

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Cíntia Cristina Sulzbach

**ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE  
LONGEVOS NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Santa Maria, RS  
2017

**Cíntia Cristina Sulzbach**

**ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE LONGEVOS  
NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia.**

Orientadora: Profa. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane

Coorientadora: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS  
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pela autora.

Sulzbach, Cíntia Cristina  
Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde de Longevos na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família / Cíntia Cristina Sulzbach.- 2017.  
95 p.; 30 cm

Orientadora: Loiva Beatriz Dallepiane  
Coorientadora: Teresinha Heck Weiller  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2017

1. Idoso 2. Envelhecimento 3. Saúde da Família 4. Sistema Único de Saúde 5. Saúde Pública I. Dallepiane, Loiva Beatriz II. Weiller, Teresinha Heck III. Título.

---

© 2017

Todos os direitos autorais reservados a Cíntia Cristina Sulzbach. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

**Cíntia Cristina Sulzbach**

**ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE  
LONGEVOS NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

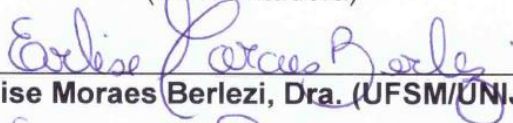
**Aprovado em 24 de novembro de 2017:**



**Loiva Beatriz Dallepiane, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)



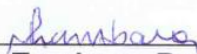
**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)



**Evelise Moraes Berlezi, Dra. (UFSM/UNIJUI)**



**Ligia Beatriz Bento Franz, Dra. (UNIJUI)**



**Marinês Leite Tambara, Dra. (UFSM) - suplente**

Santa Maria, RS  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

*À minha orientadora, Profa. Dra. Loiva Beatriz Dallepiane, por ter acreditado em mim e possibilitar a realização deste sonho. Também pela compreensão, competência e generosidade. Tenho você como um exemplo de mestre e ser humano!*

*À minha coorientadora, Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, pela oportunidade de aprendizado e pela colaboração na produção deste trabalho.*

*Aos membros da banca, minha gratidão, por se fazerem presentes neste momento importante e pelas contribuições.*

*À minha mãe Ivani, ao meu pai Inácio e à minha irmã Betina, pelo apoio, carinho e por acreditarem na minha capacidade.*

*Aos meus queridos amigos: Ticiane, Lisangela, Marília, Nelson e Mabel. Muito obrigada pela força e compreensão em todo este período de dificuldades, além dos momentos diários de saúde mental.*

*À Cacaú e à Doce, sem o carinho de vocês eu jamais conseguiria chegar até aqui.*

*Aos idosos que participaram do estudo matricial, aos profissionais e às Agentes Comunitárias de Saúde, que aceitaram participar do estudo ou que me levaram até a casa dos longevos, principalmente por disponibilizar de seu tempo para a realização de minha pesquisa.*

*Enfim, a todos que participaram de minha trajetória que, mesmo não mencionados aqui, contribuíram para realização deste sonho!*

*Para que a velhice não represente uma derrisória paródia de nossa existência anterior, só existe uma solução: continuar lutando por objetivos capazes de conferir um sentido à nossa existência.*

*(Simone de Beauvoir)*

## RESUMO

### ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE LONGEVOS NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Cíntia Cristina Sulzbach  
ORIENTADORA: Loiva Beatriz Dallepiane  
COORDINADORA: Teresinha Heck Weiller

A Saúde da Família é estratégia prioritária da Atenção Primária brasileira e contribui para que a população envelheça com saúde. Os atributos essenciais: acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade – caracterizam um serviço como provedor de Atenção Primária. Nesse sentido, objetiva-se analisar a percepção de profissionais de Saúde da Família acerca dos atributos essenciais da Atenção Primária no atendimento de longevos, em Palmeira das Missões - RS. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e exploratório com 10 profissionais, utilizando entrevista semi-estruturada cujas questões basearam-se no *Primary Care Assessment Tool*. Após transcrição, realizou-se análise temática de conteúdo. Elaboraram-se categorias de acordo com cada atributo essencial e subcategorias denominadas facilitadores e barreiras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob CAEE nº 61829916.6.0000.5346. O acesso caracterizou-se pelas visitas domiciliares, demanda espontânea, limitação no acesso temporal, falta de recepcionista e não prioridade aos longevos. Quanto à longitudinalidade, relatou-se baixa rotatividade profissional, registro dos atendimentos, reuniões de equipe, demanda elevada e reconhecimento do agente comunitário. Na coordenação do cuidado destacaram-se: prontuário eletrônico, ausência de contrarreferência, regulação descentralizada e a demora no acesso aos serviços especializados. A integralidade foi descrita pela busca por resolutividade, falta de serviços específicos aos longevos, predomínio da perspectiva biomédica, diversidade de assuntos discutidos embora não se aborde sobre envelhecimento. Conclui-se que a análise dos atributos essenciais na percepção dos profissionais de saúde é relevante para a qualificação do cuidado aos longevos, uma população em maior vulnerabilidade, com potencialidade de contribuir para o desenvolvimento de políticas e linhas de cuidado integrais.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública

## **ABSTRACT**

### **ESSENTIAL ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE TO LONGEVIOUS PEOPLE IN THE PERCEPTION OF THE PROFESSIONALS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

AUTHOR: Cíntia Cristina Sulzbach  
ADVISOR: Loiva Beatriz Dallepiane  
CO-ADVISOR: Teresinha Heck Weiller

Family Health is a priority strategy for Primary Care in Brazil and aims at health of the aging population. The essential attributes: access, longitudinality, coordination, integrality - characterize a service as a primary care provider. In this sense, our objective is analyze the perception of Family Health professionals about the essential attributes of Primary Care in the care of longevous people, in Palmeira das Missões - RS. This is a qualitative, transversal and exploratory study with 10 professionals, using a semi-structured interview whose questions were based on the Primary Care Assessment Tool. After transcription, thematic content analysis was performed. Categories were categorized according to each essential attribute and subcategories called facilitators and barriers. The project was approved by Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, under CAEE nº 61829916.6.0000.5346. The access was characterized by home visits, spontaneous demand, limitation in the temporal access, lack of receptionist and not priority to the long-lived elderly. In longitudinality, there was low professional turnover, record of appointments, team meetings, high demand and recognition of the community agent. Coordination of care was highlighted: electronic medical record, lack of counterreference, decentralized regulation and delayed access to specialized services. The integrality was described by the search for resolution, lack of specific services to the longevous people, predominance of biomedical perspective, diversity of subjects discussed although it does not address about aging. It is concluded that the analysis of the essential attributes in the perception of health professionals is relevant for the qualification of care for the long-lived elderly, a population in greater vulnerability, with the potential to contribute to the development of policies and comprehensive lines of care.

Keywords: Elderly; Aging; Family Health; Health Unic System; Public Health



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos estudos que aplicaram o PCATool na população idosa, Palmeira das Missões, RS, 2017 .....	28
Quadro 2 - Descrição dos participantes de cada ESF, Palmeira das Missões, RS, 2017 .....	35
Quadro 3 – Perguntas norteadoras das entrevistas, Palmeira das Missões, RS, 2016-2017 .....	36
Quadro 4 - Quadro 4 – Atributos Essenciais: facilitadores e barreiras, Palmeira das Missões, RS, 2017 .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CF	Constituição Federal
EI	Estatuto do Idoso
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
LCI	Linha de Cuidado Integral
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PubMed	<i>US National Library of Medicine</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SG	Síndrome Geriátrica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
3.1 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE PÚBLICA.....	15
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DO IDOSO.....	18
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	20
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
4.1 GERAL .....	32
4.2 ESPECÍFICOS .....	32
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>33</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	33
5.2 CAMPO DE ESTUDO .....	33
5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA .....	33
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
5.5 MÉTODO DE COLETA .....	34
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
5.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	36
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	38
6.2 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS .....	38
6.2.1 Acesso .....	40
6.2.2 Longitudinalidade .....	43
6.2.3 Coordenação.....	47
6.2.4 Integralidade.....	51
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>

<b>APÊNDICE 1 – ENTREVISTA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE 2 – ENTREVISTA ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PROFISSIONAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 1 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>91</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde de Longevos na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família”, apresentada ao Programa Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria. Trata-se de uma parte de um projeto maior denominado “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família”, o qual analisou a percepção de longevos e profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O trabalho é apresentado em seis partes, na ordem que segue (modelo resumido):

Parte 1: Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;

Parte 2: Percurso Metodológico

Parte 3: Resultados;

Parte 4: Discussão;

Parte 5: Considerações Finais e Referências;

Parte 6: Apêndices e Anexos.

## 2 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno global e tem sido acelerado nos países em desenvolvimento como o Brasil, tendo consequências sociais e econômicas, tais como o aumento na demanda pela utilização de serviços públicos de saúde, de aposentadorias e pensões e da proteção social (UNITED NATIONS, 2013; UNITED NATIONS, 2017).

Entende-se por envelhecimento um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, de modo que o torne menos capaz frente a fatores ambientais, aumentando a possibilidade de morte (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

São considerados idosos longevos ou mais idosos, os indivíduos que possuem 80 anos ou mais (CAMARANO, 2002; MARAFON et al., 2003; DA CRUZ et al., 2004), sendo este segmento populacional que mais cresce no Brasil (IBGE, 2011).

A velhice, como uma etapa da vida, possui uma pluralidade de imagens socialmente construídas e referidas ao ciclo de vida. A classificação ou consideração do termo “idoso”, “velho”, “terceira idade” decorre do modo em que estão postos as relações entre gerações, entre as classes sociais e das relações de gênero (MOTTA, 2006). Neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define o envelhecimento como um processo natural que sucede ao longo de toda a experiência de vida (BRASIL, 2006a). Em virtude disso, as políticas públicas devem contribuir para que a população envelheça com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2006b).

Desse modo, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental, por ter como finalidade o desenvolvimento de uma atenção integral (BRASIL, 2011a). A APS possui atributos que são divididos em essenciais e derivados. Os essenciais são constituídos pelo acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, presentes quando um serviço é considerado provedor de APS. Os atributos derivados, atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural, que aumentam o poder de interação do serviço com os indivíduos e com a comunidade (HARZHEIM et al., 2006; STARFIELD, 2002). No Brasil, a ESF é a estratégia prioritária da APS, também conhecida como Atenção

Básica (AB) (BRASIL, 2011a) e deve ter sua atenção voltada para uma perspectiva ampliada de saúde.

No Estatuto do Idoso (EI) consta que é dever da família, comunidade, sociedade e do Poder Público proporcionar ao idoso a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Para isso, a legislação prevê como algumas ações prioritárias, a destinação de recursos nas áreas de geriatria e gerontologia, assim como a capacitação nessas áreas (BRASIL, 2003).

