificado bom, o que poderia ter sido melhor, já que, o item considerado negativo foi referente ao “profissional conhecer por completo o histórico de cada paciente”, ao considerar que este histórico encontra-se no prontuário, neste sentido, os participantes possivelmente interpretaram como desnecessário tal conhecimento pois os prontuários dos pacientes estão disponíveis durante o atendimento. A presente pesquisa ressalta que, os itens referentes ao diálogo, entre o profissional e o paciente, foram próximos do nível máximo de satisfação, pois o percentual entre eles variou de 96 a 99%, porém, ao que se refere o contato por telefone o resultado apresentou negativo o que pode ter contribuído para redução do escore.

Ao avaliar atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família os autores encontraram para o atributo longitudinalidade o escore menor que 6,6 considerando-o insatisfatório, porém, relataram que seus resultados divergiram com outros, nos quais apresentaram escores superiores, assim, justificou que, possivelmente as equipes de saúde da sua pesquisa não reconhecem sua população adscrita, uma vez que a longitudinalidade é compreendida como fonte de atenção à população de determinada região, a oferta de um serviço ao longo do tempo.(20) Dentre as características deste atributo, outro

estudo apontou a importância do vínculo para o estabelecimento de relações de longa duração, destacando a possibilidade de exercer a escuta e o diálogo dos profissionais com a população, com base na troca de informações importantes no processo saúde/doença, ponto importante na efetividade na atenção primária.(21)

Outra dimensão avaliada, a coordenação de cuidados, considerada como uma articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde, tem por objetivo comum garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas necessidades, sustentada em três pilares de coordenação: a da informação, a clínica e a administrativa/organizacional. A coordenação de informação compreende as diversas ações que garantem que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos. A coordenação clínica ponto de partida para uma APS fortalecida, que permite a fornecimento do cuidado sequencial e o complemento entre os níveis de atenção. A administrativa corresponde à organização da rede de atenção à saúde permitindo a integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde(22).

O componente Integração de Cuidados refere-se ao atributo Coordenação clínica, responsável por favorecer o cuidado sequencial, responsabilidade essa confirmada na presente pesquisa ao mostrar positividade na maioria dos itens avaliados pelos profissionais da ESF ao que diz respeito a este componente.(22) No entanto, negativo sobre item “conhecimento de todas as consultas dos pacientes em serviços especializados”.Ao considerar que, os profissionais têm em mãos o prontuário do paciente e nele, é de se esperar que tenha todas as informações, podemos acreditar que este conhecimento torna-se obsoleto. Em contrapartida, estes prontuários são em formato de guias (papel), com informações manuscritas podendo levar ao comprometimento dos dados do paciente pelo fato de não serem informatizados e integrados, como também aumenta o tempo gasto em cada consulta para o preenchimento do mesmo podendo levar maior período aguardado pelo usuário na fila de espera.

Estudo que comparou resultados do atributo coordenação de cuidados com escores relativamente altos com os de outros autores com escores baixos, ressaltou os fatores impactantes sobre este atributo: o incremento do papel dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização terapêutica do usuário na rede de atenção, o aumento da capacidade de resolução da APS, por meio da destinação de recursos e da ampliação de serviços ofertados, e a referência e contrarreferência bem estabelecidas.(21,23)

Em relação ao escore obtido considerado ruim, insatisfatório para APS bem abaixo do encontrado por outros autores com escore de 7,2, considerado por eles um alto escore, pois ultrapassou de 6,6. (16) Contrariando este achado, outros autores que compararam a avaliação

dos atributos da APS percebidos por discentes e preceptores nos cenários da Saúde da Família, encontraram como resultado um escore de 5,33 por parte dos profissionais, considerado ruim.(12) Justificando ainda, que a principal fragilidade na dimensão “Coordenação-cuidado integrado” deve-se à falha na comunicação com outros serviços da rede assistencial por problemas na referência e contrarreferência. Assim como indicam outros estudos citados por Bousquart as tradicionais guias de referência e contrarreferência constituem-se como instrumentos conservadores e burocráticos, insuficientes para a organização das redes de atenção à saúde com continuidade informacional e coordenação pelas equipes de APS.(23) A presente pesquisa confirma esta fragilidade ao demonstrar nos resultados que 75,2% dos profissionais entrevistados afirmaram não receber informações escritas do paciente encaminhado.

Estudo reafirmou que uma coordenação do cuidado fraca é definitivamente um importante obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de saúde de qualidade. (23) A ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar constitui importante entrave à garantia de cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede. Outra investigação afirma que, a oferta insuficiente de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais, também se reflete nas dificuldades para agendamento de procedimentos especializados.(24)

Estudo analisou a coordenação de cuidados na APS na perspectiva dos gestores e usuários, destacaram em seus resultados em relação à dimensão – posição ocupada pela APS no sistema – na visão dos gestores, o acesso à Atenção Especializada (AE) depende do encaminhamento por APS e este procedimento é realizado pelos profissionais da ESF.(23) O presente estudo mostra, resultados satisfatórios para esta dimensão, visto que, mais de 70% dos profissionais responderam de forma satisfatória para os itens: “Ao ser encaminhado, discute com o paciente sobre os diferentes serviços a ser atendido”; “Alguém do serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada”; Quando encaminhado, o paciente recebe informações por escrito destinado ao especialista”.

Uma contradição foi encontrada na presente pesquisa ao avaliar os dados referentes ao componente coordenação integração de cuidado. Sobre o item “fornece informações por escrito ao encaminhar o paciente para especialista” a maioria respondeu que sim, portanto, pela lógica, o item “recebe do especialista informações por escrito do paciente encaminhado” deveria também ser positivo, no entanto, a maioria dos profissionais respondeu que não recebe. Apesar da constatação dos resultados contraditórios, os autores não puderam justificar

os dados encontrados e nem afirmar conflito de interesse, já que um item é uma auto-avaliação.

