

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

MARIA TEREZINHA SILVA NETA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOB PERSPECTIVA DO IDOSO ASSISTIDO NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

GOVERNADOR VALADARES
Dezembro/2017

MARIA TEREZINHA SILVA NETA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOB PERSPECTIVA DO IDOSO ASSISTIDO NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio
Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do
título de Mestre. Área de concentração: Território, Sociedade
e Saúde

Orientadora: Prof. Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão
Co-orientadora: Prof. Dr^a Suely Maria Rodrigues

GOVERNADOR VALADARES
Dezembro/2017

Silva Neta, Maria Terezinha.

Avaliação da qualidade do serviço de atenção primária à saúde sob perspectiva do idoso assistido no território da estratégia saúde da família / Maria Terezinha Silva Neta. -- 2017.

203 f.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território, Governador Valadares, MG, 2017.

Orientadora: Prof. Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão

Co-orientadora: Prof. Dr^a Suely Maria Rodrigues

Aos idosos atendidos na Estratégias Saúde da Família, para que os resultados deste estudo tragam melhorias nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos quais são usuários e dependentes.

Ao Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS) UNIVALE por dedicar pesquisas pela melhoria da qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Dr^a. Marileny Boechat Frauches Brandão, que no tempo dedicado a este trabalho me norteou no amadurecimento na pesquisa. Por sua intensa dedicação, correções concisas e por conduzir de forma adequada sua orientação, sem negar minhas apreensões, angústias, meu tempo e minhas limitações. Obrigada por orientar minha trajetória e pelo exemplo de dedicação ao trabalho.

À minha co-orientadora Professora Dr^a Suely Maria Rodrigues, pelo conselho no momento certo, pelas correções e pela confiança ao me permitir participar do projeto de pesquisa.

Aos demais professores do programa, funcionários e colegas de classe pelos ensinamentos amizade, respeito e suporte neste percurso.

Ao meu marido Professor Msc. Diego Dantas Amorim, pelo incentivo, suporte e por compartilhar tempo e angústias no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pelas críticas arguciosas e ainda pelo apoio emocional, companhia, pelo amor e pelo consolo.

À Professora Pedagoga Msc Clara Regina Agostini Oliveira pela amizade e orientação pedagógica em nome da qual agradeço ao Instituto Federal de Minas Gerais – Campus Governador Valadares pelo incentivo e apoio.

À minha colega de trabalho, mestrado e amiga Professora Graciela Santos Joana Ferreira de Oliveira que assumiu a responsabilidade de parte de minhas atribuições para que eu fosse capaz de me dedicar a este estudo.

O segredo de qualquer conquista é a coisa mais simples do mundo: saber o que fazer com ela.
Desconhecido

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) ao ofertar serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tem promovido a reorganização das práticas em saúde. Deste modo é necessário adequá-los à população assistida e garantir que sejam ofertados com qualidade. A APS deve ser reconhecida pela presença de seus atributos essenciais (*Acesso de primeiro contato*, *Longitudinalidade*, *Coordenação* e *Integralidade*) e derivados (*Orientação Familiar* e *Orientação Comunitária*) que requerem uma avaliação sistemática. Este estudo teve por objetivo avaliar a qualidade do serviço de APS, sob o ponto de vista do idoso assistido no território da ESF da zona urbana do município de Governador Valadares/MG. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 163 idosos, de ambos os gêneros, assistidos na ESF, funcionalmente independentes e com função cognitiva preservada para responder aos instrumentos empregados na coleta dos dados: Inventário Sociodemográfico e o PCATool-Brasil versão Adulto, utilizado para avaliar a qualidade do serviço de APS. Os dados referentes ao perfil socioeconômico, demográfico e de saúde foram processados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no software estatístico R, versão 3.4.3. Para a avaliação da qualidade do serviço de APS, foi calculado o Escore Geral e, individualmente, os respectivos escores de cada atributo e suas dimensões. A avaliação da qualidade do serviço e sua associação aos aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde foram analisadas por teste Qui-quadrado (χ^2) adotando um nível de confiança de 95%, sendo considerados serviços de APS com alto escore os que obtiveram um valor $\geq 6,6$. Verificou-se que a média de idade dos idosos pesquisados foi de 71 anos (DP=8,1), com predomínio do sexo feminino (71,2%), 82,8% declararam ter de 0 a 4 anos de estudo e receberem em média 1,3 salário mínimo (DP=0,8). Observou-se que, nos últimos seis meses 85,9% realizaram pelo menos uma consulta, 89,0% utilizaram algum medicamento e 25% informaram ter tido diagnóstico de pelo menos uma doença. Quanto ao nível de qualidade do serviço de APS foi encontrado Escore Geral de 5,8 (IC 95%: 4,2-7,4). A *Longitudinalidade*, com escore de 6,6 (IC95%: 4,9-8,3) e a *Coordenação do Serviço*, 6,6 (IC95%: 6,1-7,1) foram bem avaliados, entretanto a *Orientação Familiar* (5,2 IC95%: 1,4-9,0) seguido do *Acesso de Primeiro Contato* (5,3 IC95%: 3,5-7,1) e sua dimensão *Acessibilidade* (2,7 IC95%: 1,3-4,0) obtiveram pior escore. O perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa revelou vulnerabilidade e seu estudo pode contribuir com a gestão de saúde na análise e aplicação de práticas em saúde. Conclui-se que os idosos pesquisados avaliaram o serviço recebido na atenção primária como mediano sendo necessárias melhorias no que tange a *Orientação Familiar* e no enfrentamento dos problemas da *Acessibilidade*. A renda, a ESF de procedência e a utilização do serviço se associaram ao Escore Geral da APS podendo nortear a reavaliação das práticas em saúde e melhoria do serviço de APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde do idoso. Território.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) in offering Primary Health Care (PHC) services has promoted the reorganization of health practices. In this way it is necessary to adapt them to the assisted population and ensure that they are offered with quality. APS should be recognized by the presence of its essential attributes (First Contact Access, Longitudinality, Coordination and Integrality) and derivatives (Family Guidance and Community Guidance) that require a systematic evaluation. The purpose of this study was to evaluate the quality of the PHC service, from the point of view of the elderly assisted in the FHS territory of the urban area of the municipality of Governador Valadares/MG. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 163 elderly individuals, both of whom were assisted in the FHS, functionally independent and with cognitive function preserved to respond to the instruments used in the data collection: Sociodemographic Inventory and PCATool-Brazil Adult version, used to evaluate the quality of the service. Data on the socioeconomic, demographic and health profile were processed and analyzed using descriptive and inferential statistics in the statistical software R, version 3.4.3. For the evaluation of the quality of the PHC service, the General Score was calculated and, individually, the respective scores of each attribute and its dimensions. The evaluation of the quality of the service and its association with socioeconomic, demographic and health aspects were analyzed by chi-square test (X^2), adopting a 95% confidence level, being considered high-score PSA services that obtained a value ≥ 6.6 . The mean age of the elderly studied was 71 years ($SD = 8.1$), with a predominance of females (71.2%), 82.8% reported having between 0 and 4 years of study and received on average 1.3 minimum wage ($SD = 0.8$). It was observed that in the last six months 85.9% had at least one consultation, 89.0% used some medication and 25% reported having been diagnosed with at least one disease. Regarding the quality level of the PHC service, a General Score of 5.8 (95% CI: 4.2-7.4) was found. Longitudinality, with a score of 6.6 (95% CI: 4.9-8.3) and Service Coordination, 6.6 (95% CI: 6.1-7.1) were well evaluated, however the Family Orientation (5.2 95% CI: 1.4-9.0) followed by First Contact Access (5.3 95% CI: 3.5-7.1) and its accessibility dimension (2.7 95% CI: 1.3-4.0) obtained a worse score. The socioeconomic and epidemiological profile of the elderly population revealed vulnerability and their study may contribute to health management in the analysis and application of health practices. It is concluded that the surveyed elderly evaluated the service received in primary care as a medium, and that improvements in Family Orientation and in the face of Accessibility problems are necessary. The income, FHS of origin and use of the service were associated with the PHC General Score, which could guide the reassessment of health practices and improvement of the PHC service.

Key words: Primary Health Care. Health Services Evaluation. Family Health Strategy. Health of the elderly. Territory.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Evolução das Taxas de Fecundidade Total e Expectativa de vida ao nascer no Brasil (1940-2020)	22
FIGURA 2 – Projeção da população do Brasil por faixa etária para o período 2000-2060.....	23
FIGURA 3 – Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS.....	27
FIGURA 4 – Limite de zonas das regiões de atendimento das Unidades Básicas de Saúde...	43
FIGURA 5 – Apresenta os atributos essenciais e derivados da APS e seus respectivos itens de avaliação.....	48
FIGURA 6 – Distribuição da amostra segundo gênero e Faixa etária.....	51
FIGURA 7 – Gráfico de bolhas modificado sobre a dispersão dos Escores essencial e derivados, ressaltando os bairros em sua dimensão na amostra e as respectivas frequências de consultas médicas.	65
FIGURA 8 – Escore médio dos atributos e suas respectivas dimensões.....	66
FIGURA 9 – Distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão <i>Acesso de primeiro contato – Acessibilidade</i>	74
FIGURA 10 – Distribuição do percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão <i>Serviços Disponíveis – Integralidade</i>	85
FIGURA 11 – Distribuição do percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem o atributo <i>Orientação Familiar</i>	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.....	44
TABELA 2 – Distribuição da faixa etária dos idosos da amostra em relação à proporção apresentada pelo IBGE em 2010 para a população deste estudo.....	49
TABELA 3 – Características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados.....	50
TABELA 4 – Tabela 4: Indicadores de saúde dos idosos pesquisados em um município do leste mineiro no período de 2014-2015.....	57
TABELA 5 – Análise bivariada da associação entre variáveis sociodemográficas, utilização do serviço e indicadores de saúde e os escores Essencial, Derivado e Geral da Atenção Primária à Saúde.....	62
TABELA 6 – Descrição dos 15 itens com pior avaliação (prioritários para ações de melhoria) entre os 85 avaliados.....	67
TABELA 7 – Análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômicas, demográficas, utilização do serviços e indicadores de saúde e os escores dos atributos essências e suas dimensões e o atributos derivados dos serviços de Atenção Primária à Saúde.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica A Saúde

ACS – Agente Comunitário De Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional De Secretários Municipais De Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DI – Doenças Infecciosas

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS's)

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

EVN – Expectativa de Vida ao Nascer

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IC – Índice de Confiança

MS – Ministério da Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial Da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PNI – Política Nacional do Idoso

PNSPI – Política Nacional Da Saúde Da Pessoa Idosa

PPS – Políticas Públicas De Saúde

PSF – Programa Saúde Da Família

SIAB – Sistema de Informação Básica

SIS – Sistemas de informações em saúde

SUS – Sistema Único De Saúde

TFT – Taxa De Fecundidade Total

UNICEF – Nações Unidas Para A Infância

USB – Unidades Básicas De Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. Atenção Primária à Saúde: mudança de paradigma.....	16
2.2. Transição demográfica e epidemiológica no Brasil.....	21
2.3. As Políticas de Saúde da Pessoa Idosa e a Atenção Primária a Saúde	24
2.4. Atenção Primária à Saúde e seus Atributos	26
2.5. Atributos essenciais da Atenção Primária à saúde.....	27
2.5.1. Acesso de primeiro contato	27
2.5.2. Longitudinalidade.....	28
2.5.3. Integralidade da atenção.....	28
2.5.4. Coordenação da assistência	29
2.6. Atributos derivados da Atenção Primária a saúde	29
2.6.1. Atenção centrada na família	29
2.6.2. Orientação comunitária	30
2.6.3. Competência cultural.....	30
2.7. Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde	30
2.7.1. Primary Care Assessment Tool (PCATool)	32
2.8. Território e sua relação com saúde	34
3. APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	40
3.1. Objetivo geral.....	40
3.2. Objetivos específicos	40
4. METODOLOGIA.....	41
4.1. Aspectos éticos.....	41
4.2. Tipos do estudo e abordagem	41
4.3. Universo do estudo	42
4.4. Amostra.....	43
4.5. Critérios de Inclusão	44
4.6. Estudo piloto	44
4.7. Coleta de dados	45
4.8. Instrumentos para Coleta de Dados	46
4.8.1. Inventário Sociodemográfico	46

4.8.2. Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão Adulto	46
4.9. Análises dos dados	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1. Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos participantes da pesquisa.....	49
5.2. Perfil de saúde e utilização dos serviços de saúde.....	56
5.3. Avaliação da Qualidade do Serviço de Atenção Primária à Saúde	60
5.3.1. Avaliação Geral do Serviço de Atenção Primária a Saúde	61
5.3.2. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.....	72
5.3.2.1. Acesso de Primeiro Contato.....	72
5.3.2.2. Longitudinalidade.....	77
5.3.2.3. Coordenação.....	78
5.3.2.4. Integralidade.....	83
5.3.3. Avaliação dos atributos Derivados da Atenção Primária à Saúde	88
5.3.3.1. Orientação familiar.....	88
5.3.3.2. Orientação comunitária.	91
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO.....	94
8. REFERÊNCIAS.....	96
9. ANEXOS.....	107
10. APÊNDICE	123

1. INTRODUÇÃO

Desde os anos de 1940, o Brasil tem passado por mudanças no perfil de sua população, com acréscimo exponencial do número de habitantes idosos ou com idade próxima à velhice. Tal evento tem contribuído para o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), que têm a idade como um fator de risco. Conseqüentemente o idoso necessita de maior atenção às suas necessidades bem como suporte a sua saúde física e mental. No entanto, as mudanças no perfil demográfico da população têm trazido consigo barreiras na prestação de serviços de saúde tanto pela dificuldade na compreensão deste processo quanto pela falta de infraestrutura, tecnologia, pesquisa e profissionais especializados em trabalhar com a população idosa (CARVALHO; GARCIA, 2003; BRITO, 2013; OMS, 2015).

Neste contexto, destaca-se a importância da implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na oferta do serviço de atenção primária à saúde (APS) que, quando gerida de maneira descentralizada pode acontecer mais localmente e próximo do cotidiano dos indivíduos. Esta prática é fundamental para atender o indivíduo e grupos sociais, além de oferecer a porta de entrada nos sistemas de saúde para atenção às necessidades do idoso. A APS procura valorizar a promoção da saúde e o bem-estar, além de oferecer tratamento e reabilitação formando base de sustentação para os demais níveis hierárquicos de atenção à saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2014).

A ESF destaca-se ainda pelo esforço na substituição do modelo de saúde centrado na doença que acontece de forma descontextualizada. Há o ensejo da ESF em ofertar serviços de APS que sejam voltados ao indivíduo, família e ou comunidade a partir de um modelo de atenção voltado às territorialidades da população assistida valorizando a formação de vínculos que compreenda o contexto familiar, aspectos sociais e culturais. Deste modo, são ainda necessárias Políticas Públicas de Saúde (PPS) para o idoso que garantam seu acesso a APS com qualidade para se evitar as complicações, longos períodos de internação e custos com a recuperação e reabilitação de sua saúde (BRASIL, 2006; OMS, 2015).

Todavia, não basta apenas planejar serviços de APS à população vulnerável, mas que estes serviços estejam disponíveis à população, permita seu acesso e se oriente pela presença e extensão de seus atributos: *Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação dos Serviços, Integralidade* e ainda *Orientação Familiar e Comunitária*. Logo faz-se necessário avaliar a qualidade do serviço de APS ofertado pela ESF a fim de garantir a qualidade dos serviços e suprir as necessidades de melhoria (STARFIELD, 2002).

Pilger et al. (2011) afirmaram que a população idosa pode ser reconhecida como a maior clientela dos serviços de saúde devido às necessidades características do envelhecimento. Deste modo, tornou-se imperativo avaliar o serviço de APS ofertado pela ESF sob a perspectiva de quem mais necessita ou utiliza o serviço uma vez que segundo Starfield (2002) a avaliação do serviço poderá permitir a pessoa idosa apresentar suas territorialidades e ainda apontar necessidades de melhoria que podem auxiliar gestores de saúde, coordenadores e profissionais de saúde na readequação dos serviços de APS ofertados pela ESF.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Atenção Primária à Saúde: mudança de paradigma

Citada pela primeira vez na Inglaterra em 1920 no Relatório de Dawson, a APS adveio para organizar o modelo de atenção à saúde que na época se destinava a ações curativas, comprimidas ao biológico de aplicação individual, amplamente utilizada nos Estados Unidos da América (EUA) que era de alto custo, elevada complexidade e de baixa resolubilidade não atendendo às necessidades locais. Esperava-se, com este documento, facilitar a discussão acerca desta problemática e prioritariamente considerar e formular recomendações que buscassem implantar sistemas necessários para a oferta de serviços médicos e afins que estivessem à disposição da população dentro de seus territórios (MATTA; MOROSINI, 2008).

Por meio deste documento, o governo Inglês, reconheceu a urgência no desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde e propôs um movimento de organização do serviço que apresentasse duas características ao longo deste processo: a *Integralidade* em que não seria mais possível dissociar ações curativas e ações preventivas e que, recomendava aos médicos que não reduzissem o indivíduo ao sistema ou a doença e demonstrassem capacidade de atender o paciente de maneira mais integral. E a *regionalização* sugerindo a criação dos centros de saúde primários e secundários e ainda serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitalares e ensino obedecendo a hierarquização do serviço de saúde. Tal característica permite que sejam considerados os aspectos locais e a heterogeneidade dos territórios, buscando atender a população e ofertar serviços de APS a partir das necessidades de saúde de cada região (MINISTRY OF HEALTH, 1920; MATTOS, 2001; VIANA, 2008).

Já durante os anos de 1960, foram realizados debates, sobre a problemática da saúde em muitos países, principalmente os subdesenvolvidos afligidos pelas péssimas condições sociais, sanitárias e nenhuma eficiência no serviço de APS. Essa problemática afirmava uma determinação social e econômica da saúde que contribuiu para mudança de paradigma. Em 1978, aconteceu em Alma-Ata, Cazaquistão na antiga União Soviética, a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF) que discutiu a necessidade urgente de ação e trabalho de todos os governos no desenvolvimento e promoção da saúde formalizando uma proposta de 'Saúde Para Todos até o ano de 2000' por meio da Declaração de Alma Ata, assinada por 134 países (BRASIL, 2002).

Tal declaração demonstrava a preocupação com a desigualdade entre os países com relação à saúde e atribuía aos governos a responsabilidade com a bem-estar de seus povos, e apresentou a APS como chave para alcance das metas propostas e “cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade”. A declaração propôs que os serviços fossem ofertados nos níveis locais por uma equipe de saúde multidisciplinar, treinada para trabalhar social e tecnicamente afim de responder às necessidades de saúde da comunidade favorecendo seu empoderamento, uma vez que estimula sua participação, tanto no planejamento quanto na operação, controle e uso dos recursos. Ou seja, valoriza e reconhece a saúde como ponto central do desenvolvimento humano (OPAS/OMS, 1978; BRASIL, 2002).

A OMS tentava então, consolidar estratégias que abrangeriam todos os países, saindo de uma perspectiva centrada na doença que abraçava agora aspectos sociais e econômicos em um único objetivo: saúde para todos. Infelizmente, mesmo com sua tamanha importância, Alma-Ata, não conseguiu alcançar seus objetivos graças ao momento político da década de 1980, contudo, destacou a APS como ferramenta fundamental para mudança dos modelos de saúde (MATTOS, 2001; MATTA, 2005).

Aguiar (2007) demonstrou apreensões quanto ao futuro da APS e distanciamento da proposta da Declaração de Alma-Ata, ora por abranger atividades que vão além da competência médica e do modelo tradicional ou mesmo por causa da pouca valorização dos pacientes que preferem ir aos serviços especializados já que a APS não sofreu avanços significativos como os demais campos da saúde.

Enquanto isso, no Brasil, apenas a partir da década de 1970 fundamentaram-se as discussões que abordavam o modelo de assistência à saúde que ainda era centrado na doença e nas práticas curativas, de alto custo e ineficiência. Havia ainda foco na atenção individual, em um modelo capitalista que privilegiava o mercado financeiro. Algumas tentativas, ainda ineficientes vinham sendo aplicadas desde 1924, mas havia uma lacuna entre os profissionais dos serviços de saúde e as comunidades (CAMPOS, 1991; MATTA; MOROSINI, 2008; GARCIA; FACCHINI, 2009).

Tal falta de cuidado com a saúde pública brasileira e sua crescente comercialização trouxe à tona a necessidade de implantação de um sistema que fosse público e capaz de oferecer a população acesso universal e equitativo que a permitisse participar de sua gestão (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Mas ações voltadas à saúde da comunidade, só começaram a se concretizar com a promulgação da constituição Federal de 1988 em que no seu Artigo 6º estabelece direito fundamental à saúde e ainda em seu Artigo 196º reafirmou que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 103).

Também por meio da Constituição Federal de 1988 houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que deveria desenvolver ações de saúde e integrar uma rede regionalizada e hierarquizada respeitando as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Segundo o Artigo 198º, parágrafo 1º seria financiado com orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Entretanto o SUS enfrentou problemas principalmente de ordem econômica, subfinanciamento e organizacional, o que dificultou a implantação do sistema no país (BRASIL, 1988; GARCIA; FACCHINI, 2009).

As discussões travadas ao longo do processo de organização e implantação do SUS traziam a ideia cada vez mais forte da necessidade de reorganizar os serviços de saúde a partir da descentralização e a democratização da gestão do sistema. A mudança de paradigma era tão expressiva que a ideia de garantir a participação da população na gestão do SUS e questões relacionadas ao financiamento trouxe vetos à versão original da Lei 8080 de setembro de 1990¹ que só puderam ser resolvidos mais tarde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A fim de tentar enfrentar os problemas, na década de 1990 do recém-criado SUS, foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB) NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 em que as duas últimas resultaram de um processo intenso de negociação entre os gestores federais, estaduais e municipais. Tais normas impulsionaram o processo de descentralização das ações do SUS, uma vez que aumentava a oferta de recursos para financiamento das ações, advindas do nível federal e estadual (SOUZA, 2001).

Entretanto, apenas em 1991, com todo esforço para se repensar o modelo assistencial do país, ocorreram mudanças significativas com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que voltava o olhar para a família e tirava o indivíduo do centro

¹ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A referida Lei é válida em todo território nacional que regulamenta o SUS. Também enfatiza a saúde como direito fundamental do homem e atribui ao estado a responsabilidade na promoção de condições da manutenção da saúde (BRASIL, 1990).

da atenção e ainda trazia o conceito de área de cobertura. O programa foi uma estratégia necessária para a implantação do SUS, colaborando para reorganização dos serviços municipais de saúde com implementação de ações preventivas e educativas além de prevenção e promoção da saúde capazes de estreitar a relação entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001; GRACIA; FACCHINI, 2009).

Com a experiência advinda do PACS, em 1994 há a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) que subsidiaria mudanças no modelo de saúde ainda centrado no diagnóstico e cuidado médico, a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde. Com a consolidação do programa o Ministério da Saúde (MS) o reconheceu como a principal estratégia de reorientação da Atenção Básica a Saúde (ABS)² por meio da portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Assim, no ano de 2006 o PSF passa a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem-se na ESF um ensejo de modificação do modelo de assistência à saúde em âmbito nacional, prioridade do MS, capaz de expandir e reorganizar a ABS por meio de políticas regulamentadores e de controle (BRASIL, 2006; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; GRACIA; FACCHINI, 2009).

A ESF promoveu a substituição da atenção básica tradicional, atendimento integral, hierarquização do serviço, territorialização, cadastramento populacional e equipe multiprofissional, reafirmando os princípios básicos e diretrizes do SUS, frente ao desafio de orientar a assistência de forma integral, continuada e equitativa. Tem como objetivo reorientar o modelo de assistência da ABS a fim de resolver boa parte dos problemas de saúde da comunidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; GARCIA; FACCHINI, 2009).

Desta forma, a ESF volta o olhar à família como centro de sua atenção compreendida a partir do território em que vive, já que conforme Haesbaert (2016, p. 20) destacou “não há como definir um indivíduo, o grupo, a comunidade, a sociedade sem ao mesmo tempo inseri-los num determinado contexto geográfico, ‘territorial’”. É nesse território que as relações intra e extrafamiliares acontecem e se fortalecem pela busca do progresso da qualidade de vida, maior compreensão do processo saúde/doença e da importância de intercessão do estado (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

² A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pondera “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, como termos equivalentes sob os princípios e às diretrizes da Política Nacional de Saúde sendo a ESF a estratégia fundamental para a consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012).

É importante destacar que olhar para a comunidade e ressaltar a equidade não significa afirmar que a ESF é um “sistema de saúde de pobre para pobres”, mas sim uma estratégia que demanda tecnologia para a mudança de atitudes e substituição da rede básica tradicional. Tal mudança de paradigma provoca transformação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF) que passa a ser responsável pelo monitoramento da população na área de abrangência e o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

As ESFs oferecem acesso ao sistema local de saúde, em que o trabalho é desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, composta por médico generalista ou de família, enfermeiro e agente comunitário de saúde (profissional que deve residir na área de atuação). No final de 2000 passaram a integrar a equipe de Saúde da Família o cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Além destes, outros profissionais poderão integrar a equipe desde que tenham a capacidade e desenvolvam ações voltadas a comunidade. Desta forma, em 2007 as ESF integraram à equipe o assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e profissionais médicos especialistas. Cada equipe voltava a atenção para 600 a 1000 famílias dentro de seu território de abrangência (GARCIA; FACCHINI, 2009; BRASIL, 2014).

A importância do trabalho da ESF está em ser pautado na oferta de APS em que a equipe de saúde da família esteja preparada para compreender a realidade das famílias, identificar problemas de saúde, promover a participação da comunidade, prestar assistência integral, resolver os principais problemas encontrados, bem como promover ações voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde (GARCIA; FACCHINI, 2009; BRASIL, 2014).

Entretanto, o financiamento do SUS e seus programas, em muitos casos está densamente vinculado à oferta de serviços e ligado à capacidade de produção da região o que deixa os recursos concentrados nas áreas urbanas. Logo, as ações desenvolvidas nem sempre são compatíveis com o perfil da população. Embora haja desafios e ressalvas provenientes da política econômica dada a complexa relação parcimoniosa na gestão do SUS, é possível contar com um conhecimento acerca da oferta de um serviço hegemônico (SOUZA, 2001; TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

Há ainda questões relacionadas à dificuldade no trabalho interdisciplinar. Nas equipes de saúde da família, por serem compostas por profissionais de áreas distintas, exige-se destes profissionais um olhar integrado para os problemas de saúde da população. Será necessário, que cada especialidade, supere a limitação de sua área de formação reconhecendo a importância

das demais áreas que objetive propor um diálogo interdisciplinar (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Ainda assim, a cobertura da ESF no Brasil tem alcançado valores expressivos, desde sua implantação. Em 2012, 95% dos municípios contavam com 33.404 equipes. Mas, dada a extensão do território nacional brasileiro, as desigualdades sociais e até mesmo os distintos segmentos populacionais, haverá sempre o desafio em se pensar a APS para facilitar o acesso aos mais pobres. Sempre haverá a necessidade de se estudar a formação dos territórios, a distribuição espacial das populações, as condições de vida que auxiliam no entendimento das condições e desigualdades de saúde e o entendimento dos problemas de saúde da população (MALTA et al., 2013).

Tais problemas, por sua vez, foram elencados em pontos fundamentais: impactos relacionados às doenças infecciosas (DI), surgimento da AIDS, ressurgimento de DI antigas já controladas (cólera e dengue) e persistência de endemias como tuberculose e hanseníase; causas externas como o crescimento das taxas de mortalidade por acidentes de transporte terrestre e violência que na maioria das vezes, afeta jovens do gênero masculino; aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) atrelados ao envelhecimento da população (BARRETO, 2013).

