

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE MESTRADO GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

LUIZ PATRÍCIO NETO

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA PERSPECTIVA DO IDOSO**

GOVERNADOR VALADARES

2014

LUIZ PATRÍCIO NETO

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA PERSPECTIVA DO IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do
Território da Universidade Vale do Rio Doce como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues

GOVERNADOR VALADARES

2014

P314

PATRÍCIO NETO, Luiz

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na perspectiva do idoso. / Luiz Patrício Neto. UNIVALE: Mestrado em Gestão Integrada do Território, 2015.

100 f.: il: color: 29,7 cm.

Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território). UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues.

1. Saúde - Serviços. 2. PCATool - Avaliação 3. Saúde – Atenção Primária. I. Idoso. Título II. Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues.

CDD 610.73

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir buscar meus sonhos; aos meus familiares que sentiram minha falta neste período; à minha Esposa, por fazer parte da minha história; aos amigos que não cobraram a minha presença, mas, mesmo com a ausência, torceram e oraram por mim; à minha orientadora, que acalentou meus anseios e esteve à frente deste sonho junto comigo. Seus conselhos, levarei por toda a minha vida. Em especial à minha mãe, dona Maria. Como posso agradecer a você, que, mesmo longe, orou e vigiou por mim, consegui entender a minha falta. Agora, ao findar esta luta, estarei mais próximo da senhora, da minha irmã e sobrinhos. Amo vocês.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde.....	28
Figura 2 - Representação dos Distritos Sanitários de Governador Valadares.....	40
Figura 3 - Área de Abrangência da Estratégia Saúde da Família – Ipê.....	43
Quadro 1 - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil de acordo com os atributos, dimensões e subdimensões.....	45
Gráfico 1 - Escore dos Atributos Essenciais	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população segundo a faixa etária na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Jardim Ipê. 2013.....	41
Tabela 2 - Distribuição da população segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da ESF – Jardim Ipê. 2013.....	42
Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários do SUS em Unidade de Saúde da Família de município de médio porte. Brasil. 2014 (n=60).....	52
Tabela 4 - Distribuição dos Escores PCATool de Unidade de Saúde da Família de município de médio porte. Brasil. 2014.....	55
Tabela 5 – Respostas relativas à questão C3 – Quando sua ESF está aberta e você adoecer, alguém de lá o atende no mesmo dia?.....	65
Tabela 6 - E8 – Depois que você foi a especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante a consulta?.....	68
Tabela 07 - Distribuição das respostas à questão H11 – Como prevenir quedas.....	70

RESUMO

O crescimento da população idosa e conseqüentemente a mudança no perfil epidemiológico podem gerar um aumento significativo das doenças crônicas, o que requer um modelo de atenção à saúde voltada para atender essas necessidades específicas e não pautar os cuidados nos sinais e sintomas apresentados pelas condições crônicas. Esta pesquisa teve por objetivo conhecer os escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva da população idosa usuária de Estratégia de Saúde da Família. A amostra foi constituída por 60 indivíduos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes, usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro Ipê, localizado na zona urbana de Governador Valadares, um município mineiro de médio porte. Na coleta dos dados utilizou-se um inventário sociodemográfico, baseado no estudo de Fleck *et al.* (2008), que visa conhecer os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. Para conhecer os atributos da APS, utilizou-se o questionário PCATool-Brasil Versão Adulto. Esse questionário propõe avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e os derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS. A coleta foi realizada na residência dos idosos entre os meses de maio e junho de 2014. Os dados foram analisados utilizando-se o software EPI INFO 7. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com o Parecer 532.075. Os resultados demonstraram que os idosos se encontravam na faixa etária entre 60 a 84 anos de idade, sendo 71,7% de mulheres e 48,3% casados. A maior parte (60,8%) declarou possuir de um a quatro anos de estudo, 55% afirmaram viver com rendimento mensal de até um salário mínimo. O escore geral do PCATool da ESF estudada foi de 6,8. Este valor é considerado alto e indica que os serviços oferecidos pela APS são satisfatórios. Entre os dez componentes do instrumento utilizado na avaliação, evidenciou-se que o atributo Grau de Afiliação apresentou o maior escore; entretanto, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade exibiu o menor valor. Observou-se ainda que, dentre os oito componentes do atributo essencial, cinco obtiveram valores maiores ou iguais a 6,6. Pode-se concluir que os participantes da pesquisa são idosos, com maior porcentagem de mulheres, casadas, com pequeno nível de escolaridade e baixa renda familiar. Quanto às condições de saúde, possuem pelo menos uma doença sistêmica referida, consomem habitualmente de um a três medicamentos por dia e procuram com frequência a ESF. O PCATool-Brasil Versão Adulto possui quatro atributos essenciais e dois atributos derivados da APS. Na avaliação

desses atributos, a média do escore geral, do total essencial e do total derivado, apresentou-se alta para os idosos que utilizavam a ESF. Espera-se que os dados obtidos permitam não somente identificar problemas na atenção à saúde desses indivíduos, mas, também, possibilitem a construção coletiva por gestor, profissionais, usuários e universidade de estratégias que deem suporte aos processos decisórios, à priorização dos investimentos que auxiliem na reorientação das ações e serviços prestados à saúde da população.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; serviços de saúde; avaliação de serviços de saúde; PCATool.

ABSTRACT

The growth of the elderly population and consequently the changing epidemiology can generate a significant increase in chronic diseases, which requires a model of health care geared to meet these specific needs and not guided care on the signs and symptoms exhibited by chronic conditions. This research aimed to know the scores of the attributes of the Primary Health Care (PHC) in the perspective of the elderly user of a Family Health Strategy. The sample consisted of 60 individuals with 60 years or more, of both sexes, functionally independent, users of Ipe neighborhood located in the urban area of a mining town Midsize Family Health Strategy (FHS). For data collection, a sociodemographic inventory, based on the study of Fleck et al was used. (2008), which aims to meet the health indicators and the use of health services. To know the attributes of the APS questionnaire PCATool BRAZIL-Adult Version was used. This questionnaire is to assess the presence and extent of the essential attributes (first contact access, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care) and derivatives (family-oriented and community-oriented) APS. The collection was done in the old residence between the months of May and June 2014 Data were analyzed using Epi Info software 7 This study was approved by the Ethics Committee in Research (CEP) in accordance with Opinion 532 075. Results showed that the elderly in the age group between 60-84 years old, with 71.7% of women and 48.3% married. The majority (60.8%) reported having one to four years of study, 55% reported living with a monthly income of up to minimum wage. The overall score of the ESF PCATool studied was 6.8. This value is considered high and indicates that the services offered by APS are satisfactory. Among the ten components of the instrument used in the evaluation it became clear that the Degree of Membership attribute had the highest score; however access to First Contact - Accessibility exhibited the lowest value. It was also observed that among the eight components essential attribute, five had greater than or equal to 6.6 values. It can be concluded that the research participants are elderly, higher percentage of women, married, with little schooling and consequently low family income. As for health, have at least one systemic disease that; habitually consume a three medications a day and often seek to FHS. The Adult Version PCATool-Brazil has four essential attributes and two derived attributes of APS. In evaluating these attributes to the overall average score, full of essential and secondary overall appeared as high for older people who used the ESF. It is hoped that the data obtained will allow not only identify problems in health care that affect these individuals as well, allows for the

collective construction manager, professional, user and university strategies that support the decision-making, prioritization of investments that help the reorientation of actions and services rendered to population health.

Keywords: Primary Health Care; Health Services; Evaluation of Health Services; PCATool.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais – NEHT/Univale
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

LUIZ PATRÍCIO NETO

“AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO IDOSO”

Dissertação aprovada em 10 de
setembro de 2014, pela banca
examinadora com a seguinte
composição:


Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues - Orientadora
Universidade Vale do Rio Doce


Prof.^a Dr.^a Lina Rodrigues de Faria
Universidade Federal de Juiz de Fora


Prof.^a Dr.^a Elaine Toledo Pitanga Fernandes
Universidade Vale do Rio Doce

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território - GII

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
LUIZ PATRÍCIO NETO**

Matrícula Nº 44977

Aos dez dias do mês de setembro de 2014 (dois mil e quatorze), às 14h00 (quatorze horas), na sala 08 do Bloco PVA da Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrando intitulada "AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DO IDOSO". Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde, elaborada pelo aluno **Luiz Patrício Neto**. A comissão julgadora foi composta pelas professoras Doutoras, Suely Maria Rodrigues (orientadora) - UNIVALE, Lina Rodrigues de Faria - UFJF, Elaine Toledo Pitanga Fernandes - UNIVALE. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra ao mestrando **Luiz Patrício Neto** para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença do mestrando e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação **APROVADA** fazendo as seguintes observações:

DISCUSSÃO E RESULTADOS - INSERIR A
DISCUSSÃO DE CONCEITO DE TERRITÓRIO
E OS ATRIBUTOS DA APS CONFRONTANDO
COM OS RESULTADOS ENCONTRADOS

Em seguida o resultado foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata que será assinada por todos os membros da comissão Examinadora, Governador Valadares, 10 de setembro de 2014.


Prof.^a Dr.^a Suely Maria Rodrigues


Prof.^a Dr.^a Lina Rodrigues de Faria


Prof.^a Dr.^a Elaine Toledo Pitanga Fernandes

Sumário

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	EPIDEMIOLOGIA E DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO	15
2.2	ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	18
2.3	TERRITÓRIO E SAÚDE	26
2.4	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
2.5	AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	35
4	JUSTIFICATIVA	40
5	METODOLOGIA	41
5.1	ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO	41
5.2	UNIVERSO DO ESTUDO	41
5.3	AMOSTRA	45
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	45
5.5	ESTUDO PILOTO	46
5.6	COLETA DE DADOS	46
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	50
5.8	ANÁLISE DOS DADOS	50
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6.2	ESCORE GERAL DOS ATRIBUTOS DO PCATool	61
6.3	ESCORE DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DO PCATool	63
6.3.1	Grau de afiliação	63
6.3.2	Acesso de primeiro contato	65
6.3.3	Longitudinalidade	68
6.3.4	Coordenação	69
6.3.5	Integralidade	72
6.4	ESCORE DOS ATRIBUTOS DERIVADOS DO PCATool	74
6.4.1	Orientação familiar	74
6.4.2	Orientação comunitária	76
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	92

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025, o que torna urgente a necessidade de investigações que contribuam para a melhoria e/ou manutenção da saúde e da qualidade de vida nessa faixa etária. Esse crescimento provoca mudanças na pirâmide etária, que avança em uma proporção geométrica, ao passo que a preparação para essa metamorfose ocorre em proporções aritméticas.

Para Alves Júnior (2006), um dos eventos considerados mais impactantes na atualidade é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. Com o crescimento do número de idosos, mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade estão se estabelecendo.

O aumento no número de idosos no Brasil é algo presente nas projeções demográficas, isso devido, sobretudo, à urbanização adequada, melhoria nutricional, melhores condições de saneamento básico, maior cuidado com a higiene pessoal, maior acesso à educação, redução nas taxas de mortalidade e controle da natalidade. A isso, soma-se o avanço da ciência e tecnologia aplicado à área da saúde, cujas pesquisas e resultados científicos conseguiram aumentar a média de vida (NOGUEIRA *et al.*, 2008).

O crescimento, tanto em termos absolutos como relativos, tem provocado alterações profundas na sociedade. Esse impacto já é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. E, na medida em que o país continua sua transição demográfica, o impacto deverá ser ainda maior no futuro (LIMA, 2003; WONG; CARVALHO, 2006).

Uma das áreas de maior preocupação em relação ao idoso é a da saúde, sobretudo como os vários mecanismos de atendimento estão reagindo a esse emergente perfil demográfico. A necessidade de saúde dessa população pode se contrapor ao desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente crianças. Mesmo que essa ênfase tenha justificativas históricas e se possam observar sucessos com esta perspectiva – por exemplo, na redução da mortalidade infantil e da incidência de várias doenças infectocontagiosas –, nota-se que a área de saúde está despreparada para o novo perfil demográfico e epidemiológico (GARRIDO; MENEZES, 2002; VERAS, 2007).

Esse grupo etário requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde. Tal necessidade se deve a diversas transformações que podem ocorrer no processo de envelhecimento e acarretar despesas elevadas com tratamentos complexos e onerosos, pois as doenças nos idosos, na maioria das vezes, são crônicas, consumindo mais recursos da área de saúde, quando comparadas com as demais faixas etárias, e nem sempre esse custo significa um cuidado adequado às suas necessidades específicas (CARBONI; REPPETTO, 2007).

O surgimento de novas tecnologias e a diversidade dos modelos de assistência à saúde tornaram necessária a discussão sobre a qualidade dos cuidados médicos e dos serviços de saúde, bem como sobre a melhor forma de avaliá-los. Acrescenta-se a esse panorama a busca de formas de aperfeiçoar a alocação de recursos para tornar os sistemas de saúde mais eficientes, a partir da crise no setor na década de 1980 (CONTANDRIOPOULOS, 2006; DONABEDIAN, 2005; VIACAVA *et al.*, 2004).

Em países onde o sistema de saúde é universal, o tema Atenção Primária à Saúde (APS) está inserido na pauta das políticas públicas, quebrando o paradigma da fragmentação dos sistemas de saúde e do uso abusivo de tecnologias médicas. Portanto, pode-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios têm demonstrado, por meio de estudos, a presença de impactos positivos da APS na saúde da população, no alcance de maior satisfação dos pacientes e menores custos para o sistema de saúde (BRASIL, 2011).

A partir de meados da década de 90, inicia-se o desenvolvimento de uma série de instrumentos para a avaliação da APS. Nessa perspectiva, surgem diversas estratégias, tanto do ponto de vista da experiência dos usuários quanto na análise da provisão do cuidado pelos serviços. Dentre esses instrumentos, destaca-se o PrimaryCareAssessmentTool (PCATool) (BRASIL, 2010b).

O PCATool foi desenvolvido por Starfield (2002) e possui desempenho satisfatório na avaliação dos atributos da APS, na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (MALOUIN, STARFIELD, SEPULVEDA, 2009). Essa ferramenta apresenta vários formatos, podendo avaliar a percepção de usuários e a provisão de cuidados pelos serviços de APS, todos balizados pelos atributos essenciais e derivados sistematizados por Starfield (HARZHEIM *et al.*, 2006a, STARFIELD; SHI, 2009).