O direito à saúde é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003). Contudo, percebe-se que o que é preconizado na legislação depara-se com algumas limitações. Nesse sentido, conhecer a percepção dos profissionais, os executores das políticas públicas da AB, bem como de identificar o contexto da atenção à saúde possibilita um planejamento adequado das ações. Desenvolver uma pesquisa que pretende analisar a percepção de trabalhadores da ESF acerca dos atributos da APS vem ao encontro com as diretrizes propostas pela PNSPI (BRASIL, 2006a) que, além de qualificar os serviços de saúde, garante acesso à rede de serviços de saúde e atenção integral à saúde da pessoa idosa, direciona investimentos de recursos para assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, promove a Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais do SUS na área, bem como contribui na ampliação e construção de conhecimentos teóricos e práticos no campo da Gerontologia.

Na literatura, foram encontrados cinco trabalhos que descrevem a qualidade da APS na perspectiva do idoso (ARAÚJO et al., 2014; BARA et al., 2015; DOTTO et al., 2016; CARVALHO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2010), nenhum específico com longevos, o que demonstra lacunas nessa área de conhecimento.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo refere-se aos elementos teóricos necessários para a construção da problemática do estudo. Utilizou-se como estratégia, a busca nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na US National Library of Medicine (Pubmed). Também foram utilizados documentos oficiais e políticas públicas nacionais e internacionais como marcos referenciais.

Os termos empregados nas pesquisas foram os seguintes: “longevo”, “idoso”, “envelhecimento”, “idoso de 80 anos ou mais”, “envelhecimento da população”, “saúde do longevo”, relacionados ao público do estudo. Já com referência ao tipo de serviço, modelo de atenção e instrumentos avaliativos foram: “Saúde da Família”, “Estratégia Saúde da Família”, “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Básica”, “Políticas Públicas”, “Sistema Único de Saúde”, “Avaliação da Atenção Primária” e “PCATool”. A busca ocorreu pelos termos contidos nos resumos, títulos e assuntos das bases de dados, sendo elaborados os eixos: Envelhecimento populacional e suas repercussões, políticas públicas para a saúde do idoso e atenção primária.

#### 3.1 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E AS REPERCUSSÕES NA SAÚDE PÚBLICA

O envelhecimento da população ocorre mundialmente, sendo este processo resultante da diminuição da mortalidade e do declínio da fertilidade (CAMARANO e KANSO, 2009; OMS, 2015; UNITED NATIONS, 2013; UNITED NATIONS, 2017). Estes dois fatores decorrem de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e Estado e com contribuições a partir do progresso médico e tecnológico. Sem dúvida o envelhecimento deve ser considerado uma conquista da humanidade. Contudo, as consequências têm sido vistas com preocupação, pois implicam mudanças no padrão de transferência de recursos, bem como a associação entre envelhecimento e dependência (CAMARANO, KANSO e FERNANDES, 2013; UNITED NATIONS, 2017).



A proporção global de idosos aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013 e estima-se que chegará a 21,1% em 2050. Desse modo, o número de pessoas com 60 anos ou mais passará de 841 milhões de pessoas em 2013 para 2,1 bilhões em 2050. Projeta-se que em 2047 o número de idosos excederá o número de crianças (UNITED NATIONS, 2013; UNITED NATIONS, 2017).

No Brasil, em 2013, os idosos eram responsáveis por 13% da população total do país, tendo a região Sul o percentual mais elevado, de 14,5% (IBGE, 2014). De acordo com o Índice de Envelhecimento, um indicador utilizado para avaliar o envelhecimento populacional, entre 1970 e 2010, o Brasil apresentou um aumento de 268%. Em 2010, destacou-se a região Sul, com o maior índice (54,94), e dos estados brasileiros, o Rio Grande do Sul (RS), com 65,47 (CLOSS e SCHWANKE, 2012). O RS destaca-se por ser um dos estados com maior expectativa de vida ao nascer e por possuir uma das taxas de fecundidade mais baixas, levando a um perfil etário envelhecido (IBGE, 2011).

Dois terços da população mundial de idosos vivem em países em desenvolvimento e, nesses locais, incluindo o Brasil, essa proporção está crescendo mais rápido que nos países desenvolvidos (KALACHE, 2009; UNITED NATIONS, 2013). Os países desenvolvidos enriqueceram antes de envelhecer, enquanto que nos em desenvolvimento ocorre o processo inverso, constituindo um grande desafio, pois deverão desenvolver políticas públicas que abarquem essa mudança (KALACHE, 2008; KALACHE, 2009).

Estima-se que a maioria dos idosos se concentrará nas regiões menos desenvolvidas do planeta. Em 2050, em torno de oito de dez idosos no mundo viverá nas regiões menos desenvolvidas. Em boa parte dos países em desenvolvimento, a pobreza é elevada entre as pessoas mais velhas, especialmente em países com cobertura limitada dos sistemas de segurança social (UNITED NATIONS, 2013). Embora o processo de envelhecimento seja um processo fisiológico, com redução das reservas fisiológicas, ter uma maior longevidade acarreta no aumento das doenças crônicas repercutindo na redução da qualidade de vida (CAMARANO e KANSO, 2009; UNITED NATIONS, 2013).

Busca-se o envelhecimento com melhor capacidade funcional, ou seja, em que os idosos continuem sendo recursos para suas famílias e para a sociedade. No entanto, muitos sistemas de saúde são orientados pelo imediatismo, com ênfase no cuidado agudo, influenciando na qualidade de vida e envelhecimento da população,

tendo como consequência, custos mais elevados com doenças e complicações que poderiam ser prevenidas (KALACHE, 2008; KALACHE, 2009).

O processo do envelhecimento altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e afeta a distribuição de recursos na sociedade (CAMARANO e KANSO, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que as ações de saúde pública relacionadas ao envelhecimento constituem necessidades urgentes, independentemente da situação atual ou nível de desenvolvimento do país. Os custos para estas ações devem ser consideradas como investimentos, pois ao passo em que se financiam ações de promoção de um envelhecimento saudável, mantem-se melhores níveis de saúde, autonomia, independência e qualidade de vida da população e, conseqüentemente, a redução de gastos com tratamentos, internações, cuidados e patologias (OMS, 2015).

A saúde do idoso está relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de cuidar de si mesmo. Essa capacidade é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária, que são tarefas do cotidiano realizadas pelo indivíduo (MORAES, SANTOS e MARINO, 2010; MORAES, 2012).

Há quatro domínios funcionais associados à saúde da pessoa idosa: cognição, humor, mobilidade e comunicação. O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção gerontológica, sendo que o comprometimento dessas funções resulta nas Síndromes Geriátricas (SGs): incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa. Também são consideradas a iatrogenia, a incontinência esfinteriana e a insuficiência familiar (MORAES, SANTOS e MARINO, 2010; MORAES, 2012).

A presença de incapacidades é o principal fator de risco de morbidade, mortalidade, hospitalização, dependência e institucionalização em idosos. Deste modo, os profissionais de saúde devem realizar a avaliação multidimensional para avaliar a saúde do idoso e identificar as SGs. Esta é considerada a melhor metodologia para a avaliação integral do idoso e para o direcionamento das intervenções a serem propostas, como o Plano de Cuidados, que inclui as intervenções capazes de melhorar a saúde do indivíduo, através da utilização de todos os recursos disponíveis, tanto do sistema de saúde quanto da comunidade, de forma a atuar nas diversas fases do processo de fragilização e na prevenção, cura, controle, reabilitação ou conforto (MORAES, SANTOS e MARINO, 2010; MORAES, 2012).

Em geral, a resposta do sistema de saúde é fragmentada em relação à atenção ao idoso (MORAES, 2012). Portanto, o Brasil necessita de políticas públicas adequadas, sustentáveis e universais, a fim de trazer uma nova forma de pensar sobre o envelhecimento, não de apenas seguir os padrões dos países desenvolvidos, pois estes modelos não são aplicáveis à realidade do país (KALACHE, 2009).

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DO IDOSO

Andrade et al. (2013) afirmam que as políticas públicas são implantadas na tentativa de suprir as demandas referentes ao envelhecimento. Os autores destacam ainda a necessidade da população idosa por uma maior visibilidade social e representatividade política na sociedade, principalmente abordando a pluralidade do envelhecimento.

No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 foi um importante marco social para a população idosa, pois permitiu um grande avanço na expansão da cobertura da seguridade social, conferindo a dissociação entre envelhecimento e pobreza (CAMARANO, KANSO e FERNANDES, 2013). Entre os direitos sociais são considerados a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a assistência aos desamparados. Em seus princípios fundamentais, destacam-se a cidadania e a dignidade da pessoa humana, tendo como alguns de seus objetivos fundamentais, promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e outras discriminações (BRASIL, 2012a).

O Estado tem o dever, assegurado pela legislação, de garantir ao idoso a proteção à vida e à saúde, mediante políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b). Isto é, para que mantenha um envelhecimento ativo e saudável, apesar das progressivas limitações, favoreça as possibilidades de viver com autonomia e com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2006a).

No Brasil, o direito à saúde do idoso é assegurado por intermédio do SUS (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2006b). As ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e; participação da comunidade (BRASIL, 2012a).

Há outras legislações referentes à saúde do idoso, como a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso. A PNI tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em seus princípios, está a informação à sociedade em geral sobre processo de envelhecimento (BRASIL, 1994).

Dentre as diretrizes do PNI, destacam-se: priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento, capacitação dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços (BRASIL, 1994).

Em 2002, em Madri, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, tendo como produto a criação do 2º Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, documento utilizado como embasamento para diversas legislações brasileiras. Apresenta três prioridades: a) idosos e desenvolvimento; b) promoção da saúde e bem-estar na velhice e; c) criação de um ambiente propício e favorável (UNITED NATIONS, 2002).

O Plano evidencia a transição demográfica como desafio para o século XXI, além de enfatizar o envelhecimento e a erradicação da pobreza no crescimento econômico dos países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2002).

No ano de 2003, foi criado o EI, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Define que os direitos já estabelecidos na CF e na PNI devam ser prioridade e determina de que forma será efetivada essa priorização (BRASIL, 2003). Foi criada em 2017, a Lei nº 13.466 que altera alguns artigos do EI, estabelecendo a prioridade especial dos longevos em relação aos demais idosos (BRASIL, 2017a).

Em 2006, surgiu o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a) que constitui um conjunto de compromissos sanitários e prioridades definidas pelo governo federal, estadual e municipal, destacando-se a saúde do idoso, com a implantação da PNSPI e pela busca da atenção integral. Outra prioridade é a AB, com a consolidação da ESF como modelo e como centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No Biênio 2010-2011, ambas as prioridades acima permaneceram, mas com objetivos diferentes: em relação à atenção à saúde do idoso, foi de promover a formação e EPS dos profissionais no SUS e dentre as finalidades no fortalecimento da AB está a ampliação da cobertura populacional por meio da ESF, redução de internações hospitalares por diabetes mellitus e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2009a).