Considerando a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira um dos desafios para a APS, dentre os demais citados acima, destaca-se a avaliação da APS sob a perspectiva do idoso como eixo deste estudo.

2.2. Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por profundas transformações em sua estrutura demográfica, principalmente a partir da década de 1960, fenômeno este também reconhecido em outros países em decorrência da mudança nos padrões de mortalidade e fecundidade. Este fenômeno tem ocorrido em diversos países, principalmente nos mais desenvolvidos que tem trazido questionamentos sociológicas, econômicas, políticas e de saúde (CELADE, 2012; ERVANTY et al., 2015; SIMÕES, 2016).

No Brasil e também em alguns países da América Latina, até as décadas de 1940 e 1950, pouca transformação no perfil demográfico podia ser observada, mas é possível identificar um decréscimo da mortalidade, graças a melhoria da qualidade de vida, reforma sanitária, imunização e avanço das ciências médicas. Se comparados com os anos de 1950, a população

latino-americana aumentou sua expectativa de vida em 22,5 anos chegando aos 74,3 anos no período entre 2010 a 2015. Em apenas duas décadas, a mortalidade caiu de 21 para 10 óbitos para um grupo de mil habitantes, o que traz o crescimento da população brasileira (cerca de 3,0% ao ano). Este fenômeno foi denominado de explosão demográfica e até essa época ainda não havia queda significativa da natalidade (CELADE, 2012; IBGE, 2016; SIMÕES, 2016).

Já a partir dos anos de 1960, houve declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT) passando de 6,2 filhos por mulher nos anos 1940 para 5,6 nos anos de 1970; 2,3 nos anos de 2000 e 2,1 nos anos de 2003, o que desencadeou mudanças significativas na estrutura etária do país. Tal evento também contribuiu para o declínio do crescimento populacional, que nos anos de 1970, crescera apenas 2,8% ao ano, caindo para 1,9% nos anos de 1980 e para 1,6% nos anos de 1990. A figura 1 apresenta a tendência de queda da TFT e o aumento representativo da Expectativa de Vida ao Nascer (EVN) (BAENINGER, 2003; LEBRÃO, 2007).

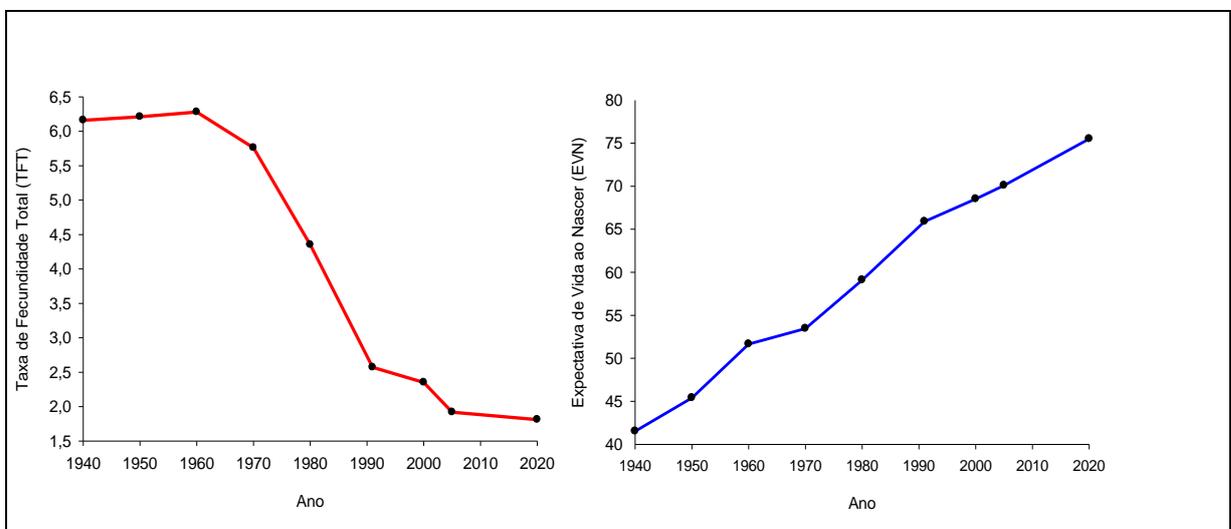


Figura 1: Evolução das Taxas de Fecundidade Total e Expectativa de vida ao nascer no Brasil (1940-2020).
Fonte: Adaptado de Baeninger (2003)

Em 2000, a TFT alcançou valores próximos ao da taxa de reposição (2,1), ou seja, aquela taxa que não produz crescimento populacional e deixa a população estacionária. Desta forma o perfil demográfico do Brasil tornou-se cada vez mais envelhecido no momento em que da população total, diminuiu a parcela de crianças de 0 a 14 anos e houve um aumento exponencial de adultos e idosos. Este processo ocorreu de forma muito rápida comparado aos países desenvolvidos em virtude do rápido decréscimo da TFT trazendo implicações no que tange políticas públicas de inclusão da pessoa idosa (CARVALHO; GARCIA, 2003).

De acordo com as projeções da população brasileira para 2060 segundo o IBGE (2013) apresentada na figura 2 entre 2000-2020, a população de idosos passa de 13,9 milhões para 28,3

milhões, superando os 64 milhões em 2050. Também é possível estimar que o número de idosos supere o número de crianças e adolescentes de até 14 anos em 2030 com declínio do crescimento da população brasileira com alteração da conformação da típica pirâmide populacional, que em 2060 terá a base mais estreita e o topo alargado.

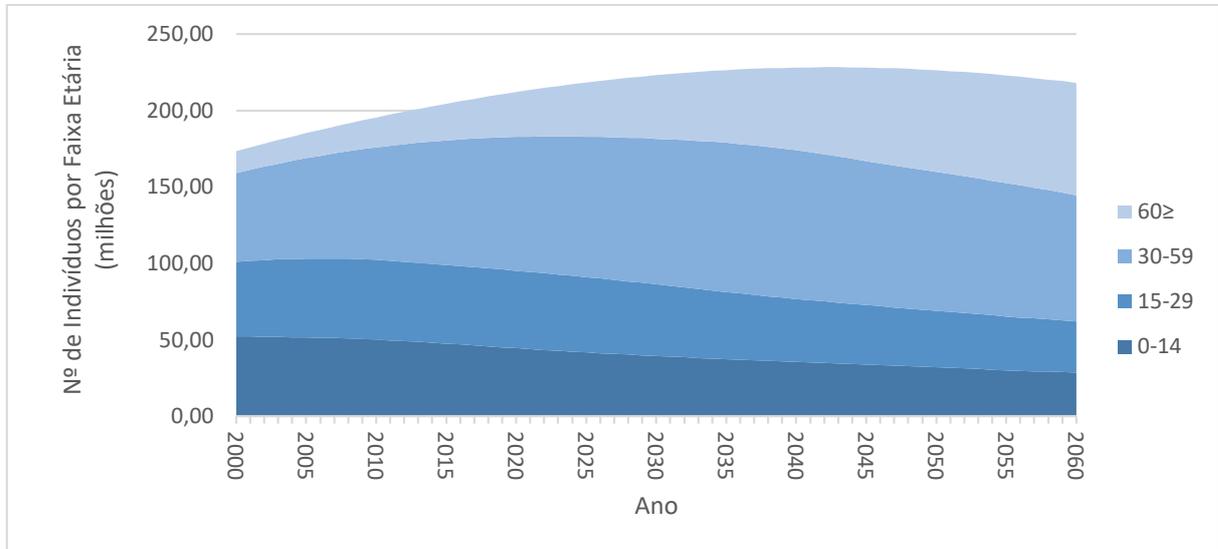


Figura 2: Projeção da população do Brasil por faixa etária para o período 2000-2060.

Fonte: IBGE (2013). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Esse processo acelerado de envelhecimento acarretou ansiedades significativas para o governo e a sociedade e preocupações quanto ao elevado número de doenças nessa população, incapacidades físicas e problemas nos serviços de saúde que não conseguiam suprir essa demanda. O idoso enfrentou ainda a marginalização uma vez que pode ser visto como improdutivo e consumidor de recursos (MARCHI NETTO, 2006).

As mudanças demográficas ocasionaram mudanças no perfil epidemiológico, já que as condições de vida e a medicina proporcionaram o aumento da longevidade. Isso não significa dizer que a velhice traga consigo doenças novas, apenas que as doenças mais comuns na população idosa ficam mais aparentes. Houve também, uma redução significativa de DI graças as mesmas condições que favoreceram a longevidade. Há de se considerar que muitas transformações físicas e psicológicas ocorrem ao longo do envelhecimento e podem trazer a diminuição da capacidade funcional redução de atividade física que acaba por acarretar aumento da susceptibilidade para as DCNTs (MARCHI NETTO, 2006; LEBRÃO, 2007).

A transição epidemiológica trata-se de mudança no perfil de adoecimento e mortalidade da população em que se observa diminuição da incidência de DI e o aumento exponencial de DCNTs e destaca quatro estágios de transição: (1) Idade da pestilência e da fome, em que havia

altas taxas de mortalidade por doenças como gripe, pneumonia, tuberculose, cólera e outras epidemias; (2) Idade de regressão das pandemias, a melhoria da qualidade de vida e saneamento reduziu a mortalidade por DI; (3) Idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem, aumento das DCNTs; (4) Idade do decréscimo da incidência de mortalidade por DCNTs dada melhoria no estilo de vida (LEBRÃO, 2007; ARAÚJO, 2012).

As DCNTs têm sido a principal causa de óbitos na população idosa, com destaque para as doenças cerebrovasculares seguidas de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. Tais problemas também afligem crianças, adolescentes, jovens e adultos, mas se acentuam com o envelhecimento, levando o idoso a utilizar mais os serviços de saúde. Apesar destas doenças serem tratadas na APS pode haver ainda a necessidade de internação hospitalar, realização de exames de alta complexidade e tratamento medicamentoso. Ainda assim, os problemas podem se estender no pós-alta hospitalar pela falta de orientação adequada pelo profissional da saúde. Neste contexto, destacam-se o papel da equipe de saúde da família e a importância do cuidado domiciliar que podem oferecer ao idoso e sua família, subsídios para lidar com o envelhecimento de modo a promover saúde (VERAS, 2001; BRITO et al., 2013).

O perfil epidemiológico da população idosa assistida na ESF afeta sua condição de saúde e capacidade funcional que justifica a implementação de ações de promoção à saúde em busca da melhoria da qualidade de vida. Tais ações dependem da efetividade de políticas públicas que fortaleçam a ESF, a fim de garantir acesso, atenção integral e longitudinal a pessoa idosa para atendimento de suas necessidades (LEBRÃO, 2007).

2.3. As Políticas de Saúde da Pessoa Idosa e a Atenção Primária a Saúde

Para reafirmar a importância da institucionalização do SUS e de sua descentralização bem como a provocação aos gestores em superar políticas fragmentadas frente a gestão dos serviços, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) propuseram a pactuação em que atribuía responsabilidades aos gestores federais, estaduais e municipais de saúde. Foi então proposto a implantação de um Pacto com três vertentes: Pacto pela vida; Pacto em defesa do SUS; Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

O Pacto Pela Vida firmava o compromisso entre esses gestores em relação às necessidades de saúde da população e tinha dentre as seis ações prioridades pactuadas a saúde do idoso, visto que o envelhecimento é um desafio para o SUS (BRASIL, 2006a).

Em 1999, veio a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994, que considerou idoso o sujeito com sessenta anos ou mais e objetivou assegurar todos os direitos sociais do idoso afim de permitir sua autonomia e participação na sociedade. Reconhece também, a perda da capacidade funcional, perda de habilidades físicas e mentais para manutenção de atividades básicas do cotidiano, os principais problemas que afetam o idoso. Assim determina aos órgãos e entidades do MS que promovam a “elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas” (BRASIL, 1999).

Entretanto, Guerreiro e Caldas (2001) demonstraram inquietações quanto a PNI no que tange o item III que atribuía o atendimento ao idoso por intermédio de suas famílias. O Item III também afirmava que as famílias necessitavam de uma rede social e de saúde para garantir o atendimento ao idoso, mas que não existia na época. Ainda acreditavam que havia uma necessidade crescente de políticas que propusessem ações de promoção a saúde do idoso e seu envelhecimento saudável. Faltava espaço para o atendimento especializado e era insuficiente o número de profissionais capacitados.

O direito a saúde do idoso também foi reafirmado pelo Estatuto do Idoso publicado em 2003 que no seu capítulo IV assegurou a atenção integral, acesso universal e igualitário por intermédio do SUS e seus programas a fim de promover, proteger e recuperar a saúde do idoso que abarque especialmente as doenças que mais o afetam (BRASIL, 2013).

Em 2006 a PNSI sofre alterações pelo MS que resultou na aprovação da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que estabelece a necessidade de considerar a capacidade funcional da pessoa idosa ao formular políticas já que existem pessoas idosas independentes e outras parcialmente dependentes. Reconhecia também o processo de envelhecimento da população brasileira, avanços políticos e técnicos na gestão de saúde, avanços da Ciência e a crescente necessidade de promover a saúde do idoso por meio da APS (BRASIL, 2010a).

Essas políticas trouxeram a ideia de um envelhecimento saudável e manutenção da capacidade funcional que traz o olhar para a promoção da saúde do idoso incitando uma alimentação equilibrada, prevenção das DCNTs, vacinação, educação para a saúde de acordo com o perfil epidemiológico e social da população assistida. Além disso, fortalece o direito à APS por meio da ESF e atenção especializada que vá ao encontro dos problemas da pessoa idosa. Ao inserir o idoso na ESF, há a expectativa que este receba atenção quanto às suas

necessidades, orientação acompanhamento e ainda apoio domiciliar por meio das visitas dos ACS, que respeite suas territorialidades e compreenda o fenômeno do envelhecer (BRASIL, 2010a).

Nesta idade (60 anos ou mais) devido a diminuição da capacidade funcional, o idoso está mais vulnerável às DCNTs e tem a dependência como maior temor. A APS trabalha em função do adiamento dessas condições ou prevenção de agravos incapacitantes. Para tanto é necessário que o serviço de APS ofertado se construa por meio de seus atributos e seja constantemente avaliado (STARFIEL, 2002; BRASIL, 2010a).

2.4. Atenção Primária à Saúde e seus Atributos

Após estudo das distintas compreensões da APS, Paim (2003) destacou que existem três concepções básicas em torno de seu conceito: (1) APS enquanto programa de medicina simplificada ou ‘atenção primitiva à saúde’; (2) quanto ao nível de atenção – primeiro nível, atendimento de primeira linha ou ‘atenção primeira e básica’, (3) componente estratégico da proposta de Saúde para Todos no ano 2000. Mais que discutir os distintos entendimentos de APS importa saber que a mesma não é atenção primitiva de segunda classe destinada à população marginalizada e exclusiva a algum serviço, setor ou atividade paralela. Também não pode ser reduzida a um nível de atenção periférico que utiliza pessoal não profissional ou limitado apenas a membros da comunidade capacitados.

No Brasil, o MS, adotou o conceito de APS segundo Starfield (2002), que também é muito utilizado em outros países (BRASIL, 2010b). A autora reconhece a complexidade da APS e a define como “a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas”. Direciona o olhar ao indivíduo não na doença. Possui características ou atributos, que conjugados são exclusivos da APS mesmo compartilhando de características de outros níveis como responsabilidade pelo acesso, qualidade e custo, promoção prevenção e reabilitação e trabalho em equipe.

Starfield (2002) ao considerar a APS como porta de entrada do sistema de saúde apresentou quatro atributos essenciais, *acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da assistência*. Também é possível reconhecer os atributos derivados: *atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural*. Por meio de seus atributos é possível, sistematicamente, identificar o grau de orientação à APS e verificar a presença e extensão do serviço de APS (BRASIL, 2010b; HARZEIM, 2013).

De tal modo, os sistemas de saúde que se apoiam na APS e seus princípios como uma estratégia e oportunidade de organização da oferta do serviço serão capazes de manifestar a equidade e solidariedade por meio da melhoria contínua, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação da comunidade e intersetorialidade. Há ainda de se esperar que garantam a universalidade e a equidade e estimulem a participação individual e coletiva (OPAS, 2007). Um sistema de saúde embasado na APS apresenta valores, princípios e elementos conforme figura 3:

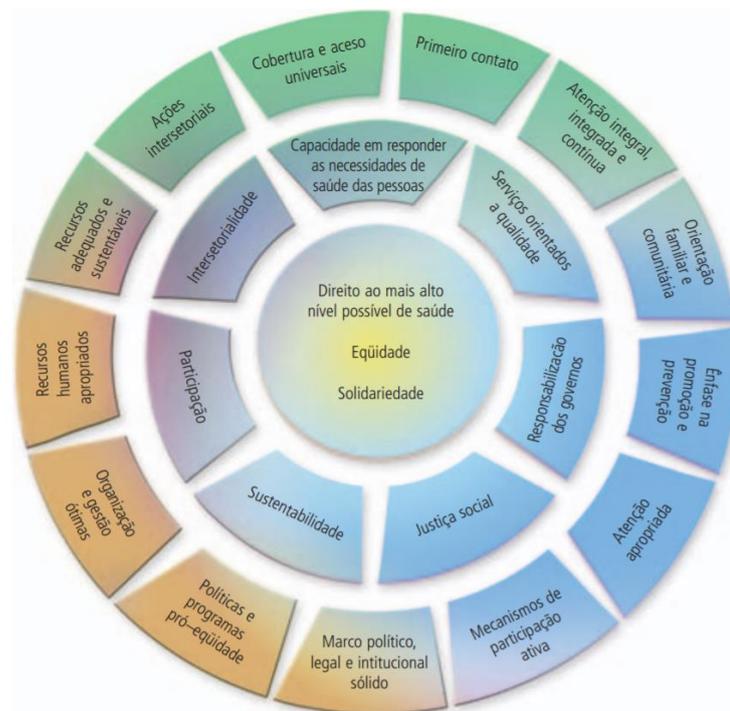


Figura 3: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS.
Fonte: OPAS/OMS, 2007

Entendendo que a APS se diferencia dos demais níveis de serviços de saúde por suas características, faz-se necessário conhecer e definir seus atributos essenciais e derivados.

2.5. Atributos essenciais da Atenção Primária à saúde

2.5.1. Acesso de primeiro contato

O acesso de primeiro contato caracteriza-se por oferecer ao indivíduo a porta de entrada ao sistema de saúde. Este deve ser aberto à população quando esta necessita de cuidados a sua saúde e permitir que todo indivíduo, que acredita necessitar do serviço, seja atendido a fim de evitar as intercorrências e agravos a sua saúde. Por ser capaz de permitir o encaminhamento às especialidades, quando houver necessidade, participa do atendimento inicial da atenção e promove a abertura aos demais níveis. Por tal, característica, ganha a conotação de ‘filtro da

APS' evitando gastos desnecessários com os serviços de outros níveis (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O acolhimento do usuário na ESF tem se apresentado como uma estratégia que facilita o acesso e oportuniza o estabelecimento de relação entre a população atendida e a equipe. Os serviços devem se organizar para receber seus usuários, compreender a dinâmica de seu território e capacitar os profissionais, sabendo ouvir suas queixas, dialogar, mediar conflitos e orientar, para desencadear o cuidado integral (SOUZA et al., 2008).

Superar os desafios do acesso de primeiro contato é essencial para o fortalecimento da APS uma vez que este se apresenta como pilar para os demais atributos. O acesso de primeiro contato pode ser avaliado pela acessibilidade e utilização dos serviços (BRASIL, 2010b).

2.5.2. Longitudinalidade

Na APS, a longitudinalidade pode ser entendida como uma relação duradoura entre a equipe de saúde da família e os usuários bem como a responsabilidade da manutenção longitudinal da assistência à saúde. Implica no elo entre o local de assistência, indivíduo e equipe ao longo do tempo. Só é possível após o acesso ao serviço apresentando o acolhimento fundamental para o estabelecimento do vínculo (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012)

A longitudinalidade tem sido relacionada a melhor uso de serviços, satisfação, maior ênfase na prevenção, atendimento precoce e baixo custo. É ainda muito vantajosa para os usuários com DCNTs que necessitam de atendimento integral por longos períodos, observância da medicação prescrita e a construção da confiança. Mas a rotatividade dos profissionais que compõem as equipes e a qualidade de registros são considerados desafios na manutenção da longitudinalidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007).

2.5.3. Integralidade da atenção

A integralidade garante ao usuário acesso a todos os tipos de serviços, no campo biológico, psíquico e social da saúde, independentemente do nível de atenção com quatro vertentes: (1) prioridade na promoção, prevenção que não limita o conceito de saúde a apenas ausência de doença e nega o sistema que privilegia a especialização e medicalização da saúde; (2) atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (primário, secundário e terciário) que propõe uma rede de serviços que associe suas ações; (3) articulação das ações de promoção, proteção e prevenção que ainda se apresentam separadas em muitos serviços; (4)

abordagem integral do indivíduo e das famílias que deve ser um dos princípios para o trabalho das equipes (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Em muitas ocasiões, os serviços de saúde não obtêm os objetivos esperados frente aos problemas estruturais e organizacionais que acabam por fortalecer um modelo de saúde fragmentado. A atuação de uma equipe multidisciplinar que saiba pensar de forma interdisciplinar é essencial para resolver problemas que necessitem de intervenção conjunta dos membros das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007a). A integralidade da atenção pode ser avaliada pelos serviços prestados e pelos serviços disponíveis (BRASIL, 2010b).

2.5.4. Coordenação da assistência

A coordenação da assistência exerce papel fundamental para que os demais atributos sejam contemplados em que, sem ela, seria difícil manter a longitudinalidade, integralidade e o primeiro contato meramente administrativo. A coordenação é “um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”. Sua essência está no cuidado e acesso a informação relacionada ao usuário que pode ser dificultada quando esta é gerada por vários membros em setores diferentes que não convergem para o mesmo banco de dados, quando se há necessidade de um especialista externo para resolver problemas de curta duração e ainda o contrário, especialistas que cuidam de um usuário por longo período devido a problemas específicos (STARFIELD, 2002).

2.6. Atributos derivados da Atenção Primária a saúde

2.6.1. Atenção centrada na família

A atenção centrada na família resulta quando o alcance da integralidade fornece sustentação para a consideração dos usuários dentro de seus ambientes em que o serviço de APS é capaz de reconhecer o contexto da dinâmica familiar para que seja possível identificar e resolver os problemas de saúde de cada membro (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Ribeiro (2004) salientou que a família vem sendo abordada de diferentes formas: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; família/família. Na abordagem familiar, esta se torna centro da atenção do cuidado considerando suas territorialidades. A família traz consigo uma história que ultrapassa o individual que necessita de proteção. Voltar o olhar para a família pode contribuir para a

identificação de fatores familiares desencadeadores de agravos ou que se relacionam ao cuidado.

2.6.2. Orientação comunitária

A orientação voltada para a comunidade diz respeito ao atendimento das necessidades da saúde dos indivíduos, família ou população dentro de um contexto social e participação da comunidade na tomada de decisão quanto a saúde. Caracteriza-se pela utilização da epidemiologia e demografia para adequar programas que atendam às necessidades da população que nem sempre são fáceis de identificar. Voltar para a comunidade e valer-se de métodos das clínicas sociais auxilia no reconhecimento do impacto dos fatores socioeconômicos e determinantes de saúde (pobreza e renda, emprego, moradia). Atrelado a isso, ressalta-se que a saúde do idoso ou o acesso ao serviço podem depender a família ou da comunidade que participa (STARFIELD, 2002).

2.6.3. Competência cultural

A competência cultural é a capacidade da ESF em compreender as necessidades de sua população de abrangência por meio da interpretação de suas particularidades, mesmo que não estejam em evidência ou sobrepostas às características raciais, culturais, étnicas e espaciais. Articula-se com a orientação familiar no trabalho do ACS por meio da interdisciplinaridade (STARFIELD, 2002).

2.7. Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde

Contrandriopoulos et al. (1997, p. 30) ressaltaram que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar a tomar uma decisão”. Destaca-se que a avaliação pode se dar por meio de critérios ou normas, o que caracteriza uma avaliação normativa ou por meio de procedimentos científicos que define uma pesquisa avaliativa. Assim a avaliação contribui para o planejamento, permite aplicar intervenções e medir sua eficácia, gerando informações e conhecimento.

A avaliação em saúde pode ser entendida como um processo de reflexão crítica, aplicada de forma contínua e sistemática, sobre as práticas e processos em saúde. Caracteriza-se como uma ferramenta eficaz na gestão dos serviços de saúde que apesar de uma dimensão técnica, também pode ser entendida pela negociação entre atores sociais daqueles que partilham de corresponsabilidade. Quando se trata de APS o objetivo é promover a ideia de formação e

orientação de políticas públicas e negar o enfoque burocrático e punitivo da avaliação (BRASIL, 2005a).

Percebendo a necessidade da avaliação em saúde para a gestão do serviço, o MS tem demonstrado inquietação e iniciativas quanto a avaliação dos serviços, na expectativa de gerar mudanças, em decorrência da descentralização que atribuiu responsabilidade aos estados e aos municípios, mudança do perfil de saúde da população, controle mais efetivo dos recursos e até mesmo por exigência de financiamento externo (PAIM, 2005).

Tal preocupação acentuou-se a partir da década de 1990 com a implantação e expansão da ESF, que demonstrou a necessidade de avaliar os impactos do programa, suas potencialidades e fragilidades na oferta da APS sobre as condições de saúde da população. Nos anos 2000, ações visíveis no campo da avaliação da APS ocorreram com o implemento de pesquisas acadêmicas avaliativas da APS com apoio e financiamento do MS. Houve ainda a criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica que enfatizava a importância da avaliação para a manutenção do SUS (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Posteriormente, em 2005, o MS publicou um documento técnico de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, que propôs a auto avaliação, orientação do diagnóstico da organização, elaboração de planos de intervenção e referenciava a organização para a ESF (BRASIL, 2005b). Mas ainda não foram publicados trabalhos que demonstrassem a validação da AMQ como instrumento de avaliação (FIGUEIREDO et al., 2013).

A institucionalização da avaliação dos serviços é uma prática sistemática que permite um debate teórico e aplicação de técnicas para o conhecimento dos gestores dos sistemas e técnicos da Secretaria de Saúde. Claro, que além destes, tem-se destacado a importância da participação dos profissionais com formação em saúde de nível superior na avaliação por conhecerem a população que atendem (BRASIL, 2005a; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Para tanto, Donabedian (1980) propôs componentes básicos de avaliação: *Estrutura* ou capacidade de oferecer o serviço, *Processo* que reflete o desempenho do sistema e *Resultado* permitindo identificar características do estado de saúde.

A avaliação da APS é uma técnica que está relacionada a tomada de decisão e procura transformar a atenção em saúde e movimentar recursos materiais e humanos afim de permitir o atendimento às necessidades da população e alterar seu estado de saúde como consequência de

um serviço de qualidade. Pode ainda influenciar o modo de trabalho, incentivar o acolhimento do usuário e a atenção as suas queixas para facilitar o acesso ao serviço (TANAKA, 2011).

Entretanto, dada a complexidade da APS, esta deve ser avaliada levando em consideração a presença de suas diretrizes e atributos. Para tanto, no Brasil, há falta de uniformidade no conceito de APS, mesmo após numerosas pesquisas e grande variabilidade de métodos que não permitem uma visão ampla do processo de reorganização dos serviços de APS (BRASIL, 2005a; HARZEIM, 2013).

Sendo esta uma problemática internacional, Starfield et al. (2001) criaram uma ferramenta para avaliar a qualidade do serviço de APS denominada *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Esta ferramenta permite entender como os usuários do serviço veem seus problemas de saúde e objetiva buscar informações sobre a experiência deste usuário, ou responsável deste, na utilização do serviço. Starfield (2002) defendeu a avaliação do serviço sob o ponto de vista da população por entender que o enfoque na comunidade contribui para a capacitação de trabalhadores e fortalecimento de informação quanto aos usuários e suas experiências.