A mudança na estrutura etária da população e no quadro social, ocasionada pelo envelhecimento, desencadeará modificações no diagnóstico e tratamento à saúde, bem como na abordagem e na atitude profissional. Confirma-se, pois, a necessidade de pesquisas

direcionadas a esses indivíduos. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para um melhor entendimento da situação de saúde e uma atuação mais dialógica e completa entre profissionais, gestores e usuários da APS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA E DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO

2.1.1 Transição demográfica

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1982) considera o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”, devido ao crescimento marcante da população idosa em relação à população global. Esse fenômeno é observado em todos os países, porém, é mais rápido nas nações em desenvolvimento ou subdesenvolvidas.

A estrutura etária de dado momento da história de uma população se relaciona diretamente com as taxas de nascimento, morte e migrações nos últimos 100 anos. Dentro dessa perspectiva, a América Latina experimentou nas últimas cinco décadas uma mudança demográfica nunca vista, passando de altas taxas de mortalidade e fecundidade para baixas taxas, resultando no envelhecimento da população (LEBRÃO, 2007).

A proporção de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente em decorrência de: um progressivo declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade, prevenção e/ou tratamento das doenças associadas com morte prematura, avanço no tratamento específico de doenças infecciosas e utilização de programas de imunização. Esses fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações (OMS, 1983).

Projeções demográficas indicaram que, de 1980 até o final do século XX, cerca de três quartos da crescente população idosa ocorreu nos países em desenvolvimento. Na América Latina e Caribe, entre 1980 e 2000, houve um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos foi de 236%, ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

No Brasil, as quedas de mortalidade se iniciaram no século XX, mas a transição começou mais especificamente por volta de 1950, quando a fecundidade caiu de 6,2 filhos por mulher em 1940, chegando a 2,3 filhos por mulher em 2000 (LEBRÃO, 2007).

No estudo do gráfico das pirâmides populacionais mundiais se observa que em 1940 a base era alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice da pirâmide, retratando, assim, uma população jovem. Após 50 anos, a base se estreitou e uma grande porção de indivíduos atingiu o ápice. Atualmente, seu desenho é semelhante a uma pirâmide triangular, enquanto a de 2025 terá a forma de uma estrutura cilíndrica (WHO, 2002).

O envelhecimento de sua população em países desenvolvidos aconteceu após esses conquistarem melhorias nas condições de vida, nos serviços de saúde, enquanto na América Latina e Caribe a transição demográfica ocorreu concomitante ao desenvolvimento social, não atendendo à adaptação necessária dos serviços de saúde e de toda a sociedade a este fenômeno (LEBRÃO, 2007).

No início do século XX, a esperança de vida ao nascer no Brasil era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 em 1950. No decorrer da década de 60, a esperança de vida havia aumentado em quase 8 anos (55,9 anos). Na década seguinte passou a ser de 57,1 anos, e em 1980 atingiu os 63,5 anos. No ano 2000 experimentou um aumento de cinco anos, portanto, a partir daí, a expectativa média de vida de um brasileiro ao nascer será de 68,5 anos (TERRA, 2001).

O Brasil já não é um país de jovens. Em 1990, os idosos representavam 3,2% da população geral. Dados do Censo 2000 (IBGE, 2005) revelam que, atualmente, o número de indivíduos acima de 60 anos é de 14.536.029 milhões, e a previsão é de que, em 2025, esse número atinja 32 milhões, o que representará 13,8% da população geral. Isso fará com que o país tenha a sexta população do mundo em número de idosos.

2.1.2 Transição epidemiológica

A transição de uma população jovem com alta mortalidade para uma população envelhecida com baixa mortalidade provoca uma profunda alteração no perfil da morbidade e causas de mortes, também chamada de transição epidemiológica. Basicamente, substituem-se as doenças infectocontagiosas pelas doenças crônicas não transmissíveis como principais causa de morte em uma população (OMS, 1984).

O processo de transição epidemiológica descreve a gradual mudança de situação, caracterizada por alta mortalidade/alta fecundidade para a de baixa mortalidade/ baixa fecundidade. Conseqüentemente, de baixa para alta proporção de idosos na população.

Se o processo de transição epidemiológica diminui, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Quanto maior o número de pessoas que envelhecem, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas (KALACHE *et al.*, 1987).

O que ocorre, na verdade, é que, com a diminuição percentual de crianças, diminui também a parcela da população mais suscetível a doenças infecciosas, e com o aumento da proporção de idosos aumenta o contingente de pessoas passíveis de contrair uma doença crônica, a exemplo das doenças cardiovasculares (RAMOS *et al.*, 1993).

No Brasil houve uma mudança nas causas de mortalidade. Isso se verifica ao considerar as principais causas de morte nas capitais brasileiras entre 1930 e 1980. Em 1930, as causas principais eram, numa escala decrescente de prevalência, as doenças infecciosas e parasitárias, cardiovasculares e respiratórias. Em 1980, passaram a ser as cardiovasculares, respiratórias, infecciosas e parasitárias. As doenças infectocontagiosas, que eram responsáveis por cerca de 40% de todos os óbitos em 1930, passaram em 1980 a representar apenas 8% das mortes. Por sua vez, as doenças cardiovasculares, que em 1930 causavam 12% dos óbitos, passaram, em 1980, a representar 34% do total de mortes (CANÇADO, 1994).

O envelhecimento da população e a mudança no perfil epidemiológico fizeram com que o cenário caracterizado por uma população jovem, com maior incidência de doenças infecciosas, se transformasse em um no qual predominam as doenças crônicas, próprias de uma população envelhecida, com consequente aumento nos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação. Os problemas crônicos e múltiplos, na área de saúde, perduram por vários anos, requerendo pessoas qualificadas, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares. O delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento (VERAS, 2002).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2005) relata que, ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento de demandas do ponto de vista econômico e social em todo o mundo.

Mendes (2011) relata que as taxas de fecundidade diminuiram, a população envelheceu e a expectativa de vida aumentou. Isso leva ao incremento das condições crônicas, pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos, isso em todos os cantos do mundo. O que muda é a velocidade com que esse evento acontece.

Nasri (2008) ressalta que a transição demográfica em diferentes locais ao redor do mundo se encontra em fases distintas e que esse fenômeno é de grande importância para a reorganização do sistema de Saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio, devido às doenças crônicas que apresentam, além do fato de incorporarem disfunções nos últimos anos de suas vidas.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A propagação do fenômeno do envelhecimento e suas questões foi inicialmente promovida pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização das Nações Unidas, que tiveram papel fundamental na análise e comunicação do impacto dessa transição sobre os países em desenvolvimento, na tentativa de estimulá-los a adotarem medidas para o enfrentamento dessa realidade. Entre essas medidas tinham destaque especial: no campo da saúde, fomentar o envelhecimento saudável; no campo social, lutar pelo envelhecimento com direitos e dignidade (GOLDMAN, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) classifica a população da terceira idade de acordo com o desenvolvimento do país no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, inclui indivíduos com idade de 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, indivíduos com 60 anos ou mais.

Os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações nos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970. E tinha por objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. A conservação de sua renda já havia sido equacionada pelos sistemas de seguridade social. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional se soma a uma ampla lista de questões sociais não resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades (ARANÍBAR, 2001).

O termo política pública é a expressão atualmente utilizada nos meios oficiais e nas ciências sociais para substituir o que até a década de 70 era chamado planejamento estatal (BORGES, 2002). O conceito de política pública nos estados democráticos modernos tem íntima ligação com o de cidadania, refletida como o conjunto das liberdades individuais expressas pelos direitos civis (NERI, 2005). A concretização da cidadania advém do espaço político, como o direito a ter direitos.

A saúde do idoso tem particularidades sobre a formulação de uma política pública que contemple todas as necessidades dessa população. O conhecimento da transição demográfica se faz necessário para propor um modelo de atenção à saúde que considere condições agudas e crônicas (MENDES, 2005).

Essa realidade é confirmada por Veras (2003), ao salientar que, num país como o Brasil, com uma multidão de pobres de todas as idades, com uma política de saúde desordenada, com mínimos benefícios previdenciários, com uma assistência social praticamente entorpecida e com um forte preconceito contra os idosos, não é difícil prever as dificuldades que estes, principalmente os mais pobres, vivenciam. Além disso, perante o rápido desenvolvimento tecnológico dos anos anteriores, o idoso tem vivenciado a redução do seu status social, de maneira especial de suas aptidões, conhecimento e experiências, tornando suas contribuições sociais imediatas menos relevantes.

Para a mudança desse quadro, o governo brasileiro, baseando-se na Constituição Federal de 1988, que destaca a proteção jurídica da pessoa idosa, impondo à família, à sociedade e ao Estado o dever do cuidado, percebeu a necessidade da criação de políticas públicas voltadas para o idoso.

Para o enfrentamento dessa realidade, os idosos procuram fortalecimento no espaço público gerado pelo movimento social, fóruns e conselhos de idosos, que lhes permitem se posicionarem pela concretização de ideais democráticos, como a conquista de sua cidadania, reinventando sua própria velhice (BREDEMEIER, 2003).

Até 1994 não existia no país uma política nacional específica para os idosos. Havia um conjunto de iniciativas privadas antigas e algumas medidas públicas consolidadas em programas destinados a idosos carentes. Consistia, dessa forma, em uma ação assistencial em “favor” deles, em vez de uma política que lhes proporcionasse serviços e ações preventivas e reabilitadoras (SCHONS; PALMA, 2000).

Os direitos que foram reconhecidos a partir da promulgação da Constituição, que garantiu a todos os cidadãos o respeito à dignidade, volta à cena com a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3 de junho de 1996, através do Decreto 1.948/96. O documento amplia significativamente os direitos dos idosos, já que os benefícios de atenção a eles haviam sido garantidos de forma restrita.

Para alcançar essa meta, foi instituído um Plano Integrado de Ação Governamental (BRASIL, 2006) que manteve a concessão do Benefício de Prestação Continuada e agrupou novas ações: readequação da rede da saúde e assistência social para atendimento integral ao idoso, elaboração de instrumentos que permitam a inserção da população idosa na vida socioeconômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, além da reformulação dos currículos universitários no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais no trato das questões do idoso.

A PNI surgiu num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda a estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (COSTA, 1996). Foi editada justamente para concretizar essa garantia constitucional para cidadãos com mais de 60 anos de idade e tem como finalidade promover a longevidade com qualidade, não só para aqueles que já atingiram a velhice, mas também àqueles que ainda irão alcançar essa fase.

Essa política tende à integração, à autonomia e à participação efetiva dos idosos na comunidade, não apenas porque esse segmento influencia o mercado consumidor, as políticas orçamentárias, o sistema de saúde pública e outros setores essenciais da sociedade, mas porque são sujeitos de direito, portanto, portadores de dignidade.

A Lei 8.842/94, na condição de instrumento legal e legítimo, tem como diretrizes do PNI:

I. Viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;

II. Promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III. Priorizar o atendimento ao idoso, por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;

IV. Descentralizar as ações político-administrativas;

V. Capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

VI. Implementar o sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo;

VII. Estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII. Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores do serviço; e apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

São repartidas as competências dos órgãos e entidades públicas, pois a PNI visa integrar as áreas de saúde, educação, judiciária, lazer, previdência e trabalho em uma rede nacional que compartilhará informações sobre cada idoso cadastrado, facilitando o acompanhamento deste em qualquer uma das áreas citadas.

A Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa, estabelecida pela portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, inicia suas diretrizes afirmando que não se fica velho aos 60 anos, que tudo depende de um processo que se insere na história de vida de cada indivíduo. Assim, essa política entende que envelhecer é um processo e deve acontecer de forma saudável. Portanto, suas diretrizes abarcam promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; em apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, sancionou o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas de proteção ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo mecanismos específicos de proteção, que vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2004).

Segundo Uvo e Zanatta (2005), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país. Assim, a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade se tornarão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.

O estatuto do idoso estabelece diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no capítulo IV, onde destaca:

[...] que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural; reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde [...](BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso reafirma a promoção à saúde como parte integrante do cuidado, e o território estabelecido pelas unidades de saúde da família, que tem a obrigatoriedade de cadastrar a população idosa nesse referido programa, no conteúdo do estatuto, contempla a importância da rede de atenção à saúde, estabelecendo inclusive o cuidado domiciliar.

Apesar da importância dos aspectos ora explícitos, referentes ao Estatuto do Idoso, Neri (2005), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração

(políticos, profissionais, grupos organizados de idosos). Nessa perspectiva, o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Neri (2005) ressalta que políticas de proteção social, baseadas em suposições e generalizações indevidas, podem contribuir para o desenvolvimento ou a intensificação de preconceitos negativos e para a ocorrência de práticas sociais discriminatórias em relação aos idosos. A consideração dos direitos dos idosos deve ocorrer no âmbito da noção de universalidade do direito de cidadãos de todas as idades à proteção social, quando se encontrarem em situação de vulnerabilidade.

A ideologia negativa da velhice embutida na construção do Estatuto do Idoso, é de fundamental importância que todos os segmentos da sociedade, operadores jurídicos e, principalmente, os idosos, sejam instruídos quanto aos seus aspectos positivos, pois eles precisam conhecer seus direitos, para exercê-los e reivindicá-los.

Essas políticas estão voltadas não somente para a terceira idade, mas também para os profissionais da saúde, visando à sua divulgação e prática. Dessa forma, verifica-se um aumento no contingente populacional dos idosos em benefício da baixa de natalidade, aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias que vislumbram tratamentos que até alguns anos atrás eram impensados numa perspectiva e num prognóstico de vida favorável para algumas enfermidades.

Assim, em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), trazendo um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Sendo indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil, as ações devem ser pautadas de acordo com essas especificidades (BRASIL, 2006).

Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da ONU, em 2002. Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

A PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Entre as suas considerações e pressupostos, a PNSPI prevê o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da ciência; o conceito de que saúde para o indivíduo idoso, que se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Para que isso vigore, alguns desafios precisam ser enfrentados, entre eles a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado ao idoso e seus familiares; suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, incluindo o apoio às famílias e aos profissionais e equipes de Saúde da Família; superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Baseado no conceito de autonomia ou habilidade/capacidade funcional, a OMS (1983) classificou os pacientes idosos em três grupos:

1. Funcionalmente independentes - são indivíduos sadios, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou com algum declínio sensorial associado à idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda.

2. Parcialmente independentes - são indivíduos lúcidos, porém, com problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional, com perda do sistema de suporte social, o que faz com que estejam incapazes de manter independência total sem uma assistência continuada. A maioria dessas pessoas vive com a família ou em instituições com serviços de suporte.

3. Totalmente dependentes - são aqueles cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter autonomia. Essas pessoas estão impossibilitadas de viver com independência e geralmente estão institucionalizadas, recebendo ajuda permanente.