### 3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS, no Brasil conhecida também como AB, tem seu papel fundamental para a saúde do idoso, por englobar um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A APS é o contato preferencial dos usuários, bem como a principal porta de entrada e centro de comunicação das RAS com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da coordenação do cuidado, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a atenção integral (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011a).

Conforme Starfield (2002) constituem-se como atributos essenciais à APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e os atributos derivados: atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e competência cultural.

Conforme Harzheim et al. (2006), os atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem inter-relacionados, sendo que um serviço pode ser considerado provedor de APS quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. A identificação da presença e extensão destes atributos é essencial para definir se um serviço é realmente orientado para a APS e, quanto maior a presença destes atributos, melhor a capacidade de prover atenção integral.

Conforme Starfield (2002) e Brasil (2015), os conceitos de cada atributo estão descritos a seguir:

- O acesso de primeiro contato é entendido como a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou episódio pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Envolve a mensuração da acessibilidade do ponto de vista estrutural, assim como de utilização.

- A longitudinalidade refere-se à existência de fonte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo, com relação mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos, famílias e comunidade.

- A integralidade é definida como os arranjos que as unidades de APS devem realizar para que o indivíduo receba todos os tipos de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas, ou seja, trata-se da responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Pressupõe que as unidades deverão desenvolver ações de prevenção, tratamento, promoção da saúde, cuidado, cura, palição e reabilitação Este atributo preconiza o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais promotores de doenças.

- A coordenação do cuidado é caracterizada pela continuidade da atenção por parte dos profissionais, prontuários, além do reconhecimento de problemas.

- A atenção à saúde centrada na família consiste em considerar o sujeito em seu contexto familiar, propiciando uma atenção integral a todos os componentes, necessária a interação dos profissionais com a unidade familiar focando na abordagem familiar. Inclui a consciência da comunicação intrafamiliar e o apoio e apreciação dos recursos familiares para lidar com os eventos e dificuldades de seus membros.

- A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades da população em razão do contexto físico, econômico e social, o que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Requer o conhecimento de três informações: das necessidades de saúde da comunidade; do quanto os profissionais se envolvem nos assuntos da comunidade; e o quanto os profissionais envolvem a comunidade em questões relacionadas à prática, como por exemplo, como a oferta de aconselhamento, pesquisas de satisfação e sugestões de melhora.

- A competência cultural representa a relação de horizontalidade entre a equipe e a comunidade que respeite as singularidades culturais e as preferências da população, incluindo as subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características especiais. Inclui a percepção das populações especiais acerca de suas necessidades em saúde e de atendimento.

No que se refere ao acesso, verificou-se que no Brasil, houve uma considerável ampliação por meio da AB, retratada por meio de diferentes indicadores (VIACAVA et al., 2012). Sabe-se da relação entre desigualdade social e acesso à saúde. Desse modo, torna-se necessária a ampliação da cobertura de serviços (ALMEIDA et al., 2017), o que tem ocorrido no Brasil no que concerne aos serviços de menor complexidade (VIACAVA et al., 2012), ou seja, o país tem melhorado o desempenho da APS e reduzido as iniquidades em saúde, o que de fato também tem impactado na saúde do idoso.

Dessa forma, torna-se necessário refletir sobre os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar o acesso da população idosa à APS, como: número de usuários por equipe, excesso de demanda, organização da demanda espontânea, localização do estabelecimento, horários e dias de atendimento, infraestrutura adequada para o atendimento, acessibilidade, acolhimento, modelo biomédico hegemônico, capacitação e espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho (BRASIL, 2013; MITRE, ANDRADE e COTA, 2012).

Apesar da magnitude da acessibilidade para o acesso, Albuquerque et al. (2014), observaram dificuldades relacionadas que afetam a autonomia do idoso na usabilidade de um serviço de saúde, destacando-se barreiras arquitetônicas e

ausência de acessibilidade de idosos e de pessoas com deficiência visual, auditiva, ou analfabeta. Desse modo, quando percebida como uma barreira, os longevos não vão buscar uma unidade de APS para situações que não sejam emergenciais, ou seja, não é possível fornecer um cuidado integral ao idoso quando há essas dificuldades.

Outro fator imprescindível ao longo tempo é o acolhimento, uma ferramenta que de acesso à APS. Trata-se de um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços, potencializar os espaços democráticos, éticos e reflexivos que objetiva um modelo assistencial que valorize os sujeitos, a produção do cuidado e de saúde. Para isto, necessita de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às demandas e para a corresponsabilização do cuidado (MITRE, ANDRADE e COTA, 2012). Apesar disso, sua prática é restrita, considerada como mais uma tarefa a ser realizada, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes e não impactando na reorganização das ações programadas (ALBUQUERQUE et al., 2014; MITRE, ANDRADE e COTA, 2012). Portanto, para que o acolhimento seja um facilitador, precisa haver compromisso das diferentes esferas, devendo ser visto como uma postura política. Caso contrário, o acesso não ocorrerá de forma efetiva na APS.

Nesse sentido, emerge a necessidade de problematizar sobre o papel na APS e ESF na construção de práticas de saúde enquanto práticas sociais que superem a atuação programática, curativa e individualizada (ARCE e SOUSA, 2014). Em vista disso, a longitudinalidade é essencial para consolidar a APS no contexto brasileiro, pois é delineada por uma US prover fonte regular de cuidado, vínculo e continuidade de informações.

Estudos apontam que os fatores relacionados como facilitadores para a longitudinalidade são: tempo para o desenvolvimento das relações interpessoais, organização do serviço, acessibilidade, características dos usuários, maiores necessidades de saúde, ser idoso e ter doença crônica. Por outro lado, os aspectos que dificultam para a manutenção do atributo são: tipos de vínculo, acesso, condições de escuta, demanda dos usuários, volume de trabalho, falta de profissionais, más experiências, falta de conhecimento dos usuários, problemas de saúde mental e residir em área rural (GHIGGI, BARRETO e FAJARDO, 2014; KRISTJANSSON et al., 2013; PAULA et al., 2015). Desta maneira, a integralidade faz-se pela estruturação e organização do serviço, e, acima de tudo, pelo



desenvolvimento das tecnologias relacionais que visam o vínculo terapêutico duradouro e a troca entre os diferentes saberes.

Com relação à coordenação do cuidado, evidências apontam para a importância do compromisso político com a APS (RODRIGUES et al., 2014), da relação entre coordenação relacional com a satisfação sobre o serviço prestado, bem como com a sua magnitude para o cuidado integral (CRAMM, HOEIJMAKERS e NIEBOES, 2014). Já Aleluia et al. (2017) verificaram que em um município brasileiro o atributo não era evidenciado. Lapão et al. (2017) e Bousquat et al. (2017) demonstraram o impacto da coordenação do cuidado no papel da APS dentro das RAS. Ainda, Silva, Sancho e Figueiredo (2016) relacionaram o atributo com a construção de Linhas de Cuidado Integrais (LCI) e de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) e que, nessa lógica, envolvem as possibilidades de pactuação dos fluxos e a reorganização dos processos de trabalho.

De acordo com diferentes estudos, a integralidade é o atributo com pior desempenho na atenção ao idoso (ARAÚJO et al., 2014; DOTTO et al., 2016; MARTINS et al., 2014), ocasionando uma baixa resolutividade da APS (ARAÚJO et al., 2014) e uma consequente sobrecarga de outros pontos da RAS, sobretudo, das emergências. Dentre as limitações apontadas, estão o déficit de ações preventivas, de autocuidado e de suporte social do idoso e cuidadores (ARAÚJO et al., 2014), dificuldades na escuta qualificada, no desenvolvimento de atividades específicas em grupos, e no reconhecimento da população da área (COUTINHO et al., 2013), bem como a ocorrência de déficit estrutural e de profissionais especializados em gerontologia (SANTOS et al., 2016). Tais limitações suscitam em uma atenção fragmentada resultando em uma insatisfatória efetivação da integralidade.

Como formas de superar estes impasses, torna-se necessária a organização de uma Rede de Cuidado ao Idoso na Comunidade (COUTINHO et al., 2013; VELLO et al., 2014), posto que não há integralidade sem rede (VELLO et al., 2014). E, para sua construção, é preciso investir em tecnologias de atenção à saúde, ampliar os objetivos do trabalho clínico e ampliar a autonomia dos usuários (KALICHMANN e AYRES, 2016), ou seja, incluindo todos os atores nos processos avaliativos e de gestão (SILVA et al., 2014), com a efetivação do controle social (MARTINS et al., 2014), partindo do pressuposto da gestão democrática. Ainda, Martins et al. (2014) sugerem o uso de protocolos de atenção a saúde do idoso baseado em evidências como ferramentas de qualificação. Assim, constata-se a

complexidade do trabalho em rede e da relevância de cada ponto estar estrategicamente articulado para de fato responder às necessidades da pessoa idosa.

Posto isto, a APS deve ter suas ações centradas na pessoa e não em patologias, de modo que lide com os determinantes sociais de saúde, organizando e racionalizando recursos (STARFIELD, 2002).

A APS do Brasil possui a ESF como modelo de reorganização e é considerada como um mecanismo de expansão, qualificação e consolidação da APS, pois favorece a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS e da APS, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011a).

Como características essenciais da ESF destacam-se: a existência de uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal; possuir ACS que cubram 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por profissional; atuação em território adstrito, sendo que cada equipe é responsável por no máximo 4000 pessoas, respeitando critérios de equidade, como o grau de vulnerabilidade das famílias do território, visto que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011a). A Equipe de Saúde da Família é responsável pela atenção à saúde de todos os idosos que estão na sua área adscrita (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo de ampliar a resolubilidade, abrangência e o escopo das ações da AB, foram criados em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de referência pela metodologia do apoio matricial (BRASIL, 2011a).

As equipes matriciais e de referência devem, em relação à saúde do idoso na APS, incluir os atendimentos por demanda espontânea, busca ativa, visitas domiciliares, grupos, oficinas, abordagem familiar, interconsultas e diagnóstico e mobilização comunitária (BRASIL, 2006b).

Todas as ações devem contribuir para um diagnóstico multifuncional do idoso que, por sua vez, é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o

idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico (BRASIL, 2006b). Esse diagnóstico deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária quanto à presença SGs (MORAES, 2012).

Idosos com SGs são portadores de declínio funcional estabelecido. Na perspectiva da funcionalidade e da vulnerabilidade, o declínio funcional é o principal determinante da presença da fragilidade, termo utilizado para descrever uma condição clínica preditora de incapacidades, institucionalizações, hospitalizações e mortes (MORAES, 2012).