A Coordenação do Sistema de Informação demonstrou resultados significativamente positivos com valores percentuais que variam de 80 a 98,1% o que confirma o papel deste componente junto APS, como continuidade da coordenação integração de cuidado por meio de prontuários médicos com escore classificado ótimo. Starfield em sua publicação citou um estudo no qual mostrou que, para dar continuidade à atenção do paciente há necessidade do prontuário médico, tal constatação foi adquirida após entrevistar médicos e pacientes quanto ao retorno ou não das consultas. Constatou também que os pacientes apresentavam maior probabilidade de voltar ao médico que o encaminhou quando o prontuário médico identificava claramente esta intenção.(25)

A ausência de prontuários informatizados e integrados também minimiza as possibilidades de comunicação interprofissional, uma das dimensões da coordenação do cuidado.(26) A avaliação de gestores e usuários é sincrônica ao indicar a fragilidade desta função. Assim como indicam outros estudos, as tradicionais guias de referência e contrarreferência constituem-se como instrumentos conservadores e burocráticos, insuficientes para a organização das redes de atenção à saúde com continuidade informacional e coordenação pelas equipes de APS.(23)

Em determinado estudo ao analisarem a indução federal no fortalecimento da atenção primária à saúde (APS) como forma de viabilizar a coordenação dos cuidados no sistema de saúde brasileiro, relataram que, o fortalecimento da APS é a base para viabilizar a coordenação dos cuidados no Brasil. Sua priorização vem aumentando no âmbito do MS, o qual vem conduzindo políticas nacionais que impactaram no fortalecimento da APS e na coordenação dos cuidados, tornando-se um forte indutor dessa política, principalmente por meio da edição de portarias, no entanto, eles concluíram que, nenhuma portaria ou orçamento específico foi identificado para a coordenação dos cuidados, o que denota a incipiência desse atributo na APS brasileira.(27)

O atributo Integralidade ao que se refere ao primeiro componente, Integralidade do Serviço Disponível, no geral apresentou resultados positivos. Dos 12 itens, apenas 2 itens negativos – “Serviço disponível: Identificação de problemas auditivos; Serviço disponível: Identificação de problemas visuais”. Durante as entrevistas os profissionais médicos e enfermeiros comentavam que o serviço não oferecia equipamentos e aparelhagem para detectar tais problemas de saúde e que essa deficiência restringia-os a uma avaliação subjetiva

e em caso de suspeita, o paciente era encaminhado ao especialista ou serviço especializado, procedimento encontrado como positivo no atributo coordenação discutido anteriormente.

O escore obtido para este atributo foi considerado bom, encontrado também por outros pesquisadores com valor de 7,7. (17) Para este componente, em um estudo apresentou o escore de 6,36, classificado como ruim, revelando carência nos itens saúde bucal e aconselhamento nutricional. Contudo, os responsáveis pela pesquisa evidenciaram a necessidade de aprimorar a estrutura e o processo para uma atenção qualificada à comunidade quanto aos cuidados no manejo das condições comuns e de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade, tais como uso de drogas e identificação de problemas auditivos e visuais no idoso.(13)

Em pesquisa feita, na qual analisaram qualitativamente sobre a integralidade do cuidado com o Idoso na ESF na visão da equipe, na categoria integralidade e clínica ampliada, destacaram as dificuldades encontradas pelos profissionais entrevistados em realizar uma prática integral, o aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, cobrança no alcance de metas, foram os fatores apontados que prejudicam a qualidade do atendimento e, acrescentou que a medicalização é a principal prática no cuidado com idoso, porem, observaram que esse cuidado por parte dos profissionais é um tanto tecnicista, pautado em protocolos e indicações de programas específicos sem citarem programas que contemplem a saúde do idoso no geral, com práticas preventivas e curativas. Tais informações não foram encontradas na presente pesquisa, primeiramente, por não fazer parte objetivo do estudo, posteriormente, por tratar-se de uma pesquisa quantitativa utilizando o PCatool como instrumento de coleta dados e nele não constar o levantamento de tais dificuldades.(28)

Quanto ao componente Serviço Prestado os resultados apontaram alto nível dentro dos itens avaliados, com percentual alcançando 97,1% de satisfação, tendo o item “Serviços prestados: teste de sangue para verificar níveis de colesterol” isolado próximo do limite com 52,3%. O escore obtido para este atributo foi considerado muito bom, encontrado do mesmo modo por outros pesquisadores com escore de 7,6.(18) Valores e classificações equivalentes foram encontrados por outros autores com escore 8,26, confirmando que as ações de promoção e prevenção estão sendo executadas pelo serviço de saúde operando dentro do modelo assistencial vigente, evidenciando a viabilidade de práticas mais abrangentes.(13)

A integralidade tem como propósito transmitir aos profissionais de saúde a tarefa de perceberem o usuário como sujeito histórico, social e político, proferido ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. É exigência do atributo integralidade que a

APS reconheça a completa necessidade de saúde da população e disponibilize os recursos e estruturas necessárias para atendê-la.(29,30)

Neste sentido pesquisadores reafirmaram a necessidade de orientar as práticas de acordo com as necessidades da população e de dados epidemiológicos, por meio da construção do diagnóstico local, planejamento de ações, elaboração e reformulação das políticas e programas, organização e aprimoramento da rede de serviços de saúde nos demais níveis assistenciais.(30)

Com base nos pontos importantes ressaltados pelos autores citados anteriormente, a presente pesquisa mostra que os resultados encontrados sobre o componente integralidade dos serviços prestados confirmam que as equipes da ESF da região conseguem identificar os problemas e necessidades da população no âmbito da atenção primária, permitindo que usuários recebam atenção integral, no processo saúde-doença, realizando ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

Ao investigar sobre o atributo Orientação Familiar podemos constatar níveis satisfatórios para todos os itens com percentual que variou de 68,5% a 85,71% com escore, considerado muito bom corroborando com outros estudos que apresentaram seus respectivos escores, 7,2 e 8,6. (13,17)