Sabendo que a avaliação da qualidade do serviço de APS é um processo sistemático, desafiador, mas fundamental para a gestão da saúde, Starfield (2002) enfatizou a necessidade da avaliação a partir do usuário, principalmente sob a perspectiva do idoso, já que segundo Pilger et al. (2013) este é um dos maiores consumidores dos serviços de saúde.

2.7.1. *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*

O PCATool é uma ferramenta utilizada para avaliar a APS, sendo capaz de aferir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e três atributos derivados. Permite que a APS seja avaliada por crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais da saúde e gestores (coordenador/gerentes do serviço de saúde) e pode ser aplicado por entrevista pessoalmente, telefone ou por correio. Foi criado por Starfield et al. (2001) nos EUA, na Johns Primary Care Policy Center podendo ser utilizado em pesquisa com população definida (pesquisas na comunidade), planos de saúde e nas unidades de saúde.

O PCATool passou por um processo sistemático de validação para comprovar a confiabilidade da ferramenta e reduzir o número de itens suficientes para avaliar a APS, demonstrou assim confiabilidade e compreensão da APS e sua multidimensionalidade. Contudo não apresentou consistência na avaliação da competência cultural em grupos distintos da

população, sendo recomendada a avaliação deste atributo apenas em população vulnerável em particular, minoria racial e étnica (STARFIELD et al., 2001). Este método de avaliação foi criado baseado na avaliação da qualidade dos serviços levando em consideração a estrutura, processo e resultados conforme idealizado por Donabedian (1980).

Embora tenha sido criado nos EUA, tem sido amplamente traduzido, validado e utilizado em outros países. No Brasil, então denominado como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil, é considerado uma ferramenta eficaz para avaliar o impacto do serviço de APS (BRASIL, 2010b).

A primeira validação do PCATool aconteceu em 2006 com a versão usuário criança (PCATool-Brasil versão criança) em um estudo que objetivou adaptar o PCATool-Brasil e direcioná-lo à população infantil bem como analisar sua validade e confiabilidade. Quanto aos resultados, os oito atributos da APS possuíram validade e confiabilidade, mas o atributo competência cultural foi excluído já que não foi possível consolidá-lo durante a análise fatorial. Concluiu-se que a validação do instrumento na população infantil subsidiou sua utilização para as demais faixas da população e que o instrumento poderia vir a ser utilizado como tática de avaliação e acreditação dos serviços (HARZEIM et al., 2006).

Entre 2006-2007, outro estudo transversal foi realizado com objetivo semelhante, mas destinados aos usuários adultos, que foi publicado em 2013 com apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) (HARZEIM et al., 2013).

Durante o processo de validação o PCATool passou pela etapa de tradução do inglês para o português e adaptação às características culturais brasileiras e da própria organização dos serviços de saúde. Posteriormente passou pelas etapas de validação de conteúdo, validação fatorial e fidedignidade que demonstraram que o instrumento, PCATool-Brasil é válido e fidedigno estando apto a avaliar a qualidade do serviço de APS sob a perspectiva do usuário adulto (HARZEIM et al., 2013).

Após validação conduzida por Harzeim (validação do PCATool-Brasil versão criança e versão adulto) concluiu-se que um serviço de APS voltado para a população deve enfatizar seus quatro atributos essenciais, sendo capaz de formar um vínculo entre os profissionais e os indivíduos que atendem. No momento em que o serviço e profissionais se relacionam com a

comunidade são expressados seus atributos derivados. Apenas a partir da manifestação dos atributos se é possível identificar e avaliar a APS (HARZEIM et al., 2006).

Dada a complexidade do conceito de APS bem como uma carência de uma metodologia válida e suficiente para avaliar o serviço de APS no país, o PCATool-Brasil tem respondido esta difícil questão (BRASIL, 2010b). Francolli et al. (2014) em um estudo que objetivou identificar os instrumentos de avaliação da APS, também reconheceu a importância da ferramenta e afirmaram que o PCATool-Brasil é o instrumento mais utilizado no país devido a seu prestígio internacional.

Assim, uma vez validado o PCATool-Brasil versão Adulto, autores como Oliveira et al. (2013), Araújo et al. (2014) e Dotto et al. (2016) utilizaram este instrumento para avaliar a APS na perspectiva do idoso.

2.8. Território e sua relação com saúde

O conceito de território é considerado histórico, complexo, possui múltiplos elementos, sofre várias transformações, interage com outros diversos conceitos, encerra caráter processual e relacional com a realidade, altera-se, apresenta superações, continuidades e descontinuidades. Portanto, é analisado como unidade em movimento que contém o novo e o velho. Território como conceito, é entendido como processo gradual e dinâmico, convergindo no sentido da sofisticação de uma abordagem para se ler o mundo (SAQUET, 2015).

O território enquanto uma categoria central dos estudos geográficos, possui uma abordagem material e uma imaterialista ou simbólica-cultural. A ideia materialista do território se baseia nos conceitos iniciais de Ratzel (1990). Utiliza uma abordagem geopolítica, que compreende o território como recursos naturais, tais como solo e água, que permitiriam ao homem subsistir e conquistar sua liberdade. Na medida em que se aumenta o vínculo com o solo, maior será a necessidade de dominar, possuir e expandir o território. “A sociedade que considerarmos, seja grande ou pequena, desejará sempre manter, sobretudo a posse do território sobre o qual e graças ao qual ela vive” (RATZEL, 1990, p.72). Apresenta ainda o conceito de espaço vital, onde proporciona equilíbrio entre a população e os recursos necessários à sua subsistência.

Também com uma vertente materialista Raffestin (1993) enfatiza que no território ocorre uma relação do poder do Estado, empresas e organizações. Porém, em uma perspectiva distante de Ratzel. O espaço aparece anteriormente ao território, e conseqüentemente, formado

a partir do espaço pela ação dos atores sintagmáticos. Este ator ao se apropriar do espaço o territorializa por meio do trabalho, energia, informação e relações de poder que se demonstram em malhas, redes e nós. As ações dos atores constituem suas territorialidades que são experimentadas nas relações que estabelecem e manifestam o ‘vivido territorial’, ou ainda se registra no quadro da produção, troca ou consumo de produtos.

Para Sack (1986) o território é resultado da organização social e como as pessoas usam a terra, além de Estado-Nação ou superfície de terra e, compreendendo-o como uma área que pode ser controlada. Nessa perspectiva a territorialidade pode ser entendida, como estratégia espacial a fim de controlar recursos e pessoas para que seja possível o controle de uma área.

A abordagem materialista de Santos (1996) reconhece o espaço como um “conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações” a partir do qual é possível reconhecer a configuração territorial, mas utilizando o espaço geográfico como conceito básico. Correa (1995) afirma que este termo é amplamente utilizado em diversas áreas e as vezes utilizado sob várias perspectivas como em grandes escalas, global, continental, regional, cidade, ou ainda em escala menor, bairro, rua, casa e até mesmo um cômodo de uma casa.

Saquet (2015) compreendendo a multidimensionalidade do tema território, percebeu a existência do território vivido e sentido de formas distintas, com relações que se constituem de alguma forma de poder. Percebe a produção do território material na vertente econômica e política nas relações entre o Estado e as empresas. Enfatiza a importância da natureza e da abordagem territorial para o desenvolvimento local. Percebe o território imaterial por meio da cultura em que os indivíduos se territorializam por meio das relações, movimento, conexões e diversidade.

Haesbaert (2007) compreende o território com uma abordagem materialista e imaterialista ou simbólica-cultural. A etimologia do termo território apresenta-se semelhante a terra-territorium quanto de tэрreo-terror (terror, aterrorizar) que traz a ideia de dominação. Desta forma, compreende o território nas vertentes jurídico-política em que há predomínio de relações de poder institucionalizadas. Na vertente econômica, em que há acumulação de capital onde o território é visto como fonte de recurso. E na vertente simbólica cultural em que o espaço-tempo é vivido, múltiplo diverso e complexo de caráter particular, que norteia a discussão deste estudo.

No movimento de construção dos territórios, na concepção simbólica cultural e imaterial, apresentam-se as territorialidades como pertencimento, utilização e vivência. Mesmo sendo um componente do poder, a territorialidade é parte do território que advém da vivência do mesmo e de quais significados o indivíduo percebe o território de acordo com suas manifestações culturais. Os territórios são construídos e caracterizam-se a partir das territorialidades dos sujeitos que os constroem que se diversificam de acordo com as características populacionais como renda, gênero, idade e com aspectos culturais (HAESBAERT, 2016).

Na ESF o conceito de território está atrelado a “adstrição da população”, em que há a delimitação de uma área de abrangência com uma determinada população permitindo identificá-la e territorializar as práticas em saúde. Este processo de territorialização dos serviços de APS advém da construção e apropriação do território de atuação de cada equipe saúde da família ao adaptar os serviços às territorialidades da população. A territorialização dos serviços permite demarcar os limites de atuação de modo a priorizar a oferta de serviços de APS com qualidade por meio da ESF. Assim permite que sejam valorizados os contextos de vida e perfis populacionais que afetam a distribuição dos agravos em saúde e auxiliam na gestão e planejamento das práticas em saúde (FARIA, 2013).

Quando o território assume caráter de múltiplas dimensionalidades que permite a dinâmica das relações sociais, é capaz de manifestar a desterritorialização e a reterritorialização em que se constrói novo território e há a formação de identidade. Ao experimentar um novo território há a formação de uma multiterritorialidade com diversos níveis de relações vividas (HAESBAERT, 2007, 2016).

No entanto, na desterritorialização tem a desintegração do antigo território ou o abandono e fuga que pode ser induzida por interesses econômicos (capitalistas), políticos e culturais. É um movimento constante de formação dos territórios indissociável da reterritorialização em que há rompimento de vínculos, pertencimento e identidade com o velho território para construção de um novo (HAESBAERT, 2016).

Na desterritorialização, não há apenas movimento territorial em que um indivíduo transita entre territórios distintos. A desterritorialização pode resultar da estagnação como consequência de fatores socioeconômicos e culturais de uma população ou parte dela por apresentar aspectos de vulnerabilidade. Assim, na dimensão cultural pode ser observado o desenraizamento e a perda da identidade territorial que pouco participa da construção do

território. Na dimensão econômica e formação de aglomerado de exclusão, há a desterritorialização pela privação de acesso ao território e seus recursos (HAESBAERT, 2016).

É neste sentido de imobilidade, exclusão social, vulnerabilidade que se pretendeu aplicar o conceito de desterritorialização neste estudo. Entende-se que condições de vida precárias e oferta de serviços de APS de baixa qualidade que negam a identidade simbólica-cultural de uma população ou parte dessa, limita seu acesso ou a desterritorializa do território da saúde coletiva.

A relação entre a Geografia e a Saúde não é nova, ocorre desde o final do século XIX, quando o conceito de saúde era baseado no pensamento Hipocrático. Portanto, reconhecendo a importância dos estudos geográficos na elaboração dos fundamentos teóricos e metodológicos em saúde, são agregados ao vocabulário dessa área conceitos como espaço, território, territorialidades e lugar que podem parecer sinônimos. (MONKEN; BARCELLOS, 2005; SAQUET, 2015).

Segundo Monken e Barcellos (2005) compreender a importância do território para as Ciências da Saúde a partir das várias concepções e interpretações sobre o tema pode ser complexo quando não contempla o discurso interdisciplinar, pois o território permeia diversas áreas de conhecimento.

Entretanto, território tem sido um dos conceitos mais empregados em saúde desde o movimento de mudança no modelo de assistência à saúde e participa da estruturação da ESF e a oferta da APS. A preocupação com a saúde da população é antiga e cresceu com o intenso processo de globalização. Os estudos territoriais e ferramentas geográficas têm contribuído para entender como esses problemas acontecem e quando acontecem. Tornou-se possível localizar um agravo a saúde no tempo e no espaço por meio de utilização de ferramentas geográficas na saúde e delimitar o território em saúde (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; SANTOS, 2009).

O território da saúde é constituído por uma rede de serviços regionalizada e estruturada em que o estado deve ofertar os serviços de saúde a todos os indivíduos de maneira integral baseando-se nos princípios do SUS (GONDIM; MONKEN, 2009). Mas o processo de regionalização no país também pode ser dividido em dois períodos. O primeiro é aquele que pretende respeitar os princípios do SUS e ofertar um serviço de qualidade e o segundo é aquele que regionaliza devido as diversidades regionais do país, suas desigualdades e suas características epidemiológicas (DUARTE et al., 2015).

Barcellos et al. (2002) destacaram a importância da categoria território para a saúde. A análise das condições de saúde da população está relacionada a aspectos espaciais, ou seja, a saúde pode vir em resultado do relacionamento dos grupos sociais e seus territórios. Entender esta relação favorece a elaboração de diagnósticos e planejamentos das ações de saúde.

Vale destacar que o conceito de território ultrapassa o mapeamento geográfico de doenças e que a Geografia e a compreensão do território além de área demarcada contribuem para o estudo dos agravos e seu impacto na saúde de uma população. Os estudos territoriais permitem perceber e analisar condições da vida diária que expõem a população às condições de risco à saúde. Ademais a territorialização da APS pode garantir o acesso aos serviços ao reconhecer a dinâmica do território e sua população (PEREHOUSKEI et al., 2015).

Por meio da territorialização da saúde foi atribuída às equipes de saúde da família a responsabilidade pelo acesso do indivíduo ao serviço de APS de seu distrito sanitário. Claro que a ideia de distrito sanitário é maior que espaço político-operativo geograficamente determinado. Nele acontecem as relações sociais entre os indivíduos da população, relações entre os indivíduos e o ambiente e entre os indivíduos e a ESF. De tal modo é necessário compreender o território de atuação da ESF nas vertentes geográficas, sociais, econômicas e essencialmente culturais (MONKEN; BARCELLOS, 2005; PEREHOUSKEI et al., 2015).

A compreensão de que no território de atuação da ESF acontecem diversas formas de relações e que este território é maior que apenas o espaço geográfico definido, torna possível o reconhecimento de aspectos locais e culturais que norteiam a oferta de serviços de APS e ainda contribuem para o entendimento de determinantes que levam ao adoecimento, sejam eles físicos ambientais, de ordem econômica e sociais ou ainda culturais voltando o olhar para a comunidade (PARENTE et al., 2010).

De tal modo, sendo um dos princípios da ESF a formação de vínculo e responsabilidade pela população assistida as equipes saúde da família necessitam imergir na comunidade a fim de compreender suas vivências, as relações que se estabelecem, suas características sociodemográficas e culturais, tornando este um dos grandes desafios da ESF. O enfrentamento desse desafio permite a apropriação deste território e o reconhecimento de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2006; PARENTE et al., 2010).

No território de atuação das ESFs, onde se destaca o papel da APS, podem ser desenvolvidas ações de saúde de ordem territorial de acordo com a organização social daquele

espaço. Nesse território, acontecem trocas, participação, pactuações em que se espera gerar qualidade de vida da população e evitar os agravos a sua saúde. Desta forma o território que permite dar suporte ao desenvolvimento dos serviços, suporte a vida da população e da responsabilidade compartilhada pela saúde (MONKEN et al., 2008).

Há de se ver neste território e na própria organização da ESF a oportunidade de formação dos vínculos com a população e seu território. A ESF deve utilizar este território como suporte para o emprego de ações de promoção a saúde valendo-se de uma concepção ampla de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; PARENTE et al., 2010).

Monken e Barcelos (2005) também enfatizaram a importância do estabelecimento de vínculos entre os membros das equipes de saúde da família e os indivíduos. É importante entender como as pessoas, em especial o idoso cria laços com seu território, e a equipe precisa ser capaz de compreendê-los e respeitá-los para a oferta de um serviço voltado às suas territorialidades. Por fim, mesmo que se pense no território apenas, como distrito sanitário normado, de responsabilidades de uma equipe, os problemas de saúde e as relações sociais não reconhecem as fronteiras. Deve-se dar voz ao usuário do sistema, que inclui o idoso, para que este possa avaliar sob suas territorialidades os serviços que utiliza para tentar superar os entraves do funcionamento do SUS e de seus programas.

3. APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde, sob o ponto de vista do idoso assistido no território da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Governador Valadares/MG.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar as territorialidades da população estudada a partir dos aspectos socioeconômicos, demográficos e de saúde;
- Identificar o Escore Geral, Essencial, Derivado e individualmente, os respectivos escores de cada atributo da Atenção Primária à Saúde e suas dimensões;
- Verificar a correlação entre fatores socioeconômicos, demográficos, de saúde e o Escore Geral da avaliação do serviço de Atenção Primária à Saúde.

4. METODOLOGIA

Avaliação da qualidade do serviço de Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva do idoso assistido no território da Estratégia Saúde da Família, é um projeto de dissertação que é parte integrante do projeto de pesquisa aprovado pela FAPEMIG (CDS-APQ-01981-14): **Avaliação da Atenção Primária à Saúde da pessoa idosa usuária da Estratégia Saúde da Família no município de Governador Valadares**, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALE, sob o parecer CEP/UNIVALE 532.075 – 17/02/2014 (ANEXO A).

4.1. Aspectos éticos

Para realização deste estudo foram respeitadas as normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, a fim de garantir ao participante desta pesquisa, o respeito a sua dignidade, o direito a ter sua identidade e privacidade preservadas, e a livre escolha a participar, permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer fase desta (BRASIL, 2012b). Para assegurar os cuidados éticos desta pesquisa, cada participante foi orientado quanto aos aspectos acima citados e ainda quanto sua relevância social. Participaram da pesquisa apenas os idosos que manifestaram expressamente seu interesse e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.2. Tipos do estudo e abordagem

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal. É característica fundamental da pesquisa descritiva, descobrir como um fenômeno ocorre sem manipulá-lo. Trata-se de um estudo que descreve as características de seu objeto, neste caso, da população estudada, comumente utilizado nas Ciências Humanas e Sociais (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Pode também assumir a forma de levantamento, observando os fatos e procedendo o registro afim de identificar correlação entre variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Quanto ao corte transversal é adequado para descrever características das populações quanto a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, além de, a coleta poder ser executada com um ou mais grupos de indivíduos apenas uma vez. Não há necessidade de acompanhamento do grupo de estudo, é simples, de baixo custo e rápido (SAMPIERI et al., 2006; SASSI; CERVANTES, 2011).

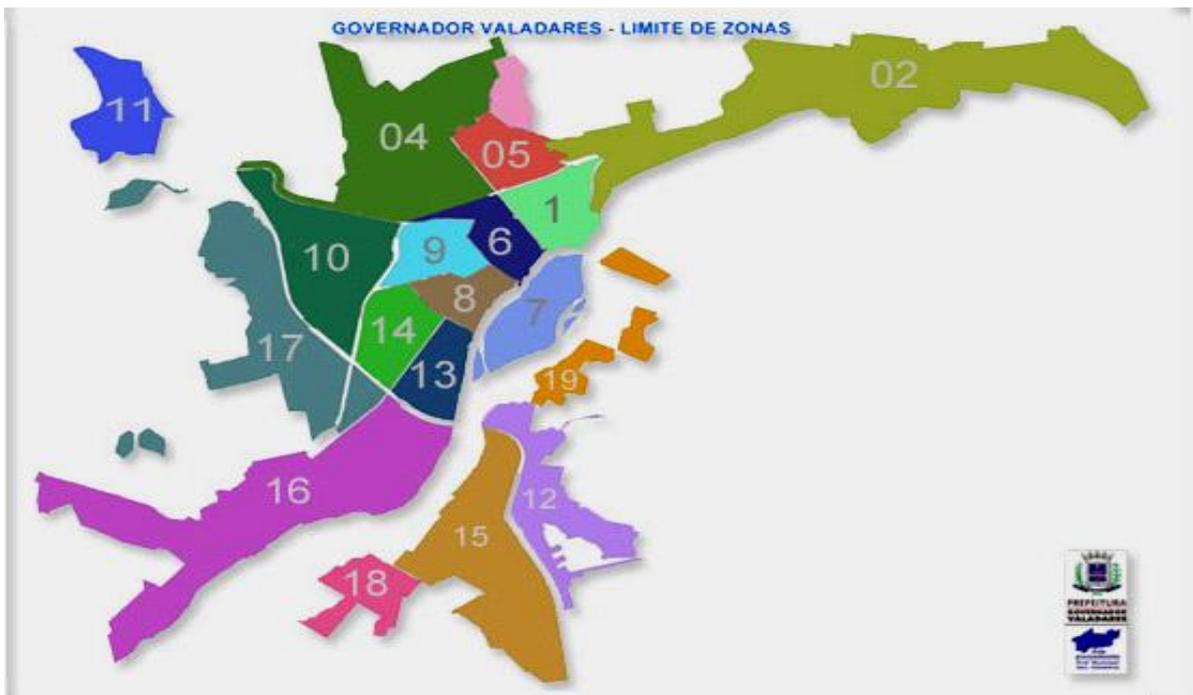
Foi adotada nesta investigação uma abordagem quantitativa. Esta requer utilização de conhecimento e técnicas estatísticas para converter as opiniões dos pesquisados em números não permitindo interpretação subjetiva dos dados. Permite que as hipóteses sejam testadas por meio de correlação estatística evitando erros na interpretação dos dados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.3. Universo do estudo

O município de Governador Valadares apresentava em 2010 uma população de 263.689 habitantes, com estimativa de 279.665 para 2016, distribuídos em 2.342,325 Km² com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,727. Encontra-se localizado no leste de Minas Gerais, pertencente a bacia do Rio Doce, com 183 bairros em zona urbana e 12 distritos em zona rural (IBGE, 2010). Entretanto, este estudo foi realizado apenas na zona urbana municipal.

Ainda segundo IBGE (2010), Governador Valadares possuía em 2010, uma população de 36.329 idosos, 18.243 eram do gênero masculino e 18.386 do gênero feminino, representando 13,8 % da população total. Entretanto residem na zona urbana do referido município 29.426 idosos.

O município contava com 127 estabelecimentos de saúde, dos quais 48 eram Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 35 destas possuíam equipe saúde da família, que mantinham em 2010 uma cobertura aproximada de 51,8%. Conforme figura 5, o município é dividido em 19 regiões que abrangem toda a zona urbana. Apenas três regiões não possuem UBS, onde os indivíduos residentes nessas localidades são encaminhados para unidades de saúde mais próximas. Mas, de toda população idosa residente do município, apenas 13.659 estão cadastrados nas ESF (IBGE, 2010).



Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio

Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácaras

Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita

Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia

Região 04: Maria Eugenia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújo

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre

Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula

Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João

Região 13: São Paulo – Santa Terezinha

Região 14: Lourdes – Vila Bretãs

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz –

Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial –

Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São

José - Turmalina – Vila Ozanan

Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol

Região 19: Elvamar – Shangrilá – Vilage da Serra

Figura 4 – Limite de zonas das regiões de atendimento das Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006

4.4. Amostra

Diante da impossibilidade de trabalhar com toda população idosa inserida na ESF, foi realizado cálculo amostral, baseado no método de estimativa para proporção segundo Levy e Lemeshow (1991), para que fosse possível definir o tamanho da amostra. Foi utilizado intervalo de confiança de 95%, erro de 5% e o padrão p considerado foi de 50%. O resultado do cálculo, após a correção para N final, feita com base no total de idosos cadastrados no ESF local, apontou uma amostra probabilística de 163 idosos, incluído o percentual de 10% referentes às possíveis perdas.

Para manter a representatividade de todas as regiões, a amostra foi dividida conforme percentual de idosos inseridos na ESF de cada região. Este procedimento foi feito considerando-se que cada ESF representa uma região geográfica do município. A tabela 1 demonstra o percentual de idosos cadastrados em cada ESF.

Tabela 1- Distribuição da proporcionalidade de idosos segundo a região geográfica de moradia, no município estudado.

Região	%	n final	Região	%	n final
1	2,5 %	04	11	4,3%	07
2	9,2 %	15	12	4,3%	07
3	4,9%	08	13	4,3%	07
4	3,1%	05	14	3,1%	05
5	11,0%	18	15	6,7%	11
8	2,5%	04	16	6,1%	10
9	3,1%	05	17	20,2%	33
10	1,4%	17	18	4,3%	07

Fonte: BRASIL (2013). Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

4.5. Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão na amostra foram aplicados os seguintes requisitos: indivíduos com 60 anos ou mais independente do gênero; estar cadastrado na ESF da zona urbana do município de Governador Valadares; estar fisicamente independente e com função cognitiva preservada para responder ao Inventário Sociodemográfico e ao questionário PCATool-Brasil versão Adulto, utilizados na pesquisa. Por meio de prontuários arquivados nas ESF e com o auxílio dos profissionais de saúde que atuavam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde), foi possível identificar estes indivíduos. A presença de doenças crônicas não foi considerada, desde que se enquadrassem nos requisitos acima citados.

4.6. Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogeriatrica do curso de Odontologia de uma universidade do leste de Minas, a fim de averiguar a abordagem das questões, bem como o tempo gasto com as perguntas do PCATool-Brasil versão Adulto, observando os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. A escolha do local se deu pelo fato de que esta clínica atende a uma livre demanda regional e os idosos apresentam condições socioeconômicas semelhantes aos cadastrados na ESF. Os dados obtidos nesta etapa não foram incluídos no estudo principal.

Marconi e Lakatos (2010) destacam que o estudo piloto é fundamental no planejamento de qualquer pesquisa. Estes podem detectar possíveis erros na coleta de dados ou no próprio instrumento de coleta. É capaz de verificar a confiança do método aplicado além de oferecer treinamento aos pesquisadores para padronizar a execução do projeto. Por fim, ainda pode elucidar a operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

4.7. Coleta de dados

Inicialmente, foram tratados os objetivos e metodologia desta pesquisa, em reunião com o Gestor Municipal de Saúde e Coordenador Municipal de Saúde da Família a fim de obter a autorização para a realização do estudo.

Em seguida foram apresentados para o responsável da Unidade de Saúde, os objetivos, a metodologia bem como a relevância social da pesquisa para a gestão de saúde e aprimoramento das Políticas Públicas voltadas à população idosa. Posteriormente, foi agendado dia e horário para que fosse realizado o levantamento dos indivíduos idosos aptos a participarem deste estudo. Tal procedimento respeitou o cronograma de atividades da Unidade de Saúde e não interferiu na rotina de trabalho dos profissionais.

A ESF forneceu aos pesquisadores o endereço dos idosos cadastrados em suas unidades para que pudessem ser localizados. Já a coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2014 e março a julho de 2015, por meio de entrevistas individuais que aconteciam na residência do participante. A escolha deste ambiente foi motivada com o intuito de proporcionar privacidade ao entrevistado, boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio. Durante a realização das entrevistas, os pesquisadores mantiveram atitude informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas opiniões.

Antes que fossem iniciadas as entrevistas, os pesquisadores elucidaram todos os procedimentos de coleta de dados aos idosos esclarecendo que: há caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação; que a participação na pesquisa é de caráter voluntário e que todos os participantes deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi ainda enfatizado que o não aceite em participar, não traria prejuízo para seu atendimento na ESF.

Por considerar características comuns aos idosos tais como dificuldade de leitura (acuidade visual reduzida e nível de alfabetização), ou mesmo de assinalar as respostas o Inventário Sociodemográfico e PCATool-Brasil versão Adulto foram aplicados na forma de entrevista direta. Esta foi realizada pela equipe de pesquisadores de campo que antecipadamente foram submetidos a treinamento sobre os conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e à técnica de abordagem da entrevista.

4.8. Instrumentos para Coleta de Dados

4.8.1. Inventário Sociodemográfico

Para caracterização da amostra, foi utilizado um Inventário Sociodemográfico (ANEXO B), baseado no estudo de Fleck (2008), que permitiu identificar o perfil sociodemográfico e econômico, os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas foram: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda mensal individual e familiar, vivência familiar, e nos últimos seis meses, número de consultas médicas realizadas na ESF, número de medicamentos utilizados diariamente e número de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS.