Esses conceitos são úteis no contexto do envelhecimento, pois estão ligados à manutenção da autonomia dos idosos, ou seja, ao grau de independência com que desempenham as funções no dia-a-dia dentro de seu conjunto socioeconômico e cultural. Do ponto de vista prático, essas funções podem ser medidas através do desempenho das atividades diárias, como, por exemplo, a capacidade de cuidado pessoal (higiene), preparo das refeições, manutenção básica da casa. A operacionalização desse conceito é difícil, mas seus resultados são mais detalhados do que os obtidos apenas com a utilização do conceito de envelhecimento cronológico (WHO, 2002).

O Brasil foi pioneiro na promulgação de leis que visam à proteção social da pessoa idosa, além de ser signatário de políticas internacionais relativas ao tema. Assim, no ano de 2011 disponibilizou, de forma universal, os indicadores de diferentes dimensões da saúde dos idosos, relacionando-os com políticas públicas, através do sistema SISAP-IDOSO - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento da Política do Idoso. No entanto, diversos fatores limitam a possibilidade do acompanhamento e monitoramento de tais políticas, como, por exemplo, disponibilidade de informações adequadas e oportunas, e indicadores sensíveis (SISAP-IDOSO, 2011).

Esse sistema compreende os seguintes objetivos:

1. Oferecer aos gestores em saúde informações e indicadores que auxiliem na tomada de decisões e no planejamento de ações voltadas à população idosa, tanto no âmbito municipal como estadual;

2. Sistematizar e acompanhar as políticas, programas e instrumentos de gestão relacionados ao idoso;

3. Oferecer informações acerca das condições de saúde e qualidade de vida da população idosa, nos diferentes níveis, a pesquisadores e interessados na temática.

4. Propor indicadores diretos ou indiretos de monitoramento de metas e diretrizes pactuadas pelas políticas e programas nacionais e internacionais;

5. Disponibilizar o acesso livre e universal à informação em saúde.

De acordo com Paz (2002), a percepção do problema social da velhice e a proposta de políticas públicas são resultantes de um processo de negociação em que se realiza o diálogo entre os sujeitos do problema (a sociedade e o movimento social dos idosos) e os agentes das políticas (Estado e instituições) na busca de corresponsabilidade democrática pela preservação dos direitos e garantias sociais.

Essa politização dos idosos, especialmente dos mais escolarizados, associada aos ideais dos tempos pós-industriais, trouxe à tona algumas questões culturais que favorecem um novo modo de pensar e agir no âmbito do envelhecimento que, de algum modo, tem influenciado as políticas públicas e os direitos dos idosos: a primeira foi a quebra da centralidade do trabalho, como valor maior na visão de mundo da sociedade (aspecto dominante na sociedade industrial), o que permitiu ao idoso construir sua identidade numa ótica de não-trabalho, mas de utilidade e sentido da vida; a segunda é o pluralismo de ideias, de comportamento e de atividades, como valor, quebrando estereótipos ideológicos e comportamentais; a terceira é a valorização da subjetividade como um plano importante a ser incluído em todos os níveis da vida, da ciência e das políticas (MINAYO, 2000).

Essas diretrizes estabelecem as prioridades no cuidado com a população idosa, e demonstra, de forma clara e objetiva, a importância das ações de promoção e proteção da saúde, reforçando, assim, a atenção primária à saúde como centro ordenador dos cuidados.

2.3 TERRITÓRIO E SAÚDE

O território é composto por arcabouços fixos e fluxos, que permeiam as estruturas do espaço. Essa análise possibilita uma dimensão no âmbito da saúde e permite identificar a importância do território para o fundamento do planejamento das ações (SANTOS, 1996).

“Se a chamarmos de organização espacial, estrutura espacial, organização do espaço, estrutura territorial ou simplesmente espaço, só a denominação é que muda, e isto não é fundamental. O problema é encontrar as categorias de análise que nos permitem o seu conhecimento sistemático, isto é, a possibilidade de propor uma

análise e uma síntese cujos elementos constituintes sejam os mesmos.” (SANTOS, 1988).

As conotações do território são múltiplas, estão relacionadas a um poder, possuem um sentido de “poder político”; estão imersas em relações de apropriação sociedade-espaco; envolvem o espaco-tempo vivido, diverso e complexo; possuem relação mais concreta e funcional com a apropriação mais subjetiva e/ou cultural-simbólica (HAESBAERT, 2004).

Quando se pensa em um conceito de território, percebe-se que este expressa a noção de poder, sendo, assim, um lugar em constante transformação, produtor e produto de relações sociais, relações estas que os indivíduos mantêm entre si e com a natureza, gerando contextos onde se expressa a situação de saúde. O território se apresenta como lugar onde as pessoas vivem, onde se situa a dimensão dos hábitos de vida e do cotidiano, tornando-se imprescindível na construção do planejamento das ações de saúde (PAPINUTTO, 2011).

Conhecer o território dentro da ótica da saúde requer um processo de saberes frente às diversas concepções existentes em torno de um termo usado em diversas áreas de conhecimento. No contexto das relações sociais geradas e constitutivas do território, o processo de interação e integração das pessoas acontece em vários ambientes que comportam o convívio em sociedade, a singularidade dos indivíduos em estabelecer relações com essa gama de ambientes sociais que se chamam de lugares. Para Santos (2009), lugar é um território com vida e identidade, e esse território pode ter um, vários ou nenhum lugar, uma vez que o território possui uma ligação de poder e delimitação; já o lugar possui uma ligação com a cultura e possui um contexto de identidade.

Na visão culturalista, o território pode ser apresentado como produto de uma apropriação resultante da identidade social sobre o espaco. Haesbaert (2011) afirma que a dimensão mais simbólica e identitária dos grupos sociais constroem uma relação com o seu lugar. Assim, existem três vertentes para se entender o território:

a) A vertente político-jurídica – possui relações de poder, um espaco delimitado e controlado através de determinado poder político do Estado.

b) A vertente econômica – enfatiza as relações econômicas, tendo o território como relação de capital-trabalho.

c) A vertente culturalista – a dimensão simbólica e relacional do grupo com relação ao seu espaco vivido.

O estudo do território é uma ferramenta importante no planejamento das ações de saúde; o envolvimento e o respeito às relações humanas, as territorialidades e o ambiente onde

se vive fazem parte do processo de saúde e doença. Assim, o território produz saúde, ou produz doença.

Para Campos (2011), o território em saúde vai além do espaço político-operativo do sistema de saúde. É um lugar onde a população estabelece as relações sociais, vivencia seus problemas de saúde e interage com os profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse contexto, observa-se que as pessoas se envolvem com os ambientes pertencentes ao lugar; assim, constroem relações sociais importantes para a construção do território.

Monkenetal. (2008) afirmam que o território gera diversas possibilidades interessantes para a análise em saúde, principalmente dentro da atenção básica, como entendimento do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários. Sendo assim, é de fundamental importância que se busque a dicotomia material/ideal que envolve as matrizes do conceito de território, abordando este de forma integrada, envolvendo a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço.

Quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde não é um atributo dos grupos sociais nem das unidades espaciais em si; ela é o resultado da relação de grupos sociais com seu território (BARCELOS *et al.*, 2002).

Dessa forma, reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite, também, o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A rede de relacionamento humano que se constrói na vivência e convivência, tanto de usuários dos serviços de saúde quanto dos profissionais que lá realizam suas ações, mesmo que não seja visível, norteia a organização e as relações de poder entre os envolvidos. Dentro dessas relações sociais, as pessoas se envolvem umas com as outras, não somente no contexto comunitário, mas, também, compartilham ambientes e estruturas de serviços como a própria unidade de saúde. Isso cria uma relação de continuidade da atenção, gerando, ao longo do tempo, a longitudinalidade que seria a relação longa do profissional de saúde com seus pacientes/clientes (usuários dos serviços de saúde), trazendo benefícios para a APS (STARFIELD, 2002).

Os territórios são, portanto, espaços e lugares construídos socialmente. São variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer e de responsabilidade de diversas ações (MONKEN; BARCELOS, 2007).

Os programas de saúde possuem uma hierarquização desde o nível federal ao municipal, daí a importância da utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações que fazem parte da ESF no cotidiano do planejamento das ações (PEREIRA, BARCELLOS, 2006).

A ação da ESF se insere no conceito de território e a área adscrita se dá através do número de indivíduos dessa comunidade, além do contexto do espaço vivido e construído. Portanto, a ESF, quando inserida em uma comunidade, deve fazer a leitura dos limites culturais, vislumbrando também a micropolítica na qual está inserido o espaço urbano ou rural.

2.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros”. (STARFIELD, 2012)

A atenção primária em saúde é um componente da rede de atenção à saúde e vem se destacando nos últimos anos, como base para vários países do mundo, fazendo um contraponto com a superespecialização e a fragmentação dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Mendes (2011) destaca que a atenção primária é o centro gravitacional da rede de atenção à saúde, sendo a esta imputada a atribuição da ordenação do cuidado, e uma estratégia primordial para organização da atenção à saúde.

A Organização Mundial de Saúde, através da carta de Lubiana de 1996, destaca que os serviços de saúde devem ser focados na qualidade e solidariedade, nos princípios da qualidade e orientados pela atenção primária (STARFIELD, 2002).

Sistemas de Saúde baseados nos modelos médico-hospitalocêntricos têm demonstrado evidentes sinais de esgotamento, o que requer estratégias que suportem o nosso modelo de atenção à saúde universal, para o avanço na melhoria dos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2011).

A atenção primária com vista à qualidade e parâmetro dos cuidados de saúde estabeleceu os atributos necessários e essenciais, sendo eles: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação da atenção. Há ainda os derivados: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; competência cultural(Figura 1) (STARFIELD, 2002).

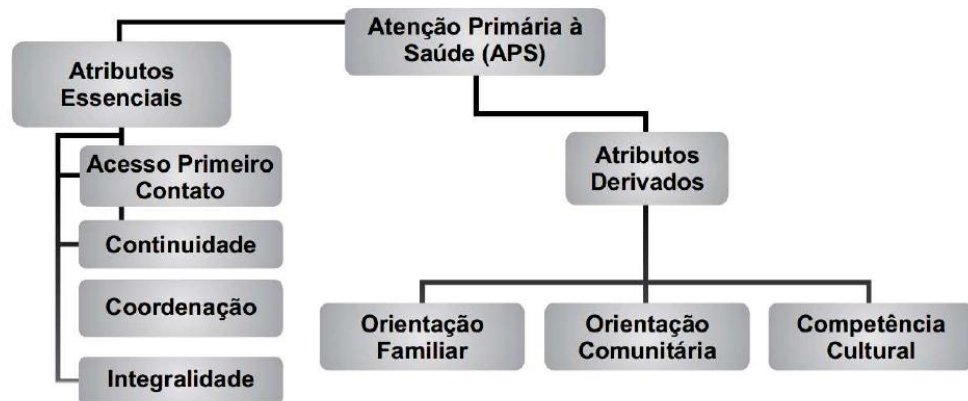


Figura 1 - Atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde. Fonte: Harzheimetal (2004)/ Adaptado a partir de Starfield (1992).

2.4.1 Atributos essenciais da atenção primária

2.4.1.1 Acesso de primeiro contato

Também chamado de porta de entrada, trata do acesso de primeiro contato com os serviços de saúde e os pacientes. A inexistência de uma porta de entrada acessível faz com que a atenção adequada seja adiada, o que mais tarde gera gastos adicionais. Assim, para ofertar esse contato, o atendimento deve ser acessível e disponível; se não, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema (STARFIELD, 2002).

Existem dois tipos de acesso, o sócio-organizacional e o geográfico. O primeiro está fixado nas características dos serviços que facilitam o acesso, incluindo valores éticos e culturais, econômicos, e os que dificultam, como preconceito de idade, raça sexo ou opção

sexual. Em contrapartida, o acesso geográfico está relacionado à distância e ao tempo até o acesso ao serviço (BRASIL, 2011).

2.4.1.2 Longitudinalidade

A longitudinalidade está apoiada na relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, indiferente dos problemas de saúde ou mesmo de se ter ou não a presença de um problema de saúde, sendo as relações que os indivíduos e os profissionais de saúde estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A atenção primária implica a existência de um local, uma equipe de indivíduos associados que sejam uma fonte de atenção ao longo do tempo, autônoma presença ou ausência de problemas relacionados à saúde (STARFIELD, 2002).

A continuidade do cuidado é importante atributo da atenção primária, resultando em uma eficiência da assistência em saúde, diminuindo gastos desnecessários em tratamentos duplicados e sem sucesso.

2.4.1.3 Integralidade

“A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o indivíduo, sua família e seu contexto.” (STARFIELD, 2002)

A integralidade pressupõe um ampliado conceito de saúde, onde as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; e a abordagem é voltada para o indivíduo e sua família (BRASIL, 2011).

Atendimento integral aos pacientes é um desafio na atenção à saúde em todos os pontos de redes, além de ser um princípio do SUS, estabelecido em lei. Porém, a atenção primária em saúde desempenha um papel fundamental nesse princípio, tendo em vista as ações da atenção primária fundamentadas num olhar holístico.

2.4.1.4 Coordenação da atenção

Starfield (2002) relata que a coordenação é fundamental para a obtenção dos demais atributos. Sem coordenação, a longitudinalidade perderia muito de sua função, a integralidade não seria implementada e a função de primeiro contato seria uma ação administrativa.

Em essência, a coordenação está alicerçada na informação, na disponibilidade de informação e na utilização da informação, possibilitada pela fácil obtenção das informações, por registros facilmente disponíveis, por reconhecimento de informações prévias, por mecanismos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011).

A coordenação da atenção se insere como característica *sine qua non* para a inserção das ações de serviços de saúde na rede de atenção, além de harmonizar as ações internas da atenção primária, e se alicerça no fortalecimento da integração tanto entre a unidade de saúde quanto com outros pontos de atenção, melhorando os fluxos de atendimento e garantindo os cuidados de saúde.

2.4.2 Atributos derivados da atenção primária

Os atributos derivados qualificam os atributos essenciais. Eles estão inseridos nas ações da atenção primária cotidianamente, fazendo parte do planejamento e da agenda do serviço de atenção primária, sendo os atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Esses atributos são classificados da seguinte forma (BRASIL, 2010):

A **Orientação familiar** está inserida no contexto de avaliação do indivíduo, considerando seu contexto familiar, sua possibilidade de contribuir ou não no cuidado.

A **Orientação comunitária** se dá no reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto, fomentando o planejamento de forma mais eficiente.

Já a **competência cultural** é demonstrada na adaptação da equipe de saúde às características culturais da população, para facilitar a relação e a comunicação.

Atenção primária à saúde do idoso exige, destarte, as mesmas competências destinadas à população geral. Essas competências são elementos primordiais para a promoção da saúde, assegurando a integralidade do cuidado; porém, as características do cuidado do idoso devem

ser respeitadas. O trabalho das equipes da atenção primária em saúde se dá por meio de ações coletivas, participação ativa nas comunidades, sendo indispensáveis para a atuação nas dimensões culturais e sociais.