Ao investigarem sobre a contribuição da família para uma melhor atenção sob as perspectivas dos profissionais médicos e enfermeiros, responderam que resultaria em ações de saúde mais eficazes. Os autores sustentaram a ideia que a abordagem familiar emergiu numa perspectiva biológica, tendo como espaço o domicílio no qual os indivíduos compartilham os mesmos hábitos e as doenças se transmitem pelo contato entre as pessoas. Assim consideraram que esta abordagem contribui na definição do diagnóstico, tratamento e na indicação de medidas preventivas que poderiam ser potencializadas pela adesão do núcleo familiar.(31)

O enfoque familiar e a orientação para a comunidade foram avaliados como atributos da APS na perspectiva de três grupos: usuários, profissionais e gestores da ESF. Para o enfoque familiar encontraram escores ruins para os três grupos, 2,7, 4,9 e 5,3 respectivamente. Suas análises evidenciaram que as percepções dos gestores em todos os indicadores estudados estiveram sempre em percentuais e escores mais elevados em comparação aos outros dois grupos estudados, principalmente em relação aos usuários, mostrando uma grande discrepância entre a opinião de quem está na gestão e dos que utilizam de fato o serviço.(32) A presente pesquisa avaliou a qualidade do atributo na percepção do profissional da saúde apresentando índice satisfatório no contexto orientação familiar, portanto, não podemos

levantar o grau de satisfação por parte dos usuários cabendo apenas a sugestão da avaliação dos atributos na visão dos usuários assistidos pelas equipes da ESF da cidade de Parnaíba e posteriormente comparar os resultados sobre os escores encontrados, objetivo futuro das autoras.

Quanto aos aspectos do Atributo Orientação Comunitária a presente pesquisa apresentou homogeneidade dos dados positivos e negativos, metade dos itens considerados satisfatórios e a outra metade insatisfatório, levando a uma redução do escore, porém, permanecendo no limite considerado bom. Corroborando com os resultados encontrados em pesquisa que obteve escore de 6,75 para o mesmo atributo e outros pesquisadores com escore 7,58.(33,13) Estes acrescentaram ainda que, mesmo com escore bom verificaram fragilidade nas respostas relativas às ações de estímulo ao controle social e ao desenvolvimento da autonomia do usuário.

Todavia, em um estudo os escores apresentados foram de 3,9 e 4,8 para profissionais e gestores, respectivamente, mostrando-se bem abaixo do encontrado pela presente pesquisa. Contudo, os autores observaram que os itens com os piores valores obtidos foram referentes à realização de enquetes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades da população, enquetes para identificar problemas de saúde da população e participação dos usuários nos conselhos.(32)

A realização de enquetes com os usuários para saber se suas necessidades e as da comunidade estão sendo atendidas está entre os indicadores com pior avaliação, o que nos mostra que os princípios básicos da ESF, que devem ter como foco prioritário a família dentro das singularidades do ambiente em que está inserida, não estão sendo totalmente seguidos. Isto pode refletir ainda a continuidade de uma atenção pautada no modelo individual e curativo.

Quanto à existência do conselho não é o suficiente para informar sobre a qualidade da participação dos usuários. Alguns autores discutem sobre os conselhos locais identificaram diversos fatores que contribuem para o baixo envolvimento da população nas instâncias decisórias, especialmente, a ausência de cultura participativa e baixa resolutividade do conselho em relação aos problemas comunitários.(34) Entretanto, ao confrontar pesquisas referente esta temática, autores ao debateram sobre o assunto, identificaram que os problemas dos conselhos estão diretamente relacionados às dificuldades da democracia representativa como um todo, havendo a necessidade de fortalecer o potencial democrático desses espaços e assim evitar a existência de processos de cooptação dos grupos sociais.(35,36)

Estudo objetivou examinar a efetivação de cada atributo da APS de acordo com as respostas dos profissionais e dos usuários, evidenciou que a orientação comunitária mostrou melhores resultados para territorialização e baixos resultados relativos aos indicadores de intersectorialidade e participação social.(37) Quanto a este, a maioria dos profissionais respondeu que o conselho local de saúde se faz presente na UBS, que as equipes disponibilizam canais de comunicação para reclamações e/ou sugestões dos usuários e que consideram a opinião da população importante na reorganização e qualificação do processo de trabalho. No entanto, ao comparar com as respostas dos usuários constatou que a percepção positiva dos profissionais sobre considerar a opinião do usuário, se contrapõe aos demais resultados insatisfatórios de participação social.

Em estudo de revisão sistemática, com o objetivo de analisarem os estudos que avaliaram o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) mediante uso do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) na perspectiva do usuário, em âmbito mundial. Dos 22 estudos encontrados, 18 avaliaram a orientação comunitária dos quais, destes, em 16 estudos este atributo apresentou um desempenho ruim, considerado não adequado. Complementou ainda, que o baixo desempenho alcançado pela orientação familiar e pela orientação comunitária pode estar associado a uma dificuldade dos serviços de APS avaliados em prestarem uma atenção integral voltada para a família e comunidade, estando ainda distante do modelo de Produção Social da Saúde.(38) Um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da atenção primária resulta nesses três atributos derivados.(25)

Após a avaliação de todos os escores obtidos para cada atributo, foram calculados os escores, essencial e geral, 7,16 e 7,33, respectivamente, considerados bom. Outros autores encontraram escores um pouco mais baixos, sendo para o essencial de 6,71 e geral 6,88, semelhantes com os resultados encontrados por outros autores com escore essencial de 6,8 e geral de 7,09, porém, ainda dentro da escala a ser considerado bom.(13,17) Tais resultados confirmam que os dados encontrados pela presente pesquisa, ao que diz respeito aos escores, essencial e geral, equivalem com a maioria dos estudos feitos em outras localidades brasileiras.