4.8.2. Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão Adulto

O PCATool-Brasil versão Adulto (ANEXO C) é um instrumento, que afere a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dois derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário apresentando confiabilidade para avaliar aspectos da APS (Starfield, 2001). Este instrumento, já validado no Brasil, possui 90 itens divididos em 10 categorias relacionados aos atributos da APS permitindo mensurar o impacto e gerar conhecimento sobre sua efetividade (BRASIL, 2010b).

4.9. Análises dos dados

Para a análise quantitativa, inicialmente os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Office Excel 97-2003 e agrupados, levando-se em consideração as variáveis incluídas no Inventário Sóciodemográfico e PCATool-Brasil versão Adulto. Os dados referentes ao perfil socioeconômico, demográfico e de saúde foram processados e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no software estatístico R, versão 3.4.3. livremente disponível em <https://www.r-project.org>. Este software é de estilo livre, bastante utilizado em diferentes campos do saber por oferecer uma gama de pacotes estatísticos diferenciados que possibilitam alcançar os mais diversos objetivos em pesquisa, contando ainda com uma comunidade enorme de usuários que colaboram entre si para o crescimento e aperfeiçoamento do software e da ciência.

Cada item do PCATool-Brasil versão Adulto é avaliado por meio de escala Likert em que as respostas variam de um (com certeza não) a quatro (com certeza sim). Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo, seguindo rigorosamente as orientações do Manual do

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. A Figura 5 apresenta os atributos e os 85 itens que contemplam a avaliação desta pesquisa (BRASIL, 2010b).

Foi possível avaliar o Escore Geral, Essencial e Derivado da APS. O Escore Geral foi obtido pela soma dos escores médios dos componentes dos atributos essenciais e dos atributos derivados divididos pelo número de componentes por meio da fórmula $\{(B+C+D+E+F+G+H) + (I+J)/9\}$ (BRASIL, 2010b). Assim como no estudo de Araújo et al. (2014) ao avaliar o serviço de APS ofertado pela ESF na perspectiva do idoso em Macaíba/RN, o Grau de Afiliação ao serviço não foi considerado para cálculo dos Escores Geral e Essencial como indicado no Manual, já que este foi utilizado como critério de inclusão da amostra.

Como indicado no referido manual, os escores foram transformados em escalas de 0 a 10, utilizando a fórmula: $[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$, ou seja, $(\text{escore obtido} - 1) \times 10 / 3$. Ainda segundo o manual da ferramenta, são considerados serviços de saúde com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 uma vez que este valor corresponde a 3 (provavelmente sim) na escala Likert. O Escore Essencial foi obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais por meio da fórmula $\{(B+C+D+E+F+G+H)/7\}$. O Escore Derivado foi obtido pela média entre os componentes dos atributos derivados aplicando a seguinte expressão matemática $\{(I+J)/2\}$ (BRASIL, 2010b; HARZEIM et al., 2013).

Para testar a hipótese de que a avaliação dos serviços de APS e seus atributos se associavam às características socioeconômicas, demográficas, utilização do serviço, número de doenças e medicamentos utilizados, e que estes fatores influenciaram a avaliação do serviço, os dados foram analisados aplicando teste Qui-quadrado (χ^2) utilizando software estatístico R, versão 3.4.3. Foi adotando um intervalo de confiança de 95% em que, para as associações entre as variáveis, o valor encontrado para p foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

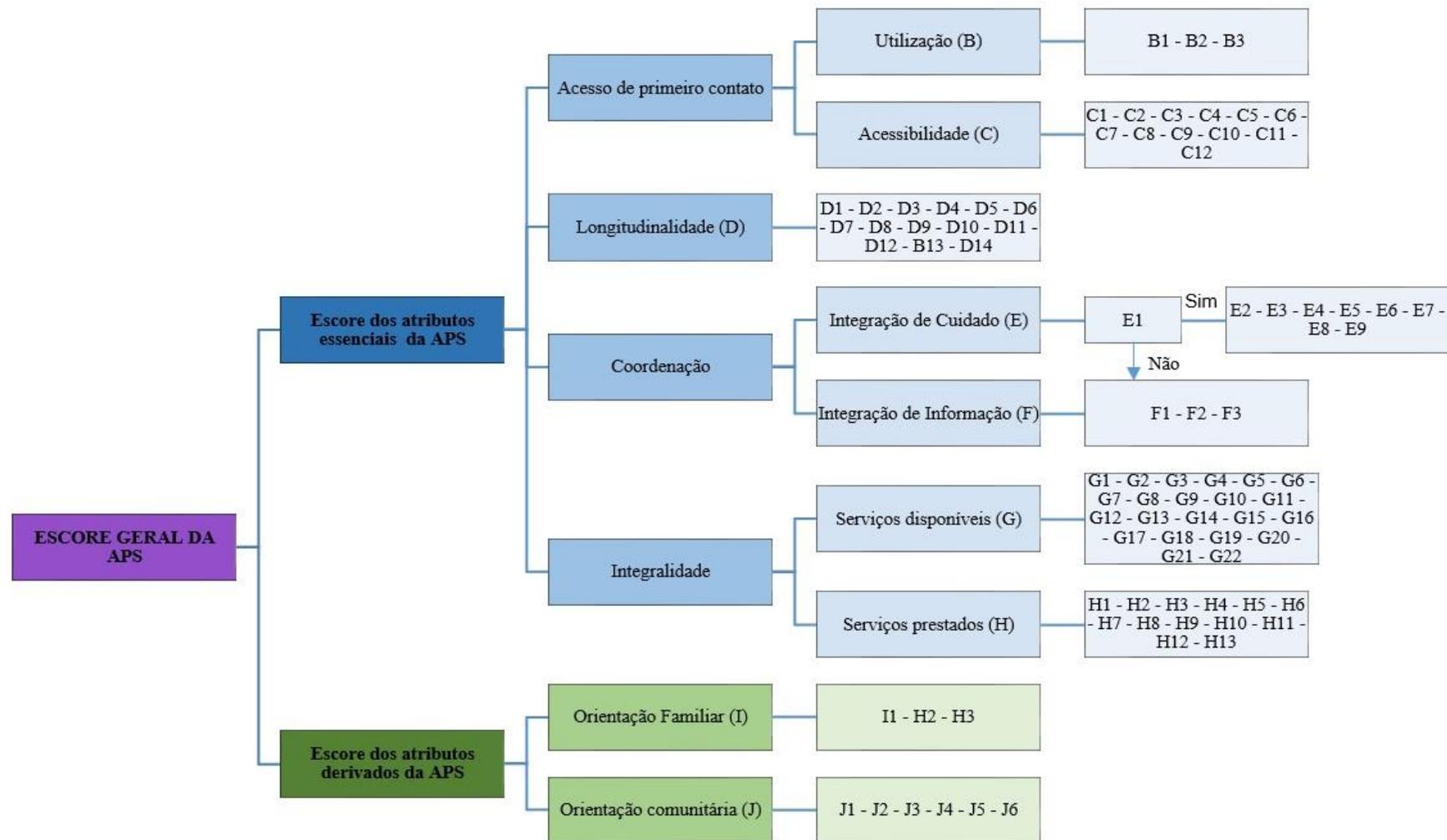


Figura 5: Apresenta os atributos essenciais e derivados da APS e seus respectivos itens de avaliação.
 Fonte: Adaptado de Brasil (2010b)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão dos dados coletados neste estudo, cuja apresentação será dividida em três partes: (1) Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos pesquisados, (2) Indicadores de saúde e utilização dos serviços de saúde, (3) Avaliação do serviço de Atenção Primária à Saúde, que apresenta a avaliação geral do serviço de APS e os escores dos atributos essenciais e suas dimensões e atributos derivados.

5.1. Perfil socioeconômico e demográfico dos idosos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 163 idosos usuários da ESF da zona urbana do município do leste mineiro. Obedecendo a um nível de confiança de 99%, a amostra demonstrou significativa representatividade da subpopulação de indivíduos idosos do referido município, uma vez que é estatisticamente semelhante a população de acordo com último censo demográfico (2010) pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). A tabela 2 abaixo confirma tal inferência, uma vez que apresenta a distribuição da faixa etária dos idosos que compuseram a amostra, bem como a distribuição entre as faixas etárias e a frequência esperada segundo IBGE (2010).

Tabela 2: Distribuição da faixa etária dos idosos da amostra em relação à proporção apresentada pelo IBGE em 2010 para a população deste estudo.

Faixa Etária*	Frequência Observada (pesquisa)		Frequência Esperada (IBGE)	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
De 60 a 64 anos	26	10	35	14
De 65 a 69 anos	32	13	28	11
De 70 a 74 anos	19	9	22	9
De 75 a 79 anos	21	5	16	6
De 80 a 84 anos	16	5	10	3
De 85 a 89 anos	2	2	5	2
Mais de 90 anos	2	1	2	1
Total Geral	118	45	118	45

*p = 0,03903

Fonte: Adaptado de Brasil (2010) e dados da pesquisa.

Ainda segundo a faixa etária, constatou-se com 95% de confiança, que a média de idade dos pesquisados foi de 71,3 anos (DP=8,1), variado de 60 anos até 102 anos. Segundo dados do IBGE (2010), no município de estudo, 53,7% da população idosa possuía menos de 70 anos em 2010, já na amostra 50,3% apresentou menos de 70 anos (Quartil 25% = 65), seguidos de 31,9% com 71 a 80 anos (Quartil 75% = 77,8), conforme apresentado na tabela 3. Para o Brasil, há a expectativa que em 2030, 56,5% da população idosa tenha menos de 70 anos. Também, em estudos com população idosa inserida nos serviços de saúde pública, Araújo et al. (2014) e

Barbosa et al. (2015) encontraram respectivamente 43,0% e 45,9% da população idosa estudada dentro desta faixa etária.

Tabela 3: Características socioeconômicas e demográficas dos idosos pesquisados em um município do leste mineiro.

Variáveis	Frequência	%
Idade		
Menos de 70	82	50,3
De 70 a 79	52	31,9
De 80 a 89	26	16,0
90 e mais	03	1,8
Sexo		
Masculino	47	28,8
Feminino	116	71,2
Estado civil		
Casado (a)	68	41,7
Solteiro (a)	18	11,0
Viúvo (a)	59	36,2
Em união consensual	04	2,5
Separado (a)	14	8,6
Escolaridade (anos)		
0	53	32,5
De 1 a 4	82	50,3
De 5 a 8	13	8,0
De 9 a 13	15	9,2
Situação de Trabalho		
Empregado	9	5,5
Desempregado	6	3,7
Auxílio-doença	1	0,6
Aposentado	88	54,0
Aposentado e trabalha	9	5,5
Do lar	16	9,8
Pensionista	33	20,2
Outro Auxílio	1	0,6
Com quem mora		
Esposo (a)	52	31,9
Filhos	50	30,7
Netos	5	3,1
Bisnetos	3	1,8
Irmão	9	5,5
Sozinho	28	17,2
Esposa + filhos	16	9,8
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	3	1,84%
De 1 a 2 salários mínimos	141	86,50%
3 ou mais salários mínimos	9	5,52%
Não responderam	10	6,13%
Total	163	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

No Brasil, as pesquisas demográficas apontam que 55,1% da população idosa, pertencem à faixa etária de 60 a 69 anos. Tal fenômeno se justifica pelas altas taxas de natalidade entre os anos 1950 a 1960, conhecido como *baby boomers*. Ou seja, neste período, também conhecido pela explosão demográfica, houve crescimento acentuado no número da

natalidade e diminuição da mortalidade. Atualmente os *babies boomers* (indivíduos nascidos entre os anos 1950 a 1960), graças a melhoria da qualidade de vida e redução da mortalidade chegaram à faixa etária de 60 a 69 anos e ganharam o título de *elderly boomers* (BURLÁ et al., 2013; CAMARANO, 2014).

Quanto ao gênero, conforme apresentado na tabela 2, 116 (71,2%) são do gênero feminino. Já no município pesquisado, a população idosa feminina corresponde a 57,6% da população idosa e 47,4% do gênero masculino segundo IBGE (2010). Pilger et al. (2011) e Araújo et al. (2014) em estudos com idosos cadastrados em serviços públicos de saúde, também encontraram respectivamente 64,4% e 64,0% da população idosa do gênero feminino.

Há de se esperar uma população idosa com maior prevalência de mulheres uma vez que os valores observados para a expectativa média de vida em 2010 foram de 77,7 anos para mulheres e 70,1 para homens com expectativa de crescimento para 86,1 anos e 82,6 respectivamente em 2050. Se forem reduzidos significativamente ou eliminados os óbitos por causas externas, que reduziu 3,8 anos da expectativa de vida masculina em 2012, há a hipótese de aumento da expectativa masculina comparada a feminina. Mas ainda será observada maior predominância do gênero feminino (CAMARANO, 2014).

Tal fenômeno tem sido reconhecido como '*feminilização da velhice*', a mulher tem vivido mais tempo comparado ao homem nas diversas faixas etárias. Fenômeno que também ocorre no município estudado, conforme apresentado na figura 6, no Brasil e também em diversos países. No Brasil, em 2000 havia 81 homens idosos para cada 100 mulheres idosas. Estima-se que, em 2050 este número cairá para 76 a cada 100 respectivamente e ainda nas faixas etárias acima de 80 anos serão 25 para 100 respectivamente (ERVANTY et al., 2015).

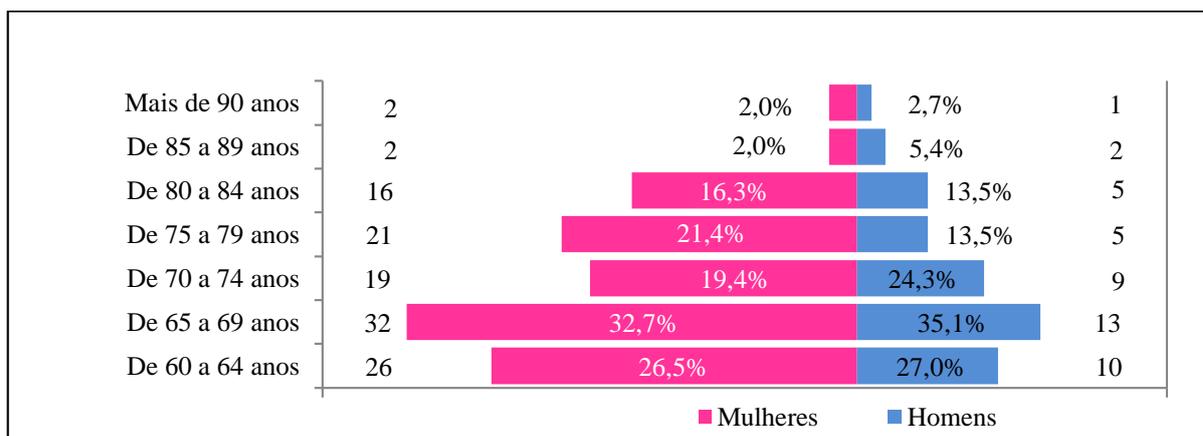


Figura 6: Distribuição da amostra segundo gênero e Faixa etária
Fonte: dados da pesquisa

Em um estudo qualitativo buscando compreender como as mulheres idosas vivenciam a longevidade, Merighi et al. (2013) identificaram que a mulher ao envelhecer almeja manter-se fisicamente e socialmente ativa mesmo com a presença de limitações e alterações fisiológicas próprias da idade. Para essas mulheres pesquisadas há a necessidade de manutenção da capacidade funcional e promoção da saúde a fim de evitar e retardar a surgimento de doenças incapacitantes.

Infere-se que por este motivo, as mulheres têm procurado com mais frequência os serviços de saúde buscando alcançar uma autonomia que possuíam na juventude almejando melhoria na qualidade de vida e manutenção de sua saúde e bem-estar.

Mesmo que em todos os países do mundo, nasçam mais homens que mulheres, neste grupo masculino as taxas de mortalidade são maiores em todas as faixas etárias. Os indivíduos do sexo masculino estão mais expostos à violência urbana, no trânsito e no trabalho, maior uso e/ou abuso de drogas, álcool e tabaco. As mulheres ainda têm o fato de proteção hormonal atribuído ao estrogênio e maior preocupação com a saúde e autocuidado o que a faz buscar mais pelos serviços de saúde. Tais fatores contribuem para que, com o aumento das faixas etárias, seja observado maior proporção de mulheres (SANTOS; CUNHA, 2014; IBGE, 2016).

Quanto ao estado civil, 44,2% dos pesquisados declararam ser casados ou viver em união consensual e 55,8% não possuir cônjuges por serem solteiros, viúvos ou separados. Areosa e Virginia (2012) encontraram 49,0% de idosos solteiros, viúvos e casados dentre os idosos inseridos em grupos de atividades físicas em um estudo que teve por objetivo descrever a percepção dos idosos sobre suas famílias e relacionamentos sociais. Já Barbosa et al. (2015) encontraram 60,1% de indivíduos na mesma condição, ao estudarem idosos assistidos nos serviços de saúde pública no município de João Pessoa/PB. Entretanto, segundo Gomes et al. (2013) esta condição também pode representar impactos a saúde uma vez que a solidão e principalmente o processo de luto e viuvez são fatores estressantes que se associam à diminuição do autocuidado, contribuem para o aumento da exposição à riscos ambientais e comportamento inseguro.

Sugere-se que o idoso casado ou em união consensual apresenta melhores condições de receber melhor assistência à saúde uma vez que tem apoio do cônjuge nas práticas em saúde e melhor autocuidado.

Em relação ao nível de escolaridade, 82,8% declararam ter de zero a quatro anos de estudo, do total 32,5% informaram ser analfabetos. A média de anos de estudo apresentada pelos idosos da pesquisa foi de 2,9 anos (DP=3,2). Apenas 9,2% podem ter concluído o ensino fundamental ou ensino médio regular já que tem de nove a 13 anos de estudo.

Tal achado demonstra a necessidade de ações públicas e não governamentais que incentivem e promovam o acesso do idoso à educação e alfabetização que lhe permita mais independência e apropriação de recursos. Souza e Silver (2008) ao estudarem o perfil de mulheres idosas no município do Rio de Janeiro/RJ, sugeriram que a baixa escolaridade dos idosos advém do fato de terem nascido em um período em que havia maiores limitações no acesso à educação. Identificaram ainda menor escolaridade entre as mulheres já que, dado aos aspectos culturais da época, os homens estudavam e trabalhavam fora e a mulher trabalhava em casa e cuidava da família.

O trabalho desenvolvido por Barbosa et al. (2015) também demonstrou resultados semelhantes. Houve, ao longo dos anos, queda significativa nas taxas de analfabetismo nas diversas faixas etárias, mas a baixa escolaridade e analfabetismo ainda são prevalentes na população acima de 65 anos. Revela-se assim, um aspecto de vulnerabilidade à saúde do idoso, onde 25,7% da população acima desta faixa etária não sabe ler ou escrever e em 2015, 60,5% de pessoas analfabetas tinham idade acima de 55 anos (IBGE, 2016).

Este cenário traz preocupação à gestão de saúde pública uma vez que o grau de escolaridade se associa ao perfil epidemiológico de uma população e à distribuição dos indicadores de saúde. Os baixos índices de escolaridade podem trazer ao idoso dificuldades no autocuidado, administração de medicamentos além da interpretação de orientações escritas como as receitas médicas, bulas e dietas. Já maiores níveis de escolaridade podem vir acompanhados de melhor percepção de saúde, busca pelos serviços de saúde e adesão às práticas de vida saudável (GARCIA; FACCHINI, 2009).

Apesar das quedas nas taxas de analfabetismo no país, a alfabetização de adultos e especialmente idosos é um desafio para o governo e tem contribuído para a distribuição desigual de indicadores de saúde. Também se relaciona com entrada no mercado de trabalho, acesso aos serviços de saúde, tratamento e recuperação. Além desta problemática desafiar os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham na APS, na condução do cuidado ao idoso e manutenção da comunicação. Será necessário ainda que estes profissionais compreendam as

territorialidades, as ações e práticas do idoso no seu cotidiano a partir do território que permitirá a identificação de aspectos que trazem riscos à saúde e vulnerabilidade (MONKEN; BARCELLOS, 2005; GARCIA; FACCHINI, 2009; BRITO et al., 2013).

Quanto à renda, 54,0% se declaram aposentados, e 20,2% pensionistas. A população idosa pesquisada tem renda média de 1,3 salário mínimo (DP=0,8) variando de zero a seis salários, e 86,5% destes vivem com um a dois salários mínimos e 5,5% recebe três ou mais salários mínimos. Vale ressaltar que os idosos deste estudo também apresentam baixa escolaridade. Tal característica pode justificar a baixa renda apresentada pela população idosa. Acredita-se que a baixa escolaridade pode limitar o acesso aos empregos que oferecem melhores salários e conseqüentemente melhor faixa de aposentadoria. Entretanto ao apresentar baixa escolaridade e renda, o idoso pode enfrentar dificuldades na apropriação de recursos, bens de consumo, moradia, transporte, alimentação adequada e aquisição de medicamentos.

Assim como a amostra, no Brasil grande parcela da renda dos idosos não advém do trabalho e sim de aposentadorias e outros fundos assistenciais, que são necessários para a subsistência desta população. No país em 2015, 75,6% dos idosos eram aposentados e/ou pensionistas e ainda 69% destes tinham estas, como única fonte de rendimento, também fator de vulnerabilidade (IBGE, 2016).

Assim como baixos índices de escolaridade, a baixa renda se relaciona a piores condições de saúde e diminuição da capacidade funcional uma vez que o idoso pode ter pior padrão de vida, alimentação inadequada e dificuldades para o acesso aos serviços de saúde. Há de se considerar ainda que a moradia também envolve recursos, desta forma os bairros podem ter aspectos distintos, como infraestrutura, saneamento e até mesmo aspectos culturais de acordo com a renda de seus moradores (MONKEN; BARCELLOS, 2005; NERI; SOARES, 2007).

Em um estudo com idosos de baixa renda cadastrados em unidades de saúde de município de Jequié/BA, Reis et al. (2015) identificaram que a renda, estado civil e faixa etária estão relacionadas à diminuição da capacidade funcional. Com a perda ou diminuição da renda com a idade ou aposentadoria, os fatores socioeconômicos trazem impactos à saúde e manutenção da qualidade de vida que pode conferir impactos negativos sobre a saúde.

Quanto ao arranjo familiar 72,8% dos idosos vivem com o cônjuge, filhos ou cônjuge e filhos. Este resultado leva o entendimento que, para o idoso deste estudo, o núcleo familiar

primário é referência para o mesmo. Acredita-se ainda que arranjos familiares muito extensos ou multigeracionais podem possuir mais dependentes que dividem mesma renda em consequência de aspectos culturais ou econômicas.

Pilger et al. (2011) encontraram 86,4% de idosos na mesma condição. Entretanto Machado e Vieira (2015) identificaram que apenas 41,9% dos idosos cadastrados no programa Hiperdia de seu estudo realizado em Guarapuava/PR moravam acompanhados. Todavia, apesar de uma formação ainda tradicional, o arranjo familiar vem sofrendo alterações graças às mudanças no perfil demográfico. Tem sido registrado o aumento dos arranjos domiciliares com uma única pessoa, destacando mulheres com 50 anos ou mais (IBGE, 2016).

Araújo et al. (2013) em um estudo que avaliou o perfil de cuidadores de idosos identificou que a maioria dos idosos era cuidada por cônjuges e filhos sem a presença de um cuidador externo remunerado. Apesar de muitos relatarem exaustão e falta de conhecimento necessário para a função, exerciam papel fundamental na prestação de cuidados básicos como alimentação, higiene e medicação. Destaca-se a importância da ESF na orientação das famílias e suporte ao cuidado do idoso a fim de suprir esta necessidade.

Tais características socioeconômicas e demográficas apresentadas pela população estudada demonstram particularidades que podem auxiliar no reconhecimento de suas vivências e cotidiano, processos de territorialização, necessidades e problemas de saúde. Já que cada território tem sua população, além de reconhecer os limites geográficos de abrangência de uma equipe de saúde da família, o trabalho precisa ser pautado nos contextos territoriais da população de abrangência, para que as práticas sejam apropriadas e próximas ao público a que se destinam. É necessário aproximar o trabalho das equipes de saúde da família do município de estudo aos problemas de saúde e de onde acontecem a fim de resolvê-los ou amenizá-los.

Essas equipes de saúde da família, ao promoverem ações de vigilância em saúde precisam reconhecer além de características de ocupação do município como núcleos habitacionais, sistema de água e saneamento e condições ecológicas, consigam relacionar trabalho, renda, escolaridade, cultura à vida cotidiana, a identidade e territorialidade. Uma população ao utilizar recursos básicos pode valer-se de métodos que afetam a saúde que merecem ser estudados com o objetivo de identificar situações de vulnerabilidade. Há de se considerar que a população idosa deste estudo apresenta aspectos importantes de vulnerabilidade.

A ESF precisa pensar no território de atuação além de seu caráter político, administrativo em que há diversas vezes disputas entre poderes institucionalizados. Também ultrapassa a ideia de espaço geográfico de área adstrita. Deve-se pensar na categoria território como multidimensional em que tanto a gestão de saúde quanto a população assistida vivencia o território e as relações que neste se estabelecem onde são valorizadas as práticas locais (PONTE et al., 2010).

Monken et al. (2008) acrescentam ainda que no território da saúde coletiva, onde atuam essencialmente as ESF, devem ser desenvolvidas ações preventivas voltadas às características demográficas e epidemiológicas permitindo espaço de troca que visem melhoria contínua da qualidade de vida. Desta forma, estudos de diagnóstico e caracterização da população servem de subsídio para a gestão de saúde pública no planejamento de ações.

5.2. Perfil de saúde e utilização dos serviços de saúde

Sistemas de Informações em Saúde (SIS) podem ser considerados como ferramentas necessárias para a gestão e saúde, bem como para a tomada de decisão. É reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos pilares dos Sistemas de Saúde. Para tanto é fundamental que os SIS, sejam planejados e estruturados de forma a permitir a geração de informação acerca de determinantes de saúde, estado de saúde de uma população e ainda sobre o próprio desempenho que fomentem a orientação das práticas em saúde e utilização de recursos (MUTALE et al., 2013; LIMA et al., 2015).

Diversas metodologias de coleta de dados podem ser aplicadas para obtenção de informação como a utilização de censo, notificação compulsória de agravos, pesquisas em domicílio, que com tratamento estático permitem a identificação pontual de problemas, instalação de rotinas, planejamento e monitoramento da saúde. Mas, as deficiências de um SIS, como a duplicação de informação, baixa capacitação profissional ou incapacidade de análise dos dados podem mascarar problemas e atrasar a oferta de APS (MUTALE et al., 2013; LIMA et al., 2015).

Em um estudo que descreveu a percepção de gestores de unidades de saúde quanto a utilização de indicadores de saúde, Lima et al. (2015) identificaram baixa utilização e conhecimento dos SIS e que as ações em saúde são planejadas de acordo com a livre demanda dos usuários o que retarda as intervenções em saúde pública.

Compreendendo a necessidade da informação em saúde, identificou-se neste estudo que 14,1% da população idosa pesquisada não realizou nenhuma consulta nos últimos seis meses que antecederam a coleta de dados. Detectou-se que 59,5% realizaram de uma a três consultas e 26,4% quatro ou mais consultas conforme apresentado na tabela 3. O alto número de consultas realizadas pode justificar-se pela maior incidência de DCNT que ocorrem com o envelhecimento, maior preocupação com saúde ou ainda baixa resolubilidade dos problemas de saúde.

De acordo com o Sistema de Informação Básica (SIAB, 2017) foram realizadas em 2014, período de início da coleta de dados, 37.834 consultas apenas pela população com 60 anos ou mais. Ou seja, cada idoso cadastrado na ESF, fez em média 2,8 consultas no ano de 2014.