2.4.3 Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a esta a referência e a contrarreferência para os diferentes níveis do sistema de saúde. Criada no Brasil na década de 90, foi inspirada em experiências advindas de outros países onde a saúde pública alcançou níveis de qualidade, com investimentos significativos nessa área, como Cuba, Inglaterra e Canadá. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em junho de 1991, através da criação do Programa Agentes de Saúde (PAS) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994 foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994).

O programa foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população e cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde. Permite que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, ou seja, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir. A estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1997).

Esse programa visa estimular a implantação de um novo modelo, em que as Unidades Básicas de Saúde, transformadas em Unidades de Saúde da Família, passam a resolver a maior parte dos problemas de saúde (cerca de 85%), porque incorporam as ações programáticas do Ministério da Saúde de uma forma mais abrangente. Passam, assim, a lidar com ações intersetoriais (educação, saneamento, meio ambiente), promovendo a qualidade de vida. O setor de saúde deixa de trabalhar afogado pela demanda espontânea, à medida que aperfeiçoa os recursos existentes e responde mais efetivamente às necessidades da comunidade e evidencia, também, um novo tipo de aliança na política de saúde: gestores

locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), técnicos externos e associações da comunidade (SIAB, 1998).

O objetivo do Programa de Saúde da Família é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Busca a promoção da saúde e a prevenção de doenças, viabilizando o acesso a um serviço mais humanizado e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu meio-ambiente, físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. A meta é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, para a integração das ações entre os diversos profissionais, para a ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O modelo de trabalho desenvolvido na ESF é o de equipe, numa busca permanente de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular do Agente Comunitário de Saúde e da população. Realiza atividades de assistência integral e contínua nas Unidades de Saúde da Família/USF e nas residências, quando se considera necessário pelos agentes comunitários de saúde/ACS (que são os elos fundamentais entre a comunidade e os serviços de saúde); promove com a Equipe de Saúde da Família/ESF atividades em grupo (nas diferentes fases da vida) e mobiliza a comunidade para trabalhos intersetoriais (BRASIL, 2000).

A Estratégia de Saúde da Família estabelece um vínculo de corresponsabilidade entre comunidade e os profissionais de saúde. Pressupõe uma grande interação desse grupo de profissionais com todas as famílias, para conhecer sua realidade, definição das prioridades, desenvolvimento de ações individuais e coletivas, no processo de cura, reabilitação e promoção de qualidade de vida. A proximidade possibilita assistência contínua, evitando encaminhamentos desnecessários para especialistas e hospitais. O programa mostra, na prática, que é possível humanizar o atendimento (ARAÚJO, 2001).

A equipe básica da ESF é composta por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a essas unidades básicas, de acordo com a demanda e características da organização dos serviços de saúde local. Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por sua população adscrita e devem residir no município onde atuam, pois trabalham em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e

identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os agentes comunitários de saúde devem, igualmente, residir em suas respectivas áreas de atuação. Cada equipe será responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitem de 800 a 1000 famílias (aproximadamente de 2.400 a 4.500 pessoas). Esse critério pode ser alterado em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município (DAL POZ; VIANA, 2001).

Para produzir resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínua e eficaz, de modo a atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de vinculação dos profissionais com a população – característica que fundamenta todo o trabalho do PSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

2.5 AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

No período após a Grande Depressão até a Segunda Grande Guerra Mundial, a avaliação se consolidou como prática e estratégia de governos, fazendo parte das intervenções políticas do Estado, nos sistemas, serviços, programas e projetos político-sociais. Com o crescimento e transformações desse campo, incorporaram-se influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e o direito (CRUZ, 2012).

Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde remete a uma reflexão crítica do processo de trabalho, utilizando diversas ferramentas, entre elas o uso da análise de situação de saúde e o estudo da satisfação do usuário, tendo em vista a tomada de decisão e a qualidade de atenção aos seus usuários.

A tomada de decisão é percebida a partir de ações para mobilizar recursos, sejam financeiros, materiais, humanos, destinados a realizar alterações no processo, para garantir o cuidado à saúde de qualidade para a comunidade (TANAKA, 2011).

Ao avaliar as estruturas de saúde, não se pode deixar de lado toda a complexidade que envolve o processo saúde-doença. Esse enlace exige um rigoroso planejamento para que

os resultados contemplem a estrutura da população-alvo e outros fatores que possam influenciar na generalização dos achados (OLIVEIRA, 2007).

Para se compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantados e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. A avaliação deve, portanto, ser compreendida como uma ferramenta relacionada à tomada de decisão. O ato de avaliar acompanha o fazer humano. A necessidade de avaliar serviços, em especial os serviços de saúde, além de servir para melhorar o desempenho dos prestadores de serviço, alavancar a satisfação de funcionários e usuários, melhorar o contexto do trabalho e a qualidade de vida das pessoas, proporciona melhores resultados em termos de eficiência e eficácia do sistema (CHIAVENATO, 1994).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989), a avaliação é definida como

um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura.

Os processos avaliativos são importantes, em especial no âmbito local, em face da política de descentralização do Sistema Único de Saúde. Diante de contextos diversos, far-se-á necessário reforçar a utilidade de análises qualitativas, comparativas e de estudos de caso para o planejamento e a gestão, considerando-se o fortalecimento das ações básicas e o desenvolvimento da atenção primária, efetivos de fato, para uma melhor oferta de saúde. Nesse sentido, após a implantação de um serviço de saúde, é importante avaliar as ações que estão sendo executadas e como estão sendo desenvolvidas pela equipe (BODSTEIN, 2002).

Uchimura e Bosi (2002) ressaltam a importância dos estudos que incorporam as perspectivas dos atores sociais nos processos de avaliação, e consideram a metodologia qualitativa de pesquisa social como um profícuo instrumento.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (TRADet *al.*, 2001).

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário dá destaque aos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, focalizando as distintas

dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação profissional-paciente até a qualidade das instalações dos serviços, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde. Isso é feito por meio da coleta direta de informações junto aos respondentes por meio dos questionários.

Abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços (FAVARO; FERRIS, 1991). Sobre isso, Esperidião e Trad(2005) consideram que todas as pesquisas no âmbito da satisfação do usuário devem propiciar aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde e avanços significativos para a gestão dessa área.

O termo satisfação está diretamente ligado ao ato de explicar; diz respeito ao atendimento dos desejos, necessidades e expectativas dos usuários que fazem parte de uma comunidade, com a intenção de que as necessidades sejam realmente atendidas e traduzidas em ofertas de ações e serviços (SANTOS; PEREIRA, 2003).

Para Gattinara *et al.*(1995), a qualidade dos serviços de saúde pode ser considerada como resultado de vários fatores, entre eles competência profissional, acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação do usuário.

A avaliação da qualidade dos serviços envolve teorias, conceitos e práticas diferenciadas. Na proposta de avaliação indicada por Donabedian (1988), recomenda-se a análise da estrutura, do processo e do resultado para estimar a qualidade dos serviços de saúde. Na impossibilidade de se proceder a avaliação dos três componentes, este autor considera o estudo do processo assistencial como a melhor forma de investigar o conteúdo da atenção oferecida no nível primário de assistência. Contudo, deve-se atentar para a necessidade da adequada integração entre os níveis de atenção dos serviços prestados.

A avaliação da atenção primária em saúde se insere nesse processo. A análise apenas pelos resultados deixa à parte funções importantes da APS; assim, o método de estudo deve contemplar a estrutura, processo e os resultados.

Na busca de um método para a avaliação da APS, então em meados dos anos 90, Barbara Starfield desenvolve um instrumento denominado o PCATool, que busca evidenciar os atributos da atenção Primária (VIANA, 2013).

As características que estão envolvidas na avaliação dos programas de atenção primária são de três tipos: (1) aspectos exclusivos da atenção primária, (2) aspectos derivativos e (3) aspectos fundamentais, mas não exclusivos.

Essas características são estudadas no PCATool(STARFIELD, 2002).A identificação rigorosa dos atributos da APS, o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, a coordenação da atenção dentro do sistema, a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural são importantes para definir um serviço como realmente embasado em atenção primária à saúde(HARZHEIM, 2006).

O PCAToolconsidera elementos de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS são avaliados tanto em termos de estrutura, que incluem acessibilidade,amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade docuidado, quanto os de processo que são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde(VIANA, 2013).

3 OBJETIVOS

GERAL

Conhecer os escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva da população idosa usuária de uma Estratégia de Saúde da Família.

ESPECÍFICO

Caracterizar a população estudada. Identificar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde.

4 JUSTIFICATIVA

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia das melhorias nas condições de saúde da população. Vários estudos comprovam que países que possuem sistemas organizados a partir da APS apresentam menores taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços (MACINKO; STARFIED; SHI, 2003; WHO, 2004).

No momento atual, em que a Política Nacional de Atenção Básica indica a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização (BRASIL, 2006), é importante avaliar o grau de orientação à APS dos diferentes modelos e também conhecer o grau de orientação à APS nos diferentes serviços. A possibilidade de avaliar os quatro atributos essenciais e os dois atributos derivados da APS em cada um dos serviços envolvidos na pesquisa permite mapear 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.

Cumprida a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, concentram-se os esforços na melhoria da sua qualidade. Nesse sentido, algumas iniciativas de caráter governamental constituem-se em incentivos para a realização de avaliações internas e externas. Mas, instrumentos que avaliem os processos utilizados para alcançar efetividade nesse nível assistencial ainda são raros e pouco sensíveis (BRASIL, 2005).

5 METODOLOGIA

5.1 ABORDAGEM E MODELO DO ESTUDO

Adotou-se nesta investigação uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é um método orientado para a busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse na dimensão subjetiva. É descrita ainda como objetivos reprodutíveis e generalizáveis, amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e interrelação em um determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

5.2 UNIVERSO DO ESTUDO

O município onde a pesquisa foi realizada possui 261.261 habitantes (DATASUS, 2007), sendo 21.428 idosos, representando 8,3% da população. Neste município há 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 44 possuem equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), somando, assim, 51,8% de cobertura. Está dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana. Somente em duas regiões não há UBS. Os indivíduos residentes nesses locais são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 13.659 idosos.



Figura 2 – Representação dos Distritos Sanitários de Governador Valadares

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 Eugênia – Esperança – Morada do Vale – Grã-Duquesa

Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças

Região 06: Centro – Vila Mariana

Região 07: Ilha dos Araújos

Região 08: Lourdes – Santa Terezinha

Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana

Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Santo Antônio – 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 Bretas

Região 15: Azteca – Jardim Atalaia – Jardim

Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa

Região 16: JK – Santa Rita

Região 17: Bela Vista – Jardim Pérola – 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

Para a viabilidade do estudo, escolheu-se uma ESF localizada em Governador Valadares, com 16 anos de atuação, sendo a terceira unidade implantada no município.

A Estratégia de Saúde da Família do Bairro Ipê foi inaugurada em 5 de fevereiro de 1998, a partir da análise de bolsões de pobreza realizada no município. Sua área de abrangência estende-se a 3.796 indivíduos e um total de 1.126 famílias (PIRES, 2013).

Nas Tabelas 1 e 2, pode-se observar a distribuição da faixa etária e gênero desta comunidade.

Tabela 1-Distribuição da população segundo a faixa etária na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Jardim Ipê. 2013

Faixa Etária	Número
Menor de 1 ano	8
1 a 4 anos	131
5 a 9 anos	300
10 a 14 anos	378
15 a 19 anos	361
20 a 49 anos	1777
50 a 59 anos	359
60 anos e +	482
TOTAL	3.796

Fonte: SIAB, 2013

Tabela 2 –Distribuição da população segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da ESF – Jardim Ipê. 2013

Faixa etária	Masculino	Feminino
Menor de 1 ano	4	4
1 a 4 anos	70	61
5 a 9 anos	170	140
10 a 14 anos	215	163
15 a 19 anos	173	188
20 a 49 anos	828	949
50 a 59 anos	166	193
60 anos e +	218	264
TOTAL	1.834	1.962

Fonte: SIAB, 2013



Figura 3– Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Ipê. Fonte: Google Maps

5.3 AMOSTRA

A amostra foi constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Bairro Ipê, no município de Governador Valadares.

Para definição do tamanho da amostra, realizou-se um cálculo baseado no método de estimativa para proporção (LEVY; LEMESHOW, 1991). O nível de confiança considerado foi de 90%, erro de 10%, e o padrão considerado 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 de 60 idosos, incluído o percentual de 10% referentes a possíveis perdas.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na amostra indivíduos com 60 anos ou mais, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do Bairro Ipê, fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder ao inventário sociodemográfico e ao questionário PCATool, utilizados na pesquisa. Essas condições foram avaliadas a partir dos prontuários arquivados nas ESF e com o auxílio dos profissionais de saúde que atuam nas mesmas (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde). A presença de doenças crônicas não foi considerada, uma vez que idosos podem se adaptar às mesmas e ter uma vida autônoma e independente.

5.5 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o modo de abordagem das questões e o tempo gasto com as perguntas do questionário, realizou-se um estudo piloto com cinco indivíduos idosos em tratamento na Clínica Odontogeriátrica de uma instituição de ensino superior, observando-se os critérios de inclusão e exclusão. Porém, os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância na realização do estudo piloto à possibilidade de se estabelecer a verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

5.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados na ESF, inicialmente, o pesquisador se reuniu com o responsável da Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Após autorização, agendou dia e horário adequado para a realização da coleta, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde.

Na data estabelecida, o pesquisador foi acompanhado pelo agente comunitário de saúde à residência de um idoso, onde o pesquisador explicou os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais ele seria submetido, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação. Reforçou que a pesquisa possui caráter voluntário e que todos os participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (ANEXO A). Esclareceu ainda sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento.

5.6.1 Instrumentos utilizados na coleta de dados

Para a caracterização da amostra, utilizou-se um inventário sociodemográfico (ANEXO B), baseado no estudo de Fleck *et al.* (2008), que visa conhecer os indicadores de saúde e a utilização dos serviços de saúde. As variáveis incluídas são: idade, sexo, situação conjugal, renda mensal familiar, escolaridade, vivência familiar, número de consultas médicas realizadas na ESF (nos últimos seis meses), número de doenças referidas (nos últimos seis meses), número de medicamentos utilizados diariamente (nos últimos seis meses).

Para a avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária de saúde, utilizou-se o instrumento PCATool-Brasil versão adulto (BRASIL, 2010b) (ANEXO C). O instrumento de pesquisa visa avaliar a presença e a extensão dos cinco atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação da atenção) e dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS (STARFIELD; XU; SHI, 2001; STARFIELD; XU, 2009).