No entanto, podemos observar que os estudos voltados para avaliação dos atributos APS apresentam dificuldades, embora conseguindo encontrar resultados que permitissem a comparação de vários estudos, neste sentido, algumas limitações devem ser apontadas: a dificuldade de se encontrar estudos que apresentaram uma classificação definida e padronizada de desempenho adequado dos serviços em APS; a presença de estudos que

avaliaram, de forma limitada, somente alguns atributos; a não homogeneidade dos serviços de APS; as limitações do próprio PCATool, a considerar que todos os atributos apresentam o mesmo peso na orientação dos serviços em APS, bem como, a concepção de que a qualidade dos serviços da APS estejam contemplados nos atributos presentes no instrumento.(38)

Além do desenvolvimento de mais estudos de avaliação dos atributos, específicos ou comparativos, entre o prestador e usuário, é necessária ainda, a implantação de um modelo assistencial voltado para atenção primária do idoso como método de contribuição na qualidade deste serviço. Estudo propõe um modelo de cuidado integrado para o idoso que se configura como fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos, resultante em uma linha de cuidado com percurso assistencial dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação em sintonia com essa lógica.(39)

A presente pesquisa evidenciou atributos da atenção primária, a acessibilidade e coordenação de integração de cuidados foram os que obtiveram os piores escores, classificados como ruim. Em relação ao primeiro foi observado que a principal barreira que limitou a porta de entrada ao serviço, avaliada pelos profissionais, foi a ausência de contato por telefone, dificultando a busca de informações e aconselhamento rápido por parte do usuário do serviço de saúde.

Dos atributos considerados bom, integralidade dos serviços disponíveis apresentou limitações na prevenção de agravos ao mostrar a falta de identificação de problemas auditivos e visuais dos pacientes por parte dos profissionais. No atributo orientação comunitária foi observado que a pesquisa de satisfação com o paciente e a participação da comunidade na ESF, foram as fragilidades do atributo considerando que essa participação é de suma importância para o planejamento e avaliação conjunta do serviço, assim como a opinião do usuário se faz necessário para reorganização e qualificação do trabalho.

A classificação, muito bom e ótimo, observada nos atributos integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e coordenação de sistema de informação, respectivamente, mostrando que as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação estão sendo executadas dentro do modelo assistencial, devido ao fato das equipes da ESF da região identificarem os problemas e necessidades da população no âmbito da atenção primária e assim permitem que os usuários e familiares recebam atenção integral, no processo saúde-doença.

Apesar de não fazer parte dos objetivos da pesquisa, quanto ao PCATool foi observado que ele é um excelente instrumento utilizado para avaliar a qualidade do atendimento ao idoso

na atenção primária na visão do profissional, no entanto, assim como outros estudos, foi identificado limitações quanto a padronização e classificação dos valores obtidos. Observamos ainda, embora seja um instrumento validado pelo Ministério da Saúde, a maioria dos profissionais entrevistados, não tinha conhecimento da existência do mesmo o que possivelmente justifica algumas limitações encontradas pelos autores, a resistência por parte dos participantes de inicialmente não contribuir com o estudo por não entenderem do que se tratava o instrumento ou, por não ter conhecimento sobre os atributos da APS ou ainda, devido à extensão dos itens a serem avaliados.

Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização da assistência à saúde dos idosos sejam estimulados a melhorar a qualidade do atendimento, buscando e implantando modelos de assistência voltado para terceira idade, visando a importância e adquirindo conhecimento de cada atributo dentro da APS, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos.

Por fim, a pesquisa sugere estudos voltados para avaliação do atendimento da estratégia saúde da família na atenção primária da saúde na visão do usuário idoso desta região, por meio do mesmo instrumento de coleta de dados, seguido de comparação com o estudo atual e contribuindo assim para evolução da qualidade do serviço da atenção básica.

Referências

1. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha AS, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, 2014, 35(2):144–9.
2. Araújo VR, Valença AMG, Rocha AV. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o Olhar do Usuário/ Elderly's Health in Primary Care in the City of João Pessoa: The User's view Look of The User. *R bras ci Saúde*, 2012; 16(2):195-204,
3. Ferreira MP, Dini NP. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: Viana, AL. Lima, LD. (org.) Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.
4. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HÁ, Motta LBD, De Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):385-92.
5. Veras, RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):548-54
6. Veras, RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):231-238, 2012
7. Brasil MS. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
8. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD (org). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2007. ESPJV/FIOCRUZ, v.4,
9. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. *Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários*. *Rev. baiana saúde pública*, 2007. 31(2): 256-266
10. Retícena K, Piolli K, Carreira L, Marcon S, Sales C. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia/ Older people's perception of activities developed in the hiperdia/Programme percepción de ancianos acerca de las actividades desarrolladas en el hiperdia. *REME Rev Min Enferm*. 2015; 19(2): 107-113
11. IBGE. Instituto Brasileiro De Pesquisa E Estatística. Censo Demográfico, 2010. População. Parnaíba-PI [online]. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 19 de março de 2016.
12. Brasil CNS. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Dispõe sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. [online] Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 18 de março de 2016.

13. Lins TS, Soares FJP, Coelho JAPM. Avaliação dos atributos em atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família/Evaluation of the attributes of Primary Healthcare during an Internship in Family Health. *Revista Brasileira de educação Médica* 2016; 40 (3) : 355 – 363.
14. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CLM, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho/Interprofessional collaboration in the Family Health Strategy: implications for the provision of care and work management. *Ciência & Saúde Coletiva*, ; 20(8):2511-2521.
15. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*, Brasília, 2013; 66(num.especial): 158-164.
16. Azevedo ALM, Costa AM. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010; v.14, n.35, p.797-810.
17. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):285-93.
18. Veras RP, Estevam A. Modelo de atenção à saúde do idoso: ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar*. Lozer AC, Godoy CVC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Brasília, DF: OPAS; 2015. p.73-.84. Co-publicação Agência Nacional de Saúde Suplementar
19. Batista, VCL.;Ribeiro, LCC.; Ribeiro, CDAL.; Paula, FA.; Araújo, A.; Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família/ Evaluation of primary health care attributes according to family health professionals/ Evaluación de atributos de la atención primaria de salud según profesionales de la salud de la familia. *SANARE, Sobral*- 2016; v.15 n.02, p.87-93.
20. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal/ Practices of longitudinality in the Family Health Strategyin Distrito Federal, Brazil. *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 62-8.
21. Vargas I, Perez ASM, Paepe DEP, Ferreira MR, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31(6):736-748.
22. Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J, Gontijo TL. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários/ Evaluation of primary care: the point of view of users. [online] Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-epositorio/File/resenf/Artigo%20Ana%20Gabryela.pdf>. Acesso 23 de agosto de 2017.
23. Bousquarts A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CLM, Mota PLHS, et al.. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários/Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1141-1154.

24. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Pública*, Rio de Janeiro, 2010 fev, 26(2): 286-298.
25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
26. Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives. London: LSE Health; 2013.
27. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014; 24 [4]: 1207-1228.
28. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe/ Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. *Esc Anna Nery* (impr.) 2013; 17 (4): 628 – 637.
29. Paula CC, Silva CB, Tassinari TT, Padoin SMM. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *J. res: fundam. Care*, 2016; v.8, n.1, p.4056-4078.
30. Filho MM, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014; v.19, n.7.
31. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da família/The family in the practices of Family Health teams La familia en las prácticas de los equipos de Salud de la Familia. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2): 274-81.
32. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2014; v. 19, n. 2.
33. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncanet BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(9):1772-1784.
34. Bispo Junior JP, Martins PC. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 2014, 38(102): 440-451.
35. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES; 2008
36. Gonçalves GAC.;Santos, JVM.; Santana, LKA.; Celestino, SMAS.; Matias, BKC. Análise da Efetividade dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas quanto ao Aprofundamento Democrático no Município de Campina Grande – PB. RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas. ISSN: 2317-921X. 2016

37. Lima JG. Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. / MS-FIOCRUZ. 2016
38. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática/Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(6):1881-1893.
39. Veras, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo/Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905

4.2 Produto - Vídeo Informativo

Trata-se de um vídeo de caráter informativo com o objetivo de esclarecer aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Parnaíba-Pi sobre como melhorar os escores dos atributos da APS voltados para o atendimento ao idoso, além disso, proporcionar informações básica sobre o instrumento PCatool e como ele contribui para evolução da rede de assistência à saúde da população. Será apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e solicitado a este órgão, em caso de aprovação, que seja divulgado por aplicativo de comunicação social, podendo ainda, ser divulgado aos usuários das UBS por meio de material impresso e online por aplicativo de redes sociais.



APS – ELEMENTOS ESTRUTURANTES



ATRIBUTOS

Acesso de primeiro contato - Acessibilidade
Integralidade
Longitudinalidade
Coordenação
Orientação familiar e comunitária

CREATED USING
PowToon

**O PROFISSIONAL PODE
FAZER SUA PARTE**

CREATED USING
PowToon

VAMOS ATINGIR ESCORE
DE QUALIDADE MÁXIMA...

CREATED USING
PowToon

FAÇA
SUA PARTE



CREATED USING
PowToon

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidenciou na avaliação dos atributos da atenção primária, os obstáculos identificados e que, provavelmente contribuíram para redução de seus escores foram: a ausência de contato por telefone, dificultando a busca de informações e aconselhamento rápido por parte do usuário do serviço de saúde, como porta de entrada ao serviço; falta de identificação de problemas auditivos e visuais dos pacientes por parte dos profissionais, como pontos limitantes da integralidade dos serviços disponíveis; a não realização de pesquisa de satisfação com o paciente e a não participação da comunidade nos conselhos de saúde comprometeram a qualidade da orientação familiar e comunitária. No entanto foi observado que alguns atributos obtiveram uma ótima avaliação, pois mostraram que as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação estão sendo executadas dentro do modelo assistencial, como resultado da atuação das equipes da ESF da região identificando os problemas e necessidades da população no âmbito da atenção primária e assim permitindo que os usuários e familiares recebam atenção integral, no processo saúde-doença.

Apesar de não fazer parte dos objetivos da pesquisa, quanto ao PCatool foi observado que ele é um excelente instrumento utilizado para avaliar a qualidade do atendimento ao idoso na atenção primária na visão do profissional, no entanto, assim como outros estudos, foram identificadas limitações quanto à padronização e classificação dos valores obtidos. Observamos ainda, embora seja um instrumento validado pelo Ministério da Saúde, a maioria dos profissionais entrevistados, não tinha conhecimento da existência do mesmo.

Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização da assistência à saúde dos idosos sejam estimulados a melhorar a qualidade do atendimento, buscando e implantando modelos de assistência voltado para terceira idade, adquirindo conhecimento da importância de cada atributo dentro da APS, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos.

Por fim, a pesquisa constatou a necessidade de estudos voltados para avaliação do atendimento da estratégia saúde da família na atenção primária da saúde na visão do usuário idoso desta região, por meio do mesmo instrumento de coleta de dados, seguido de comparação com o estudo atual e assim contribuir de forma mais completa para evolução da qualidade do serviço da atenção básica.

O vídeo elaborado como produto da pesquisa, de caráter informativo com o objetivo de esclarecer aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Parnaíba-Pi sobre como melhorar os escores dos atributos da APS voltados para o atendimento ao idoso, foi enviado aos profissionais de saúde atuantes nas equipes do município, no entanto, os autores não podem afirmar que a estratégia de divulgação tenha atingido o resultado esperado, pois não foi solicitado o feedback daqueles que o receberam.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.N.; COIMBRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S.R.A.; QUEIROZ, R.C.S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, fev. 2014.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha**. Tese (Doutorado Em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 24, p. 1727-1742, ago, 2008.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saude Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, p. 286-298, fev, 2010
- ALVES, C. R.; ANDRADE, M. C.; SANTOS, C. L. S. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família/ Longitudinality and professional qualification: fundamentals for the performance of family healthcare teams. **Saúde Debate** . Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 268-278, out/dez, 2016.
- AQUINO, R. et al. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, p. 353-371, 2014.
- ARAÚJO, V.R.; VALENÇA, A.M.G.; ROCHA, A.V. Saúde do Idoso na Atenção Básica de Saúde no Município de João Pessoa: o Olhar do Usuário/ Elderly's Health in Primary Care in the City of João Pessoa: The User's view Look of The User. **R bras ci Saúde**, v. 16, n. 2, p. 195-204, 2012.
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal/ Practices of longitudinality in the Family Health Strategy in Distrito Federal, Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p.62-8, 2014
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez, 2010.
- BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery Rev En- ferm.** v. 15 n. 4, p. 802-810, out-dez, 2011.
- BATISTA, V.C.L.; RIBEIRO, L.C.C.; RIBEIRO, C.D.A.L.; PAULA, F.A.; ARAÚJO, A.; Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da

família/ Evaluation of primary health care attributes according to family health professionals/ Evaluación de atributos de la atención primaria de salud según profesionales de la salud de la familia. **SANARE**, Sobral - v.15, n.2, p. 87-93, jun./dez, 2016.