Tabela 4: Indicadores de saúde dos idosos pesquisados em um município do leste mineiro no período de 2014-2015.

Variáveis	Freq.	%
Nº de Consultas Médicas		
Nenhuma	23	14,1%
1 a 3	97	59,5%
4 ou mais	43	26,4%
Nº de Medicamentos		
Nenhum	18	11,0%
1 a 3	74	45,4%
4 ou mais	71	43,6%
Nº de doenças		
Nenhuma	30	18,4%
1	63	38,7%
2	39	23,9%
3	17	10,4%
4 ou mais	14	8,6%
Total	163	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Silva et al. (2017) encontraram associação entre o maior número de consultas, limitação funcional e a ocorrência de internação. Apesar de reconhecer como positiva a procura pela consulta médica por ser uma medida preventivista, atribuíram as altas médias à baixa resolubilidade dos problemas de saúde que poderiam ser evitados com ações de APS. Também considera o envelhecimento populacional atrelado ao aumento da demanda e necessidade de ampliação da oferta de serviços de APS, ao aumento de idosos com doenças crônicas e limitação funcional.

A análise de correlação por meio de teste qui-quadrado nesta pesquisa identificou um valor p de 0,6051, ou 60,51% ao associar a renda ao número de consultas. E um valor p de 0,3992 ou 39,92% ao associar escolaridade também ao número de consultas médicas. Adotando-se um nível de significância (α) de 5%, em que o valor encontrado para p é maior que este valor 0,05 ($p > 0,05$) rejeita-se a hipótese de que a escolaridade ou a renda se correlacione ao número de consultas médicas realizadas pela população idosa estudada.

Em relação ao número de medicamentos 89,0% dos idosos relatou fazer uso de pelo menos um medicamento, 43,6% utilizou quatro ou mais medicamentos. Assim como o alto número de consultas realizadas podem justifica-se pela maior incidência de DCNT acredita-se que o elevado número de medicamentos ocorra pelo mesmo motivo. A associação de DCNT pode requerer a associação de fármacos para seu controle, prevenção de manifestações agudas da doença e manutenção da qualidade de vida.

Tavares et al. (2015) em um estudo com dados da Pesquisa Nacional em Saúde de 2013, afirmam que a utilização de medicamentos no Brasil, para o tratamento de DCNTs é elevado com destaque para os anti-hipertensivos, medicamentos para tratamento de diabetes e asma com aumento significativo de 80% na população geral. Observou-se também maior utilização de anti-hipertensivos no gênero feminino nas maiores faixas etárias, que pode estar relacionada à maior utilização dos serviços de saúde.

É importante destacar que o número de idosos que não fizeram nenhuma consulta nos últimos seis meses que antecederam a coleta de dados (14,1%) é maior que o número de idosos que não utilizam nenhum medicamento (11,0%). Logo, é possível levantar a hipótese de que 3,1% dos idosos que utilizavam medicamentos realizou consultas médicas em outros níveis de atenção e que estes medicamentos foram prescritos nestas consultas. Ou ainda que, 3,1% destes idosos utilizam medicamentos sem prescrição e orientação médica o que pode acarretar piora do estado geral de saúde.

Cassoni et al. (2014) em um estudo no município de São Paulo, identificaram que 25,0% dos idosos utilizam medicamentos inapropriados que acabam por se associar à sua internação e aumento da mortalidade. Identificaram ainda que o diagnóstico de duas ou mais doenças e a utilização de cinco ou mais medicamentos se associou a utilização indevida de medicamentos. Todavia Silva et al. (2010) identificaram que 25,0% dos idosos cadastrados na ESF do

município de Montes Claros/MG, relatam ter dificuldades na utilização de medicamentos o que reforça a necessidade de orientação e educação para a saúde.

Neves et al. (2013) ao realizarem um estudo transversal com idosos cadastrados na ESF em Recife/PE, associaram a utilização de diferentes fármacos a menor escolaridade, a presença de duas ou mais doenças e ao número de consultas, fenômenos que também ocorreram nesta pesquisa. O que chama atenção nesta pesquisa é o elevado número de idosos, 42,9%, que relataram serem portadores de duas ou mais doenças. Quatro ou mais doenças é mais incidente entre as mulheres, 22,0% contra 13,3% dos homens. Merighi et al. (2013) atribuíram esta ocorrência a maior preocupação da mulher com a saúde e sua procura pelos serviços de saúde que culminam em mais diagnósticos em mulheres em relação aos homens, o que não signifique que as mulheres adoçam mais.

Pereira et al. (2015) encontraram resultados semelhantes em estudo com idosos em Canindé/CE e ainda identificaram que a hipertensão arterial é a doença mais prevalente entre os idosos seguidos de diabetes, osteoporose, ansiedade e doenças cardiovasculares. Neves et al. (2013) também identificaram a hipertensão arterial como a doença mais prevalente na população idosa. Neste estudo, o teste de correlação de Pearson, encontrou um valor p de 0.748, ou 74,80% ao associar a faixa etária ao número de doenças, um valor p de 0.3065 ou 30,65% ao associar renda ao número de doenças e por fim um valor p de 0,6674 ou 66,74% ao associar escolaridade ao número de doenças. Adotando-se um nível de significância (α) de 5%, em que o valor encontrado para p é maior que 0,05 ($p > 0,05$) rejeita-se a hipótese de que a faixa etária, a escolaridade ou a renda se correlacione ao número de doenças diagnosticadas na população idosa.

A partir do estudo das características epidemiológicas levantadas nesta pesquisa é possível inferir que a população de estudo demonstra um perfil de vulnerabilidade que também se repetiu em estudos em outras regiões do país. Tal cenário confirma a necessidade de promoção da saúde e envelhecimento saudável para prevenir o acometimento de doenças crônicas.

Ressalta-se ainda a importância do estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e o idoso que facilite a orientação contínua quanto à alimentação saudável, comportamento de risco, terapêutica e o incentivo quanto ao envelhecimento ativo.

Tais levantamentos são necessários para diagnóstico das condições de vida de uma população que fundamentam as práticas em saúde. Apesar de a doença manifestar-se em um indivíduo, as condições de saúde de uma população se revelam em um território cheio de história, cultura, perfil sociodemográfico, disponibilidade de serviços de saúde e ainda condições físicas e ambientais que associados contribuem para o surgimento de agravos a saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Haesbaert e Limonad (2007) a formação de identidade entre o estado (ou equipe saúde da família) e o espaço (aqui entendido como território de atuação da ESF) acarretou a formação de base territorial que esbarra em fronteiras político admirativas que por hora acabam por menosprezar a identidade, cultura e práticas locais gerando longos conflitos. Entretanto não é possível a formação de vínculos valorizando as fronteiras da área de atuação e a dimensão material do território.

Ao considerar que o processo de saúde doença leva em conta aspectos culturais e comportamentais, além de mudanças biológicas advindas do envelhecimento, admite-se que há a necessidade de reconhecer a imaterialidade do território de atuação da ESF em que a construção das territorialidades do idoso inserido na ESF sucede no decorrer do tempo.

5.3. Avaliação da Qualidade do Serviço de Atenção Primária à Saúde

Devido a importância da oferta do serviço de APS por meio da ESF, como ferramenta básica para o enfrentamento dos problemas de saúde de uma população, faz-se necessário avaliar sistematicamente os serviços que ofertam APS, cujas ações devem estar pautadas na atenção integral, promoção da saúde, tratamento e reabilitação. As ações coletivas devem ser direcionadas às territorialidades da população assistida, considerando suas necessidades, vivências e cultura para que seja possível compreender os contextos sociais e ambientais que contribuem para o surgimento de agravos a saúde (MONKEN et al., 2008).

Para tanto, é imprescindível a avaliação dos serviços de APS prestados pela ESF e seu ajustamento aos seus atributos dentro de seus espaços de troca, já que os resultados dessa avaliação podem guiar estratégias de fortalecimento ou adequação de ações desenvolvidas no território da saúde coletiva.

5.3.1. Avaliação Geral do Serviço de Atenção Primária a Saúde

A nota média atribuída pelos idosos ao serviço de APS ofertado pela ESF do município pesquisado foi de 5,8 (IC 95%: 4,2-7,4) considerando o Escore Geral, constituído pelos seis atributos da APS. Ao avaliar apenas os atributos essenciais, não foi encontrada variação significativa, obtendo Escore Essencial médio de 5,8 (IC 95%: 4,4-7,2). Quanto ao Escore Derivado obteve-se o valor médio de 5,6 (IC 95%: 2,6-8,6).

Os Escores Geral e Essencial obtidos não apresentaram resultados satisfatórios sendo considerados baixos, uma vez que não atingiram o ponto de corte de 6,6 indicando baixa orientação para APS, fragilização da rede de serviços e das relações territoriais. O serviço de APS ofertado pela ESF no município pesquisado necessita de melhorias uma vez que os escores obtidos se encontram distantes do valor máximo de escores (10,0) (BRASIL, 2010b).

Os resultados deste estudo indicam que a saúde do idoso não tem sido priorizada no município pesquisado, revelando nível mediano de qualidade. Esperava-se melhores Escores por se tratar de uma faixa da população com aspectos de vulnerabilidade. Entretanto apresentou problemas no cuidado da saúde do idoso que se não forem superados dificultam seu acesso aos serviços de saúde e acompanhamento do seu estado geral de saúde. São necessárias readequações das práticas em saúde e orientá-las para APS a fim de melhorar a oferta serviços de APS ao idoso com equidade.

Em um estudo, também com população idosa assistida na ESF em Macaíba/RN, Araújo et al. (2014) encontraram resultados semelhantes em que o Escore Geral encontrado foi 5,7 e Essencial 6,0. Oliveira et al. (2013), estudando idosos de diferentes serviços em Porto Alegre/RS, obteve na ESF, 5,9 e 5,7 para os Escores Geral e Essencial respectivamente. Já em um estudo com população adulta usuária da ESF em um município do Vale do Jequitinhonha/MG, Paula et al. (2015) encontraram um Escore Geral de 4,5 reforçando a necessidade de readequação dos serviços que apresentam baixa orientação para a APS.

Starfield (2002) ressalta que a boa orientação para a APS não depende apenas de bons escores e sim de profissionais de saúde treinados e dispostos a ofertarem os serviços de APS e não apenas se limitarem ao diagnóstico físico de uma doença. Serviços com baixa orientação para a APS podem ter foco em doenças específicas não atendendo às necessidades do indivíduo e respectivamente a população. Dar voz a esta população, por meio de sua avaliação do serviço, contribui para a melhoria das condições estruturais e processuais do cuidado ofertado, além da

melhoria do desenvolvimento profissional reconhecido em serviços de alta qualidade e orientação para a APS.

Quanto a análise bivariada dos dados, os Escores Geral, Essencial e Derivado apresentaram associação à algumas das variáveis socioeconômicas e demográficas ($p < 0,05$), mas não se associaram à utilização do serviço ($p > 0,05$), número de doenças ($p > 0,05$) que o idoso possuía e número de medicamentos utilizados ($p > 0,05$) conforme tabela 5 abaixo.

Tabela 5: Análise bivariada da associação entre variáveis socioeconômica, demográficas, utilização do serviço e indicadores de saúde e os Escores Essencial, Derivado e Geral da Atenção Primária a Saúde (os dados foram dicotomizados em maiores que 6,6).

Variáveis socioeconômicas, demográficas e utilização do serviço	Escore Essencial		Escore Derivado		Escore Geral	
	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p
Faixa Etária						
60 a 64 anos	30,6 (11)	0,711	36,1 (13)	0,872	33,3 (12)	0,856
65 a 69 anos	33,3 (15)		44,4 (20)		35,6 (16)	
70 a 74 anos	42,9 (12)		46,4 (13)		46,4 (13)	
75 a 79 anos	26,9 (7)		38,5 (10)		26,9 (7)	
80 a 84 anos	33,3 (7)		52,4 (11)		33,3 (7)	
85 a 89 anos	0 (0)		25 (1)		25 (1)	
Mais de 89 anos	33,3 (1)		33,3 (1)		33,3 (1)	
Sexo						
Feminino	36,4 (43)	0,122	41,5 (49)	0,873	34,7 (41)	1
Masculino	22,2 (10)		44,4 (20)		35,6 (16)	
Estado Civil						
Casado	30,4 (21)	0,728	49,3 (34)	0,181	40,6 (28)	0,65
Solteiro	37,5 (6)		18,8 (3)		25 (4)	
Viúvo	36,7 (22)		43,3 (26)		35 (21)	
Em união consensual	0 (0)		66,7 (2)		33,3 (1)	
Separado	28,6 (4)		28,6 (4)		21,4 (3)	
Faixa de Escolaridade						
1 a 4 anos de estudo	31,3 (26)	0,516	43,4 (36)	0,657	33,7 (28)	0,307
5 a 8 anos de estudo	46,2 (6)		46,2 (6)		53,8 (7)	
Mais de 8 anos de estudo	20 (3)		26,7 (4)		20 (3)	
Nunca estudou	34 (16)		42,6 (20)		36,2 (17)	
Situação de Trabalho						
Empregado	50 (5)	0,277	60 (6)	0,068	70 (7)	0,009*
Desempregado	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Auxílio-doença	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Aposentado	27 (24)		36 (32)		29,2 (26)	
Aposentado e trabalha	50 (4)		62,5 (5)		75 (6)	
Do lar	40 (6)		66,7 (10)		53,3 (8)	
Pensionista	41,2 (14)		47,1 (16)		29,4 (10)	
Outro auxílio	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Arranjo familiar						
Esposa	27,5 (14)	0,784	51 (26)	0,125	39,2 (20)	0,265
Filhos	32,1 (17)		35,8 (19)		26,4 (14)	
Netos	33,3 (2)		66,7 (4)		50 (3)	
Irmão	22,2 (2)		11,1 (1)		11,1 (1)	
Sozinho	40,7 (11)		37 (10)		40,7 (11)	
Esposa e filhos	41,2 (7)		52,9 (9)		47,1 (8)	

Continua...

Tabela 5: Continuação.

Variáveis socioeconômicas, demográficas e utilização do serviço	Escore Essencial		Escore Derivado		Escore Geral	
	% (n)	p	% (n)	p	% (n)	p
Renda						
1 a 2 salários mínimos	28,4 (40)	0,091	36,9 (52)	0,021*	28,4 (40)	0,002*
Mais de 2 salários mínimos	55,6 (5)		66,7 (6)		66,7 (6)	
Menos de 1 salário mínimo	66,7 (2)		100 (3)		100 (3)	
Procedência						
Altinópolis	8,3 (1)	0,001*	8,3 (1)	0*	0 (0)	0*
CAIC	26,7 (4)		26,7 (4)		26,7 (4)	
Carapina II	33,3 (1)		0 (0)		0 (0)	
Centro	50 (2)		0 (0)		25 (1)	
Ipê	55 (33)		81,7 (49)		70 (42)	
Jardim Pérola	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Nossa Senhora das Graças	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Primavera	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Santa Efigênia	33,3 (3)		44,4 (4)		44,4 (4)	
Santa Helena	12,5 (1)		25 (2)		0 (0)	
Santa Rita	0 (0)		10 (1)		10 (1)	
Santa Terezinha	66,7 (4)		16,7 (1)		16,7 (1)	
São Paulo	0 (0)		0 (0)		0 (0)	
São Pedro	9,1 (1)		9,1 (1)		9,1 (1)	
Vila dos Montes	14,3 (1)		42,9 (3)		28,6 (2)	
Vila Isa	40 (2)		60 (3)		20 (1)	
Número de consultas						
De 1 a 3	29,9 (29)	0,673	45,4 (44)	0,35	33 (32)	0,428
4 ou mais	35,6 (16)		33,3 (15)		33,3 (15)	
Nenhuma	38,1 (8)		47,6 (10)		47,6 (10)	
Número de medicamentos						
Nenhum	41,2 (7)	0,612	58,8 (10)	0,296	52,9 (9)	0,253
De 1 a 3	29,3 (22)		42,7 (32)		32 (24)	
4 ou mais	33,8 (24)		38 (27)		33,8 (24)	
Número de doenças						
Nenhum	23,3 (7)	0,224	26,7 (8)	0,198	26,7 (8)	0,476
1	30 (18)		50 (30)		35 (21)	
2	46,3 (19)		43,9 (18)		41,5 (17)	
3	33,3 (6)		50 (9)		44,4 (8)	
4 ou mais	21,4 (3)		28,6 (4)		21,4 (3)	

*p – Valor significativo, menor que 0,05

Fonte: dados da pesquisa

O Escore Geral da APS se associou à situação de trabalho ($p = 0,009$) em que 70% dos idosos que trabalham e 75% dos idosos que são aposentados e trabalham avaliaram melhor o serviço de APS. 53,3% que se consideram do lar avaliam como bom o serviço de APS. Apenas 29,2% e 29,4% dos aposentados e pensionistas respectivamente avaliaram bem o serviço e todos os idosos desempregados, os que vivem de auxílio doenças ou outros auxílios, avaliaram como ruim. Tal fenômeno está relacionado à diferença de renda entre os idosos já que esta também se associou à avaliação dos serviços de APS.

Em relação à renda houve associação significativa com os Escores Derivado ($p = 0,021$) e Geral ($p = 0,002$). Desta forma 100% dos idosos que recebem menos de um salário mínimo e

66,7% dos que recebem mais de dois salários mínimos avaliaram como bom o serviço de APS ofertado. Já os que recebem de um a dois salários mínimos, apenas 28,4% avaliaram como bom o serviço. A renda exerce influência sobre a saúde de uma população, que também pode associar-se à sua percepção de saúde além da avaliação dos serviços. Indivíduos com renda mais alta podem adquirir mais serviços, ter acesso à exames preventivos e tratamento além de maior acesso aos serviços privados de saúde. Um indivíduo com renda mais baixa, mesmo que obtenha acesso aos serviços de saúde pode sofrer impactos de outros determinantes de saúde como disponibilidade de alimentos de qualidade e boa nutrição, lazer, moradia, ocupação e pouco recurso para custeio da recuperação da saúde (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012).

Também foi encontrada associação entre a procedência do idoso e sua avaliação quanto aos Escores Essencial ($p = 0,001$), Derivado ($p = 0$) e Geral ($p = 0$) conforme tabela 5. Considerando o Escore Geral, 100% dos idosos procedentes das ESF's dos bairros Altinópolis, Carapina II, Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças, Primavera, Santa Helena, São Paulo avaliaram os serviços de APS como ruins conferindo escores menores que 6,6. Apenas 10,0% e 9,1% dos idosos procedentes das ESF's Santa Rita e São Pedro avaliaram positivamente o serviço. Tão somente a ESF Ipê obteve avaliação positiva de 70,0% de seus usuários idosos. Vale ressaltar que apesar de este estudo ter sido realizado em um único município, 16 ESF's foram avaliadas em bairros distintos formadas por equipes saúde da família distintas. Infere-se que esta ocorrência já contribui para que sejam encontradas diferenças na avaliação das ESF's.

A figura 7 apresenta a avaliação Geral e Essencial do serviço de APS sob a perspectiva do idoso nas 16 ESF's de procedência. Ainda por meio da figura 7, é apresentado o volume de idosos entrevistados no bairro representado pelo tamanho das bolhas; a correlação entre os Escores Geral e Essencial pela dispersão das bolhas; os Escores das dimensões Geral e Essencial obtidos em relação ao ponto de corte; e o número de consultas realizados pelos idosos no médico da ESF nos últimos seis meses que antecederam a coleta de dados em suas respectivas ESF's de procedência.

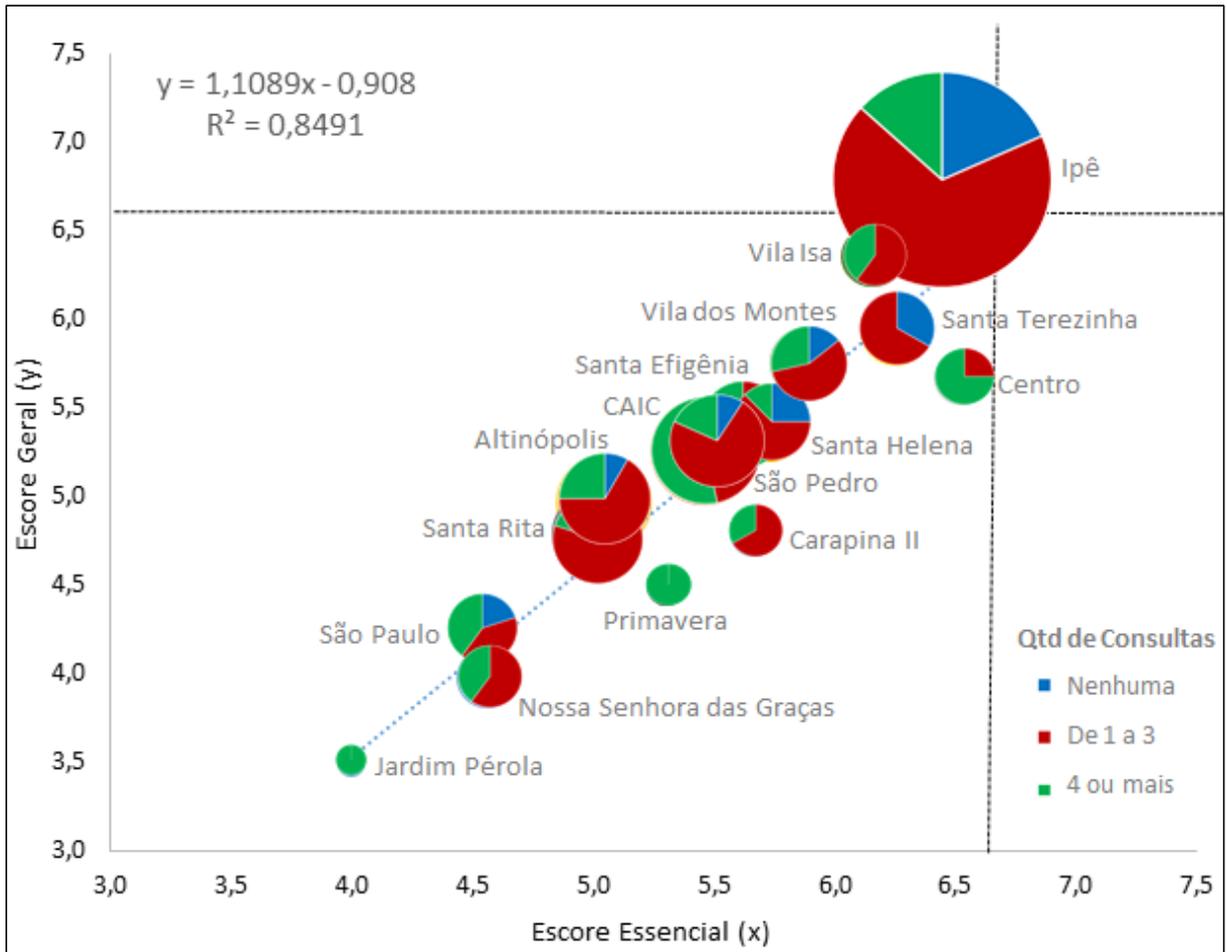


Figura 7- Gráfico de bolhas modificado sobre a dispersão dos Escores Essencial e Derivado, ressaltando os bairros em sua dimensão na amostra e as respectivas frequências de consultas médicas. As linhas pontilhadas marcam o ponto de corte dos escores considerados aceitáveis.

Fonte: Dados da pesquisa

Foram avaliadas negativamente as ESF's dos bairros Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças e São Paulo. Já as melhores avaliadas foram as ESF's Ipê, Vila Isa e Santa Terezinha. Os idosos que avaliaram negativamente as três ESF's realizaram maior número de consultas em relação as três ESF's melhores avaliadas rejeitando a hipótese primária de que quanto maior o número de consultas que o idoso realizava, melhor avaliaria o serviço. Infere-se, portanto, que quanto maior o número de consultas que um indivíduo realiza, maior ciência das rotinas de trabalho e das práticas de saúde e conseqüentemente das necessidades de melhoria que resulta em uma avaliação negativa do serviço.

Há ainda de se considerar a construção histórica, social, cultural e econômica dos bairros que podem contribuir para a formação de aglomerados de exclusão. O crescimento da exclusão social e áreas de periferias trazem consigo fragilização territorial em que os grupos mais excluídos têm dificuldade na apropriação de seu território e seus recursos inclusive os serviços

de saúde por questões multidimensionais sejam político-econômicas ou simbólicas e culturais (HAESBAERT, 2016).

Esta instabilidade territorial, que também abarca as práticas em saúde, pode trazer consigo a desterritorialização de grupos mais vulneráveis segundo Haesbaert (2016). Dentro deste grupo de vulnerabilidade pode-se incluir o idoso que apresenta baixa renda e pouca escolaridade, no território de atuação das ESF's. Existe a necessidade de territorializar as ações dos serviços de APS já que além de espaço de atuação, o território pode indicar a porta de entrada aos serviços permitindo o acesso de uma população desterritorializada (FARIA, 2013).

No entanto ao avaliar individualmente cada atributo, Essencial ou Derivado, incluindo suas dimensões conforme apresentado na Figura 8, obteve melhor escore a *Longitudinalidade* (escore médio = 6,6; IC 95%: 4,9-8,3) e a *Coordenação do Serviço* (escore médio = 6,6; IC 95%: 4,3-8,9) ambos atributos essenciais da APS. Já o pior atributo avaliado foi a *Orientação Familiar* seguido do *Acesso de Primeiro Contato*. A avaliação dos atributos essenciais *Acesso de Primeiro Contato*, *Coordenação* e *Integralidade* pode ser melhor analisada por meio de suas dimensões, bem como seus componentes discutidos adiante. Já a *Longitudinalidade*, *Orientação Familiar* e *Orientação comunitária* não possuem dimensões, mas, podem ser avaliados por meio de seus componentes.

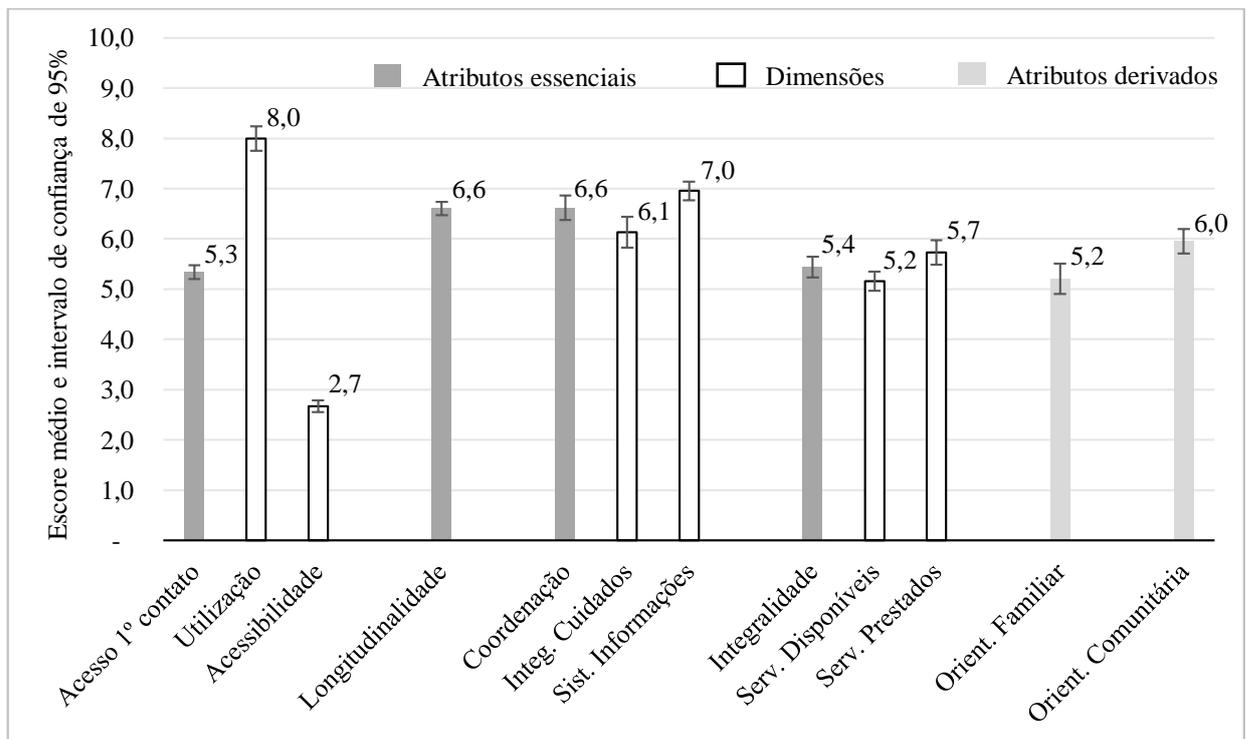


Figura 8: Escore médio dos atributos e suas respectivas dimensões.