Quadro 1 - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool-Brasil, de acordo com os atributos, dimensões e subdimensões

ATRIBUTOS	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
Essencial	Acesso Primeiro Contato	Utilização
		Acessibilidade
	Coordenação	Integração dos Cuidados
		Sistemas de Informações
	Integralidade	Serviços Disponíveis

		Serviços Prestados
	Longitudinalidade	Grau de Afiliação
		Longitudinalidade
Derivado	Orientação Familiar	
	Orientação Comunitária	

Cada atributo identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isso pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato, formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2003). Este modelo de avaliação baseia na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell, Roland e Buetow (2000) descrevem o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde.

As respostas são do tipo *Likert*, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9).

A versão validada do PCATool-Brasil contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010):

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado. É constituído por três itens (A1, A2 e A3);
2. Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B). Identifica quando o usuário possui novo problema e vai a esse serviço antes de ir a outro. Composto por três itens (B1, B2 e B3);

3. Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C). Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico. É constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12);
4. Longitudinalidade (D). Faz referência ao atendimento pelo mesmo profissional: sente-se à vontade, sabe quais são os problemas importantes para você e mudaria de serviço se fosse fácil. É formada por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14);
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Detecta se o médico sugeriu consulta com especialista, informou motivo para consulta e resultado da consulta com especialista. Constituído por oito itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9);
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Refere-se ao prontuário disponível. É composto por três itens (F1, F2 e F3);
7. Integralidade – Serviços disponíveis (G). Relacionada ao aconselhamento sobre saúde mental, sobre fumo e mudanças com o envelhecimento. Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22);
8. Integralidade – Serviços prestados (H). Relacionada a conselhos sobre a alimentação, exercícios apropriados; verifica e discute os medicamentos, prevenção de quedas. Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13);
9. Orientação Familiar (I). Abordada em consultas que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética. Contato com a família, caso solicite. É formada por três itens (I1, I2, I3);
10. Orientação Comunitária (J). Tem por objetivo analisar de que forma o serviço de saúde reconhece os problemas de saúde da comunidade e de que forma estimula a participação da mesma. Constitui-se de seis itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

A coleta de dados foi feita entre os meses de maio e junho de 2014. O trabalho foi feito individualmente, na residência do participante, em ambiente reservado, que apresentou boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade do entrevistado. Em todas as entrevistas, manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas opiniões.

O inventário sociodemográfico e PCATool foram aplicados na forma de entrevista direta, considerando-se características comuns aos idosos: dificuldade de leitura (acuidade visual e alfabetização), ou mesmo de assinalar as respostas.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), de acordo com o Parecer 532.075.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados quantitativos foram analisados através do *software* EPI INFO 7. Em seguida, realizou-se uma transferência de dados para o Excel, onde se realizaram os cálculos dos escores, seguindo as orientações de Brasil (2010b). Depois desse procedimento, realizou-se a inversão de valores nos itens C9, C10, C11, C12 e D14, que ficaram da seguinte forma: valor 4=1; valor 3=2; valor 2=3 e valor 1=4.

O segundo passo foi o ajuste das notas com resultados (“*missing*”) ou respostas “9” (“não sei/não lembro”). Se o componente para o entrevistado atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não se calculou o escore deste componente para o entrevistado. No caso dos entrevistados com menos de 50% e com esses resultados, as respostas foram trocadas (“*missing*”) ou “9” (“não sei/não lembro”) para o valor “2” (“provavelmente não”).

Posteriormente, realizou-se o cálculo dos escores por atributos, sendo creditado da seguinte forma:

- 1- **Grau de afiliação** – O grau de afiliação ao serviço de saúde/profissional de saúde, ou seja, a frequência na qual reconhece o serviço ou o profissional como referência para a assistência à saúde é calculada mediante a utilização de um algoritmo estruturado de acordo com as diferentes possibilidades de respostas às três perguntas iniciais. Componente de estrutura do atributo longitudinalidade: Itens = A1, A2, A3 todas as respostas NÃO: $A1 = A2 = A3 = 0$, portanto, o valor do Grau de Afiliação = 1. Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, valor de grau de afiliação = 2; duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço: $A1 = A2$ ou $A1 = A3$ ou $A2 = A3$ e iguais a SIM, grau de afiliação = 3; todas as respostas SIM: $A1 = A2 = A3 = 1$, grau de afiliação = 4.
- 2- **Acesso de Primeiro Contato** – O atributo é formado por dois componentes: Utilização - (B): Itens = B1, B2 e B3. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3)$.
Acessibilidade - (C): Itens = C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12. Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos (Verificar 1º Passo: Inversão de Valores). Após a inversão de valores destes quatro itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo

número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$.

- 3- Longitudinalidade**—O item D14 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão dos Valores). Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$.

- 4- Coordenação**—Este atributo é formado por dois componentes:

Integração de Cuidados - Apresenta oito itens, pois E1 não deve entrar no cálculo do escore, por se tratar de um item descritivo. O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8$.

Sistema de Informações - O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$

- 5- Integralidade**—O atributo é formado por dois componentes:

Serviços Disponíveis - O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22$

Serviços Prestados - O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens; portanto, neste componente, o escore deve ser medido sem as somas desses itens, quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente, deve-se calcular separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino.

Sexo Feminino (HF): $\text{Escore HF} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$

Sexo Masculino (HM) $\text{Escore HM} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11$

6- Orientação Familiar –Oescore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$

7- Orientação Comunitária -Oescore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens, dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. $\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$

Os valores foram ajustados em uma escala contínua dentro de cada atributo, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula $\text{escore ajustado} = [(\text{escore obtido} - 1) / (4 - 1)] \times 10$.

São considerados serviços com alto escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 (tercil superior do escore). O escore final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens. Alguns atributos são formados por subdimensões, como Acesso (Primeiro Contato e Utilização),Integralidade (Serviços Recebidos e Serviços Disponíveis)(BRASIL, 2010).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussão da avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família.

A relação do idoso com seu território tem suas singularidades, a identificação é total; no sistema de idéias, da cultura ou da tradição, o ser humano é como uma planta, biologicamente vinculado à terra. (BONNEMAISON, 2002).

Percebe-se que o entendimento de território por parte dos grupos de profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações. Dessa forma, a busca de evidências aponta para a concepção de território inerente à estratégia de Saúde da Família, assim como suas contradições e similaridades (PEREIRA E BARCELOS, 2006).

Para Gondim e Monken (2009), a territorialização em saúde envolve a organização e a gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de oferta de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Esse conceito envolve também o processo de delineamento de arranjos espaciais, da interação de atores, organizações e recursos. Dessa forma, resulta de um movimento que estabelece as linhas e os vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local.

Avaliar é uma tarefa tão necessária quanto complexa. A avaliação pode ser considerada como um componente da gestão em saúde e possui como proposta fundamental oferecer suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas, a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais, além de mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

O espaço político-operativo do sistema de saúde, o território da Estratégia de Saúde da Família, é onde se verifica a interação populações-serviço no nível local, caracterizada por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados com problemas de saúde definidos e que interagem com os gestores das distintas unidades de saúde (MONKEN, 2005).

A relação do idoso com seu território têm suas singularidades, a identificação pode ser total; no sistema de idéias, da cultura ou da tradição, o ser humano é como uma planta, biologicamente vinculado à terra (BONNEMAISON, 2002).

Percebe-se que o entendimento de território por parte dos grupos de profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde tende a influenciar a forma como esse território será incorporado à prática de suas ações. Dessa forma a busca de evidências aponta para a concepção de território inerente a estratégia de Saúde da Família, assim como suas contradições e similaridades (Pereira e Barcelos, 2006).

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa contou com a participação de 60 idosos na faixa etária de 60 a 84 anos de idade, sendo 71,7% mulheres. A maior parte dos entrevistados (60,8%) declarou possuir de um a quatro anos de estudo. Ao considerar a renda familiar, 55% afirmaram viver com um rendimento mensal de até um salário mínimo. Uma parte dos idosos se declarou casada (48,3%), ou seja, residem com um companheiro(a). Observou-se também que 40% são viúvos.

Quanto às condições de saúde nos últimos seis meses, 40% dos idosos relatou possuir pelo menos uma doença sistêmica; 42,4% consomem habitualmente de um a três medicamentos por dia e 68,3% afirmaram ter ido até três vezes em média à UBS. Todas as características sociodemográficas e de saúde estão referenciadas na Tabela 5.

Tabela 3 - Características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários do SUS em uma Unidade de Saúde da Família de município de médio porte. Brasil. 2014 (n=60)

Características	Frequência n (%)	
Idade (anos)	60 -64	11 (18,3)
	65 - 70	24 (40,0)
	71 - 75	12 (20,0)
	76-80	08 (13,3)
	81 e mais	05 (8,3)
Sexo	Feminino	43 (71,7)
	Masculino	17 (28,3)
Escolaridade (anos de estudo)	0	14 (25,0)
	1-4	34 (60,8)
	5- 10	05 (8,9)
	≥ 11	03 (5,4)
	Não responderam	04 (6,6)
Renda familiar*	Até 1 SM	27 (55,0)
	2 SM	19 (38,8)
	3 SM	03 (6,1)
	Não responderam	11 (18,3)
Situação conjugal	Casado	29 (48,3)
	Solteiro	02 (3,3)
	Viúvo	24(40,0)
	União consensual	02 (3,3)
	Separado	03(5,0)
Vivência familiar	Sozinho	08 (13,3)
	Acompanhado	52 (86,6)
Nº consultas médicas na UBS (últimos 6 meses)	1-3	41 (68,3)
	4 ou mais	08 (13,3)
	Nenhuma	11 (18,3)
Nºdoenças relatadas (últimos 6 meses)	1	24 (40,0)
	2	20 (33,3)
	3	06 (10,0)
	Nenhuma	10 (16,6)

Nº medicamentos diariamente (últimos 6 meses)	utilizados	1-3	25 (42,4)
		≥4	24 (40,7)
		Nenhum	10 (16,9)
		Não responderam	01 (1,6)

* SM: Salário Mínimo (R\$ 724,00 reais)

A atenção para as questões de saúde no processo do envelhecimento tem crescido nas últimas décadas em virtude da crescente população idosa mundial. O aumento da expectativa de vida é considerado uma valiosa conquista humana e social. Um olhar sobre o envelhecimento e a saúde do idoso é um ponto inicial a partir do qual se busca refletir sobre a promoção do envelhecimento saudável e sobre as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso.

A maior participação de mulheres encontrada neste estudo provavelmente está relacionada à maior atenção e cuidado dado ao aparecimento de problemas de saúde, com consequente aumento pela procura e utilização de atendimento médico/odontológico. As mulheres apresentam maior flexibilidade e dinamismo em relação ao envelhecimento, buscando sempre que possível sanar as demandas cotidianas de saúde (FIGUEIREDO, 2005; BULGARELLI, MANÇO, 2008).

A maior presença do sexo feminino neste estudo também pode estar associada ao fenômeno da “feminização da velhice”, ou seja, as mulheres representam a maioria da população idosa mundial, com diferença na expectativa de vida entre os gêneros. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2005).

Ao considerar-se o fato de os participantes possuírem, em sua maioria, pequeno ou nenhum nível de escolaridade, é possível que esse resultado seja decorrente da falta de oportunidade de acesso ao ensino, ou seja, da exclusão desses indivíduos do sistema educacional quando em idade escolar. Segundo Noronha e Andrade (2008), idosos com baixa escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente.

Uma boa situação socioeconômica pode ser associada a uma melhor qualidade de vida. Problemas financeiros, por outro lado, podem reduzir o bem-estar de idosos, atuando como fatores de risco à saúde. Quanto menor o poder aquisitivo, menor é o acesso aos serviços de saúde e à informação (FREEMAN, 2002). Considerando-se que as variáveis educação e saúde devem ser articuladas, o analfabetismo pode comprometer a qualidade da saúde desses idosos pela falta de conhecimento, compreensão e cuidados na promoção de sua saúde (OPAS, 2009).

Dentre os participantes, 83,3 % relataram possuir uma doença ou mais nos últimos seis meses e cerca de 42,4% dos idosos estudados consomem de um a três medicamentos por dia. Em consulta ao Sistema de Informação do SUS (SIASUS), do município estudado, as consultas médicas individuais para idosos representam quase 20,0% para a população em geral. Essa realidade pode estar associada ao uso do serviço de saúde em busca de medicamento.

Os idosos utilizam com frequência regular o serviço de saúde. Esse dado pode estar relacionado ao fato de a organização do serviço e a distribuição das ESF estarem na proximidade da moradia do usuário, facilitando a efetiva utilização, sendo este local o primeiro acesso ao sistema de saúde. As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer, diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde.

A capacidade de acesso aos serviços identifica o movimento da busca, da capacidade de o idoso acessar e usar os serviços de saúde, conforme sua disponibilidade e necessidade. A utilização dos serviços demonstra sua acessibilidade e, indiretamente, indica a equidade de um sistema de saúde. Essa capacidade está diretamente relacionada, além da renda e escolaridade, à disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Mas, a maior utilização não está necessariamente relacionada a uma melhor atenção à saúde do idoso.

Os idosos são os principais consumidores e maiores beneficiários da terapia medicamentosa moderna. Estima-se que 23% da população brasileira consuma 60% da

produção nacional de medicamentos e que 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não tenham como custear suas necessidades básicas, tampouco tenham acesso aos medicamentos, excetuando-se os da rede pública, e que mais de 80% tomem, pelo menos, um medicamento diariamente (SILVA *et al.*, 2010).

6.2 ESCORE GERAL DOS ATRIBUTOS DO PCATOOL

O escore geral do PCATool na Estratégia de Saúde da Família estudada foi de 6,8. Este valor é considerado alto e indica que os serviços oferecidos pela APS podem ser considerados satisfatórios.

Quanto ao gênero, o escore essencial encontrado nos homens foi de 6,5 e no feminino, de 6,3. Os demais escores por atributos são apresentados na Tabela 6.