BISPO JUNIOR, J.P.; MARTINS, P.C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, set, 2014.

BORGES, M. G.; CAMPOS, M. B.; CASTRO E SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: ERVATTI, L. G.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações**. Brasília, DF: IBGE, 2015.

BOUSQUARTS, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, S.E.M.; ALMEIDA, P.F.; MARTINS, C.L.M.; MOTA, P.L.H.S.; MENDONÇA, M.H.M.; MEDINA, M.G.; VIANA, A.L.A.; FAUSTO, M.C.R.; PAULA, D.B. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários/Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p. 1141-1154, out, 2017

BRASIL. CNS. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012a**, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Dispõe sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 18 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de atenção Básica Variável- PAB variável. Diário Oficial União 19 jul 2011.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde)

CAMPBELL, S.; ROLAND, M.; BUETOW, S. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**. v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CASTRO, R.C.L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCANET, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set, 2012.

CONASS, **Conselho Nacional de Secretário de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

COUTINHO, A. T.; POPIM, R. C.; CARREGÃ, K.; SPIRI, W. C. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe/ Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 4, p. 628 – 637, out - dez , 2013.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saude Publica**, v. 26, n. 4, p. 725-73, abr, 2010.

DA SILVEIRA, D.P.; ARAÚJO, D.V.; GOMES, G.H.G.; LIMA, K.C.; ESTRELLA, K.; OLIVEIRA, M. et al. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor**. ANS, Rio de Janeiro, 2016.

DUARTE, A.G.S.; GUIMARÃES, E.A.A.; SILVA, J.; GONTIJO, T.L. **Avaliação da atenção primária**: o ponto de vista de usuários/ Evaluation of primary care: the point of view of users. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/Artigo%20Ana%20Gabryela.pdf> Acessado 23 de agosto de 2017.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/**CEBES**; 2008

FERREIRA, M.P.; DINI, N.P. Tipologia nacional dos colegiados de gestão regional. In: Viana, AL. Lima, LD. (org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.

FONTENELLE, L.F. O que é a estratégia Saúde da Família. Publicado em **Miscelânea (Saúde da família/SUS)**. 26 abril, 2014. Disponível em: <http://leonardof.med.br/2014/04/26/o-que-e-a-estrategia-saude-da-familia/> Acesso em 22 de agosto de 2017.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 143-149, jan, 2014.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan.-abr. 2002

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p.493-546, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M.S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil/Family health: limits and

possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, fev, 2009.

GONÇALVES, G.A.C.; SANTOS, J.V.M.; SANTANA, L.K.A.; CELESTINO, S.M.A.S.; MATIAS, B.K.C. Análise da Efetividade dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas quanto ao Aprofundamento Democrático no Município de Campina Grande – PB. RP3 - **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, p. 66-95, dez, 2016.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil/ Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro De Pesquisa E Estatística. **Censo Demográfico, 2010**. População. Parnaíba-PI, Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso em: 19 de março de 2016.

LIMA, J.G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

LINS, T.S.; SOARES, F.J.P.; COELHO, J.A.P.M. Avaliação dos atributos em atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família/Evaluation of the attributes of Primary Healthcare during an Internship in Family Health. **Revista Brasileira de educação Médica** v. 40, n. 3, p. 355-363; jan, 2016.

MADUREIRA, M.O. **Atenção primária em saúde e seus atributos: uma pesquisa bibliográfica**. 2015. 73 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MATUDA, C.G.; PINTO, N.R.S.; MARTINS, C.L.M.; FRAZÃO, P.; Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho/Interprofessional collaboration in the Family Health Strategy: implications for the provision of care and work management. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n. 8, p. 2511-2521, jan, 2015.

MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO JÚNIOR, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. Rio De Janeiro, V. 41, N. Especial 3, p. 288-295, Set, 2017.

MELLO, Carlos (Org.). **Métodos quantitativos: pesquisa, levantamento ou survey**. Aula 09 da disciplina de metodologia de pesquisa na UNIFEI, 2013.

MENDES, A C G.; MIRANDA, GMD.; FIGUEREDO, KEG.; DUARTE, PO.; FURTADO, BM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer/Access to Primary Healthcare Services: still a way to GO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 2903-2912, 2012

MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v. 5, n. 15, p.2297-2305, jun. 2010.

MENDES, E V. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2012. p. 71-99.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B.S.R.; ARAÚJO, C.S. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, julho, p. 2033-2046, set, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp. P. 158-164, set, 2013.

OLIVEIRA, M.P.R.; MENEZES, I.H.C.F.; SOUSA, L.M.S.; PEIXOTO, M.R.G. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores associados à Qualidade da atenção Primária/Training and Qualification of Health Professionals: Factors associated to the Quality of Primary Care. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 4, 547 - 559, mar, 2016.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília, 2011.

PAULA, CC.; SILVA, CB.; TASSINARI, TT.; PADOIN, SMM. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. res: fundam. care**. Online, v.8, n.1, p.4056-4078, jan-mar, 2016.

PRATES, M.L.; MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; AVELAR, P.S.; PRATES, L.L.; MENDONÇA, E.T.; COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática/Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jul, 2017.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RETICENA, K.; PIOLLI, K.; CARREIRA, L.; MARCON, S.; SALES, C. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia/ Older people's perception of activities developed in the hiperdia/Programme percepción de ancianos acerca de las actividades desarrolladas en el hiperdia. **REME • Rev Min Enferm.** v. 19, n. 2, p. 107-113, abr/jun 2015.