Fonte: dados da pesquisa

Paula et al. (2016) em um estudo de revisão sistemática que objetivou identificar a avaliação da APS na perspectiva de usuários, ressaltaram que os trabalhos que avaliam a APS apresentaram melhores resultados quanto a *Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação*, entretanto os atributos *Acesso de Primeiro Contato, Orientação Familiar e Orientação Comunitária* são piores avaliados. Já Araújo et al. (2014) também encontraram a *Longitudinalidade* (escore médio = 7,3) como melhor atributo essencial avaliado seguido da *Coordenação do Serviço* (escore médio = 6,5). Quanto ao pior atributo avaliado também encontraram a *Orientação Familiar* (escore médio = 5,2), mas seguido da *Orientação Comunitária* (escore médio = 5,6), ambos atributos derivados da APS.

Quanto aos 15 itens com menor escore, apresentados pela tabela 6, dentre os 85 avaliados, sete compõem *Acessibilidade*, uma das dimensões do *Acesso de Primeiro Contato* o que contribui para uma baixa avaliação deste atributo. Já a *Integralidade* obteve seis itens dentre 15 piores avaliados, sendo o segundo atributo essencial pior avaliado.

Tabela 6: Descrição dos 15 itens com pior avaliação (prioritários para ações de melhoria) entre os 85 avaliados.

Item	Descrição do Item	Atributo	Dimensão	Escore médio
C1	O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C2	O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C4	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C5	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C6	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C7	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
C9	Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	Acesso de 1º contato	Acessibilidade	0,0
E8	Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	Coordenação	Integração De Cuidados	0,0
G14	Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	Integralidade	Serviços Disponíveis	0,0
G15	Remoção de verrugas.	Integralidade	Serviços Disponíveis	0,0

Continua...

Tabela 6: Continuação.

Item	Descrição do Item	Atributo	Dimensão	Escore médio
G19	Remoção de unha encravada.	Integralidade	Serviços Disponíveis	0,0
G22	Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	Integralidade	Serviços Disponíveis	0,0
H8	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	Integralidade	Serviços Prestados	0,0
H9	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	Integralidade	Serviços Prestados	0,0
I1	O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	Orientação Familiar		0,0

Fonte: dados da pesquisa

O número elevado de itens com escores médios de 0,0 e baixa avaliação geral dos serviços de saúde assinalam uma insuficiente orientação para APS nos serviços prestados pela ESF. Apontam para insatisfação do usuário idoso com os serviços e ainda sua desterritorialização no território de atuação da ESF que acaba por privá-lo do acesso às ações de promoção necessárias para melhoria da qualidade de vida. Consequentemente, neste território de atuação da ESF devem ser ofertados serviços de qualidade que respondam as necessidades desta parcela da população respeitando suas vivências.

Na análise bivariada dos dados, ao associar os escores médios encontrados para os atributos e dimensões da APS com as características socioeconômicas, demográficas, de saúde e utilização do serviço encontrou-se associações entre algumas variáveis conforme tabela 7 discutidas adiante.

Tabela 7: Análise bivariada da associação entre variáveis sociodemográficas, utilização do serviços e indicadores de saúde e os escores dos atributos essências e suas dimensões e o atributos derivados dos serviços de Atenção Primária à Saúde (os dados foram dicotomizados em maiores que 6,6).

Variáveis	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
	% (n)	p																
Faixa Etária																		
60 a 64 anos	88,9 (32)	0,36	0 (0)	0,563	58,3 (21)	0,162	25 (9)	0,776	83,3 (30)	0,086	27,8 (10)	0,941	44,4 (16)	0,321	38,9 (14)	0,792	52,8 (19)	0,472
65 a 69 anos	84,4 (38)		0 (0)		48,9 (22)		24,4 (11)		77,8 (35)		24,4 (11)		35,6 (16)		44,4 (20)		37,8 (17)	
70 a 74 anos	67,9 (19)		3,6 (1)		64,3 (18)		39,3 (11)		82,1 (23)		28,6 (8)		46,4 (13)		53,6 (15)		50 (14)	
75 a 79 anos	73,1 (19)		0 (0)		53,8 (14)		19,2 (5)		69,2 (18)		26,9 (7)		23,1 (6)		34,6 (9)		46,2 (12)	
80 a 84 anos	85,7 (18)		0 (0)		52,4 (11)		28,6 (6)		76,2 (16)		28,6 (6)		47,6 (10)		47,6 (10)		42,9 (9)	
85 a 89 anos	75 (3)		0 (0)		0 (0)		25 (1)		25 (1)		0 (0)		25 (1)		25 (1)		0 (0)	
Mais de 89 anos	66,7 (2)		0 (0)		100 (3)		33,3 (1)		33,3 (1)		33,3 (1)		0 (0)		33,3 (1)		33,3 (1)	
Sexo																		
Feminino	78,8 (93)	0,556	0,8 (1)	1	56,8 (67)	0,466	28 (33)	0,798	76,3 (90)	1	28,8 (34)	0,346	38,1 (45)	1	44,1 (52)	0,77	41,5 (49)	0,355
Masculino	84,4 (38)		0 (0)		48,9 (22)		24,4 (11)		75,6 (34)		20 (9)		37,8 (17)		40 (18)		51,1 (23)	
Estado Civil																		
Casado	78,3 (54)	0,798	1,4 (1)	0,927	58 (40)	0,528	26,1 (18)	0,99	72,5 (50)	0,843	24,6 (17)	0,534	39,1 (27)	0,495	46,4 (32)	0,174	49,3 (34)	0,722
Solteiro	87,5 (14)		0 (0)		62,5 (10)		25 (4)		81,2 (13)		25 (4)		25 (4)		18,8 (3)		37,5 (6)	
Viúvo	83,3 (50)		0 (0)		53,3 (32)		28,3 (17)		76,7 (46)		33,3 (20)		43,3 (26)		46,7 (28)		40 (24)	
Em união consensual	66,7 (2)		0 (0)		33,3 (1)		33,3 (1)		100 (3)		0 (0)		0 (0)		66,7 (2)		66,7 (2)	
Separado	71,4 (10)		0 (0)		35,7 (5)		28,6 (4)		78,6 (11)		14,3 (2)		35,7 (5)		28,6 (4)		42,9 (6)	
Escolaridade																		
1 a 4 anos de estudo	79,5 (66)	0,751	1,2 (1)	0,823	53 (44)	0,898	27,7 (23)	0,744	73,5 (61)	0,499	32,5 (27)	0,181	37,3 (31)	0,76	41 (34)	0,867	51,8 (43)	0,135
5 a 8 anos de estudo	92,3 (12)		0 (0)		61,5 (8)		15,4 (2)		92,3 (12)		23,1 (3)		46,2 (6)		46,2 (6)		46,2 (6)	
Mais de 8 anos de estudo	80 (12)		0 (0)		60 (9)		20 (3)		80 (12)		6,7 (1)		26,7 (4)		33,3 (5)		33,3 (5)	
Nunca estudou	80,9 (38)		0 (0)		57,4 (27)		27,7 (13)		74,5 (35)		23,4 (11)		36,2 (17)		44,7 (21)		31,9 (15)	

Continua...

Tabela 7: Continuação

Variáveis	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
Sit. Trabalho	% (n)	p																
Empregado	90 (9)	0,917	0 (0)	0,997	50 (5)	0,768	20 (2)	0,242	80 (8)	0,359	60 (6)	0,005*	70 (7)	0,065	60 (6)	0,07	50 (5)	0,551
Desempregado	100 (5)		0 (0)		40 (2)		0 (0)		80 (4)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		40 (2)	
Auxílio-doença	100 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		100 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Aposentado	78,7 (70)		1,1 (1)		58,4 (52)		23,6 (21)		68,5 (61)		20,2 (18)		31,5 (28)		37,1 (33)		39,3 (35)	
Aposentado e trabalha	75 (6)		0 (0)		50 (4)		25 (2)		100 (8)		75 (6)		62,5 (5)		75 (6)		50 (4)	
Do lar	80 (12)		0 (0)		60 (9)		46,7 (7)		86,7 (13)		20 (3)		46,7 (7)		60 (9)		66,7 (10)	
Pensionista	79,4 (27)		0 (0)		47,1 (16)		32,4 (11)		82,4 (28)		29,4 (10)		44,1 (15)		47,1 (16)		47,1 (16)	
Outro auxílio	100 (1)		0 (0)		100 (1)		100 (1)		100 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Arranjo familiar																		
Esposa	78,4 (40)	0,609	0 (0)	0,124	56,9 (29)	0,381	27,5 (14)	0,502	76,5 (39)	0,288	23,5 (12)	0,446	37,3 (19)	0,914	49 (25)	0,482	51 (26)	0,259
Filhos	75,5 (40)		0 (0)		45,3 (24)		24,5 (13)		69,8 (37)		24,5 (13)		37,7 (20)		37,7 (20)		41,5 (22)	
Netos	83,3 (5)		0 (0)		33,3 (2)		16,7 (1)		100 (6)		50 (3)		50 (3)		66,7 (4)		66,7 (4)	
Irmão	100 (9)		0 (0)		66,7 (6)		11,1 (1)		100 (9)		11,1 (1)		22,2 (2)		22,2 (2)		11,1 (1)	
Sozinho	85,2 (23)		0 (0)		66,7 (18)		40,7 (11)		77,8 (21)		37 (10)		40,7 (11)		40,7 (11)		40,7 (11)	
Esposa mais filhos	82,4 (14)		5,9 (1)		58,8 (10)		23,5 (4)		70,6 (12)		23,5 (4)		41,2 (7)		47,1 (8)		47,1 (8)	
Renda																		
1 a 2 salários mínimos	80,9 (114)	0,169	0,7 (1)	0,958	52,5 (74)	0,08	26,2 (37)	0,926	73,8 (104)	0,125	23,4 (33)	0,221	33,3 (47)	0,207	36,9 (52)	0,006*	39,7 (56)	0,036*
Mais de 2 salários mínimos	55,6 (5)		0 (0)		88,9 (8)		22,2 (2)		100 (9)		44,4 (4)		55,6 (5)		77,8 (7)		66,7 (6)	
Menos de 1 salário mínimo	66,7 (2)		0 (0)		33,3 (1)		33,3 (1)		100 (3)		0 (0)		66,7 (2)		100 (3)		100 (3)	
Procedência																		
Altinópolis	66,7 (8)	0,376	8,3 (1)	0,628	66,7 (8)	0,061	16,7 (2)	0,298	33,3 (4)	0*	0 (0)	0*	33,3 (4)	0*	8,3 (1)	0*	25 (3)	0,004*
CAIC	73,3 (11)		0 (0)		53,3 (8)		20 (3)		46,7 (7)		26,7 (4)		26,7 (4)		33,3 (5)		33,3 (5)	
Carapina II	100 (3)		0 (0)		33,3 (1)		0 (0)		100 (3)		0 (0)		33,3 (1)		33,3 (1)		0 (0)	
Centro	100 (4)		0 (0)		100 (4)		50 (2)		100 (4)		25 (1)		25 (1)		50 (2)		0 (0)	

Continua...

Tabela 7: Continuação

Variáveis	B		C		D		E		F		G		H		I		J	
Procedência	% (n)	p																
Ipê	76,7 (46)		0 (0)		38,3 (23)		36,7 (22)		88,3 (53)		53,3 (32)		70 (42)		80 (48)		65 (39)	
Jardim Pérola	100 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		100 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Nossa Senhora das Graças	80 (4)		0 (0)		60 (3)		60 (3)		40 (2)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Primavera	50 (1)		0 (0)		100 (2)		0 (0)		0 (0)		50 (1)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
Santa Efigênia	100 (9)		0 (0)		55,6 (5)		33,3 (3)		100 (9)		22,2 (2)		33,3 (3)		33,3 (3)		44,4 (4)	
Santa Helena	62,5 (5)		0 (0)		87,5 (7)		37,5 (3)		100 (8)		0 (0)		25 (2)		25 (2)		37,5 (3)	
Santa Rita	100 (10)		0 (0)		40 (4)		0 (0)		70 (7)		0 (0)		10 (1)		10 (1)		20 (2)	
Santa Terezinha	83,3 (5)		0 (0)		83,3 (5)		33,3 (2)		100 (6)		0 (0)		33,3 (2)		16,7 (1)		66,7 (4)	
São Paulo	60 (3)		0 (0)		80 (4)		0 (0)		60 (3)		0 (0)		0 (0)		0 (0)		0 (0)	
São Pedro	81,8 (9)		0 (0)		72,7 (8)		18,2 (2)		100 (11)		0 (0)		0 (0)		18,2 (2)		45,5 (5)	
Vila dos Montes	100 (7)		0 (0)		71,4 (5)		14,3 (1)		28,6 (2)		28,6 (2)		14,3 (1)		28,6 (2)		57,1 (4)	
Vila Isa	100 (5)		0 (0)		40 (2)		20 (1)		80 (4)		20 (1)		20 (1)		40 (2)		60 (3)	
Nº de consultas																		
1-3	83,5 (81)	0,016*	1 (1)	0,71	53,6 (52)	0,323	28,9 (28)	0,654	79,4 (77)	0,082	21,6 (21)	0,05	37,1 (36)	0,615	43,3 (42)	0,533	49,5 (48)	0,249
4 ou mais	84,4 (38)		0 (0)		62,2 (28)		26,7 (12)		64,4 (29)		26,7 (12)		35,6 (16)		37,8 (17)		35,6 (16)	
Nenhuma	57,1 (12)		0 (0)		42,9 (9)		19 (4)		85,7 (18)		47,6 (10)		47,6 (10)		52,4 (11)		38,1 (8)	
Nº medicamentos																		
Nenhum	70,6 (12)	0,503	0 (0)	0,554	35,3 (6)	0,235	29,4 (5)	0,972	82,4 (14)	0,688	41,2 (7)	0,041*	35,3 (6)	0,938	64,7 (11)	0,159	35,3 (6)	0,291
1-3	80 (60)		1,3 (1)		56 (42)		26,7 (20)		77,3 (58)		17,3 (13)		37,3 (28)		40 (30)		50,7 (38)	
4 ou mais	83,1 (59)		0 (0)		57,7 (41)		26,8 (19)		73,2 (52)		32,4 (23)		39,4 (28)		40,8 (29)		39,4 (28)	
Nº de doenças																		
Nenhum	70 (21)	0,577	3,3 (1)	0,347	36,7 (11)	0,051	20 (6)	0,113	66,7 (20)	0,395	16,7 (5)	0,491	23,3 (7)	0,177	26,7 (8)	0,185	23,3 (7)	0,125
1	81,7 (49)		0 (0)		56,7 (34)		21,7 (13)		81,7 (49)		25 (15)		43,3 (26)		50 (30)		46,7 (28)	
2	85,4 (35)		0 (0)		68,3 (28)		41,5 (17)		75,6 (31)		34,1 (14)		46,3 (19)		46,3 (19)		51,2 (21)	
3	83,3 (15)		0 (0)		38,9 (7)		33,3 (6)		83,3 (15)		33,3 (6)		38,9 (7)		50 (9)		55,6 (10)	
4 ou mais	78,6 (11)		0 (0)		64,3 (9)		14,3 (2)		64,3 (9)		21,4 (3)		21,4 (3)		28,6 (4)		42,9 (6)	

p – Valor significativo, menor que 0,05

Fonte: Dados da Pesquisa

5.3.2. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde

5.3.2.1. Acesso de Primeiro Contato

Caracterizado por oferecer a porta de entrada dos serviços de saúde aos usuários, o atributo *Acesso de Primeiro Contato* pode ser avaliado pela análise de suas dimensões *Utilização* e *Acessibilidade* e estas por meio de seus componentes (STARFIELD, 2002). Este estudo revelou valores díspares para a avaliação de suas dimensões, pois foi encontrado na dimensão *Acessibilidade* um escore médio de 2,7 (IC 95%: 1,3-4,0) e na *Utilização* dos serviços escore médio de 8,0 (IC 95%: 4,9-10,0). Assim o atributo *Acesso de Primeiro Contato* obteve um escore médio de 5,3 (IC 95%: 3,5-7,1), revelando necessidades de melhoria, uma vez que problemas no acesso aos serviços podem retardar uma atenção adequada incidindo em custos adicionais e tornar pior o estado de saúde de uma população.

Ao avaliar este atributo Araújo et al. (2014) também encontraram resultados semelhantes em que os escores médios obtidos foram de 3,8 (IC 95%: 3,6 – 4,1) e 8,5 (IC 95%: 8,1 – 9,0) respectivamente para *Acessibilidade* e *Utilização* e alcançou escore médio de 6,2 no atributo *Acesso de Primeiro Contato*. Silva, Baitelo e Fracolli (2015) em um estudo em Alfenas/MG com usuários adultos encontraram escore médio de 8,5 (IC 95%: 6,6 – 10,0) para *Utilização* e escore médio de 3,2 (IC 95%: 1,7 – 4,7) para *Acessibilidade* atribuindo escore médio de 5,9 ao atributo *Acesso de Primeiro Contato*. Pinto et al. (2017) também encontraram resultados semelhantes na comunidade da Rocinha/RJ dentre usuários adultos, em que os valores dos escores médios para *Acessibilidade* e *Utilização* foram respectivamente 4,7 (IC 95%: 4,2 – 5,25) e 8,1 (IC 95%: 7,7 – 8,5).

A dimensão *Acessibilidade* constitui-se de 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12)³ e por meio destes pode ser estudada. Dentre os 15 piores itens avaliados neste estudo a *Acessibilidade* tem sete itens (C1, C2, C4, C5, C6, C7, C9) que receberam escore médio de 0,0 contribuindo para baixa avaliação desta dimensão não atendendo às expectativas da população. Destacam-se como problemas na *Acessibilidade* a ausência da rotina de trabalho aos sábados e domingos (C1), o expediente em dias úteis não oferecendo serviços até as 20 horas (C2), dificuldades no aconselhamento por telefone (C4, C5), atendimento imediato diurno (C6) ou noturno (C7) quando há problemas agudos de saúde, espera para consultar com médico ou enfermeiro (C9). A avaliação desta dimensão é apresentada na figura 9 em que podem ser observados os itens de pior avaliação que contribuíram para baixa avaliação desta dimensão.

³ C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?

C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?

C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?

C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?

C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? (BRASIL, 2010b).

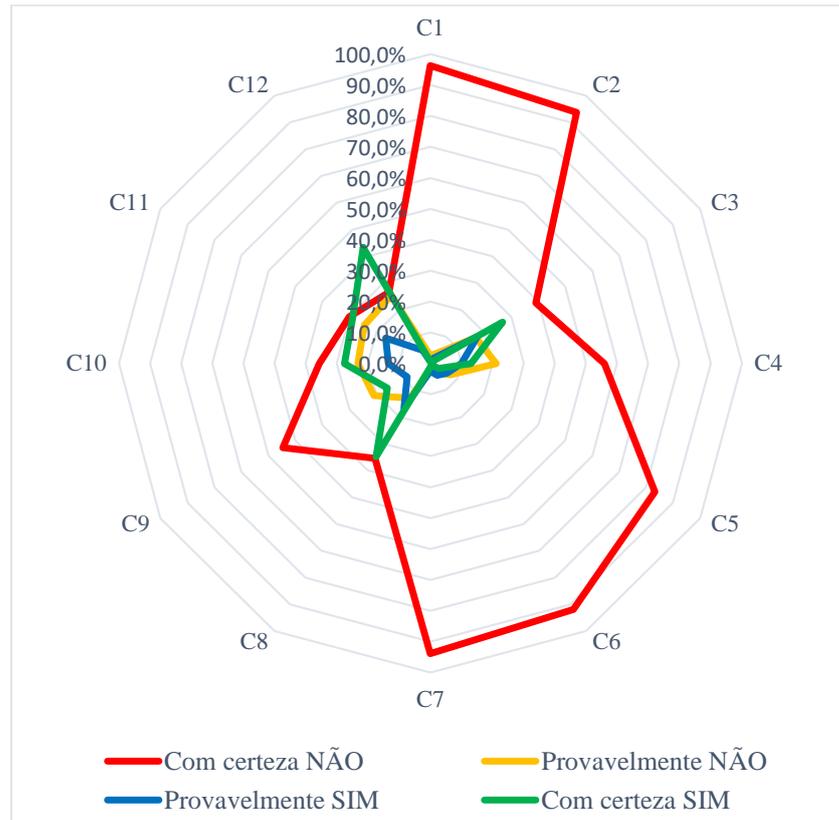


Figura 9. Distribuição percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão *Acesso de primeiro contato – Acessibilidade*.

Fonte: dados da pesquisa

Considerando a APS, a porta de entrada dos sistemas de saúde, quanto mais frequentes forem reconhecidas as limitações no acesso maiores dificuldades no *Acesso de Primeiro Contato* serão encontradas, o que acaba por afetar a continuidade da atenção e acompanhamento da saúde da população além de sobrecarga nos demais níveis de atenção. Destaca-se a ESF como principal porta de entrada e oportunidade de acesso aos serviços de APS. A equipe de saúde da Família trabalha próxima a comunidade onde os problemas de saúde acontecem e podem compreendê-los como resultado da conjuntura social. A ESF é capaz de criar vínculos com a comunidade assistida que acaba por lhe conferir responsabilidade pelo seu território de atuação em suas múltiplas dimensões (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2009).

Entretanto, apesar do esforço das equipes e da melhoria do acesso ao serviço de APS também, já foram elencados aspectos dificultadores como o acesso geográfico (distância geográfica, tempo e custo de deslocamento) e questões de ordem sócio organizacional (horário de funcionamento, longas filas e tempo de espera, acessibilidade⁴, número de vagas e formas

⁴ No estudo de Oliveira e Pereira (2013) o termo acessibilidade foi utilizado no sentido de: "... capacidade de o usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente".

para se marcar uma consulta, dentre outros). Há ainda de se considerar aspectos socioculturais e econômicos que interferem na concepção de saúde do sujeito, dificulta a comunicação e a confiança no serviço e limita o acesso (BRASIL, 2007; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A ESF ao facilitar o acesso a APS traz impactos positivos à saúde, tais como: a redução do número de hospitalização e tempo de internação, cirurgias, consultas e exames específicos. Tem-se notado o esforço das equipes de saúde da família em ações facilitadoras do acesso ao serviço como, divulgação de horário de funcionamento, atendimento em turnos distintos e até mesmo funcionamento aos sábados (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007).

Neste estudo a dimensão *Acessibilidade* não se associou significativamente à renda ($p = 0,958$) e tão menos a escolaridade ($p = 0,823$) conforme tabela 7. Entretanto, Nunes et al. (2014) apesar de identificarem que a utilização é semelhante entre os indivíduos com rendas distintas, verificaram diferenças significativas no acesso, tempo de espera e ainda qualidade da atenção entre indivíduos maiores de 20 anos em Pelotas/RS, usuários da rede pública de serviços saúde. Indivíduos com baixa renda e escolaridade percebem problemas na prestação do serviço, mas que podem ser superados com a mudança dos modelos assistenciais a saúde.

O acolhimento do usuário na ESF também tem se apresentado como estratégia facilitadora do acesso e uma oportunidade para o estabelecimento de uma relação entre a população atendida e a equipe. Os serviços devem se organizar para receber seus usuários, compreender a dinâmica de seu território e capacitar os profissionais a receber o usuário que inclui habilidades de saber ouvir suas queixas, dialogar, mediar conflitos, orientar, a fim de desencadear o cuidado integral a qual se destina. O território da ESF pode caracterizar-se além de uma área adstrita por questões político-administrativas, mas por suas características integrativas vividas pelos grupos sociais que experimentam a multidimensionalidade de seu território (SOUZA et al., 2008; HAESBAERT, 2016).

Quanto à dimensão *Utilização*, composta por três itens (B1, B2, B3)⁵ foi encontrado escore médio de 8,0 (IC95%: 4,9-10,0) estatisticamente mais próximo de 10,0, nota máxima a ser obtida pela avaliação dos serviços por meio do PCATool – Brasil. Esta dimensão recebeu o maior escore médio entre as dimensões e os atributos, apresentando menor necessidade de melhoria e nenhum de seus itens esteve entre os 15 piores avaliados ou recebeu escore médio de 0,0. A análise bivariada revelou que *utilização* dos serviços se associou positivamente ao número de consultas ($p = 0,016$), quanto maior o número de consultas realizadas pelo usuário ao médico da ESF, melhor se avaliou a *utilização* conforme apresentado na tabela 7. Desta forma, 57,1% dos idosos que não realizaram nenhuma consulta nos últimos seis meses que antecederam a coleta de dados avaliaram a utilização como boa conferindo escores maiores de 6,6; 83,5% dos que fizeram de uma a três consultas avaliaram positivamente e 84,4% dos que realizaram mais quatro ou mais consultas também avaliaram positivamente a *utilização*.

Apesar das dificuldades no acesso, uma vez assistido pela ESF, a utilização dos serviços tem se mostrado eficaz. Percebe-se a apropriação dos recursos disponíveis e a referência da ESF no cuidado de sua saúde e a manifestação de suas territorialidades quando o idoso necessita de consulta de revisão ou em um novo problema de saúde ele procura a ESF antes dos demais serviços. Procurar inicialmente os serviços de APS podem reduzir gastos desnecessários com a saúde, aumentar as ações preventivas e a qualidade do cuidado, além de as equipes de saúde da família lidarem melhor com problemas em estágios iniciais. Portanto há a necessidade de enfrentar os problemas na *Acessibilidade* para garantir a *Utilização* dos serviços e manutenção da porta de entrada já que o *Acesso de Primeiro Contato* é essencial para os serviços APS e sustenta os demais atributos (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007).

Vale destacar que o idoso deste estudo possui aspectos de vulnerabilidade social e de saúde que associados podem limitar seu acesso e conseqüentemente utilização e apropriação dos serviços de saúde. Manifesta sua desterritorialização no território de atuação da ESF ao avaliar negativamente o acesso a estes serviços que acaba por distanciá-lo das ações de prevenção e promoção da saúde, essenciais para manutenção de um envelhecimento saudável.

⁵ B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente? (BRASIL, 2010b).

5.3.2.2. Longitudinalidade

Longitudinalidade é um atributo essencial que não possui dimensões, mas pode ser avaliado pelos seus 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14⁶). Neste estudo a *Longitudinalidade* alcançou escore médio de 6,6 (IC95%: 4,9-8,3), melhor atributo avaliado paralelo à *Coordenação do Serviço*. Por se tratar de um atributo essencial, considera-se um resultado positivo, mas vale ressaltar que são necessárias melhorias para garantir a efetiva *Longitudinalidade*. O resultado desta avaliação passa pelo ponto de corte, mas está estatisticamente distante de uma avaliação ideal (escore médio 10,0).