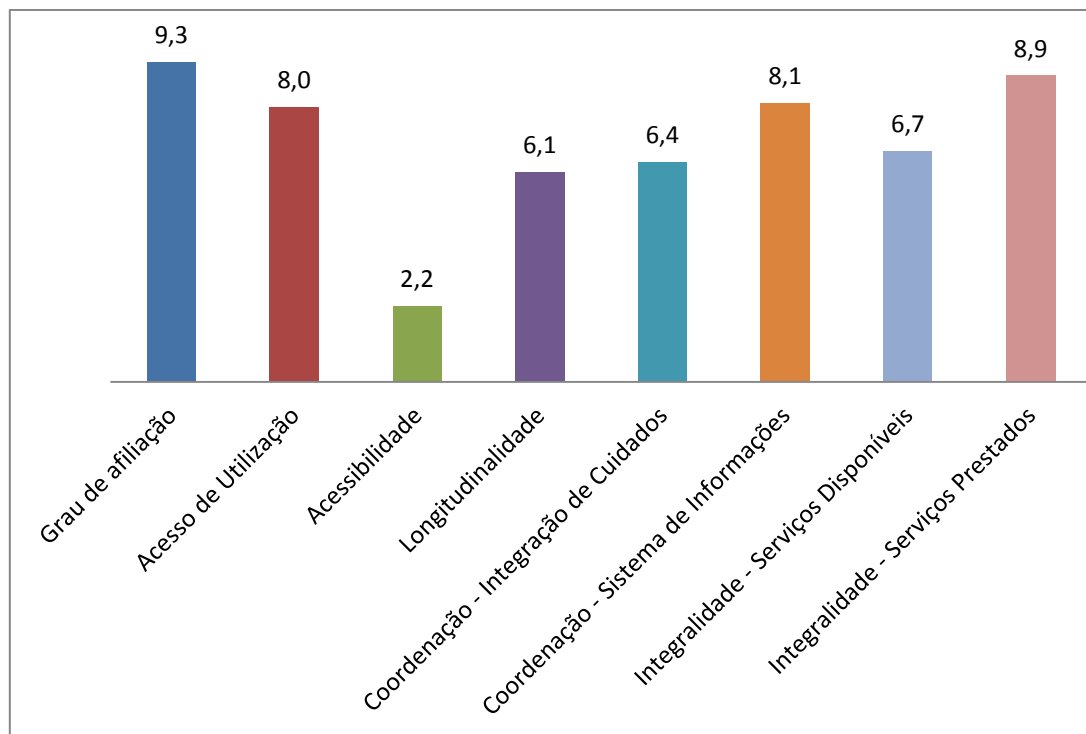
Tabela 4- Distribuição dos Escores PCATool de uma Unidade de Saúde da Família de município de médio porte. Brasil. 2014

Atributos	Escore
Grau de afiliação	9,3
Acesso de Primeiro Contato-Utilização	8,0
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	2,2
Longitudinalidade	6,1
Coordenação - Integração de Cuidados	6,4
Coordenação - Sistema de Informações	8,1
Integralidade - Serviços Disponíveis	6,7
Integralidade - Serviços Prestados	8,9
Orientação Familiar	7,8
Orientação Comunitária	7,8
Escore Essencial Masculino	6,5
Escore Essencial Feminino	6,4
Escore Geral	6,9

Vários escores dos atributos do PCATool demonstraram disparidade entre os idosos inseridos nessa ESF. Observa-se que o *Grau de Afiliação* obteve valor de 9,2, enquanto a *Acessibilidade* alcançou 2,2. Alguns atributos ficaram abaixo do parâmetro estabelecido como alto ($\geq 6,6$), dentre eles *Acessibilidade* (2,2) e *Coordenação - Integração de Cuidados* (6,4) e *Longitudinalidade* (6,1).

No geral, a avaliação da Atenção Primária por meio do PCATool da ESF do bairro Ipê apresentou bons escores nos atributos essenciais e derivados, demonstrando, dessa forma, que busca um trabalho baseado no modelo assistencial proposto pela APS. Porém, quando se analisam os atributos *Acessibilidade*, *Longitudinalidade* e *Coordenação - Integração de Cuidado*, observa-se que os serviços de atenção básica em saúde não têm, por si só, capacidade de responder a toda a gama de demandas e/ou necessidade de saúde da população.

Gráfico 1- Escore dos Atributos Essenciais



De acordo com Tanaka (2011), os atributos presentes no Gráfico 1 são essenciais para que a interação com o usuário concretize a ação de saúde. Parte-se do princípio de que a interação deve ser o espaço em que o serviço de saúde valoriza o contexto de vida dos usuários. A flexibilização do processo de trabalho, balizada pelas determinantes sociais incorporadas na interação, possibilita que a concepção sistêmica adotada nesse referencial de avaliação seja a de um sistema aberto, que considera o poder de utilização do usuário para ampliar a acessibilidade à APS.

6.3. ESCORE DOS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DO PCATOOL

6.3.1 Grau de afiliação

Este atributo do instrumento PCATool está estruturado com questões relacionadas à identificação do serviço/unidade de referência ou profissional de saúde que realiza os cuidados do usuário. Inclui ações do médico/enfermeiro ou serviço que é a referência principal para o cuidado da saúde do entrevistado; da descrição do relacionamento pessoal do entrevistado com seu profissional ou unidade de saúde, identificando o médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado do entrevistado (BRASIL, 2010 b).

Nessa ESF pesquisada, o escore encontrado foi 9,3. Estima-se, com este valor, um excelente *Grau de Afiliação* desses usuários com a unidade, ou seja, uma resposta positiva. Isso possivelmente demonstra utilização e vínculo com a Estratégia de Saúde da Família satisfatória e com certa periodicidade.

A efetivação do trabalho nas ESF envolve vários princípios importantes para a qualidade da assistência à família. Um desses princípios é o vínculo entre a comunidade

e a família. Os profissionais das equipes de saúde são responsáveis por uma população adscrita à sua área de atuação, portanto, é de grande importância a convivência contínua, que propicia o conhecimento da comunidade e o aprofundamento do vínculo, garantindo continuidade da assistência e a identidade cultural com as famílias (BRASIL, 1997).

Para Monken e Barcellos (2005), reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite, também, o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico.

Dentro do território, processos de cuidado e a relação como se organizam e ordenam essas maneiras de fazer saúde devem ser levadas em conta, conforme Certeau(2009). “Essas ‘maneiras de fazer’ constituem as mil práticas pelas quais o usuário se identifica e utiliza o espaço organizado pelas técnicas da produção sociocultural”.

Dentre esses processos mudos que se refletem no poder simbólico temos mitos e boatos, que se apropriam do espaço e fazem parte do cotidiano da pessoa idosa durante anos, e assim interferem de forma ativa nas ações que implicam ou não na promoção da saúde. Di méo (1995)relata: “A identidade resulta sempre de uma relação interativa entre agentes e atores sociais”.

Em relação à questão que investiga o médico/enfermeiro da ESF que atende o entrevistado, evidencia-se quenome do profissional aparece apenas em nove questionários, num total de 60. Esse dado pode ser explicado em decorrência da mudança de enfermeira no ano de 2013 e à rotatividade do profissional médico.

Estudo realizado por Campos (2005), fundamentado nos fatores de satisfação no trabalho com a rotatividade nos serviços de saúde, principalmente entre profissionais médicos, apresentaram os seguintes dados: a falta de capacitações, a distância das unidades de saúde e a indisponibilidade de materiais para realizar o trabalho básico. O

salário dos médicos da ESF é um atrativo, porém, não é um elemento de fixação desses profissionais na ESF. Os enfermeiros, por sua vez, têm rotatividade mais baixa.

A mudança de enfermeiros e médicos é condicionada a diversos fatores, dependendo da região e do local de trabalho. Tal situação se deve tanto a motivos objetivos quanto subjetivos. Os motivos concretos envolveriam vínculos profissionais precários de contratação, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor e até questões como a realização profissional nas atividades desenvolvidas no âmbito dessa política (MEDEIROS *et al.*, 2010).

6.3.2 Acesso de primeiro contato

O acesso de primeiro contato pode ser definido como o encontro do indivíduo com o sistema de saúde. Constitui-se em um atributo importante, uma vez que é considerada a porta de entrada do paciente ao serviço de saúde. É organizado em dois componentes: *Utilização e Acessibilidade*. O componente *Utilização* relaciona-se com a possibilidade de o usuário procurar o mesmo serviço de saúde com regularidade, quando possui algum problema, antes de ir a outro. Contudo, *Acessibilidade* procura captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade, quando eles necessitam. Evidencia o conhecimento e o vínculo que o profissional tem com os usuários e a facilidade de acesso para consultas de revisão.

O escore obtido para *Utilização* foi 7,9 e para *Acessibilidade*, 2,2. Considera-se escore alto para a componente *Utilização*, demonstrando um bom relacionamento com o público estudado, ou seja, o usuário encontra provavelmente uma porta aberta nesse serviço quando necessário, e tem com ele um laço de identidade. Em contrapartida, encontra-se um escore baixo no componente *Acessibilidade*, o que, possivelmente, evidencia a falta de vínculo da ESF com o usuário.

O componente *Utilização* verifica a possibilidade de o usuário procurar a mesma ESF caso apresente problemas de saúde. Nesse estudo, observa-se que o usuário possui

uma percepção da capacidade de resolver seu problema de saúde. Esse fato pode estar relacionado à proximidade da equipe de saúde com sua comunidade.

Nesse contexto, o território é visto como produto da assimilação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. A comunidade valoriza o espaço a partir de determinado significado individual e social, sendo ponto de partida importante para o significado de acesso a serviço de saúde (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

Para o idoso, a utilização de serviços saúde possui, na maioria das vezes, importância para a manutenção das atividades de vida diárias (AVD), para a compreensão do processo de envelhecimento. Associado ao acesso, encontra-se ainda o princípio de resolutividade, a capacidade do sistema em resolver situações dos usuários e de um atendimento adequado em toda a rede de saúde (PASKULIN, 2011).

De acordo com Starfield(2012), gastos financeiros adicionais ocorrem quando não se encontra uma porta aberta e facilmente acessível aos pacientes, quando estes apresentam alguma necessidade de saúde. A falta de orientação adequada e de planejamento dos procedimentos, na maioria das vezes, atrasa a terapia, podendo ocasionar agravos sérios.

Assim, observa-se no componente da *Acessibilidade* que o idoso dessa ESF demora a ser atendido na unidade, admitindo que esse serviço não funciona aos sábados e domingos e nem após as 20 horas. De acordo com parágrafo primeiro do Art. 2º da Portaria nº 1.820 (MS, 2009), o acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. Para Martins(2006), o horário de funcionamento influencia a escolha de unidades para atendimento. A busca por unidades de pronto-atendimento se vincula a esse horário de funcionamento.

Em relação ao conhecimento do idoso a respeito da disponibilidade de atendimento pela ESF quando necessita, percebe-se (conforme Tabela 7) que 33% dos entrevistados “*Com certeza, não*” conseguem atendimento no mesmo dia. Portanto, demonstra que existe a expectativa de não ser atendido no momento que adoecer. Esse

fato pode dificultar a adesão ao tratamento, pois ter uma porta aberta para atender os usuários em suas necessidades é essencial para aproximação com a equipe de saúde e pode diminuir os atendimentos desnecessários em atenção secundária e terciária/unidades hospitalares.

Tabela 5 – Respostas relativas à questão C3: Quando sua ESF está aberta e você adoce, alguém de lá o atende no mesmo dia?

Respostas	Frequência (%)
Com certeza, não	20 (33,3)
Provavelmente, não	7
Provavelmente, sim	18
Com certeza, sim	11
Não sei / não lembro	4
Total	60 (100)

Percebe-se, neste estudo, que a porta de entrada na ESF do bairro Ipê se encontra aberta aos seus usuários, o que proporciona um sentimento de pertencimento por parte deles. Porém, quando se analisam os escores do componente *Acessibilidade*, percebe-se o problema da demora na resolução da dificuldade apresentada no momento pelo indivíduo, ou seja, a resolutividade pode ser considerada fraca.

Um lugar onde a atenção à saúde atua como um ponto de entrada para o sistema de saúde, cada vez que um novo problema for apresentado, é inerente ao conceito de primeiro contato (STARFIELD, 2012).

6.3.3 Longitudinalidade

A *Longitudinalidade* refere-se ao acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou de profissionais da equipe de APS para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Esta relação é fruto de um senso de afiliação, frequentemente expresso em termos de contrato implícito de lealdade por parte do paciente e responsabilidade do profissional (CUNHA, 2011).

Este item é considerado característica central desse nível assistencial, uma vez que, no acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada como de responsabilidade do profissional de saúde e de confiança por parte do paciente. O atendimento a tal atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, além da redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Certeau (2009) destaca que os consumidores são produtores desconhecidos, que produzem a partir de suas práticas, o que se aplica intimamente ao cotidiano dos serviços de saúde. A pessoa idosa, como protagonista da promoção da saúde, produz conhecimentos e os divulga na comunidade de forma quantitativa e qualitativa.

Assim, a relação com o espaço e sua inserção em um cotidiano diferenciado deve ser levada em consideração nas ações e serviços de saúde, buscando uma articulação do território vivenciado pelo idoso e pelos conceitos que diferem do cotidiano.

Esse atributo, após mensuração, obteve o valor de 6,1, indicando que, possivelmente, a atenção obtida frequentemente pelo mesmo profissional para si próprio, ao longo do tempo pode ser considerada positiva. Provavelmente, a informação sobre o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico foi obtida e alcançou-se a efetividade nesse nível assistencial.

A Política Nacional da Atenção Básica reforça que a longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica dos profissionais com a comunidade, norteando vínculos e responsabilidades desses com os usuários ao longo do tempo. Assim, forma laços importantes que efetivam melhor as intervenções de saúde e outros elementos na vida dos usuários e comunidade (BRASIL, 2012b).

Segundo Cunha e Giovanella (2011), a longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação, que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e a efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

A longitudinalidade é uma condição considerada fundamental, por Franco e Magalhães Jr. (2007), na construção de linhas de cuidados efetivas, onde o referenciamento e o contrarreferenciamento devem ser atitudes integradas a um plano terapêutico. E essas condições parecem ser particularmente importantes para indivíduos do sexo feminino em extremos de idade, com maior número de condições crônicas de saúde e uso de medicações, com maior número de visitas ao serviço de saúde e pior estado de saúde autorrelatado. Essa afirmação pode ser associada aos dados obtidos nesse estudo realizado com idosos usuários da ESF do bairro Ipê.

A relação do território e o cotidiano dos idosos, dessa forma, são elemento importante na concepção de um cuidado longitudinal, visto que uma relação duradoura de confiança mútua perpassa por questões relativas ao modo de viver e de se relacionar no espaço.

6.3.4 Coordenação

Para coordenar uma base organizativa dos processos de trabalho nas estratégias de saúde da família, além da busca de uma direção a uma nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam

diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersectorialidade(MONKEN, 2005).

A *Coordenação* é um atributo essencial para a obtenção de outros aspectos relevantes do estudo. Exige algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, dos prontuários/registros ou ambos), assim como a identificação de problemas abordados em outro serviço e a integração deste no cuidado global do paciente. Portanto, o provedor de APS deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe (STARFIELD, 2012).