A detecção precoce e a adoção de intervenções em relação às SGs melhoram a assistência da APS prestada ao idoso. Quando a APS apresenta barreiras, gera aumento na demanda de outros pontos da rede, conforme demonstrado no estudo de Marques et al. (2014), em que o avanço da reorganização da APS apresentou uma redução do número de internações por condições sensíveis à APS, contribuindo para a qualidade de vida da população idosa (MARQUES et al., 2014). Bós e Kimura (2015), em um hospital universitário do RS, verificaram que de 1.277 longevos, 52,4% foram internados por condições sensíveis à APS, ou seja, mais da metade poderia ter sido atendido na APS.

Com relação à melhora deste quadro, Brasil (2006b) sugere que a APS ofereça uma rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas a fim de facilitar o acesso.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, mesmo com a presença de progressivas limitações, seja possível promover a saúde com a máxima qualidade possível. Sabe-se que a dependência é o maior temor nesse ciclo de vida e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de SF. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2006b).

A fim de potencializar a atuação das equipes da AB no cuidado da pessoa idosa, existem dois instrumentais: O Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b) e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017b). Ambos preconizam a realização da avaliação funcional a fim de

identificar SGs, fragilização ou risco como forma de estabelecer um diagnóstico, prognóstico e decisão clínica adequados, que servirão de base para determinar os tratamentos, cuidados necessários e a construção de um PCI (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2017b). Portanto, é por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para superar as limitações (BRASIL, 2006b).

Além da avaliação da capacidade funcional, a atenção do idoso na AB deve recorrer ao uso de outros dispositivos, como atendimentos clínicos, demanda espontânea, Visitas Domiciliares (VDs), busca ativa, explorar a rede de suporte social, territorialização e adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis (BRASIL, 2006b).

Desse modo, o cuidado da pessoa idosa necessita da abordagem de saúde em seu contexto ampliado, necessitando de envolvimento de toda a RAS, produzindo o cuidado pautado na decisão conjunta e do trabalho de coordenação das equipes da AB (MORAES, 2012). Contudo, é imprescindível uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades, adaptando-as à realidade sócio-cultural em que estão inseridas (BRASIL, 2006a).

Para a construção de estratégias para o enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa, é fundamental que sejam incorporados mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, para avaliar as diferentes dimensões da APS, Cassady et al. (2000), Shi, Starfield e Xu (2001) e Starfield (2002) desenvolveram e validaram um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), inicialmente aplicado em cuidadores de crianças em serviços de atenção à saúde de crianças nos Estados Unidos. O instrumento de domínio público, adotado OMS, apresenta um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS (PRATES et al., 2017).

Nessa perspectiva, realizou-se uma revisão sistemática no intuito de explorar o estado da arte sobre pesquisas que aplicaram o PCATool para avaliar o cuidado de idosos. Utilizou-se as seguintes bases de dados: SciELO, MEDLINE, LILACS e na Pubmed.

Inicialmente, os termos para pesquisa foram “PCATool” AND “longevo”. No entanto, não foram encontrados resultados. Desta forma, optou-se por realizar a busca com “PCATool” AND “idoso” nos resumos, títulos e assuntos das bases de dados.

A pesquisa foi realizada no dia 13 de agosto de 2017, não havendo delimitação temporal. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez e foram as pesquisas independentemente de seu nível de evidência.

A seguir, está o Quadro 1, que descreve as principais características dos estudos que envolveram a aplicação do PCATool na população idosa, sendo descritos o objetivo, tipo/abordagem, amostra e local e principais resultados.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos que aplicaram o PCATool na população idosa, Palmeira das Missões, RS, 2017

Artigo: título, revista, base de dados, autores, profissão do primeiro autor e ano	Objetivo, metodologia, população/local e principais resultados
<p><b>A1: Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil</b> LILACS Express Ciência &amp; Saúde Coletiva Dotto et al. Dentista 2016</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar a orientação dos serviços de APS e comparar a qualidade da APS entre UBSs e USFs em dois distritos de Porto Alegre, RS.</p> <p><b>População/local:</b> 402 idosos (≥ 60 anos) de Porto Alegre, RS, Brasil.</p> <p><b>Metodologia:</b> Pesquisa quantitativa descritiva observacional de base populacional. Foi aplicado um questionário com questões sociodemográficas, além do PCATool-Brasil, versão adulto. Realizada análise descritiva das variáveis, e a diferença entre as variáveis entre UBSs e USFs foi verificada pelo teste Qui-Quadrado.</p> <p><b>Principais resultados:</b> Acessam as UFS 77,9% dos idosos e, 22,1%, UBSs. Quando comparadas as UBSs e as USFs, houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade (≤ 70 anos acessavam 71,9% USFs X 58,3% UBSs). As USFs apresentaram maior orientação à APS quando comparadas com as UBSs. Todos os atributos foram superiores nas USFs, exceto integralidade (com mesma orientação em ambas). Contudo, apenas os atributos primeiro contato e longitudinalidade apresentaram diferenças estatísticas superiores nas USFs. Dos idosos, 22% não recomendariam o serviço de saúde para uma pessoa de sua família,. Em relação à qualidade dos serviços o valor médio de escore dos atributos foi: i) primeiro contato: 6,27; ii) coordenação: 5,20; iii) integralidade: 4,46; iv) longitudinalidade: 6,42; v) escore essencial: 5,64. Pelo escore essencial da APS, 23% estavam dentro do preconizado. Analisando a orientação de cada atributo individualmente, tiveram orientação para a APS: 54% dos serviços em relação à longitudinalidade; 42,3% em relação ao primeiro contato; 44,5% em relação à coordenação do cuidado; e 24% em relação à integralidade.</p>

Quadro 1 – Caracterização dos estudos que aplicaram o PCATool na população idosa, Palmeira das Missões, RS, 2017

(continuação)

Artigo: título, revista, base de dados, autores, profissão do primeiro autor e ano	Objetivo, metodologia, população/local e principais resultados
<p><b>A2: Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa</b> Ciência &amp; Saúde Coletiva SciELO Bara et al. Enfermeira 2015</p>	<p><b>Objetivo:</b> Descrever a etapa de pré-teste para o diagnóstico de factibilidade do PCATool-Brasil versão adulto – aplicado a um grupo de idosos cadastrados em uma unidade de APS.</p> <p><b>População/local:</b> 30 idosos (≥ 60 anos), em uma ESF urbana, em Juiz de Fora, Minas Gerais.</p> <p><b>Metodologia:</b> Nota de uma pesquisa transversal. O PCATool foi aplicado integralmente e avaliaram-se a adequação da linguagem e a aplicabilidade dos construtos pertencentes às suas realidades.</p> <p><b>Principais resultados:</b> Observaram-se dificuldades na compreensão de algumas perguntas. Alguns idosos manifestaram cansaço devido à extensão do instrumento de coleta. O instrumento não leva em consideração a heterogeneidade da população idosa e as suas diversidades social, cultural, educacional, econômica e política. A redação dos itens dificultou a compreensão do instrumento por parte dos idosos. Para questões dos blocos relativos à integralidade, houve itens que causaram algum constrangimento, manifestado por expressão facial ou verbal. Questões sobre o acesso de primeiro contato mostraram-se coerentes com uma realidade de AB não compartilhada com todo o país, e precisam ser consideradas condicionalmente ao local que está em avaliação. Perguntas referentes à jornada de trabalho e ao horário de frequência de escola também precisam ser relativizadas, se consideradas em população idosa. Questões sobre serviços disponíveis para o sexo feminino não levaram em conta o grupo etário (por exemplo, perguntas sobre planejamento familiar). A realização da etapa de pré-teste foi essencial para a identificação da necessidade de adequação das questões do PCATool-Brasil versão adulto para a realidade do idoso, que não é adequada para utilização entre idosos, necessitando de revisão. Recomenda-se a avaliação da adequabilidade das questões já validadas na versão adulto e propor adaptações, no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do instrumento com base nas especificidades das pessoas idosas em suas demandas e necessidades de utilização dos serviços primários de saúde.</p>
<p><b>A3: Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso</b> Ciência &amp; Saúde Coletiva MEDLINE, LILACS, PUBMED, SciELO Araújo et al. Dentista 2014</p>	<p><b>Objetivo:</b> Avaliar a qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva.</p> <p><b>População/local:</b> 100 idosos (≥ 60 anos). Amostra aleatória estratificada de idosos cadastrados em 10 das 20 UBS (urbanas e rurais) do município de Macaíba, Rio Grande do Norte.</p> <p><b>Metodologia:</b> Observacional transversal. Os dados foram obtidos mediante entrevistas com questionário socioeconômico e o PCATool-Brasil versão adulto. Amostragem aleatória bietápica (1º unidades, depois, usuários). As entrevistas foram realizadas no domicílio (n=95) e nas unidades (n=5). Realizou-se análise descritiva dos dados e estimadas as seguintes variáveis dependentes: o nível de qualidade Geral (todos os atributos da APS); o nível de qualidade Essencial (atributos essenciais); os níveis de qualidade Específicos (cada atributo e dimensão); os níveis de cumprimento por cada item do questionário.</p> <p><b>Principais resultados:</b> Os participantes atribuíram à qualidade nota 5,7, abaixo do ponto de corte (6,6). Longitudinalidade do cuidado: ponto forte (7,3). Fragilidades: Integralidade (4,7), a Orientação Familiar (4,1) e a Acessibilidade (3,8). Fatores socio-demográficos ligados à vulnerabilidade (menor renda, área rural e maior idade) associaram-se positivamente a diferentes atributos da APS. Evidenciou-se margem para melhoria do cuidado ao idoso, sendo prioritário ampliar o foco na família, o horário de funcionamento das UBS e a diversidade na prevenção de doenças e agravos.</p>

Quadro 1 – Caracterização dos estudos que aplicaram o PCATool na população idosa, Palmeira das Missões, RS, 2017

(continuação)