Quanto à análise de seus itens identificou-se que D4 e D12 obtiveram escores medianos muito baixos (3,3). Cinco itens (D2, D3, D5, D6, D13) obtiveram escores medianos de 10,0 e os demais itens obtiveram escores medianos de 6,7 também acima do ponto de corte. Nenhum de seus itens esteve entre os 15 piores avaliados. Na análise bivariada não se associou a nenhuma característica socioeconômica, utilização do serviço ou características epidemiológicas da população de estudo (valores encontrados de $p > 0,05$) conforme tabela 7.

Em outros estudos com usuários adultos e idosos, a *Longitudinalidade* também tem sido bem avaliada como em Oliveira et al. (2013), Araújo et al. (2014), Silva, Baitelo e Francoli (2015), Pinto et al. (2017) encontraram respectivamente escores médios de 7,1; 7,3; 7,2; 6,8; entretanto Paula et al. (2015) em um município polo do Vale do Jequitinhonha/MG identificaram dentre usuários adultos, um escore médio de 4,4.

⁶ D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?

D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?

D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?

D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?

D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?

D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?

D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?

D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? (BRASIL, 2010b).

Foram observadas limitações no que tange o conhecimento do médico quanto as dificuldades da população idosa na aquisição de medicamentos por questões econômicas (D12). Vale lembrar que a população de estudo possui baixa renda e escolaridade, fatores estes que interferem na qualidade de vida e saúde. Segundo Haesbaert (2016) a fragilização econômica de uma população pode representar sua desterritorialização dentro de um sistema de saúde capitalista e pouco territorialista que pouco se relaciona com sua população adstrita em seu espaço-tempo.

Além disso, foram encontradas dificuldades na comunicação por telefone com o médico ou enfermeiro para responder aos questionamentos dos usuários (D4). A relação entre o usuário e a equipe de saúde deve se estender além dos episódios agudos de doenças como reflexo da territorialização do usuário dentro do território da atuação da ESF e responsabilidade intrínseca do cuidado. A manutenção da *Longitudinalidade* facilita a identificação dos problemas de saúde além de oferecer informações quanto a evolução terapêutica e ainda valores, cultura, dinâmica familiar e o contexto social do idoso que permite a oferta do cuidado voltado às suas necessidades (STARFIELD, 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Vale ressaltar que mesmo na ausência de problemas de saúde há a necessidade do fortalecimento da *Longitudinalidade*. Este atributo se relaciona com o *Acesso de Primeiro Contato*, uma vez que, após entrar na APS, espera-se que este indivíduo reconheça o serviço como recurso da vida diária e o mesmo ofereça atenção de qualidade por meio de seus atributos (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

É necessário destacar que o idoso deste estudo, na análise de suas características epidemiológicas apresentou número elevado de doenças (apenas 18,4% não possuem doenças diagnosticadas). Apesar de boa avaliação deste atributo, há aspectos que necessitam de melhoria para garantir o atendimento longitudinal do idoso. Infere-se que os problemas encontrados na *Longitudinalidade* podem diminuir a confiança do idoso na equipe e ainda contribuir para o abandono de medidas terapêuticas.

5.3.2.3. Coordenação

O atributo *Coordenação* se destaca dos demais pela sua essencialidade em que, sem ela não seria possível a manutenção dos demais atributos, tendo seu cerne na disponibilidade e o reconhecimento de informação acerca dos problemas e serviços oferecidos, que norteiam o

trabalho. Este atributo pode ser avaliado pelo estudo de suas dimensões *Integração de Cuidados* e *Sistema de Informações* e estas por meio de seus componentes (STARFIELD, 2002).

Na avaliação de suas dimensões foi encontrado o escore médio de 6,1 (IC95%: 3,2-9,0) para *Integração de Cuidados* e o escore médio de 7,0 (IC95%: 4,6-9,4) para *Sistema de Informações*. Quanto a avaliação do atributo *Coordenação* foi obtido um escore médio de 6,6 (IC95%: 4,2-9,0), resultado satisfatório por atingir o ponto de corte, mas ainda distante do escore máximo revelando necessidades de melhoria por se tratar de um atributo essencial e necessário para efetivação dos demais atributos.

Ao avaliar este atributo e suas dimensões, Araújo et al. (2014) encontraram escores médios mais baixos na *Integração de Cuidados* em que os escores médios obtidos foram de 5,5 e 7,4 respectivamente para *Integração de Cuidados* e *Sistema de Informações* chegando a um escore médio de 6,5 no atributo *Coordenação*. Silva, Baitelo e Fracolli (2015) encontraram escore médio de 6,1 para *Integração de Cuidados* e escore médio de 6,4 para *Sistema de Informações* atribuindo escore médio de 6,2 à *Coordenação*. Pinto et al. (2017) também encontraram escores médios para *Integração de Cuidados* e *Sistema de Informações* foram respectivamente 5,7 e 7,3 e escore médio de 5,7 para a *Coordenação*.

Avaliaram a *Integração de Cuidados* apenas 91 idosos, já que esta dimensão deve ser avaliada apenas pelos indivíduos que realizaram consultas ao especialista. Ao afirmar que consultou um especialista (E1⁷) o idoso avaliava a dimensão *Integração de Cuidados*. Ao indicar que não consultou ou não lembrava de ter consultado um especialista encerrou-se a avaliação desta dimensão e seguiu a entrevista com a avaliação da dimensão *Sistema de Informações*, conforme recomendação do Manual de utilização do instrumento de avaliação da APS (BRASIL, 2010b).

⁷ E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? (BRASIL, 2010b).

A dimensão *Integração de Cuidados* pode ser avaliada pela análise de seus oito itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9)⁸. Foram observados problemas em E8 que obteve escore médio de 0,0 permanecendo no ranking dos 15 piores itens avaliados que contribuiu para uma avaliação negativa da dimensão. E9 recebeu escore médio de 6,7 estando muito próximo do ponto de corte, mas distante de um escore máximo. Os demais itens receberam escores máximos de 10,0 demonstrando ótima eficiência. Na análise bivariada dos dados, esta dimensão não se associou estatisticamente a nenhuma das variáveis socioeconômicas, demográficas, utilização do serviço, número de doenças e medicamentos utilizados pela população de estudo.

Apesar dos diversos benefícios dos serviços de APS nem todos os problemas de saúde de um indivíduo podem ser resolvidos na APS, sendo necessária a utilização de serviços dos demais níveis de atenção e especialização, logo a atenção primária precisará encaminhar e integrar os serviços oferecidos. A *Integração de Cuidados* tem sua importância na inter-relação entre os níveis de atenção, no cuidado com o prontuário e nas informações necessárias para o acompanhamento dos problemas de saúde dos idosos, mesmo que atendidos em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002; PAULA et al., 2016).

Ao encaminhar o idoso ao especialista, o profissional da APS precisa mediar essa nova relação e a tomada de decisão e estabelecimento de confiança entre o idoso e o especialista. Oferecer informações prévias sobre o estado de saúde do idoso auxilia e antecipa o diagnóstico, evita novos exames, duplicidade de informações e novos custos com a saúde, problema este encontrado neste estudo (E8). Outro ponto estratégico da *Integração de Cuidados* além da manutenção da informação para continuidade do cuidado nos demais níveis é a obtenção de informações após o retorno de consultas aos especialistas para orientação do idoso e sua família

⁸ E2 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?

E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?

E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?

E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)? (BRASIL, 2010b).

quanto ao diagnóstico, utilização de medicamentos, dietas e terapêutica (STARFIELD, 2002; GIOVANELA; MENDONSA, 2009).

Quanto à dimensão *Sistema de Informações*, esta pode ser avaliada pela análise de seus três itens (F1, F2, F3)⁹. Identificou-se que F1 apesar de não ter estado entre os 15 piores itens avaliados obteve escore médio de 3,3, estatisticamente distante do ponto de corte com amplo espaço para melhorias. Os demais itens receberam escores máximos de 10,0 demonstrando alta eficiência.

Quando o idoso consulta um especialista é necessário orientá-lo na APS para que leve suas informações de saúde como exames e dietas, problema levantado em F1. O trânsito da informação deveria permitir que o especialista tivesse informações prévias sobre os problemas de saúde apresentados pelos usuários e o retorno ao generalista para acompanhamento de seu estado de saúde e assegurar a ininterruptão do cuidado. O prontuário do usuário é uma ferramenta importante na coordenação da informação, mas esbarra na falta de informatização e um sistema que permita acessar e atualizar as informações dos usuários em diversos setores dos serviços de saúde. Destaca-se a necessidade da tecnologia e informatização para melhor gerenciamento e registro da informação, bem como organização da comunicação (BRASIL, 2007a).

Após análise bivariada dos dados, apresentada pela tabela 7, esta dimensão se associou estatisticamente apenas à procedência do idoso em que os valores encontrados para p foram de zero (p=0). Toda a população idosa deste estudo procedente das ESF's dos bairros Carapina I, Centro, Jardim Pérola, Santa Efigênia, Santa Helena, Santa Terezinha e São Pedro avaliaram positivamente a dimensão *Sistema de Informações*. A maioria da população oriunda das ESF's dos bairros Ipê (88,3%), Vila Isa (80%), Santa Rita (70%), São Paulo (60%) também avaliaram de forma positiva a dimensão *Sistema de Informações*. Quanto às demais estratégias, não alcançaram avaliação positiva de pelo menos 50,0% da população destacando a ESF's Primavera que foi avaliada negativamente por 100% dos idosos de procedência.

⁹ F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?

F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? (BRASIL, 2010b).

De acordo com Monken e Barcellos (2009) nem sempre a localização das pessoas em um território é escolha delas. O processo de ocupação e apropriação do território pode guardar relação com questões econômicas e políticas que acabam por ‘juntar os semelhantes’ ou separar os diferentes, o que acaba por trazer restrições ao acesso e utilização de serviços à alguns grupos sociais. Entretanto esse estudo não encontrou diferenças significativas entre renda, escolaridade e utilização dos serviços entre aqueles grupos de idosos de mesma procedência que avaliaram igualmente positiva e os que avaliaram negativamente a *Coordenação – Sistema de Informação*.

Sugere-se influência da dimensão cultural, em que o modo de vida dos idosos, sobrepõe a natureza política, econômica de formação de seus territórios sendo esta corresponsável por sua desterritorialização dentro de um sistema de saúde. O território da saúde para este grupo, mais que a interferência política, econômica pode resultar de uma dimensão simbólica que surge em razão do espaço vivido em que no processo de apropriação, as relações acontecem no âmbito cultural.

Ressalta-se a influência da cultura nos aspectos da vida diária como crenças, atitudes, vestuário, estrutura familiar e aspectos diretamente relacionados à saúde tais como hábitos alimentares, percepção de saúde e dos serviços de saúde, enfrentamento de doenças. Daí a necessidade de a equipe de saúde da família entender a comunidade além de suas características epidemiológicas e sociodemográficas. É indispensável ofertar serviços de APS que reconheçam a identidade desta comunidade e lhe ofereça oportunidade de melhorias em saúde ou arranjo físico que respeite a cultura (PARENTE et al., 2010).

Além de aspectos culturais, a transição demográfica tem trazido o aumento de indivíduos nas maiores faixas etárias que possuem condições de saúde complexas, necessitando de cuidados dos diversos níveis de atenção e acabam por impactar a *Coordenação* do cuidado. Em uma mesma unidade de saúde, setores podem ter informações distintas de um mesmo idoso, isso acontece também em diferentes serviços de saúde trazendo um desafio a ser superado pela APS para que esta ofereça serviços com qualidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007a).

Por meio da avaliação das dimensões que compõem o atributo *Coordenação* admitem-se problemas quanto ao conhecimento ou o cuidado da equipe de saúde da família em relação ao gerenciamento de informação dos serviços de saúde e acesso do idoso quanto às informações de saúde e ainda pouca orientação quanto à integração do cuidado. Esses problemas podem

representar barreiras no cuidado do idoso, ausência de planejamento do serviço e ainda contribuir para baixa avaliação de outros atributos dada a essencialidade da *Coordenação*.

5.3.2.4. Integralidade

A Integralidade é o quarto atributo essencial da APS que reconhece a diversidade de problemas de saúde de uma população, procura compreendê-los e disponibilizar meios para resolvê-los ou amenizá-los. Este atributo pode ser avaliado por meio de suas dimensões Serviços Disponíveis e Serviços Prestados e estas dimensões por meio de seus componentes (STARFIELD, 2002). No construto geral deste atributo obteve-se escore médio de 5,4 (IC95% = 2,9-7,9) resultado insatisfatório por não alcançar 6,6 e ainda estar distante do escore máximo revelando grande necessidade de melhoria. Ao avaliar suas dimensões foi encontrado o escore médio de 5,2 (IC95% = 2,9-7,5) para Serviços Disponíveis e o escore médio de 5,7 (IC95% = 2,6-8,8) para Serviços Prestados, sendo ambos os resultados insatisfatórios. Este estudo demonstrou maior fragilidade na dimensão Serviços Disponíveis.

Araújo et al. (2014) encontraram resultados ainda mais baixos ao avaliar este atributo e suas dimensões, identificando um escore médio de 4,7 para o atributo *Integralidade* e escores médios de 5,4 e 4,0 respectivamente para suas dimensões *Serviços Disponíveis* e *Serviços Prestados*. Silva, Baitelo e Fracolli (2015) encontraram escore médio de 5,1 para *Integralidade* e escore médio de 5,2 para a dimensão *Serviços Disponíveis* e 4,9 *Serviços Prestados*. Ademais, resultados análogos foram reportados por Pinto et al. (2017) em que os valores dos escores médios para *Serviços Disponíveis* e *Serviços Prestados* foram respectivamente 5,1 e 4,6 obtendo escore médio de 4,8 para a *Integralidade*.

Os *Serviços Disponíveis* podem ser avaliados pela efetividade de seus 22 itens (G1, G2, G3, G4, G4, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22)¹⁰. Dentre os 15 piores itens deste estudo, quatro destes (G14, G15, G19, G22) pertencem a dimensão *Serviços Disponíveis*, o que contribui para uma pior avaliação desta dimensão. Araújo et al. (2014) também demonstraram problemas nestes itens e sugeriram que apesar de colocação de talas (G14), remoção de verrugas (G15), sutura (G10) e por similaridade a remoção de unha encravada (G19), não fazerem parte da rotina dos serviços de APS ofertados em diferentes regiões, acabam sendo resolvidos na atenção secundária, sobrecarregando este nível de atenção e demonstrando fragilidade da APS. É possível observar a avaliação desta dimensão por meio da figura 10 que apresenta a avaliação dos 22 itens que compõem esta dimensão e ainda identificar os itens piores avaliados que contribuíram para baixa avaliação desta dimensão.

¹⁰ G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.

G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.

G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).

G4 – Vacinas (imunizações).

G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).

G6 – Tratamento dentário.

G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).

G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

G15 – Remoção de verrugas.

G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

G18 – Cuidados pré-natais.

G19 – Remoção de unha encravada.

G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...

G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma) (BRASIL, 2010b).

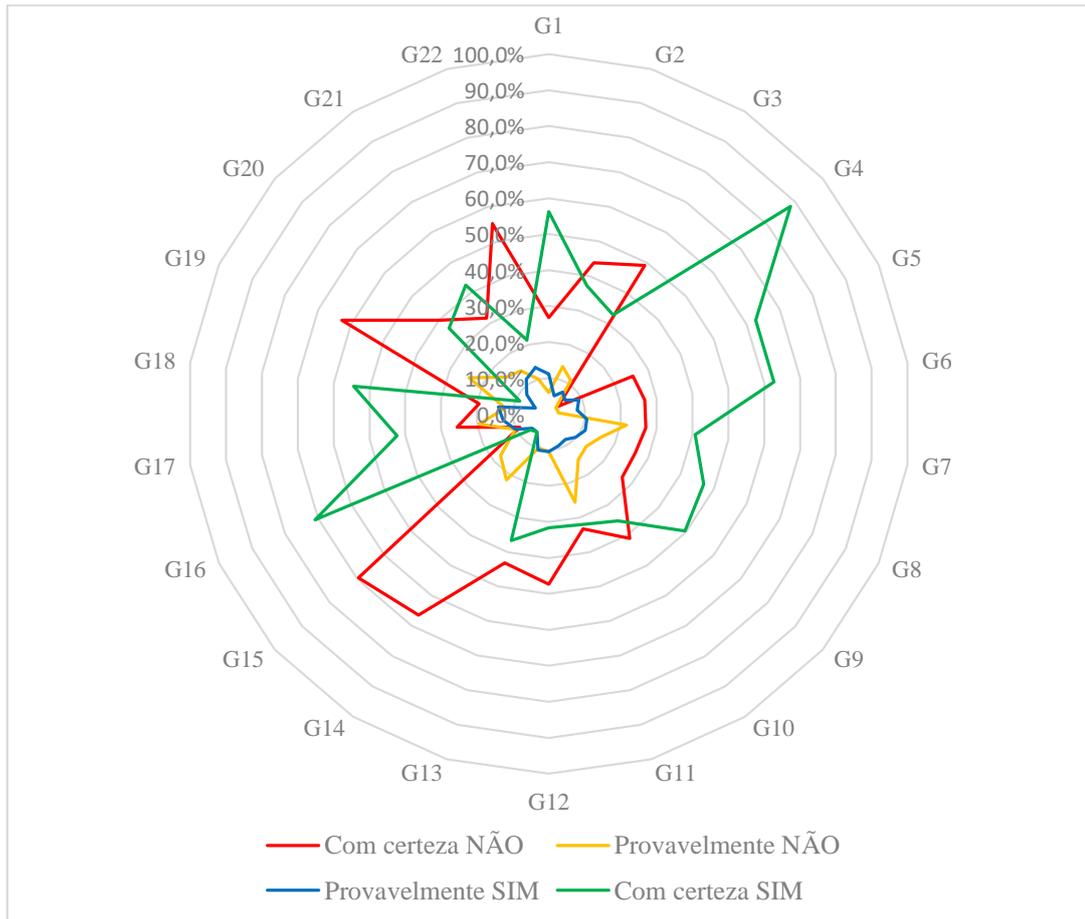


Figura 10. Distribuição do percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem a dimensão *Serviços Disponíveis – Integralidade*.

Fonte: dados da pesquisa

Também foram encontrados problemas nos itens G2, G3, G10, G11, G12, G13 e G20 que receberam escores médios de 3,3. Os idosos perceberam baixa efetividade relacionada à verificação de sua família participar ou não de algum programa de assistência social, benefícios sociais e programas de suplementação nutricional. Vale lembrar que a população deste estudo apresentou baixa renda e escolaridade apresentando características de vulnerabilidade social.

Admitindo a exposição a pobreza também como categoria sócio espacial e o território como recurso, entende-se que esta traz consigo uma exclusão territorial ou desterritorialização segundo Haesbaert (2016). De tal modo, a exposição a pobreza pode dificultar a entrada e permanência do idoso no território da APS. Neri e Soares (2007) afirmam que programas de transferência de rendas assistenciais aos idosos podem diminuir o impacto da pobreza sobre a saúde do idoso e contribuir para a apropriação dos serviços de APS.

O aconselhamento e solicitação de teste de anti-HIV (G11) também foi avaliado negativamente pelos idosos. Apesar do envelhecimento vir acompanhado de mudanças

biológicas e psicológicas, com um envelhecimento saudável, muitos idosos manifestam sua sexualidade e desejam manter-se sexualmente ativos. O fato de não poderem ou não desejarem mais filhos, não os isenta do risco às doenças sexualmente transmissíveis (DTS's) e vulnerabilidade ao vírus HIV. Por meio da *Integralidade*, os profissionais da saúde precisam reconhecer o risco, promover a discussão sobre o assunto, admitir que idosos tem vida sexual ativa e buscar estabelecer confiança com esta clientela a fim de se promover educação sexual. As políticas públicas além de incentivar a prevenção de diabetes e hipertensão arterial também devem prever a discussão da sexualidade com segurança na terceira idade (SANTOS e ASSIS, 2011).

Os itens que dispõem a identificação de problemas auditivos (G12) e visuais (G13) e aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (G20) também foram negativamente avaliados contribuindo para baixa *Integralidade* dos serviços destinados ao idoso, já que tais ações são específicas a esta parcela da população. Dentre as mudanças biológicas e físicas do envelhecimento destaca-se a diminuição da acuidade visual em que 90% das pessoas idosas precisarão de lentes corretivas. A avaliação da capacidade visual pode ser realizada com perguntas simples como inquirir quanto às dificuldades na leitura, assistir televisão, utilizar o celular e outras atividades rotineiras, mesmo que desta prática resulte o encaminhamento a um especialista. Quanto à audição, mais de 60% da população idosa relata diminuição da acuidade auditiva, mesmo sem percebê-la ou relatá-la. A equipe de saúde da família deve atentar-se às dificuldades de comunicação com o idoso para melhor traçar estratégias de comunicação. Também as quedas trazem impactos na saúde do idoso e estes precisam ser orientados quanto aos riscos ambientais (escadas sem corrimão e diferenças de níveis, tapetes, aderência do piso) e fatores relacionados à diminuição da capacidade funcional (deambulação, vertigens, desmaio, diminuição da visão) (BRASIL, 2007b).

Os demais itens receberam escores satisfatórios. Quanto à análise bivariada dos dados apresentada na tabela 7, a avaliação da dimensão *Serviços Disponíveis* se associou a situação de emprego do idoso ($p = 0,005$), em que 60% dos idosos que trabalham e 75% dos que são aposentados e trabalham avaliaram melhor a dimensão *Serviços Disponíveis*. Apesar de não ter sido encontrada associação com a renda sugere-se que idosos que trabalham ou são aposentados e também trabalham possuem maior renda e avaliam melhor o serviço. A avaliação desta dimensão também se associou a procedência do idoso ($p = 0,0$) onde todos os idosos procedentes das ESF's Altinópolis, Carapina II, Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças,

Santa Helena, Santa Rita, Santa Terezinha, São Paulo, São Pedro avaliaram esta dimensão de forma negativa. Apenas na ESF Ipê obteve um total de 53,3% dos idosos que avaliaram positivamente a dimensão.

Já a dimensão *Serviços Prestados* é constituída e avaliada pela presença e extensão de 13 itens, sendo dois destes exclusivos para avaliação de mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H8, H9, H10, H11, H12*, H13*)¹¹. Apesar de ter sido melhor avaliada que a dimensão *Serviços Disponíveis*, sua avaliação não alcançou 6,6 exibindo necessidade de melhoria. Possui dois itens (H8, H9) dentre os 15 piores avaliados que alcançaram escores médios de 0,0. Os idosos também avaliaram com escore de 3,3 os itens H3, H4 e H10 estando estatisticamente distante de 6,6 com necessidade imediata de melhoria. Araújo et al. (2014) também encontraram problemas na avaliação de alguns destes itens e ainda afirmaram que quando questionados quanto às orientações de segurança quanto a utilização de cinto de segurança (H3), manuseio de produtos perigosos (H8), segurança na guarda de arma de fogo (H9), orientações gerais quanto a prevenção de queimaduras (H10), os idosos demonstraram surpresa quanto ao conteúdo destes itens e ainda atribuíram a baixa preocupação com práticas voltadas a promoção da saúde e autocuidado.

Destaca-se o papel da ESF na promoção do autocuidado, orientação e oferta de educação para um envelhecimento saudável, mesmo que não seja de sua inteira responsabilidade, já que o idoso precisa aprender a lidar com as mudanças biológicas. A promoção da saúde capacita o idoso e sua família com o objetivo de melhoria contínua de seu bem-estar e segurança com a prática de ações locais previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007b).

¹¹ H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.

H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.

H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.

H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.

H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.

H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

H11 – Como prevenir quedas.

*H12 – Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

*H13 – O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

* Item avaliado exclusivamente por mulheres (BRASIL, 2010b).

Foi ainda identificado baixo escore (3,3) quanto às orientações que abordam a maneira de lidar com conflitos intrafamiliares, que são fatores de risco para a depressão, isolamento social e ainda tendência suicida. A família é parte integrante do cuidado sistemático ao idoso e precisa estar articulada às estratégias voltadas a este público (BRASIL, 2007b).

Na análise bivariada encontrou-se associação entre a dimensão *Serviços Prestados* e a procedência do idoso ($p = 0,0$) conforme tabela 7. Este estudo revelou que 100% dos idosos procedentes das ESF's dos bairros Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças, Primavera, São Paulo e São Pedro avaliaram negativamente esta dimensão seguidos de 90,0% dos idosos procedentes dos bairros Santa Rita, 85,7% Vila dos Montes e 80,0% do Visa Isa.

A baixa eficácia em ambas as dimensões também confere à *Integralidade* baixa avaliação. Sua essencialidade está no reconhecimento das necessidades de saúde e estratégias de enfrentamento com oferta de serviços voltados às territorialidades da população adstrita. Para tanto os *Serviços Prestados e Serviços Disponíveis* devem diversificar-se na medida em que aparecem os problemas, entretanto há a necessidade de manutenção de sua eficácia já que a APS tem problemas mais variados que os demais níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Entretanto quanto maior e mais flexível for a rede ou 'território-rede' de serviços de saúde em que o idoso estiver inserido maior será sua liberdade e autonomia dentro do sistema territorial que permite estabelecer vínculo e territórios como trunfo da utilização dos recursos e construção de suas territorialidades.

A avaliação dos itens das dimensões que compõem a integralidade permitiu levantar questões que necessitam de melhorias nos serviços disponíveis e prestados ao idoso. A avaliação de suas dimensões também revelou fragilidades que apontam para um cuidado ofertado de forma fragmentada. Recomenda-se que as equipes de saúde da família reconheçam as necessidades de saúde do idoso, além de suas doenças crônicas e disponha de práticas para enfrentá-los.

5.3.3. Avaliação dos atributos Derivados da Atenção Primária à Saúde

5.3.3.1. Orientação familiar

A *Orientação Familiar* é um atributo derivado que se caracteriza pela capacidade da APS em compreender a necessidade de saúde de um membro da família a partir do contexto familiar (GIOVANELLA; MENDONSA, 2009). Este atributo não possui dimensões, mas pode

ser avaliado por meio de três itens (I1, I2, I3)¹², que neste estudo revelaram escore médio de 5,2 (IC95% = 1,4-9,0). Dentre os atributos da APS a *Orientação Familiar* foi o pior avaliado, distante do valor de referência de 6,6 indicando que a família não tem sido centro de atenção à saúde e apresentado necessidades de melhoria. A figura 11 apresenta a avaliação deste atributo por meio de seus componentes.

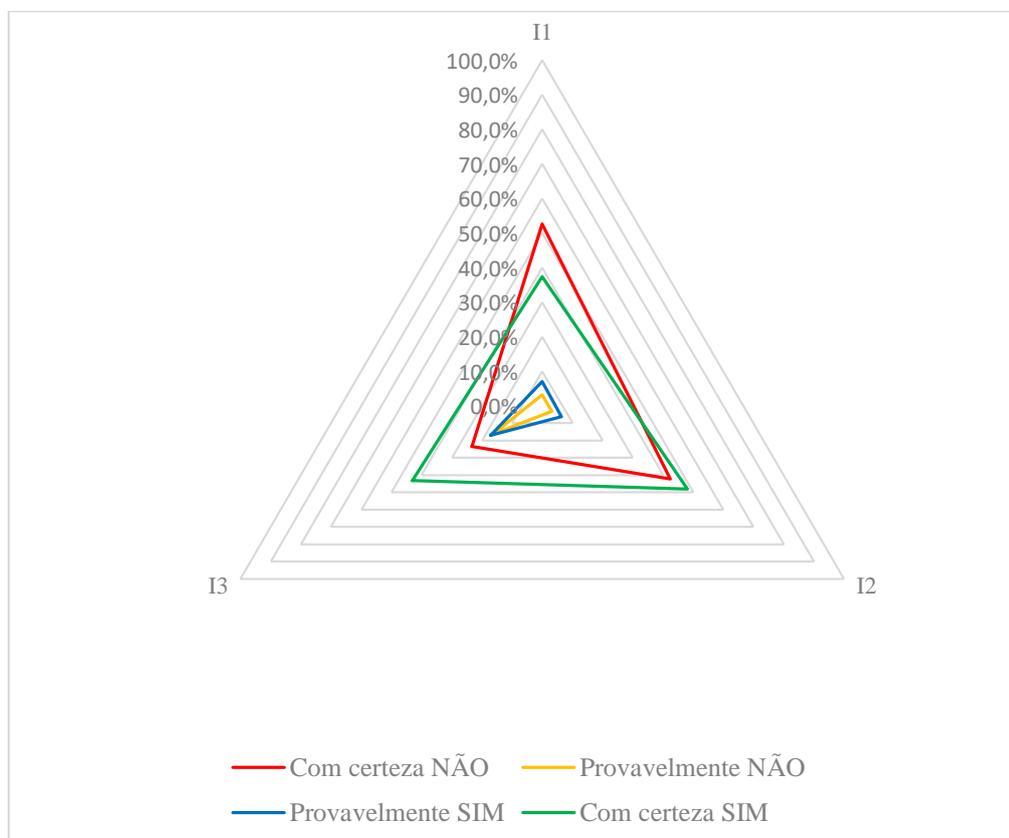


Figura 11: Distribuição do percentual das respostas dos usuários idosos da ESF aos itens que compõem o atributo *Orientação Familiar*.