Segundo Certeau (2009), trajetória evoca um movimento, estratégias, cálculo das relações de forças entre o sujeito querer e poder; é isolável em um ambiente, um lugar circunscrito como capaz de gerir suas relações; tática é a forma do sujeito aproveitar as oportunidades, as práticas cotidianas, as maneiras de fazer. Por sua vez, a retórica é a ciência “das maneiras de falar”.

Estes fatores são primordiais na relação de território com a coordenação do cuidado, as relações de poder dentro do espaço e o meio ambiente, em uma relação dinâmica e mutável, que tem conflitos e se insere nos conceitos da atenção primária em saúde.

É um atributo formado neste questionário por dois componentes: *Integração de Cuidados* e *Sistema de Informações*. Na *Integração de Cuidados*, as perguntas estão direcionadas aos encaminhamentos para consultas de rotina ou especialistas. O componente *Sistema de Informações* está relacionado às várias informações geradas a respeito do paciente, aconselhamento ou intervenções, e que devem ser registradas no prontuário, facilitando a socialização das informações necessárias aos vários membros da equipe de saúde.

Em relação ao componente *Integração de Cuidados*, o escore foi de 6,4 e o do *Sistema de Informações* foi 8,1. Esses dados demonstram que possivelmente há cuidado com os encaminhamentos dos usuários e o retorno das informações, quando se solicita avaliação por especialista, visando atenção integral.

Quando se trata da coordenação da atenção, a longitudinalidade pressupõe continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, ou mesmo os dois, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado ao paciente como um todo. O encarregado da atenção primária deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços (BRASIL, 2010 b).

Os dados da Tabela 8 demonstram que 56,8% dos idosos, após encaminhamento pela ESF a consulta com especialista, não receberam realimentação dos profissionais da equipe de saúde, ou seja, não discutiram com o paciente como ocorreu esse atendimento.

Tabela 6 – E8 – Depois que foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Respostas	Frequência (%)
Com certeza, não	21
Provavelmente, não	0
Provavelmente, sim	5 (13,5)
Com certeza, sim	10 (27)
Não sei/ não lembro	1 (2,7)
Total	37 (100)

A coordenação do cuidado é um atributo que denota a soma das ações. Portanto, é papel primordial do profissional da APS manter diálogo com o usuário, a fim de conduzir melhor os casos, moderar a tomada de decisão, bem como evitar duplicação desnecessária de exames e procedimentos. Dessa forma, é possível ainda diminuir gastos e até mesmo adotar medicamentos com mesmo princípio ativo para um mesmo agravo (STARFIELD, 2012).

6.3.5 Integralidade

O princípio doutrinário da *Integralidade* configura-se como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2010 b). Como prática de saúde, engloba assistência prestada pelos atores envolvidos na saúde por meio da integração das ações promocionais, preventivas e curativas, desenvolvidas de forma a atingir a população, intervindo nos problemas de saúde, nas condições de vida e nos riscos e danos à saúde (MATTOS, 2004).

Hasbaert (1999) relata que a identidade se dá na identificação, ou seja, um processo relacional, a identificação no espaço, a relação desta cidade com o sujeito. Na estratégia de saúde da família, a *Integralidade* se insere na identidade do sujeito, nas relações do ambiente em um cuidado contínuo e de forma holística, sendo que a relação com a cultura local deve ser inserida nesse processo de trabalho.

Este atributo se divide em dois componentes: *Serviços Prestados* e *Serviços Disponíveis*. Estão relacionados à variedade de serviços disponíveis e prestados pela APS. Os itens do componente *Serviços Prestados* buscam identificar se os assuntos “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” foram abordados com o usuário em alguma consulta. As questões inseridas no componente *Serviços Disponíveis* abordam toda a experiência do usuário com o serviço de saúde. Não necessariamente ele deve ter recebido esses serviços, mas o usuário deve conhecer ou não sobre sua disponibilidade.

Os dois componentes desse atributo são semelhantes ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) presente na Constituição de 1988. Por isso, segundo Mattos (2004), é importante olhar o paciente como um todo, de forma holística, observando-o como sujeito e não objeto, além de defender a integralidade, ou seja, defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam intersubjetivas.

Os dados demonstraram que o valor para *Serviços Prestados* foi 8,9 e *Serviços Disponíveis*, 6,7. Ambos os valores são considerados acima do parâmetro estabelecido, de $\geq 6,4$. Provavelmente, os idosos dessa ESF recebem atenção integral, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Porém, por mais que o escore encontrado seja considerado alto, vale a pena observar questões relativas a este público específico.

Nesse contexto, a atenção primária deve organizar-se de forma tal que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários, o que implica a referência à atenção secundária ou terciária. Os profissionais (do serviço de saúde) devem identificar e proporcionar as atividades preventivas necessárias, além de proporcionar ações dirigidas aos sinais e sintomas apresentados, assim como para o diagnóstico e tratamento das doenças. Além disso, devem identificar de forma adequada problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais (STARFIELD, XU E SHI, 2001).

A *Integralidade* exige da atenção primária reconhecimento adequado da variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente, tendo como premissa o compromisso da adaptação temporal e geográfica, pois em cada cultura há uma ação específica a ser usada (STARFIELD, 2012).

O componente *Serviços Disponíveis* possui questões relativas ao recebimento de orientações sobre diversos assuntos. Observa-se, por exemplo, na questão H11 temas relacionados à prevenção de quedas, problema comum que afeta a população idosa. De acordo com Freitas *et al.* (2011), as quedas podem alterar a capacidade funcional, interferindo na autonomia e independência, acarretando nos idosos transtornos de várias ordens.

Na Tabela 10 é possível observar que 65,4% dos idosos não sabem ou não se lembram de ter recebido informações de prevenção relacionadas a quedas. Este fato pode demonstrar que o processo de envelhecimento e suas possíveis limitações ainda são pouco conhecidos pela equipe da ESF.

Tabela 7- Distribuição das respostas à questão H11 – Como prevenir quedas

Respostas	Frequência (%)
Com certeza, não	9 (65,4)
Provavelmente, não	1 (16,4)
Provavelmente, sim	9 (16,4)
Com certeza, sim	0
Não sei / não lembro	36 (65,4)
Total	55(100)

Assim sendo, a integralidade deve ocorrer por meio de várias ações do serviço de saúde, desde orientações até procedimentos mais complexos, entendendo que o paciente deve ser visto como um todo, ou seja, dentro de uma visão holística.

6.4 ESCORE DOS ATRIBUTOS DERIVADOS DO PCATOOL

Esses atributos são divididos em Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

6.4.1 Orientação familiar

A Orientação Familiar é formada por três itens que possuem em seu arcabouço questões importantes para os profissionais da ESF: a opinião dos usuários da APS sobre

seu tratamento; presença de doenças, bem como a realização de contato com membros da família do paciente.

“O fenômeno social, quase sempre plural, as identidades individuais ou coletivas, declina-se segundo um continuum: do sujeito humano ao território. A maior parte das identidades relaciona-se com um componente geográfico, com uma espacialidade que as reforça e as torna mais sólidas”(DI MÉO,1995)

Entender contexto familiar e os riscos à saúde são primordiais para os cuidados da equipe, e nesse universo o entendimento do trinômio indivíduo, seu território e a relação familiar são essenciais para aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade.

A família como foco da atenção é um dos atributos da Atenção Primária em Saúde, sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades. Reconhecer o contexto familiar como o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde este adoecimento adquire maior relevância é, portanto, essencial. Tais características tornam a família uma unidade de cuidados, devendo ser compreendida pelos profissionais de saúde em suas interrelações, ao mesmo tempo em que é uma unidade prestadora de cuidados, podendo tornar-se uma parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros (BRASIL, 2006).

Neste atributo, o escore do PCATool encontrado foi 7,8. Esse índice é considerado alto, demonstrando que os idosos entrevistados entendem que a ESF possui sua atenção centrada na família, e que esses profissionais de saúde os conhecem e a suas famílias, sendo, assim, capazes de identificá-los pelos nomes. De acordo com Fleck *et al.* (2008), as ações centradas na família melhoram a qualidade de vida e a saúde do idoso. O autor ressalta que a participação da família pode melhorar a adesão do tratamento em saúde do idoso.

6.4.2 Orientação comunitária

A Orientação comunitária faz referência ao reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a população. A relação de ambas inclui o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

A partir do olhar cultural ou simbólico-cultural, o território é visto como produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. Esse grupo valoriza o espaço a partir de determinado significado individual e social (PEREIRA e BARCELOS, 2006). Esse atributo valoriza o reconhecimento da comunidade em relação ao serviço de saúde, avalia como se dá a apropriação do território por parte desse serviço e demonstra quanto a equipe de saúde inclui a cultura local no planejamento das suas ações.

O escore obtido na população estuda foi 7,8. O índice é considerado alto, evidenciando que esta ESF provavelmente possui profissionais com formação integralizada e um olhar sistêmico da comunidade, o que garante os direitos à saúde dos idosos e possivelmente a toda comunidade.

Esse fato pode estar relacionado também à implantação dessa ESF, que desde sua concepção conta com a participação da associação de moradores.

“A Unidade de Saúde Jardim Ipê foi inaugurada em 5 de fevereiro de 1998, em parceria com a Associação de Moradores do Bairro Ipê – AMOBI, a partir da análise de bolsões de pobreza realizado no município. Em 13 anos de existência, muito se avançou; em 2007 mudamos de sede para outra melhor, atendendo assim às necessidades da comunidade.” (PIRES, 2013)

A partir dos resultados de atributos derivados, nota-se que essa ESF respeita as concepções culturais e familiares da comunidade. Para o alcance da atenção primária e a

efetividade do trabalho em saúde, necessita-se de vínculo com a comunidade, para que se possa conhecer, assim, o crescimento e as mudanças sociais que podem ocorrer (STARFIELD, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), dentre as ações das equipes de saúde estão: a participação do processo de territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Espera-se que esse processo seja realizado de forma abrangente, ou seja, observando o território em seus aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo foi incentivada pela ausência de dados em relação à avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família neste município. Ao avaliar os atributos da APS, observa-se também o modelo de atenção empregada nesta ESF, por meio do olhar do usuário.

Busca-se, portanto, conhecer a qualidade da prestação dos serviços de saúde oferecidos. A aplicação do instrumento foi uma experiência enriquecedora, pois proporcionou o “saber ouvir”; a escuta passou a ser uma ferramenta valiosa. Desenvolver trabalhos com a população idosa pode proporcionar um bom aprendizado, além de ser prazeroso. “O conhecimento de vida”, ou seja, de experiência e maturidade que esses indivíduos possuem, supera suas limitações e faz com que se reconheça sua importância como cidadãos.

Um aspecto a se considerar neste estudo é o fato de que os atributos da APS foram avaliados segundo a percepção dos idosos, e estes tendem a avaliar os serviços de saúde de maneira menos favorável do que quando são avaliados pelos profissionais ou gestores que atuam no setor. Para se obter uma abordagem ampliada do processo avaliativo dos atributos da APS, torna-se necessário, portanto, a inserção de outros atores sociais.

Os participantes da pesquisa são idosos, com maior porcentagem de mulheres casadas, com pequeno nível de escolaridade e baixa renda familiar. Quanto às condições de saúde, possuem pelo menos uma doença sistêmica referida, consomem habitualmente de um a três medicamentos por dia e procuram com frequência a ESF.

Em relação à identificação dos atributos essenciais e derivados contemplados no instrumento de avaliação da capacidade e desempenho dos serviços de atenção primária, observa-se que o PCATool-Brasil Versão Adulto possui quatro atributos essenciais e dois atributos derivados da APS. O atributo essencial é formado por um componente relacionado à estrutura e outro, ao processo de atenção.

Na avaliação desses atributos, a média do escore geral, do total essencial e do total derivado, apresentou-se como alta para os idosos que utilizavam a ESF. Este fato demonstra cuidado regular dos idosos e sugere que os serviços oferecidos pela APS são satisfatórios.

Entre os dez componentes do instrumento utilizado na avaliação, evidenciou-se que o atributo Grau de Afiliação apresentou o maior escore. Por sua vez, Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade exibiu o menor valor. Observou-se ainda que, dentre os oito componentes do atributo essencial, cinco obtiveram valores maiores ou iguais a 6,6.

Quanto ao gênero, observa-se que, apesar de as mulheres utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, evidenciou-se que a média do escore total do PCATool atribuído pelos homens na avaliação da APS foi maior do que das mulheres.

Em relação aos atributos derivados Orientação Familiar e Orientação Comunitária, ambos apresentaram índice de 7,8. Este número é considerado alto e demonstra o respeito à diversidade cultural e que há uma aproximação da ESF com as famílias atendidas. É possível inferir que o horário de atendimento da ESF deve ser reavaliado, uma vez que os entrevistados possuem assistência das 7h às 17 horas.

Os valores dos atributos obtidos a partir do PCATool demonstra que a APS do município em estudo busca efetivar a otimização dos serviços públicos e diminuir as iniquidades em saúde. Por meio dos dados obtidos, o Grau de Afiliação é a dimensão com melhor avaliação pelos usuários, o que configura situação favorável para a estruturação da atenção básica no município, uma vez que a população apresenta o hábito de procurar a ESF.

Porém, ainda existem deficiências em relação a alguns atributos, como Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, que recebeu menor valor. Isso indica que há necessidade de investimento na estrutura e no processo de atenção primária, pois, sem uma intervenção adequada, podem, em um futuro próximo, comprometer o alto escore geral encontrado nesta pesquisa.

De acordo os resultados apresentados, analisa-se que os serviços de saúde precisam ser orientados pelos atributos da APS para atingir altos níveis de satisfação dos usuários. Assim, acredita-se que o PCATool-Brasil se constitui em uma estratégia válida, pertinente e factível de avaliação e acreditação dos serviços em direção à atenção primária à saúde de qualidade.

Nesse contexto, o território traz em seu arcabouço as marcas culturais, as experiências acumuladas na comunidade e a compreensão deste território fugaz, mutável, que tem na apropriação do espaço vivido suas particularidades. Este entendimento por parte da Estratégia de Saúde da Família é muito importante, para a concepção do planejamento em saúde.

Por sua vez, as relações que o idoso tem com o espaço e com a dinâmica do seu cotidiano interfere na relação paciente com a Estratégia de Saúde da Família.

Diante de tudo isso, as limitações deste estudo ficam por conta do pequeno número de ESF para avaliação da APS e a experiência apenas dos usuários, sem abordar os profissionais e gestores locais. Essas limitações impediram a realização de análises estatísticas que investigassem associação entre as carências estruturais e seu impacto no processo.