Artigo: título, revista, base de dados, autores, profissão do primeiro autor e ano	Objetivo, metodologia, população/local e principais resultados
<p><b>A4: Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study</b>            BMC Public Health            MEDLINE, LILACS, PUBMED            Carvalho et al.            Nutricionista            2013</p>	<p><b>Objetivo:</b> Comparar o grau de cuidados centrados na pessoa comparando USFs e UBSs para avaliar a associação de hipertensão, diabetes mellitus, doenças mentais, dor crônica, obesidade e obesidade central, com pontuação APS; avaliar a APS como marcador de qualidade de vida em indivíduos idosos que receberam cuidado nessas unidades.</p> <p><b>População/local:</b> 509 idosos (≥ 60 anos) que consultam UBSs ou USFs que participaram em grupos no dia de coleta ou aqueles visitados pela equipe em uma amostra aleatória. Ilhéus, Bahia.</p> <p><b>Metodologia:</b> Observacional transversal, aplicado em 13 de 23 ESFs e 8 de 10 UBS do município. Utilizou amostragem por randomização estratificada, proporcional ao número de unidades de cada modelo de atenção e foram entrevistados os idosos que compareceram às unidades para consultar ou participar de atividades grupais ou aqueles que foram visitados pelas equipes de SF. Aplicou-se entrevista com variáveis demográficas, socioeconômicas, principais problemas de saúde, mensuração de Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal, SF-12 v.2. (que avalia a qualidade de vida) e o PCATool.</p> <p><b>Principais resultados:</b> As ESFs têm maior realização de todos os atributos, em comparação às UBSs, com pontuações de escore geral de, respectivamente, 5,0 e 3,6. Houve diferenças estatisticamente significativas em: acesso, longitudinalidade e orientação familiar, os atributos que também foram melhor avaliados. Integralidade e orientação familiar foram os atributos com menor pontuação. Uma menor orientação à APS foi associada inversamente à hipertensão e positivamente para doenças cardiovasculares. Houve uma associação independente e positiva entre a pontuação e o componente mental da qualidade de vida e uma associação inversa com o componente físico.</p>
<p><b>A5: O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS</b>            Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre            LILACS            OLIVEIRA et al.            Dentista            2010</p>	<p><b>Objetivo:</b> Descrever como se dá o acesso da população idosa ao serviço de saúde em uma UBS de Porto Alegre.</p> <p><b>População/local:</b> 61 idosos de Porto Alegre, RS.</p> <p><b>Metodologia:</b> Descritiva e transversal, através de entrevistas semiestruturadas baseadas no PCA-Tool. Análise quantitativa.</p> <p><b>Principais resultados:</b> A Unidade de Saúde (US) foi lembrada por 83,6% como serviço de referência para primeiras necessidades em saúde. No que se refere ao atendimento de urgência para consulta médica, odontológica e de enfermagem, respectivamente, 68,9%, 22% e 57,4% (referiram não sentir necessidade: 13,1%, 59% e 42,6%). As maiores dificuldades de acesso se deram em relação às características geográficas do território. A percepção desses usuários quanto à priorização no atendimento foi de 59% (n=36).</p>

Na LILACS, foram encontrados quatro artigos (um excluído por não ter como população alvo os idosos), sendo selecionados três (A1, A3 e A5), na MEDLINE e na Pubmed, foram encontrados dois artigos (A3 e A4) e no SciElo, dois (A2 e A3).

Como podemos observar, a produção científica acerca da utilização do PCATool em idosos é recente, a partir de 2010, havendo uma publicação anual até 2016, exceto no ano de 2012. Todos os estudos são brasileiros, em cidades de maior porte ou de porte médio de região metropolitana. Com relação à região brasileira, 40% são da Região Sul, 40% da Região Nordeste e 20% da Região Sudeste.

Quanto à abordagem metodológica, 80% dos artigos são observacionais transversais e 20% nota de uma pesquisa observacional transversal. Todos (n=5)

consideraram como idosos, os com 60 anos ou mais, e utilizaram o PCATool versão Adulto. Em 60% dos estudos, fez-se o comparativo entre Unidades Básicas de Saúde (UBSs) Unidades de Saúde da Família (USFs), 20% realizou a avaliação em UBS e 20% em USFs. Verificou-se também a profissão do primeiro autor: três dentistas, um enfermeiro e um nutricionista.

Como principais resultados, destacam-se que embora as USFs têm maior realização de todos os atributos, em comparação às UBSs, os idosos atribuíram à qualidade da APS, nota abaixo do ponto de corte (6,6). A longitudinalidade foi o atributo melhor avaliado (A1, A3, A4), enquanto a integralidade teve o pior desempenho (A1, A3 e A4).

No que diz respeito ao acesso, as maiores dificuldades referidas foram em relação às características geográficas do território. A percepção dos idosos quanto à priorização no atendimento foi de apenas 59%.

No que concerne à avaliação da aplicação do PCATool, verificou-se a inadequação para a população idosa, pois não considera sua heterogeneidade, sendo mencionada a dificuldade na compreensão de algumas perguntas e o cansaço frente à sua extensão.

Portanto, tais apontamentos para a utilização de um instrumento diferenciado e que considere a heterogeneidade e a especificidade da população longeva, com a finalidade de perceber ou detectar as necessidades e perspectivas acerca do cuidado em saúde na APS. Deste modo, evidencia-se a construção de um instrumento qualitativo, que aprofunde estas questões ainda tão incipientes na área de conhecimento de saúde pública, APS e da população longeva.



## 4 OBJETIVOS

### 4.1 GERAL

Analisar a percepção acerca dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde no atendimento de longevos na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em um município do Sul do Brasil.

### 4.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam nas Estratégias Saúde da Família;
- Compreender como os profissionais de saúde percebem o atendimento ofertado aos longevos na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal de cunho exploratório, utilizando a análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2011). A técnica constitui-se pela exploração das unidades temáticas do discurso dos indivíduos, sendo que a presença e a frequência dessas unidades apontam a importância e os modelos de comportamento existentes nas falas dos pesquisados.

### 5.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado nas ESFs do município de Palmeira das Missões, situado na região noroeste do RS que, em 2010, foi composto por uma população de 34.328 habitantes (IBGE, 2011). Destes, 4507 (13,13%) são idosos e 581 (1,69% do total da população e 12,9% do total de idosos) são longevos. No município 34,92% dos idosos são cobertos pela ESF e apresenta um índice de envelhecimento de 65,32, determinado pela relação existente entre o número de idosos com 60 anos ou mais para cada 100 indivíduos menores de 15 anos de idade (BRASIL, 2011b).

Atualmente, a rede de ESF possui seis unidades e sete equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a; 2015b), constituída por 20 profissionais de saúde de nível superior (enfermeiros, odontólogos e médicos).

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde de nível superior (enfermeiros, médicos e dentistas) que atuam nas ESFs de Palmeira das Missões. Todos os profissionais tiveram a oportunidade de participar. O contato para a localização dos entrevistados teve o seguinte fluxo: 1) Secretaria Municipal de Saúde; 2) Coordenação da AB; 3) Coordenação das ESFs, que informavam a equipe sobre a pesquisa e encaminhavam o contato dos profissionais que concordaram em participar.

Dos 20 profissionais de saúde que compunham a rede de SF, participaram 10, conforme ilustra o Quadro 2, que demonstra o número de possíveis participantes

e de participantes entrevistados para cada US. Os motivos para a não participação no estudo estão descritos nos critérios de exclusão.

Quadro 2 - Descrição dos participantes de cada ESF, Palmeira das Missões, RS, 2017

<b>Unidade</b>	<b>Nº possíveis participantes</b>	<b>Participantes entrevistados</b>
Mutirão	3	1
Lutz	3	2
Amaral	3	1
Westphalen	3	2
Vista Alegre	2	1
CSU III	3	2
CSU IV	3	1
Total	20	10

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros e odontólogos do quadro efetivo das equipes básicas de ESF.

Procederam como critérios de exclusão os que estiveram em período de férias e/ou atestado de saúde e/ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados, e aqueles que não aceitaram participar.

#### 5.5 MÉTODO DE COLETA

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2016 a maio de 2017. A aplicação das entrevistas foi realizada utilizando um gravador digital, no próprio serviço de saúde em que cada profissional atuava, realizando-se contato prévio, para agendar a coleta. Foi empregado um diário de campo, em que foram registradas informações que consideradas relevantes para o estudo.

A pesquisa foi composta de uma entrevista que aborda os aspectos sociodemográficos e condições de saúde (Apêndice 1), e uma entrevista semi-estruturada.

As variáveis sociodemográficas e de saúde para os idosos consistiram em: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, profissão, tempo de graduação (em anos), tempo de trabalho na unidade de saúde (em meses), possui curso de especialização, e qual a área de especialização, se é coordenador da equipe e se a equipe participa do Programa Mais Médicos e grau de satisfação em relação à abordagem desenvolvida pela unidade de saúde, aos longevos.

A entrevista semi-estruturada teve suas perguntas norteadoras de acordo com os atributos essenciais da APS, (Apêndice 2), baseando-se no PCATool versão profissionais (BRASIL, 2010a). Optou-se pela utilização de entrevista semi-estruturada ao invés do PCATool, por tratar-se de um método mais adequado aos objetivos e à população do estudo. Além do mais, o PCATool não apresenta especificidades deste público, assim como não apresenta validação em relação ao cuidado ao longo. A seguir, o Quadro 3 descreve as perguntas norteadoras das entrevistas semi-estruturadas baseadas nos atributos da APS.

Quadro 3 – Perguntas norteadoras das entrevistas, Palmeira das Missões, RS, 2016-2017

<p><b>Acesso</b>  O serviço de saúde fica aberto em todos os momentos em que os longevos necessitam?  Quando algum longevo necessita, consegue atendimento rapidamente na sua unidade de saúde?  Na sua opinião, como é o acesso dos longevos à unidade de saúde?</p>
<p><b>Longitudinalidade</b>  Os longevos são atendidos pelos mesmos profissionais ou há uma elevada rotatividade?  Como é a sua relação com seus pacientes longevos?  Você conhece a vida de seus pacientes longevos? Sabe quais as necessidades deles? Você considera isso importante?</p>
<p><b>Coordenação</b>  Os seus pacientes longevos são encaminhados para especialistas? Como funciona? Alguém ajuda na marcação? Como é o retorno, você discute com eles?  Nos atendimentos, há prontuários dos longevos disponíveis? Você realiza registro? O que você registra? O que você considera importante registrar?</p>
<p><b>Integralidade</b>  Quais serviços são disponibilizados aos longevos na unidade de saúde? Há algum que poderia ser ofertado? Por quê?  Quais os assuntos que você conversa com seus pacientes longevos? Acha que consegue discutir o que é necessário? O que é importante discutir com eles?</p>

Foi realizado um estudo piloto a fim de verificar a qualidade do instrumento de coleta. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora e, posteriormente, realizou-se a análise dos dados.

Os profissionais foram identificados pelas letras P, seguidos por um número (P1 ao P10), não necessariamente numerados pela ordem de entrevista ou análise.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para os dados sociodemográficos e condições de saúde foi utilizada a análise descritiva, utilizando-se o *Microsoft Excel*. As entrevistas foram transcritas e submetidas a análise temática de conteúdo.