Fonte: dados da pesquisa

Outros estudos também demonstraram baixa *Orientação Familiar* nos serviços de APS ofertados pela ESF, um desafio a ser superado. Oliveira et al. (2013), Araújo et al. (2014), Araújo, Mendonça e Souza (2015), Silva Baitelo e Francolli (2015), Pinto et al. (2017), encontraram respectivamente escores médios de 3,9; 4,1; 5,5; 4,9; 5,7. Dentre os itens

¹² I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?

I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? (BRASIL, 2010b).

avaliados, I1 recebeu escore médio de 0,0 sendo um dos 15 piores itens avaliados neste estudo contribuindo para baixa avaliação do atributo.

No planejamento de seu cuidado ou tratamento o idoso precisa ser questionado e ouvido por ser parte de uma dinâmica familiar (I1). O idoso também precisa receber suporte da família já que em algum momento da vida pode apresentar dependência, vulnerabilidade e patologias que necessitem da utilização de medicamentos. Esses aspectos de vulnerabilidade podem limitar o acesso do idoso às ESF's demonstrando a importância da *Orientação Familiar* no cuidado do idoso e seus demais membros e ainda a necessidade da atenção domiciliar.

Entretanto um estudo com profissionais na região Metropolitana do Vale do Aço no leste do estado de Minas Gerais apontou para baixo cuidado domiciliar que enfraquece a formação de vínculo entre a família e a ESF e acaba por limitar o acesso aos serviços de APS. Demonstrou ainda características do modelo biomédico da atenção centrada na doença em que os serviços são ofertados conforme demanda (BORGES; TELLES, 2010).

Destaca-se o papel da ESF ao centralizar o cuidado na família, mas a *Orientação Familiar* só pode ser efetivada quando o idoso é visto dentro de um contexto familiar. O cuidado é planejado de acordo com suas vivências principalmente quando há situações de risco a saúde e vulnerabilidade social (STARFIELD, 2002).

Os demais itens receberam escores médios de 6,7 considerados satisfatórios neste estudo. Na análise bivariada dos dados a avaliação do atributo *Orientação Familiar* apresentou correlação estatística com a renda ($p = 0,006$) em que percebem melhor a *Orientação Familiar*, os idosos que recebem menos de um salário mínimo seguidos dos que recebem mais de dois salários mínimos segundo tabela 7. Perceberam pior esta dimensão aqueles que recebem de um a dois salários mínimos. A procedência do idoso também se associou significativamente à avaliação da dimensão *Orientação Familiar* ($p = 0,0$). Quanto a avaliação da APS das diferentes ESF's, 100% dos idosos procedentes das ESF's dos bairros Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças, São Paulo avaliaram negativamente, seguidos de 91,7% do Altinópolis, 90% do Santa Rita e 83,3% do Santa Terezinha. Apenas a ESF do Centro conseguiu avaliação positiva de 50% dos idosos seguidos de 80% do bairro Ipê.

Inferese que o serviço de APS ofertado pelas ESF's deste estudo não tem atendido às necessidades da família no cuidado com o idoso e ajuíza o quanto o contexto familiar não tem tido centralidade no planejamento do cuidado. O pouco envolvimento familiar pode dificultar

a formação de vínculos e estabelecer desafios no cuidado integral e longitudinal do idoso que tem o acesso às ações de promoção a saúde limitadas. As famílias necessitam de orientação e suporte para o enfrentamento das limitações advindas com o envelhecimento, como diminuição da acuidade visual, auditiva e capacidade de autocuidado e ainda de como evitá-las.

5.3.3.2. *Orientação comunitária.*

Trata-se do atributo derivado que avalia e tenta resolver ou amenizar os problemas que envolvem a saúde de uma comunidade e incentiva sua participação (GIOVANELLA; MENDONSA, 2009). Este atributo não possui dimensões, mas pode ser avaliado por meio de seis itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6)¹³, que contribuíram para um escore médio de 6,0 (IC95% = 2,9-9,1) abaixo do valor de referência de 6,6 indicando algum distanciamento da comunidade e necessidades de melhoria.

Outros estudos demonstraram baixa *Orientação Comunitária* nos serviços de APS ofertados pela ESF, revelando uma provocação para a ESF. Oliveira et al. (2013), Araújo et al. (2014), Silva Baitelo e Francolli (2015), Pinto et al. (2017) encontraram respectivamente escores médios de 5,9; 5,6; 5,8; 5,1; entretanto Araújo, Mendonça e Souza (2015) no Distrito Federal/DF encontraram em um estudo com usuários cuidadores de criança um escore médio de 6,9.

Dentre a avaliação de seus seis itens evidenciou-se escores baixos, 3,3 para os itens J4 e J5, contribuindo para a baixa avaliação deste atributo, entretanto nenhum de seus itens esteve entre os 15 piores avaliados. Ambos os itens questionaram os idosos quanto a participação em pesquisa de satisfação realizada pela ESF, quanto a atenção de necessidades pessoais (J4) e comunitárias (J5). Apesar de a satisfação com um serviço prestado não ser exatamente um grau de qualidade, esta pode estar atrelada à eficiência e servir de indicador de qualidade. A satisfação de um usuário pode ainda auxiliar na identificação de serviços que afetam positivamente a saúde de uma comunidade. Para que seja possível articular as estratégias de

¹³ J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?

J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)? (BRASIL, 2010b).

enfrentamento dos problemas, é indispensável conhecer o serviço sobre os problemas de saúde de uma comunidade, seu cotidiano e seu contexto social (STARFIELD, 2002; MONKEN; BARCELOS, 2009).

O território de atuação da ESF é maior que um espaço político de atuação da estratégia ou área adstrita. Abrange ainda a interação da população com os serviços de saúde e pode ser reconhecido por suas territorialidades, sua população característica com seus problemas distintos. Mas sem a efetiva *Orientação Familiar e Comunitária* não há estabelecimento de vínculo e confiança entre os idosos e suas famílias, o que acaba por afetar a efetivação dos demais atributos e a resolubilidade da APS (MONKEN; BARCELOS, 2009)

Assim como a *Orientação Familiar* a *Orientação Comunitária* se associou a faixa de renda ($p = 0,036$) dos idosos percebendo melhor a *Orientação Comunitária*, aqueles que recebem menos de um salário mínimo seguidos dos que recebem mais de dois salários mínimos. Também se associou estatisticamente à procedência ($p = 0,004$) segundo tabela 7. Todos os idosos usuários das ESF's dos bairros Carapina II, Centro, Jardim Pérola, Nossa Senhora das Graças, Primavera, São Paulo avaliaram com baixos escores este atributo seguidos de 80% dos idosos da ESF Santa Rita, 75% do Altinópolis e 67,5% do Santa Helena. As ESF's Santa Terezinha, Ypê e Vila Isa tiveram este atributo melhor avaliados por 66,7%, 65% e 60% de seus idosos. Quanto aos demais itens avaliados deste atributo, obtiveram escores médios satisfatórios.

Os achados deste estudo reforçam o distanciamento familiar e da comunidade quando apenas três ESF's das 16 avaliadas receberam melhores escores da maior parte (60% ou mais) de seus idosos de procedência. Vale reafirmar que apesar de serem ofertados serviços de APS em todas as ESF's, são equipes distintas com profissionais distintos em cada equipe, o que já contribui para uma avaliação diferente do serviço. A inserção na comunidade pode apresentar mais complexa em uma ESF que em outra se considerados os contextos sociais em cada uma delas e ainda a capacidade estabelecer relações solidárias das equipes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oferta da APS por meio da ESF tem-se firmado como estratégia de mudança dos modelos assistenciais de saúde, baseada na priorização da relação entre a equipe de saúde, família e/ou indivíduo e seu território. Ainda que seja ferramenta necessária para a manutenção e acompanhamento da saúde de uma população, é necessário avaliar a presença e extensão do serviço de APS por meio de seus atributos essenciais e derivados para que seja possível levantar as necessidades de melhoria e readequar os serviços às territorialidades e práticas locais da população assistida.

Destacou-se a necessidade de avaliar o serviço de APS na perspectiva do idoso, sendo este usuário consumidor frequente de serviços, considerando que o envelhecimento traz consigo mudanças biológicas e maior risco de surgimento de doenças crônicas. Contudo a APS, ao ofertar serviços de qualidade e voltados às necessidades de saúde da população idosa, contribui para o envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional e autocuidado ao trabalhar com prevenção, promoção e reabilitação da saúde para melhoria da qualidade de vida.

Este estudo evidenciou necessidade de melhorias nos serviços de APS ofertados pela ESF na perspectiva do idoso, ao identificar um escore geral de 5,8 (IC 95%: 4,2-7,4). Há de se ter maior atenção na *Orientação Familiar* e no enfrentando dos problemas da *Acessibilidade* que podem constituir barreiras no acesso do idoso ao serviço como: carência de rotina de trabalho aos finais de semana, em dias úteis não oferecer serviços até as 20 horas, dificuldades no aconselhamento por telefone, atendimento imediato diurno ou noturno quando há problemas agudos de saúde, longas esperas para realização de consultas.

Não obstante a necessidade de maior atenção na *Orientação Familiar* e *Acessibilidade*, são ainda demandadas ações que objetivem efetivar a *Integralidade* no que tange os *serviços prestados e disponíveis* para atendimento ao idoso. Destaca-se a necessidade de ações de prevenção em saúde e promoção do autocuidado como segurança doméstica (quedas e exposição a produtos perigosos) e com armas de fogo. Além disso, evidenciou carência de ações voltadas para o envelhecimento como a identificação e aconselhamento quanto a problemas auditivos, visuais e mudanças biológicas advindas com a idade que impactam na saúde do idoso.

Além do distanciamento familiar foi possível identificar distanciamento da comunidade como desafio da ESF na oferta do serviço de APS. Quanto a *Longitudinalidade* e *Coordenação*

do Serviço, apesar de terem obtido uma avaliação satisfatória apresentaram itens que necessitam de melhorias, pois podem comprometer a qualidade do serviço e a efetivação dos demais atributos.

Na análise do perfil, identificou-se o predomínio do sexo feminino, indivíduos casados que residem com cônjuges e filhos. Foi ainda, possível observar que a maior parcela dos idosos tinha baixa renda e baixo nível de alfabetização que podem estar associados à ocorrência de agravos a saúde. Quanto aos indicadores de saúde foi identificado um alto número de doenças e medicamentos utilizados, que podem estar associados ao número elevado de consultas médicas que sobrecarregam os sistemas de saúde.

Avaliando as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da amostra, os achados deste estudo, também foram descritos em outras pesquisas nas diversas regiões do país. Estes dados podem contribuir com a gestão de saúde na análise e aplicação de práticas voltadas às características desta população de modo a atender suas necessidades, resolver ou amenizar seus problemas. Considerando a transição demográfica e epidemiológica vivida no país, há a necessidade de se entender suas consequências e adequar os sistemas, políticas e profissionais a esta realidade, para garantir a assistência integral ao idoso.

Conclui-se que os idosos pesquisados avaliaram o serviço recebido na atenção primária como mediano e que a vulnerabilidade e oferta de serviços de APS de baixa qualidade negam a identidade simbólica-cultural da população idosa, limita seu acesso ou a desterritorializa do território da saúde coletiva. A renda, a ESF de procedência e a utilização do serviço se associaram ao Escore Geral da APS podendo orientar a reavaliação das práticas em saúde e melhoria do serviço de APS.

Este estudo apresentou prioridades de melhorias que podem nortear gestores, coordenadores e profissionais na readequação dos serviços de APS a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados e a necessidade de voltá-los às territorialidades da população assistida.

7. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Apesar da necessidade de avaliar o serviço de APS na perspectiva do idoso e dos benefícios futuros deste estudo, algumas limitações podem ser elencadas. Há limitações quanto aos procedimentos metodológicos como o tipo de estudo, amostra, instrumento de coleta de

dados e área de abrangência. Estudos transversais limitam-se a uma única coleta de dados, sem interferência do pesquisador em que os resultados podem ser interpretados por associação.

A amostra deste estudo foi composta por idosos com alto grau de afiliação aos serviços de APS e usuários da ESF, excluindo outros serviços que ofertam APS. Ressalta-se a necessidade de avaliar o serviço na perspectiva dos demais usuários, adultos não idosos e cuidadores de criança, para se obter uma avaliação geral dos serviços de APS na perspectiva de todos os usuários. Há de se esperar que indivíduos adultos, cuidadores de crianças e idosos tenham percepções distintas de um mesmo serviço ou ainda encontrem limitações relacionadas às suas territorialidades. Outro aspecto limitante consiste em que todos os idosos residiam na zona urbana do município de Governador Valadares/MG o que excluiu idosos residentes na zona rural.

Quanto a ferramenta utilizada, PCATool-Brasil versão Adulto, é um instrumento de análise quantitativa, que apesar de fácil obtenção de escores, não permitiu a avaliação de dimensões subjetivas como ocorre na aplicação de estudos qualitativos.

Sugere-se o desenvolvimento de demais pesquisas que contemplem a avaliação dos serviços de APS na perspectiva dos profissionais e gestores a fim de subsidiar readequação dos serviços de modo a garantir qualidade, promoção em saúde e envelhecimento saudável.

8. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. A. T. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil**. 2007. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007
- ALMEIDA, P. F e 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. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago., 2008.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533-538, out-dez 2012.
- ARAUJO, J. S.; VIDAL, M. G.; BRITO, F. N.; GONÇALVES, D. C. A.; et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 149-158, fev-mar, 2013
- ARAÚJO, L. U. A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A.; DE OLIVEIRA, H. F. V.; AZEVEDO, W. M.; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 19, p. 3521-3532, 2014.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate [online]**, v. 39, n. 105, p.387-399, 2015.
- AREOSA, C.; VIRGINIA, S. Relações sociais e familiares do idoso atendido pela UNISC. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. supl. 1, p. 124-134, 2012.
- BAENINGER, R. Tendência do crescimento demográficos nos conglomerados urbanos. In: **Saúde nos conglomerados urbano: uma visão integrada**. Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2003. 354 p.
- BARBOSA, T. F. K.; OLIVEIRA, R. L. M.; FERNANDES, F. G. M. Caracterização sociodemográfica e clínica de idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 10, p. 9492-9499, 2015.
- BARCELLOS, C. C. Organização espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise espacial e uso de indicadores na avaliação da situação em saúde. Informe epidemiológico do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, 2002.
- BARRETO, M. L. Esboços para um cenário das condições de saúde da população brasileira 2022/2030. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção**

estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 2, p. 97-120, 2013.

BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 349-360, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007a. 232 p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 20 set. 1990. p. 018055.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. - 3. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 70 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2013b Estado de Minas Gerais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFmg.def>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, Ministério da saúde 2010a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 102 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária a saúde: *primary care assessment tool* – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 88 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

_____. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do idoso**. Diário Oficial da União 1999; 10 dez, 1999.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União 2006b; 20 out.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 191 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica. **Núcleo de apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária a saúde: *primary care assessment tool* – Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 88 p

BRITO, M. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; DE MESQUITA, K. O.; LIMA, G. K. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3 jun., p. 161-178, 2013.

BURLÁ, C.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 18, p. 2949-2956, 2013.

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: **Novo Regime Demográfico uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. 658 p.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991. 175 p.

CARVALHO, J. A. M. & GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun, 2003.

CASSONI, T. C. J.; CORONA, L. P.; ROMANO-LIEBER, N. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 30, p. 1708-1720, ago., 2014.

CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de la CEPAL. **Population projections**. Santiago de Chile, CEPAL, 2012. 142 p.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. – 6. ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 242 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v. 1

DOTTO M. J. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessado por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **RFO**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p 23-30. jan-abr, 2016.

DUARTE, L. S. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 2, p.472-485, 2015.

ERVANTY, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. Mudanças demográficas no Brasil no início do Século XXI: **Subsídios para a projeção da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2015. 156 p.

FARIA, R. M. e BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Curitiba; Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, Jun, 2013.

FIGUEIREDO, A. M. et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Avaliação Primária a Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, 2008. **Epidemiologia e Servi. Saúde**. Brasília, v. 22, n. 1, p. 41-48, jan-mar, 2013.

FLECK, M. P. A. A Avaliação de Qualidade de Vida: **guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artemed, 2008. 228 p.

FRANCOLLI, L. A. et al. Instrumento de avaliação da Atenção Primária a Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

GARCIA, L. P e FACCHINI, L. A. Evolução e avanços da saúde da família e os 20 anos do Sistema único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação de Saúde. **Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde**. – Brasília: Ministério da saúde: 2009. 416 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; ESCOREL, S.; SENNA, M. C. M. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p.773-784, mai-jun, 2009.

GOMES, M. M. F.; TURRA, C. M.; FIGOLI, M. G. B.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 566-578, mar, 2013.

GONDIM, G. M. M e MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

GUERREIRO, T e CALDAS, C. P. **Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. 212 p.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: Do fim dos territórios à Multiterritorialidade**. – 10ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2016. 396 p.

_____. Território e multiterritorialidade: um debate. Universidade Federal Fluminense; **GEOgrafia** – AnoIX – Nº 17 – 2007.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. Universidade Federal Fluminense; **Revista etc... espaço, tempo e crítica**, n. 2, v. 1, p. 39-52, ago. 2007.

HARZEIM. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago, 2006.

_____. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, out-dez, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por faixa etária para o período 2000-2060**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=312770>>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?codmun=312770>>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2016. 141 p.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da Transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LEVY, P. S.; LEMESHOW, S. Sampling of populations – **methods and applications**. 2. ed. New York: John Wiley and Sons, 1991. 420 p.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

LOCH-NECKEL, G., et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1463-1472, 2009.

MACHADO, A.; VIEIRA, M. C. U. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 81-91. 2015.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2013.

MARCHI NETTO, F. L. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. **Pensar a Prática**, v. 7, n. 1, p. 75-84, nov., 2006.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. – 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010. 310 p.

MATTA, G. C. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à Luta pela Hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 371 - 396, 2005.

MATTA, G. C. e MOROSINI, M. V. G. A Atenção Primária a Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA.J.C. **Dicionário da educação profissional em saúde**. - 2.ed.- Rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 23-28.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001

MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; SOUTO, R. Q.; THAMADA, A. A. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Revista Escola Enfermagem**, n. 47, v. 2, p. 408-414, 2013.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied future provision of medical and allied services**. London, 1920. 46 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai/jun, 2005.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M. et al. **O território da Saúde: construindo referências para a análise da saúde em saúde e ambiente**, 2008. 20 p.

MUTALE, W.; CHINTU, N.; AMOROSO, C.; AWOONOR-WILLIAMS, K.; PHILLIPS, J.; et al. Improving health information systems for decision making across five subSaharan African countries: implementation strategies from the African Health Initiative. **BioMed Central Health Services Research**, London, v. 13, p. S9, 2013. Supplement 2.

NERI, M. C; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 8, p. 1845-1856, ago/2007.

NEVES, S. J. F.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; DINIZ, A. S.; MEDEIROS, T. S.; et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 47, p. 759-768, 2013.

NUNES, B. P. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 969-976, 2014.

OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 264-273, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-154, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Geneva: OMS, 2015. 30 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. 44 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.

PAIM, J. S. Gestão da Atenção nas Cidades. In: NETO. E. R; BOGUS. C. M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PAIM, J. S. **Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil.** In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA DA SILVA, L.M. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p. 9-10.

PARENTE, J. R. F.; RODRIGUES, A. B.; DIAS, F. A. C.; FREITAS, C. A. S. L.; MONTEIRO, A. U. et al. Território, Cultura e Identidade para a promoção da saúde. IN: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. A. **Território, Cultura e Identidade.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. 170 p.

PAULA, F. A. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde debate [online].** V. 39, n. 106, p.802-814, 2015.

PAULA, W. K. A. S. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista Escola de Enfermagem, USP,** v. 50, n. 2, p. 331-340, 2016.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 18, p. 893-908, 2015.

PEREIRA, M. P, BARCELLOS, C. **O Território no Programa de Saúde da Família.** Hygeia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun 2006.

PEREHOUSKWI, N. A.; ANGELIS, B. L. D.; FONZAR, U. J. V. A Organização dos serviços de saúde na práxis territorial. **Sociedade e Território,** Natal, v. 27, n. 1, p. 101-116 jan-jun., 2015.

PILGER, C. MENON, M. H. MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v. 19, n. 5, p. 1-9, 2011.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista Escola de Enfermagem, USP**, v. 47, n. 1, p. 213-20, p. 2013.

PINTO, L. F.; et al. A qualidade da Atenção Primária à saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidados e crianças e dos usuários adultos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 771-781, 2017.

PONTE, H. M. S.; MELO, M. S. M.; SOUZA, F. L.; SOARES, C. H. A.; CAVALCANTE, V. O. M. Território e a Estratégia Saúde da Família. IN: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. A. **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010. 170 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2017. **Apresenta mapas do Município de Governador Valadares**. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/mapas/12095>.

PRODANOV, C. C.; DE FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277 p.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do poder**. São Paulo: África, 1993. 269 p.

RATZEL, Friedrich. **Geografia do Homem (Antropogeografia)**. In: Moraes, A. C. Ratzel. São Paulo: Ática, 1990. p. 32-192.

REIS, L. A.; REIS, L. A.; TORRES, G. V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 14, n. 1, p.847-854, jan-mar, 2015.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul-ago, 2004.

SACK, R. **Human Territoriality: is theory and history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. 272 p.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: AMGH, 2006. 624 p.

SANTOS, A. A. Lugar e Território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. **Rev. Geográfica Venezolana**, Venezuela, v. 50, n. 1, p.159-172, jan-jun, 2009.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Gerontologia**. Rio janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. **Est. Economia**, São Paulo, vol. 42, n. 2, p. 229-261, abr-jun, 2012.

SANTOS, G. S; CUNHA I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista. Enfermagem Centro Oeste Mineiro**. v. 4, n. 2, p. 1135-1145, maio, 2014.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 388 p.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções de território**. – 4. ed. – São Paulo: Outras Expressões, 2015. 192 p.

SASSI, L. M.; CERVANTES, O. **Manual prático para desenvolvimento de projetos de pesquisa e teses**. São Paulo: Santos, 2011. 184 p.

SILVA, A. M. M.; MAMBRINI, J. V. M.; PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; LIMA-COSTA, M. F. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 2017.

SILVA, C. S. O.; PEREIRA, M. I.; YOSHITOME, A. Y.; RODRIGUES NETO, J. F.; BARBOSA, D. A. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 811-18, 2010.

SILVA, S. A.; BAITELO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-87, set.-out., 2015.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p.

SIMÕES, C. C. S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. **Número de consultas médicas de indivíduos maiores de 60 anos por tipo de equipe segundo modelo de atenção**. 2017. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>

SOUZA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil demográfico e Saúde auto referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 706-716, dez., 2008.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

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

STARFIELD, B; XU, J; SHI, L;. **Validating the adult primary care assessment toll**. J Fam Proct 2001; 50: 161W175W.

TANAKA, O. Y. **Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta**. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 4, Dez. 2011.

TAVARES, N. U. L.; COSTA, K. S.; MENGUE, S. S.; VIEIRA, M. L. F. P.; MALTA, D. C.; et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, Brasília, v. 2, n. 24, p. 315-323, abr-jun/2015.

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção em saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p.

VERAS, R. Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **REVISTA USP**, São Paulo, n. 51, p. 72-85, set-nov 2001.

VIANA, A. L. d'Á. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan-jun. 2008.

9. ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA–UNIVALE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24790113.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 532.075

Data da Relatoria: 17/02/2014

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável .O pesquisador apresentou de forma clara a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios no projeto de pesquisa foram inseridos corretamente.

Recomendações:

Não há nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência e/ou lista de inadequações.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 532.075

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado, porém com a seguinte sugestão: o pesquisador responsável deverá rever a metodologia, se não seria qualitativa e quantitativa e não apenas quantitativa.

GOVERNADOR VALADARES, 17 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador)**

ANEXO B – INVENTÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

I. Identificação

1. Registro: _____

II. Perfil sociodemográfico

2. Data de Nascimento: ____/____/____

3. Idade: _____

4. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

5. Estado Civil: 1 Casado(a) 2 Solteiro(a) 3 Viúvo(a)
4 em união consensual 5 separado(a)

6. Escolaridade: _____ anos

7. Situação de trabalho:

1 Empregado 2 Desempregado 3 Auxílio-doença

4 Aposentado 5 Aposentado e trabalha 6 Do lar

7 Pensionista 8 Outro auxílio _____

8. Com quem mora:

1 esposa(o) 2 filhos 3 netos 4 bisnetos

5 irmão 6 amigos 7 sozinho 9 esposa+filhos

9. Renda familiar (mensal): R\$ _____ Conversão para sal. mín. _____

10. Procedência: UBS _____

III - Indicadores de saúde e utilização de serviços por idosos

11. N° de consultas médicas no SUS local nos últimos 06 meses:

1 Nenhuma 2 1 – 3 3 4 ou mais

12. N° de medicamentos usados habitualmente nos últimos 06 meses:

1 Nenhum 2 1 – 3 3 4 ou mais

13. N° de doenças diagnosticadas pelo médico do SUS:

1 Nenhuma 2 1 3 2 3 3 4 4 ou mais

ANEXO C – PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool) – BRASIL – VERSÃO ADULTO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):
A5 - _____
(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> "?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu " <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> " quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao " <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

D - LONGITUDINALIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim
 Não (Passe para a questão F1)
 Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto**

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

10. APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título:</p> <p>AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES</p>
<p>Pesquisador Responsável:</p> <p>Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Contato com pesquisador responsável:</p> <p>Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa</p> <p>Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Avaliação da atenção primária à saúde da pessoa idosa usuária da Estratégia de Saúde da Família no município de Governador Valadares, na área de Saúde Coletiva.
- 2) A pesquisa terá como objetivo verificar a efetividade das ações de Atenção Primária à Saúde na perspectiva da população idosa usuária da Estratégia de Saúde da Família localizada na zona urbana do município de Governador Valadares.
- 3) você irá responder para mim algumas perguntas sobre os cuidados com sua saúde e como você é atendido no posto de saúde que vai quando precisa em um único encontro.
- 4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará no papel suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar

que seja apagado o registro feito até o momento. 3.2) Sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.

5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos:

insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa: conhecer a Atenção Primária à Saúde oferecida à população do município, servindo como ferramenta de gestão, indicando os aspectos a serem trabalhados em cada um dos serviços, em sua dimensão estrutural, de processos e de resultados.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____