SCHANG, L; WAIBEL, S; THOMSON, S. Measuring care coordination: health system and patient perspectives. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions. London: **LSE Health**, Apr, 2013.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M.J. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 3, p. 612-617, jan, 2012.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Cien Saude Colet**. v. 16, n. 11, p. 4315-4326, fev, 2011.

SILVA, N.C. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do atributo 'centralidade na família' no PSF de Manaus**. [Tese de doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, N.C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E.M.T. A família nas práticas das equipes de Saúde da família/The family in the practices of Family Health teams/La familia en las prácticas de los equipos de Salud de la Familia. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 2, p. 274-281 mar-abr, 2014.

SILVA, R.M.; ANDRADE, L.O.M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, set, 2014.

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

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**, v. 10, n. 15, apr, 2011.

VARGAS, I.; PEREZ, A.S.M.; PAEPE, D.E.P.; FERREIRA, M.R.; UNGER, J.P.; VAZQUEZ, M.L. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health Policy Plan**, v. 31, n. 6, p. 736-748, jan, 2016.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo/Care pathway for the elderly: detailing the model. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, dez, 2016.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saude Publica**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, jan, 2009.

VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan, 2012.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A.; MOTTA, L.B.D.; DE LIMA, K.C. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, jun, 2013.

VERAS, R.P.; ESTEVAM, A. **Modelo de atenção à saúde do idoso: ênfase sobre o primeiro nível de atenção.** In: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Lozer AC, Godoy CVC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Brasília, DF: OPAS; 2015. p.73-84. Co-publicação Agência Nacional de Saúde Suplementar

VITORIA, A.M.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S.P.; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 285-293, Out-Dez, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832)>

APÊNDICES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Participante,

Convidamos você para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA", desenvolvida pela pesquisadora Germana Karla Rego Moura, discente do curso de Mestrado em Saúde da Família, do Centro Universitário Uninovafapi, sob orientação da professora doutora Adélia Dalva da Silva Oliveira.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. É sua escolha participar ou não. A escolha que você fizer não terá impedimento no seu trabalho ou qualquer avaliação relacionada ao seu tipo de trabalho ou relatórios. Caso você concorde em participar, você tem total liberdade para, a qualquer momento, desistir da sua participação.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Além disso, conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sua participação se dará em total anonimato, onde sua identidade ficará em sigilo e o material coletado na aplicação do questionário será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato explicitado neste Termo.

De acordo com a Resolução nº 466/12 toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece possibilidades de riscos aos participantes. Assim, a presente proposta de pesquisa oferece riscos mínimos, sendo o constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo e compartilhamento das informações pessoais ou confidenciais coletadas e/ou o receio da crítica por parte dos

pesquisadores. Para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas em uma sala climatizada, de porta fechada, com boa iluminação e com a presença do pesquisador. Ressalta-se ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo do participante e que o mesmo ficará a vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. As informações coletadas somente serão utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

Este estudo apresenta benefícios diretos para você, tais como refletir sobre o atendimento do idoso na estratégia saúde da família. Os benefícios indiretos consistem em conhecimento gerado acerca da avaliação do atendimento do idoso na visão do profissional da estratégia saúde da família. Além disso, os resultados obtidos nesta pesquisa poderão ser úteis para pesquisas futuras acerca do atendimento do idoso na estratégia saúde da família durante a produção de trabalhos científicos.

O período de sua participação será de mar/2017 a junho/2017, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como sujeito de pesquisa a qualquer tempo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e no TCM da pós-graduação *stricto sensu* mestrado profissional em saúde da família.

Ressalta-se que, conforme a Resolução 466/12 do CNS, os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante da sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 – Teresina – Piauí, telefone: (86) 2106-0700, fax (86) 2106-0740, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integralidade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. "Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da

Assinatura

Assinatura

dignidade, da autonomia, da não-maleficência, da confidencialidade e da privacidade”

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário. O tempo de duração para responder o questionário é de aproximadamente quinze minutos.

Os registros desta participação serão mantidos confidenciais. Entretanto esses registros poderão ser analisados por um representante do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi. Seu nome não será divulgado em nenhum questionário deste estudo.

 Adélia Dalva da Silva Oliveira CPF: 445.091.3232-20 (Pesquisador Responsável)
 Germânia Karla Rego Moura CPF: 914.464.573-20 (Pesquisador Participante)

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adélia Dalva da Silva Oliveira. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 – Teresina – Piauí. Telefone: (86) 2106-0700. E-mail: aoliveira@uninovafapi.edu.br.

Parnaíba, ____/____/____

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo voluntariamente em participar. Por favor, assine ao final deste documento, em duas vias. Uma delas é sua e a outra é dos pesquisadores.

 (Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:
 CPF:



**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS
AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA VISÃO DO PROFISSIONAL
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

É composto por itens, divididos em 8 componentes em relação aos atributos da APS

- | | |
|--|---|
| 1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A) | 5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E) |
| 2. Longitudinalidade (B). | 6. Integralidade – Serviços Prestados (F) |
| 3. Coordenação – Integração de Cuidados | 7. Orientação Familiar (G) |
| 4. Coordenação – Sistema de Informações (D) | 8. Orientação Comunitária (H). |

A. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
A1	Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
A2	Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
A3	É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
A4	Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
B1	No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B2	Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B3	Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B4	Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B5	Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B6	Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B7	Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
B8	Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B9	Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
----	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------

C. COORDENAÇÃO INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
C1	Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
C2	Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
C3	Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
C4	Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
C5	Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐

E. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
E1	Aconselhamento nutricional	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E2	Imunizações.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E3	Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E4	Avaliação da saúde bucal/ Tratamento dentário	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E5	Aconselhamento para problemas de saúde mental	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E6	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E7	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E8	Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E9	Aconselhamento sobre como parar de fumar.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E10	Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E11	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	1 ☐	2 ☐	3 ☐
E12	Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	1 ☐	2 ☐	3 ☐

F. INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
F1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F2	Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F3	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F4	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F5	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F6	Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F7	Como prevenir quedas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F8	Prevenção de osteoporose em mulheres.	1 ☐	2 ☐	3 ☐
F9	Cuidado de problemas comuns relativos a menopausa	1 ☐	2 ☐	3 ☐

G. ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
G1	Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
G2	Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
G3	Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	1 ☐	2 ☐	3 ☐

H. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção		SIM	NÃO	NÃO SEI OU NÃO QUERO RESPONDER
H1	Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
H2	Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
H3	Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?				
H4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
H5	Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	1 ☐	2 ☐	3 ☐
H6	Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)	1 ☐	2 ☐	3 ☐

APENDICE C – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP /UNINOVAFAPI

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

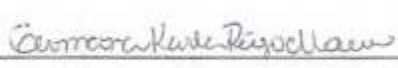
Teresina, ____ de ____ de 20 ____

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA, pesquisador responsável e GERMANA KARLA REGO MOURA, pesquisador(es) participantes(es) da pesquisa intitulada **"AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"**, declaro (amos) que:

- Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº 466/12, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA da área Do Programa De Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional Em Saúde Da Família do Centro Universitário Uninovafapi, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tomados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.


Adélia Dalva da Silva Oliveira – CPF: 446.091.323-20
Pesquisador Responsável


Germana Karla Rego Moura – CPF: 914.464.573-20
Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Gracyanne Maria Oliveira Machado, Superintendente da Atenção Básica, AUTORIZO, Adélia Dalva da Silva Oliveira professora/orientadora e Germana Karla Rego Moura, aluna do programa de pós-graduação strito senso mestrado profissional em saúde da família do Centro Universitário Uninovafapi, a realizarem um formulário com os profissionais da saúde das Equipes da Estratégia Saúde da Família da cidade de Parnaíba, atuantes nos módulos 01-40, para a realização da Pesquisa: Avaliação Do Atendimento Ao Idoso Na Visão Do Profissional Da Estratégia Saúde Da Família, que tem por objetivo geral: Avaliar o atendimento do idoso na visão do profissional da estratégia saúde da família.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Parnaíba, 08 de dezembro de 2016


Gracyanne Maria Oliveira Machado
Superintendente da Atenção Básica



ANEXO B – PARACER DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA VISÃO DO PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: adélia dalva da silva oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64855917.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.993.723

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo observacional com abordagem quantitativa com características survey. Serão entrevistados os profissionais de saúde da cidade de Parnaíba, sobre a qualidade de vida dos idosos. Será utilizado o questionário PCATool – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL, que é composto por 77 itens em oito componentes em relação aos atributos da Atenção Primária da Saúde. Os dados serão submetidos à análise descritiva e todas as comparações serão testadas usando o teste do Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5% usando a versão 11.0 SPSS for Windows.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar o atendimento do idoso na visão do profissional da estratégia saúde da família.

Objetivo Secundário:

- Descrever a avaliação dos profissionais da saúde ao que diz respeito ao atendimento ao idoso na estratégia de saúde da família;
- Identificar os fatores que limitam a qualidade do atendimento ao paciente idoso na estratégia saúde da família;

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Belém do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafsp.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.292.722

- Caracterizar as ações profissionais da Estratégia da Saúde da Família quanto à acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária;
- Verificar se o atendimento ao idoso na atenção básica na visão dos profissionais da estratégia saúde da família está de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente protocolo trata de um estudo descritivo, observacional com abordagem quantitativa com características survey. Serão entrevistados os profissionais de saúde da cidade de Parnaíba, sobre a qualidade de vida dos idosos. Para a coleta dos dados será utilizado o questionário PCATool – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL, que é composto por 77 itens em oito componentes em relação aos atributos da Atenção Primária da Saúde. Os dados serão submetidos à análise descritiva e todas as comparações serão testadas usando o teste do Qui-quadrado, considerando o nível de significância de 5% usando a versão 11.0 SPSS for Windows. O critério de inclusão é que seja médico, enfermeiro e técnico de enfermagem das unidades básicas da cidade de Parnaíba-PI com tempo mínimo de 01 (um) ano de atuação na área de saúde da família. O critério de exclusão abrange os demais profissionais da saúde que não sejam médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, serem estagiários ou prestadores de serviço voluntários e profissionais que não sejam da saúde atuantes na unidade básica de saúde da família.

Trata-se o presente da segunda apresentação deste protocolo de pesquisa, tendo se constatado na primeira oportunidade que não havia justificativa a respeito dos critérios para a escolha do número de participantes da pesquisa, fato esse corrigido nesta oportunidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos termos de apresentação obrigatória, foram anexados a folha de rosto, declaração de compromisso dos pesquisadores, carta de encaminhamento ao CEP, instrumento de coleta de dados referente a pesquisa e a Autorização da Instituição onde a pesquisa será realizada e o TCLE, além dos demais documentos obrigatórios na apresentação do protocolo de pesquisa ao CEP para apreciação.

A incongruência de datas ocorrida no Cronograma do protocolo de pesquisa na sua primeira apresentação também foi corrigida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as

Endereço: Rua Vitorino Ortigues Fernandes, 5123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafsp.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.992.722

recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UNINOVAFAPÍ considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858121.pdf	21/03/2017 21:51:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOGERMANA.pdf	21/03/2017 21:50:45	adélia daiva da silva oliveira	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	13/02/2017 22:51:39	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAPESQUISADORES.pdf	13/02/2017 22:50:45	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
Outros	lattes.pdf	13/02/2017 14:27:15	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
Outros	INSTRUMENTOpdf.pdf	02/02/2017 15:28:43	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	02/02/2017 15:25:48	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARA.pdf	01/02/2017 19:34:20	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPDF.pdf	01/02/2017 19:18:54	GERMANA KARLA REGO MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
 Bairro: Belino do Uruguai CEP: 64.073-505
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (35)2106-0738 Fax: (35)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.893.723

TERESINA, 31 de Março de 2017.

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenador - CEF UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 5123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br