A análise temática, conforme Bardin (2011) é composta pelas seguintes etapas:

- Pré-análise: leituras dos discursos;
- Exploração do material: recorte do texto em unidades temáticas;
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Decidiu-se por desenvolver a sequência das categorias de acordo com os atributos essenciais da APS: Acesso, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Integralidade. Foram identificadas subcategorias em cada atributo, denominadas como facilitadores e barreiras.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo faz parte de um projeto matricial denominado “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família”, que contemplou o mesmo objetivo, mas ampliando a todos os atributos da APS e realizado também com longevos das ESFs.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), parecer nº 61829916.6.0000.5346. Foram obedecidos os princípios éticos, previstos pela Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) e demais resoluções complementares à mesma sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, evidenciou-se o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, a garantia da ponderação entre riscos e benefícios. Os danos previsíveis foram evitados e foi ressaltada a relevância social

da pesquisa. Foram tomadas medidas que visam prever procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, bem como, a proteção da imagem e a não estigmatização, certificando-se da não utilização das informações em prejuízo dos participantes, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico, ou de uma possível desistência a qualquer momento (BRASIL, 2012b).

Os participantes que concordaram participar da pesquisa foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 3), em duas vias, constando o objetivo do estudo e a forma da coleta de dados. Este termo foi assinado pela pesquisadora e pelo participante, cabendo a cada um, uma via do termo.

Os documentos referentes à coleta dos dados permanecerão com a pesquisadora responsável durante cinco anos e após, serão destruídas, conforme Termo de Confidencialidade (Anexo 1).

Pretende-se apresentar os dados finais aos gestores de saúde, profissionais e usuários do sistema público de saúde do município de Palmeira das Missões.

## 6 RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à caracterização dos 10 participantes do estudo e de sua formação. As unidades temáticas de análise partiram da sequência dos atributos essenciais da APS: Acesso, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade. Em seguida, constam as sub categorias, denominadas de facilitadores e barreiras de cada atributo, assim como por trechos das falas dos indivíduos. Para melhor visualização, foi criado um quadro com a apresentação das categorias, sub categorias e fatores associados.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A idade dos participantes variou de 27 a 47 anos, com média de idade de  $33,7 \pm 7,16$  anos e maior frequência abaixo de 40 anos (80%), considerada uma população de perfil jovem. A maioria é do sexo feminino (80%), sendo que todos autorreferiram ser de raça/cor branca. A média de tempo trabalhada na ESF foi de  $4,6 \pm 3,94$  anos, com maior frequência entre um a cinco anos (60%). Coordenavam equipes 40% dos respondentes, sendo todos enfermeiros. Quanto à satisfação com o trabalho, 90% mencionaram estar parcialmente satisfeitos e 10% totalmente satisfeito. Das 7 equipes, 3 unidades possuíam o Programa Mais Médicos, constituindo 40% dos sujeitos do estudo.

Em relação às características de formação acadêmica dos participantes, houve maior frequência de respondentes graduados em enfermagem (40%), com 5 a 10 anos de tempo de formado (60%), tendo como média 10 anos e 4 meses  $\pm 7,05$ . Oitenta por cento possuem especialização, sendo 20% em ESF, 20% em educação em saúde e gestão pública e nenhum relacionado ao envelhecimento humano.

### 6.2 ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS

A partir das leituras das entrevistas, os resultados foram agrupados em categorias de acordo com os atributos essenciais da APS: acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade. Para melhor organização, optou-se ainda

por subcategorias denominadas de facilitadores e barreiras em cada atributo, ilustradas no Quadro 4.

Quadro 4 – Atributos Essenciais: facilitadores e barreiras, Palmeira das Missões, RS, 2017

<b>Atributos</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Barreiras</b>
<b>Acesso</b>	<p>Visitas Domiciliares</p> <p>Acolhimento e escuta</p> <p>Percepção positiva dos profissionais sobre o acesso</p> <p>Presença do acesso por demanda espontânea</p> <p>Longevos conseguem atendimento rapidamente</p>	<p>Unidade não está aberta em todos os momentos que os longevos necessitam</p> <p>Falta recepcionista</p> <p>Distância de outros serviços quando ESF está fechada</p> <p>Prioridade do atendimento aos longevos de acordo com a necessidade</p>
<b>Longitudinalidade</b>	<p>Baixa rotatividade</p> <p>Presença dos ACS</p> <p>Diálogo</p> <p>Registro no prontuário</p> <p>Reuniões de equipe</p> <p>Boa relação com os longevos independentes</p>	<p>Dificuldades na relação em lidar com as fragilidades dos longevos</p> <p>Excesso de população atendida/muita demanda</p> <p>Necessidades intersetoriais e a relação com a rede</p> <p>Profissionais conhecem pouco ou em situações específicas os longevos</p>
<b>Coordenação do Cuidado</b>	<p>Longevos são encaminhados aos especialistas</p> <p>Mudança na marcação de consultas nas especialidades (nas ESFs agora)</p> <p>Busca ativa (dos que faltaram às consultas especializadas)</p> <p>Idosos retornam às ESFs após consultas especializadas</p> <p>Prontuário eletrônico</p>	<p>Imprecisão do tempo de espera para o atendimento especializado</p> <p>Contrarreferência</p>
<b>Integralidade</b>	<p>Diversidade dos assuntos conversados com os longevos</p> <p>Profissionais buscam ser resolutivos</p>	<p>Não há serviços específicos aos longevos</p> <p>Serviços ofertados voltados para perspectiva biomédica</p> <p>Profissionais não conversam tudo o que consideram necessário</p> <p>Não abordam o tema “processo de envelhecimento” com os longevos</p> <p>Necessidades de integração intersetorial</p>



A seguir, será descrito as percepções dos profissionais acerca dos atributos essenciais de acordo com as categorias, contendo alguns trechos das falas dos participantes.

### **6.2.1 Acesso**

O acesso representa a entrada do idoso no sistema de saúde, sendo condição indispensável em relação aos demais atributos. Foi percebido como facilitador do acesso, o atendimento rápido aos longevos quando há necessidade, na ótica dos profissionais. Dois profissionais mencionaram que os longevos são escutados e acolhidos ao acessar a unidade. Um meio comum de acessar a ESF é por demanda espontânea, como reportado pelos seguintes profissionais:

Geralmente eles vêm quando tem uma dor ou tem um problema específico, senão eles não vêm (P2).

A unidade trabalha com livre demanda para urgência e emergência [...] seis fichas que são entregues aos pacientes que chegam pedindo [...] (P9).

Às vezes, eles vêm aqui, dependendo da situação, quando tem uma coisa mais pontual, quando tem algum familiar que traga (P10).

Alguns profissionais afirmaram que, dentro do horário de funcionamento, uma vez por semana, a unidade fecha para reuniões de equipe. Apesar das unidades estarem fechadas, o atendimento não é negado em situações emergenciais. Este período de discussão entre os profissionais ser considerada como um importante momento de organização e diálogo das equipes:

Apenas em um turno de atendimento [...] que é separado para o processo interno, reunião de equipe, organização do processo de trabalho. Se bater na porta algum idoso ou uma pessoa que necessite de atendimento, [...] a gente acaba acolhendo e avaliando a demanda do usuário (P5).

A percepção dos profissionais sobre o acesso dos longevos à US, é avaliada de forma positiva:

O acesso é facilitado. Dá briga, mas a gente quer tentar implantar isso aqui (P6).

Contudo, um profissional afirmou que a principal barreira no acesso dos longevos é a recepção, devido à ausência de um profissional destinado somente a esta função:

[...] não tem um recepcionista e acho que faz falta ter uma pessoa fixa que vá acolher, usar protocolo e falar a mesma língua... Muitos saem reclamando porque não são ouvidos (P1).

O acesso está relacionado também à acessibilidade, associada às condições e usabilidade das unidades, conforme segue o discurso de um profissional:

Acho que é difícil a entrada e o acesso que está feio, na frente da unidade é ruim. Aquela calçada está toda quebrada e aí dificulta o acesso, mas aqui dentro acho que não é tanto assim, porque é tudo plano né, não tem escada, os corredores são mais larguinhos e as portas são mais larguinhas [...] (P10).

O deslocamento até às unidades também pode estar comprometido para muitos idosos, devido ao processo de envelhecimento, que envolve ainda, a redução da reserva funcional e da realização das atividades de vida diária. Desse modo, ressalta-se a importância das Visitas Domiciliares (VDs) como forma de acesso, destacada por alguns profissionais:

VD a gente faz bastante, geralmente é idoso, que não consegue vir até aqui, [...] que não consegue se locomover muito bem (P3).

Nos casos que necessita de VD, em situação eletiva, que não é emergência, a gente faz quintas-feiras de tarde [...] (P4).

A legislação aponta que os idosos, principalmente os longevos devem ter prioridade no atendimento à saúde, citado por alguns profissionais:

A gente procura priorizar [...] independente de ele ter horário para às 9, mas chegou às 8, a gente procura atender [...], atende antes (P5).

Por uma questão de humanidade, a gente sempre prioriza a pessoa idosa [...] A gente prioriza mesmo que outra pessoa tenha chegado mais cedo... (P6).

A idade entra como critério de diferenciação, por mais que não seja uma urgência. Muitas vezes se é um idoso que chega fora do horário, já teve todos os atendimentos, mesmo assim a gente prioriza (P9).

Embora alguns profissionais tenham relatado dar prioridade aos longevos, a maioria considera indispensável a avaliação ou triagem como critério para avaliar a necessidade da preferência. Este é um fator considerado como barreira do acesso, pois a obrigatoriedade do atendimento prioritário aos idosos e longevos é previsto pela lei. Seguem as falas dos profissionais que não reconhecem esta prática:

A gente sempre faz uma avaliação, uma triagem. Logo que necessário, ele é atendido [...] A partir daí a gente vê se tem prioridade ou não (P1).

Só na medida do possível que ele tem preferência na hora de ser atendido ou de receber a medicação (P2).

O longevo tem acesso prioritário de acordo com o caso, se a gente vê que é muito velhinho ou não consegue esperar muito tempo ou pessoas com problemas de saúde mental, a gente passa na frente (P3).

A gente examina, e se realmente vê a necessidade de encaixar [...] A gente antecipa, ou marca mais, mas só mediante esse exame. É realmente por necessidade (P8).

As unidades não estão abertas para atendimento em todos os momentos que os longevos necessitam. Como opção alternativa, há outros espaços que podem fazer o atendimento, tais como Postão, hospital, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):

A gente orienta que tem o plantão hospitalar se eles precisam durante o final de semana [...] (P2).

Em caso de urgência e emergência, eles ligam pro SAMU (P4).

À noite e final de semana a unidade não é aberta, aí a gente tem o 3º turno de trabalho que é o Postão [...] (P5).

Apesar de ter um serviço ofertado para o terceiro turno, o acesso não é facilitado devido à distância do Postão da casa dos usuários, destacando que os longevos possuem necessidades diferenciadas em relação à locomoção, precisando muitas vezes de um acompanhante.