No decorrer deste estudo, pôde-se observar que as relações humanas, o território e os atributos da atenção primária estão intimamente ligados. Não se pode olhar para Estratégia de Saúde da Família sem se apropriar desses conceitos; e não observar tais fatos limitam as ações de forma efetiva.

Espera-se que os dados obtidos permitam não somente identificar problemas na atenção à saúde que afetam os idosos, mas possibilitar a construção coletiva, por gestor, profissionais, usuário e universidade, de estratégias que deem suporte aos processos decisórios, à priorização dos investimentos, subsídios à identificação de problemas e auxílio na reorientação das ações e serviços prestados à saúde da população.

REFERÊNCIAS

_____. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Organización Mundial de la Salud. **Grupo científico sobre la Epidemiología Del Envejecimiento**. Ginebra, 1983. Informe.

_____. **A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade**. Rev. A Terceira Idade, v.14, n.28, p.6-29, 2003.

_____. **Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. Introdução. Cad. Saúde Pública, v.23, n.10, p. 2.463-2.466, 2007.

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

_____. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ Organização das Nações Unidas**; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

_____. **Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil**. CadSaúde Pública. 2006BAgo; 22(8): 1.649-59.

_____. 1926-2001. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** / Milton Santos. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

_____. O retorno do território. *In*: **OSAL: Observatório Social de América Latina**. Año 6 no. 16 (jun.2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005.

_____. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

_____. **Evaluating the Quality of Medical Care**. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729).

_____. **O mito da desterritorialização:** do “fim dos territórios” à multiterritorialização. Rio de Janeiro. Bertrand: Brasil. 2004.

_____. Multi/transterritorialidade e “contornamento”: do trânsito por múltiplos territórios ao contorno dos limites fronteiriços. In: FRAGA, Nilson Cesar (Org.). **Territórios e fronteiras:** (Re) Arranjos e perspectivas. Florianópolis: Insular, 2011.

_____. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Geneva: WHO; 2004.

_____. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
60p.: il.

ALVES JÚNIOR, E.D. **Envelhecimento e Atividade Física:** diversos olhares sobre a prevenção de quedas. Niterói: GEF/ UFF/Anima/Brazilfoundation, 2006.

ARANÍBAR, P. **Acercamiento conceptual a La situación del adulto mayor en América Latina.** Población y Desarrollo, n. 21, Santiago do Chile, Chile: Cepal, 2001.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo *de et al.* **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.8, pp. 3521-3532. ISSN 1413-8123.

ARAÚJO, M.R.N. **Organização da atenção básica pelas estratégias Saúde da Família e agentes comunitários de saúde.** Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2001. Bodstein, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cienc. Saúde Coletiva* 2002; 7: 401- 2.

BARCELLOS, C; SABROZA, P.C.; ROJAS L.L.R. **Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida:** Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 2002.

BASTOS, A.C.S. *et al.* **A construção social da estratégia de saúde da família:** condições, sujeitos e contextos. PNEPG, CNPq. 2001.

BODSTEIN, R. **Atenção Básica na Agenda da Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(3):401-412, 2002.

BONNEMAISON, J. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, R. L.; ROSENDHAL, Z. (Org.). **Geografia cultural**: um século. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002. v.3, p. 83-132.

BORGES, C.M.M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap.124, p.1037-1041.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

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

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica– Programa de Saúde da Família. Caderno 19**. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996**. Programa Nacional do Idoso (PNI). BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8842, de 04/01/1994 e Decreto nº1948, de 03/06/1996. **Política Nacional do Idoso**. 2. ed. Brasília,1998. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**, Brasília, 2000. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. 2.^a ed.: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistência à Saúde**. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso:** guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 104 p. _ Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Amostra de Municípios (PNAD).** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

BRASIL. **Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Direitos e deveres dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Programa de Saúde da Família.** Fundação Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Saúde da Família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde. Brasília. 1997. 36p.

BRASIL. SIAB. **Manual do sistema de informação de atenção básica.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, 96p.

BRASIL. **Sisap Idoso.** Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/MANUALSISAP280911marcadores.pdf> > Acesso em: 10 de Março de 2012.

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

BRASIL. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

BREDEMEIER, S.M.L. Conselho do idoso como espaço público. Revista Serviço Social e Sociedade, ano XXIV, n.75, p.84-102, 2003.

BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO F.L.B. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

BULGARELLI, A.F.; MANÇO, A.R.X. Idoso vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva 2008;13:1165-74.

CAMPOS, CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família do município de São Paulo. 2005. 195 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005.

CANÇADO, FAX. Epidemiologia do envelhecimento. In: **Noções práticas de geriatria**, Belo Horizonte: COOPMED Editora/Health C. R. Ltda, 1994. p.15-43.

CARBONI R.M., REPPETTO M.A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. Revista Eletrônica de Enfermagem 2007; 9(1): 251-260.

CENEVIVA, W. Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei. A Terceira Idade, v.15, n.30, p.7-23, 2004.

CERTEAU, M. A. Invenção do Cotidiano. Artes de fazer. 15 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CHIAVENATO I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. 2ed. São Paulo: Makron Books; 1994.

CONTRANDIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3): 705-710.

COSTA, L.V.A. Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental. In: Anais do I Seminário Internacional – **Envelhecimento Populacional:** uma agenda para o final do século. Brasília: MPAS, SAS, 1996. p.46-63.

CUNHA, E.M., GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado:** identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc. Saúde Colet.* 2011; 16 Suppl 1029-42.

DAL POZ, M.R; VIANA, A.L.A. **O Programa de Saúde da Família é um instrumento da reforma do SUS?** Boletim ABRASCO, n.71, parte II. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/boletim>> Acesso em 06/12/01.

DALPIAZ A.K.;STEDILE, N.L. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 5., 2011, São Luís. Anais... Maranhão: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 11 agosto. 2013.

DI MÉO, Guy. **“Patrimoine et territoire: une parenté conceptuelle”**. In: *Espaces et Sociétés*, Paris: Édition L’Harmattan, n. 78. (1995)

DONABEDIAN, A. **The quality of care: how can it be assessed?** *JAMA* 1988; 260:1743-48.

ESPERIDIÃO, M. Trad.: LAB. **Avaliação da satisfação de usuários.** *Cienc. Saúde Coletiva* 2005; 10(Supl):303-312.

FAVARO, P.; FERRIS, L.E. **Program evaluation with limited fiscal and human resources.** *Cad Saúde Pública.* 1991; 11(3):425-438.

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens:** um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc. Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9.

FLECK, M.P.A. **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artemed, 2008. 228p.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde – a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo, 2007, cap.4, p.125-133.
 FREEMAN, R. **Social exclusion, barriers and accessing dental care:** thoughts on planning responsive dental services. *Braz J Oral Sci* 2002; 1:34-9.

FREITAS, R.D. *et al.* **Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação.** Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.3, pp. 478-485. ISSN 0034-7167.

GARRIDO, R.;MENEZES,P.R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica.** RevBrasPsiquiatr2002;24 (Suppl 1):45-52.

Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(2):205-218.

GOLDMAN, S.N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L. *et al.* **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. Cap.3, p.61-81.

GONDIM, GMM; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde.** In: DICIONÁRIO de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade 2004.** Porto Alegre, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000 – Resultados do universo. 2000. Disponível < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2000>.> Acesso em 10/05/02.

HAESBAERT, Rogério. **Região, Diversidade Territorial e Globalização.** GEOgraphia n. 1. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia. 1999.

HARZHEIM, E. *et al.* **Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. **A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil.** Bol Saúde. v. 18, n. 1, p. 23-40, 2004.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 2004.** Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

KALACHE, A. *et al.* **O envelhecimento populacional brasileiro e o setor da saúde.** Revista Secretários Saúde, v.3, n.26, p.12-17, 1987.

LEBRÃO, M.L. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica.** Saúde Coletiva, 4(17): 135-140, 2007.

LEVY, P.S.; LEMESHOW, S. **Sampling of populations: methods and applications.** New York, 1991.

LIMA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. **Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos na população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Cad. Saúde Coletiva 2003; 19:735-743.

LOUVISON, M.C.P. *et al.* **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde.** Rev. Saúde Pública 2008; 42:733-40.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. **The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OCDE) Countries.** HSR 2003; 38(3):831-865.

MALOUIN, R.A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M.J. **Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home.** Manag. Care. 2009 Jun; 18(6):44-8.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

MEDEIROS, CR *Get al.* **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 15, n. 1, p.1521-153, Rio de Janeiro, 2010

MENDES, M.R.S.S.B. *et al.* **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):422-6.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde – construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.* **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein: V.6, supl.1, p.4-6, 2008.

NERI, A.L. **As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no Estatuto do Idoso**. A Terceira Idade, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

NOGUEIRA, S.L. *et al.* **Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico**. Rev. Bras. Estudo Popul. 2008, vol.25, n.1, p. 195-198.

NORONHA, K.V., ANDRADE, M.V. **Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina**. Ver. Panam. Salud Publica 2005;17:410-18.

OMS. Organización Mundial de La Salud. **Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos**. Ginebra, 1984. Informe.

OMS/OPS (Organización Mundial de La Salud/Organización Panamericana de Salud), 1989. **Evaluación de Servicios de La Salud Materno-Infantil**. Castaballeda, Venezuela, 24-28 de agosto de 1987. Washington D. C.: OMS/OPS.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Problemas dos idosos e velhos no mundo**. New York, 1982.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília (DF); 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Série Técnica Inovação na Gestão Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

PAPINUTTO, Adriana de S. T. **O território na construção do conhecimento local na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ**. /Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PASKULIN, Marcello. **Qualidade de vida e stress em professores de uma faculdade privada** /Marcello Paskulin; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2011.

PAZ, S.F. “**A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos**”. Tratado de Gerontologia e Geriatria; 1; Guanabara Koogan; RJ, BRASIL; Capítulo 125, 2002, pag 1042-1047.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C.. **O território no programa de saúde da família**. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Junho de 2006.

PIRES, Maria. **Diagnóstico situacional da estratégia de saúde da família**. UFJF. 2013.

PSF. Programa de Saúde da Família. **Uma estratégia de mudança do modelo de saúde**. Passo para implantação no município. SES/MG, maio, 1997.

RAMOS, L.R. *et al.* **Explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil**: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, v.1, n.1, .p.3-8, 1993.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LÚCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4ª ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado** - fundamentos teórico e metodológico da geografia. Hucitec. São Paulo 1988.

SANTOS, C.V.L.; PEREIRA, E.S. **O desafio de profissionais e usuários de uma Unidade Saúde da Família** [monografia de especialização]. Belém (PA): Universidade do Estado do Pará; 2003.

SCHONS, C.R.; PALMA, L.T.S. **Política social para a velhice**: instrumento de integração ou marginalização social? Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde**: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SIASUS – Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. **Departamento Nacional de Auditoria do SUS**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 07/2014.

SILVA, C.S.O *et al.* **Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.4, pp. 811-818.

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy.** New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.** *The Journal of Family Practice, United States*, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools.** Baltimore; Johns Hopkins University. 2009. Disponível em: http://www.jhsph.edu/pcpc/PCAT_PDFs/PCAT_Manual.pdf. Acesso em: 20/10/2013.

TANAKA, O.Y. **Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta.** *Saúde soc.* [online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 927-934.

TERRA, N.L. **Envelhecendo com qualidade de vida.** Programa Gerontológico. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001, p.203.

TRAD, L.A.B. *et al.* **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos.** PNEPG, CNPq. 2001.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde.** *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6):1561-9.

UVO, RT.; ZANATTA, M.L.A.L. **O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso.** *A Terceira Idade*, v.16, n.33, 2005.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2005; 10(3):599-613.

VERAS, R. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002, p.11-31.

VIACAVA, F. *et al.* **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 711-24.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a policy framework.** *Ageing and lifecourse*. Geneva, 2002, p.5-58.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas.** *Rev. Bras. Estud. Popul.*, v.23, n.1, p. 5-26, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:**

<p>Título: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA USUÁRIA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES</p>
<p>Natureza do Projeto: Pesquisa</p> <p>Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde (MGIT) Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)</p>
<p>Pesquisador Responsável: Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Nome do Mestrando Participante: Luiz Patrício Neto</p>
<p>Contato com pesquisador responsável: 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 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 a 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: 4.1) 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 feito 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. 4.2) 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 a 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, ser-lhe-ão garantidos todos os cuidados necessários à 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: _____

ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PrimaryCareAssessment Tool - PCATool-Brasil 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 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 ASER 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 resposta 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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9

**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	Provávelmente, sim	Provávelmente, 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	3	2	1	9
C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?	4	3	2	1	9
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9

Continuação

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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

D - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provávelmente, sim	Provávelmente, 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	3	2	1	9
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4	3	2	1	9
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4	3	2	1	9
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4	3	2	1	9

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

Continuação

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	3	2	1	9
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4	3	2	1	9
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4	3	2	1	9
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	3	2	1	9

**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	Provávelmente, sim	Provávelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E3 - O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E4 - O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4	3	2	1	9
E5 - O seu “ <i>médico / enfermeiro</i> ” ou alguém que trabalha no / com “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4	3	2	1	9
E6 - O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9

E7 - O "nome do serviço de saúde /
ou nome médico/enfermeiro" sabe
quais foram os resultados desta
consulta?

4

3

2

1

9

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9

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

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4	3	2	1	9

**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	3	2	1	9
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4	3	2	1	9
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4	3	2	1	9
G4 – Vacinas (imunizações).	4	3	2	1	9
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4	3	2	1	9
G6 – Tratamento dentário.	4	3	2	1	9
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4	3	2	1	9
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4	3	2	1	9

G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	3	2	1	9
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4	3	2	1	9
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4	3	2	1	9
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4	3	2	1	9
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4	3	2	1	9

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	Provávelmente, sim	Provávelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4	3	2	1	9
G15 - Remoção de verrugas.	4	3	2	1	9
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4	3	2	1	9
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4	3	2	1	9
G18 - Cuidados pré-natais.	4	3	2	1	9
G19 - Remoção de unha encravada.	4	3	2	1	9
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4	3	2	1	9
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4	3	2	1	9
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	3	2	1	9

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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	3	2	1	9
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4	3	2	1	9
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4	3	2	1	9
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4	3	2	1	9
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4	3	2	1	9
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4	3	2	1	9
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4	3	2	1	9
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4	3	2	1	9
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4	3	2	1	9

H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4	3	2	1	9
H11 – Como prevenir quedas.	4	3	2	1	9
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4	3	2	1	9
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4	3	2	1	9

**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	Provávelmente, sim	Provávelmente, 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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

**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	Provável-mente, sim	Provável-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4	3	2	1	9
J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4	3	2	1	9
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	3	2	1	9
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	3	2	1	9
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4	3	2	1	9
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4	3	2	1	9