[...] Tem o Postão, mas ele não fica próximo da nossa área, é bem distante. É um fator dificultador [...] E tem o hospital, que também é distante do posto [...] (P5).

### 6.2.2 Longitudinalidade

A longitudinalidade relaciona-se com o cuidado ao longo do tempo, assim como pela relação e vínculo entre equipe e usuários. Para um profissional consolidar essa relação com os longevos, é necessária a convivência. Desse modo, é importante que os profissionais permaneçam por algum tempo nas unidades. De acordo com os sujeitos da pesquisa, há uma baixa rotatividade das equipes, ou seja, os longevos são atendidos pelos mesmos profissionais ao longo do tempo:

A gente tem uma grande permanência aqui [...] (P10).

Uma maior rotatividade implica em uma barreira na efetivação do atributo longitudinalidade. Quanto a isso, referiu-se que os médicos são os profissionais que mais mudam nas equipes:

O que mudou foi o médico [...] Faz uns 4 ou 5 meses que está aqui (P2).

Só trocou mesmo o médico, umas 3 ou 4 vezes (P8).

Ao contrário dos médicos, o núcleo de enfermagem permanece o mesmo, constituindo um fator positivo, principalmente pelas equipes serem coordenadas por enfermeiros. Abaixo, as falas:

Os técnicos de enfermagem são os mesmos, a enfermeira é a mesma (P1).

A enfermeira também nunca trocou (P4).

O vínculo é composto pelo estreitamento de laços, permite o conhecimento dos problemas de saúde, facilitando o trabalho dos profissionais. Em algumas falas, foi associado à menor rotatividade:

Eles têm o vínculo, conhecem e a gente já sabe o histórico, é mais fácil de trabalhar (P4).

O tempo de permanência relativamente grande, eles já conhecem (P10).

Conhecer e compreender a situação de saúde e condições de vida também faz parte na constituição de uma relação mais estreita. Neste contexto, percebe-se a importância das reuniões de equipe, fundamentais para a longitudinalidade do cuidado:

[...] Então essa ação de avaliar o paciente, discutir com a equipe e depois tentar trazer a família e fazer toda essa combinação com a família é feito (P4).

O ACS integra o elo entre equipe e população, constitui como recurso humano comunitário das ESFs, sendo articulador do processo de trabalho e da comunidade, sua presença foi associada a uma melhor relação de proximidade e vínculo com os mais idosos:

[...] os ACSs também têm esse olhar [...] É muito importante essa relação, tanto que tem bastante coisa que a gente consegue detectar, tanto na visita quanto na formação do vínculo, que eles acabam se abrindo, contando, acabam identificando fatores negativos no cuidado ou algumas potencialidades (P5).

O diálogo implica em uma horizontalidade no relacionamento entre profissional e longo tempo ocorrendo por meio de uma escuta sensível e qualificada e por uma comunicação efetiva, lembrando que muitos idosos possuem dificuldades na capacidade comunicativa, assim, verificou-se a importância do diálogo:

Procuro sempre, assim que eles chegam na consulta, conversar da saúde deles (P1).

A gente procura se igualar a eles né? Falar a mesma língua, procura ser atencioso, dar mais atenção, conversar bastante... (P2).

A relação das equipes de saúde com os longevos é imprescindível, sendo avaliada positivamente pelos profissionais:

Minha relação é boa. A gente lembra da família e não apenas do longo e isso facilita o atendimento (P6).

Eu acho ótimo. Eu adoro atender pacientes idosos (P7).

Tem alguns que são bem mais próximos, que a gente acaba se aproximando mais [...] Tenho uma certa afetividade maior porque eu entendo as dificuldades deles... (P10).

Na fala do P10 é mencionado que compreender as adversidades dos idosos é importante na relação com essa população. Nesse sentido, outros profissionais relataram limitações na relação com os longevos, principalmente quanto às deficiências físicas, cognitivas, necessidades maiores de afeto e atenção, dificuldades socioeconômicas:

A gente percebe que eles geralmente são bem carentes, até pela situação socioeconômica (P8).

Percebo que o idoso tem uma certa carência [...] Têm um pouco de dificuldade de compreensão muitas vezes. A gente também tem que ter a explicação médica e diferenciada no caso (P9).

Ao serem questionados se conhecem a vida ou as necessidades dos longevos, os sujeitos da pesquisa referiram que sabem pouco ou em situações específicas:

Os que vêm mais aqui na unidade a gente acaba conhecendo [...] às vezes a gente conhece só a relação da saúde mesmo, que é o que é questionado mais (P1).

De todos não. Os que a gente atende mais e tem um breve histórico registrado no prontuário (P4).

Procuro saber das necessidades, mas às vezes alguma coisa que às vezes atropela, porque são muitas coisas e muitas atribuições que a gente tem na unidade de saúde [...] (P10).

O prontuário garante o registro das informações e ações de saúde desenvolvidas, além de reunir informações necessárias à continuidade do cuidado. Em geral, os profissionais registram informações médicas, queixas, sinais vitais, uso de medicamento, histórico familiar de doenças, conduta, exames, alimentação, exame físico, se há evidências de violência:

Registro a pressão arterial, a queixa, e o atendimento [...] Até um paciente que não aguardou a consulta (P1).

Os procedimentos, a queixa, o que a gente faz ou se tem algum encaminhamento [...] questão de violência (P2).

Sinais vitais, exame físico, uso da medicação, a queixa e a conduta, as principais informações [...] O estado geral, se está orientado, se está lúcido, hidratação da pele, se está com sinais de desnutrição, se está comendo, se está com dificuldade de deambulação [...] Se está triste [...] (P10).

A importância do registro é destacada nas falas, relacionadas à continuidade do atendimento, produção profissional, comprovação de tratamento, acesso e procedimentos realizados em outras unidades, evolução do tratamento/doença, prevenir esquecimentos e lacunas sobre os atendimentos:

Não tem como não registrar senão não tem como dar continuidade. Está comprovado que você realizou o seu serviço [...] (P4).

Um paciente pode ficar doente e dizer que não estou trabalhando ou quem não conhece ele, pode olhar os seus dados e conhecer melhor o paciente. Senão não tem como saber, às vezes o paciente não lembra muito o medicamento que ele toma e isso pode complicar a vida do paciente (P6).

Tem a parte dos procedimentos, que tem que escolher o código e daí nisso é a nossa produção. Vai para uma central e o pessoal da Secretaria tem acesso (P8).

A gente fica sabendo também se porventura eles foram atendidos no terceiro turno, consegue ver todos os atendimentos que eles fizeram nos últimos tempos [...] Para poder comparar no próximo encontro que você tiver com eles, se estão evoluindo [...] porque às vezes você esquece [...] Até para guiar para o próximo atendimento (P10).

Um fator associado à dificuldade de ter uma relação mais próxima é o excesso de população atendida, e em lidar com as fragilidades dos idosos, comuns ao processo de envelhecimento. Foram destacadas também as necessidades intersetoriais e a relação com a rede ampliada no fortalecimento do vínculo e da longitudinalidade.

### **6.2.3 Coordenação**

A coordenação do cuidado é definida pela integração e continuidade da atenção em diferentes espaços do sistema de saúde, assim como do reconhecimento e da disponibilidade de informações dos usuários dos serviços sobre a situação de saúde e seus determinantes.

O encaminhamento aos especialistas quando necessário, é um fator importante para a coordenação do cuidado na saúde do idoso. Todos os profissionais afirmaram que os longevos são encaminhados aos especialistas:

Quando necessário são encaminhados para especialista. A gente leva bem em conta esta questão de prioridades (P4).

A maioria das vezes, quando a médica da unidade não consegue resolver as coisas, ou um problema específico, eles são (P5).

[...] A gente tem as especialidades da rede, que a rede nos permite encaminhar [...] algumas que não tem: alergia, geriatria, que eu considero especialidades importantes. E a idade por si só aí eu acho que já não configura tanto uma emergência, porque é tanta questão de prioridade, de doença grave aguda, que a gente não consegue priorizar muito. São poucas vagas para muita gente (P9).

Houve uma recente mudança na marcação de consultas nas especialidades médicas, realizada agora nas ESFs, avaliada de forma positiva, principalmente por



reduzir o deslocamento dos longevos, pela equipe poder definir prioridades e pela proximidade com o usuário da unidade:

Vai ficar com um contato mais próximo [...] Antes, a gente encaminhava para a Secretaria. A gente vai ver quando ele vai, vai agendar e ter um retorno que às vezes antes não tinha. Já agenda aqui e fica sabendo na hora. O enfermeiro que faz a marcação (P2).

O agendamento era na Secretaria de Saúde. Agora vai começar a ser nos postos [...] (P3).

Está em processo de implantação, o Sistema Nacional de Regulação, que é o sistema de regulação regional. Quem determina as prioridades é o médico e o enfermeiro, daí a gente já consegue fazer o agendamento das consultas e do transporte daqui mesmo, o ACS já comunica a família. Acredito que vai ser um fator positivo principalmente para os idosos que não têm facilidade de locomoção (P5).

Como a AB é a ordenadora da atenção no SUS, após consulta especializada, é importante que o usuário retorne à sua ESF de referência. Nesse sentido, a maioria dos profissionais afirmou que os idosos voltam à unidade após o atendimento com especialista:

Eles sempre retornam para a unidade pra gente explicar, pra eles terem mais informações. É comum voltarem (P2).

Eles retornam para uma consulta de reavaliação [...] Daí volta aqui, aí eu dou um encaminhamento como uma reavaliação e ele volta ao especialista outra vez (P6).

Eles retornam sim, mas é difícil (P10).

Contudo, alguns profissionais referem que os longevos não costumam retornar:

A maioria não retorna [...] Então teria que ver esse fluxo de o paciente voltar pra eu acompanhar. A maioria que eu encaminhei não voltou até mim (P1).

A fim de compreender os motivos da interrupção do fluxo de atendimento e auxiliar nas dificuldades dos longevos, dois profissionais realizam busca ativa dos idosos que realizaram consulta especializada:

Tem que ir atrás para fazer busca ativa para saber se foi na consulta, o que aconteceu, o que foi feito. Muitos acham que já que foi na consulta com especialista, não precisa mais voltar. Muitas vezes a gente vai atrás e tem que estar buscando isso. (P4).

Após, geralmente eles retornam, mas por meio da família ou o retorno dá mesmo por meio do ACS que nos traz a informação ou a gente tem que estar buscando a informação (P5).

A saúde bucal é um componente essencial na ESF, destacando-se o odontólogo como coordenador do cuidado da saúde bucal, que realiza a avaliação, acompanhamento e encaminhamento:

Na verdade de referência nós temos próteses e cirurgia [...] estamos lutando por um Centro de Especialidades Odontológicas regional, que iria atender todas as especialidades, as principais [...] O encaminhamento funciona assim: eu agendo uma consulta normal, aí eu verifico se precisa fazer esse procedimento e aí eu encaminho [...] E daí daqui eles vão direto para o Centro Social Urbano e lá é agendado. O dentista que faz as próteses trabalha lá (P1).

A demora para um atendimento influencia negativamente na atenção ao idoso. Em relação ao tempo do encaminhamento ao atendimento especializado:

E eu não tenho noção de quanto tempo demora. Eu sei pelo o que os pacientes dizem. Mais ou menos uns 4 meses (P1).

Como tinha muita demanda para a Secretaria de Saúde, eles colocavam muitas pessoas na fila e assim demorava bastante. Agora como a gente vai descentralizar, vai ser aqui, a gente vai conseguir saber o que está mais urgente, a gente conhece as pessoas. Acredito que vai ficar mais rápido (P3).

A coordenação implica na articulação entre os serviços, incluindo a contrarreferência, utilizada quando um usuário é encaminhado novamente à ESF.

Foi mencionado de que a prática da contrarreferência não é comum, fragmentando a atenção ao longo:

[...] não existe muita contrarreferência, que a gente tem que procurar, o que a gente tem de informação, geralmente é o que o paciente e o familiar nos traz... (P5).

Os especialistas não têm por hábito mandar a contrarreferência. E aí se torna problema, principalmente se você for pensar no idoso velhinho que chegou lá, mas não compreendeu o que foi dito para ele (P9).

Um elemento fundamental na coordenação do cuidado é o registro em prontuário, que permite a continuidade ininterrupta a respeito do usuário e atendimentos recebidos de um profissional para outro. Todas as ESFs apresentam prontuário eletrônico e muitos trabalhadores referiram ser um processo de transição, já que a implantação é recente. A novidade é vista de forma positiva:

[...] Isso é bom, porque alguns pacientes iam consultar com vários médicos e pegavam várias medicações [...] (P1).

Sim, em prontuário eletrônico, que está sempre disponível. Todos os profissionais possuem computador e o sistema instalado (P5).

Antes, a gente tinha o prontuário, aquela ficha. Agora faz um ano e pouco que a gente tá com o prontuário eletrônico (P8).

Considera-se indiscutível que a implantação do prontuário eletrônico seja um avanço e que colabore de forma imensurável no processo de trabalho e na atenção aos usuários. Contudo, é necessário que o sistema de informações permita a comunicação com outros pontos da rede. Conforme a fala abaixo, foi apontado que o sistema não está ligado ao hospital, mas parece há intenção de ser implantado:

Pode ser acessado em todas as USs, mas não está ligado com o hospital ainda [...] (P1).

### 6.2.4 Integralidade

A integralidade é determinada pelos arranjos que as unidades de APS devem realizar para que o indivíduo receba todos os tipos de atenção à saúde, com o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais promotores de doenças.

Verificou-se que os profissionais conversam com os longevos sobre diversos assuntos durante os atendimentos, principalmente sobre: medicação e doença, alimentação, escuta ou conversa, saúde mental, família, violência, saúde bucal, problemas sociais, prevenção de quedas e assuntos fora da área da saúde.

Converso muito da questão da medicação. [...] Da questão da auto-estima (P1).

[...] falar da família, falar dos filhos [...] a gente sabe que tem muitos que sustentam a família com suas aposentadorias. Tem os filhos que moram em casa, tem os filhos que pegam o dinheiro [...] (P2).

[...] O mais importante é ouvir mais do que falar [...] E quanto às doenças [...] (P3).

[...] Orientações alimentares, da ingestão nos horários adequados em relação à medicação [...] (P4)

[...] eles relatam que já foram mutilados, fizeram muitas extrações [...] (P7).

[...] os nossos idosos chegam nessa etapa da vida muito carentes emocionalmente, por questões financeiras, questões sociais e então eles ficam doentes também (P9).

[...] A gente procura também dar uma conversa fora do tema da saúde [...] (P10).

Os profissionais foram questionados se conseguem conversar tudo o que consideram importante com os longevos. A maioria afirmou que não, dentre os fatores impeditivos, destaca-se grande volume de atendimentos, muita demanda, medo de afastar o idoso e pouca paciência dos longevos em escutar:

Às vezes não tem nem como tocar no assunto porque tu acaba afastando ele e não é essa a nossa intenção [...] A gente tenta, mas nem tudo é discutido (P2).

Não, sempre fica alguma coisa [...] Eles não têm muita paciência de ficar muito tempo conversando. Então tu vai montando a história, o diagnóstico, muitas vezes por palavras soltas que saem no meio da conversa [...] (P5).

Não, não tem muito tempo e é muita demanda, que às vezes não tem muito tempo de ficar conversando [...] (P7).

Como a gente tem um volume grande de atendimentos, a gente acaba falhando, não acaba dando aquela atenção que poderia ser dada. (P8).

Na APS é importante a resolutividade, especialmente no cuidado ao longo. Verificou-se em algumas falas, a prática de procurar resolver a situação do longo, ou seja, de ser resolutivo:

Quando vem um paciente, eu procuro já resolver a situação do paciente idoso [...] só por ele se deslocar até à unidade a gente pede pra aguardar e já chama ele para fazer o tratamento e não ter que voltar para casa ou vir em outro dia [...] (P1).

De forma geral, os serviços ofertados são voltados para uma perspectiva biomédica. Nas ESFs do município estudado, não há serviços específicos aos idosos, muito menos aos longos, mas os mesmos serviços ofertados a toda a população:

Serviço de enfermagem, [...] curativos, vacina, serviço odontológico, médico, VD, grupos de saúde (P1).

Consulta, com médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, VD, tem nutricionista, fisioterapeuta, vacinas, toda a parte dos procedimentos (P4).

[...] Os mesmos serviços ofertados para todos, mas o atendimento é diferenciado. Não tem grupo de educação em saúde (P7).

Apesar de não haver serviços específicos, há serviços relacionados, ou seja, os longevos podem participar, como grupos:

A gente tem grupo de diabéticos, hipertensos, o Grupo Conviver. A gente tira um dia para puericultura, grupo de gestantes, mas pra idosos não (P3).

Na minha área, a gente começou um grupo de saúde, [...] que o principal público do grupo eram as mulheres longevas [...] (P5).

Não, específico não. Tem os grupos que eles fazem, mas não é assim um grupo de longevos [...] (P8).

Para melhorar a qualidade de vida, na percepção dos profissionais, há a necessidade de serviços destinados aos idosos, como Centros de Convivência:

A gente ofertar a esse longevo, muitas dessas pessoas moram sozinhas, estão tristes, a gente ter um centro de cultura física, a gente organizaria evento para os velhos, atividades recreativas, e isso melhoraria a qualidade de vida, porque eles se relacionam entre si, se conhecem, falam, mas aqui a gente ainda não conseguiu fazer [...] (P6)

Os resultados demonstram que a atenção ao idoso é realizada na lógica curativista, baseada no modelo queixa-conduta e não pautada na atenção integral. Também não são realizados rastreamentos, estratificação de risco e avaliação da funcionalidade, fundamentais para a saúde da pessoa idosa.

## 7 DISCUSSÃO

A perspectiva dos profissionais de saúde das ESFs em relação ao cuidado do longo prazo constitui um tema eminente, visto que os mais idosos representam o segmento que mais cresce no Brasil e no mundo e que demanda políticas públicas e cuidados especiais.

As ESFs participantes do estudo eram todas coordenadas por enfermeiras. Este fato pode estar relacionado com o perfil formativo desses profissionais, que inclui a gestão (VIEIRA e VIEIRA, 2016).

Percebeu-se que a maioria dos profissionais estava parcialmente satisfeita com o serviço que ofertavam, mas por outro lado, nenhum referiu estar insatisfeito. Conforme Lima et al. (2014), a satisfação no trabalho de profissionais de saúde na APS é influenciada pelos seguintes fatores, como: realizar um trabalho com o qual se tem afinidade, a resolubilidade da assistência, o trabalho em equipe, o vínculo entre a equipe e com os usuários.

O excesso de população atendida está atrelado ao maior número de atribuições e demandas e pode influenciar na satisfação da equipe. Cabe destacar que é comum a criação de novas ações, programas e funções sob a responsabilidade das equipes de saúde, gerando sobrecarga de trabalho (TESSER e NORMAN, 2014). A ESF como referência para a maioria das atividades e atendimentos do SUS tem como efeito, uma maior responsabilização, sobrecarga e insatisfação. Além do mais, espaços de EPS devem ser valorizados para a efetividade das ações da APS. Em virtude disso, presume-se que estes fatores influenciam na percepção sobre o trabalho realizado.

Em relação aos atributos essenciais, foram identificados facilitadores e barreiras, assim como seus fatores. Em algumas ações, percebeu-se a interligação de mais de um atributo ao mesmo tempo, como por exemplo, ter uma linguagem acessível, pode ser incluído tanto na integralidade quanto na competência cultural.

O acesso envolve possibilidade de obter serviços necessários no momento e em local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável, pressupondo a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (VIACAVA et al., 2012).

Como facilitadores do acesso destacou-se a percepção positiva dos profissionais, com realização das VDs, acolhimento e escuta, acesso por demanda

espontânea e atendimento rápido aos longevos. Por outro lado, as barreiras constituíram-se pelas unidades não estarem abertas em todos os momentos em que os longevos necessitam, ausência de recepcionista, distância de outros serviços quando ESF está fechada, e alguns profissionais que não priorizam o atendimento aos longevos.

Salway et al. (2017), em uma revisão sistemática da literatura, destacam que há poucos estudos que exploram o acesso dos longevos aos serviços de saúde e que, em muitos casos, esse acesso é desigual.

O acesso deve ser facilitado para idosos e principalmente para os longevos. Há outros fatores que influenciam o acesso, como condições financeiras, problemas de saúde. Park (2012) verificou que os idosos com status de saúde baixo ou médio tinham três vezes mais probabilidades de terem visitado um médico do que aqueles com bom ou excelente estado de saúde. Aqueles que não tinham condição cognitiva evidente eram mais propensos ao acesso a um médico do que as pessoas que possuíam boas condições cognitivas.

Considerando que um melhor acesso à APS está relacionado à redução de visitas à emergência (BERG, LOEREN e WESTERT, 2016), priorizar os atendimentos e os serviços aos longevos pode reduzir as idas aos serviços emergenciais. Em um hospital universitário do RS, de 1277 idosos com idade igual ou superior a 80 anos, 52,4% foram internados por condições sensíveis à APS (BÓS e KIMURA, 2015), ou seja, problemas que poderiam ter sido resolvidos na APS.

No município do Rio de Janeiro, o avanço da reorganização da APS tem apresentado uma redução do número de internações por condições sensíveis à APS, contribuindo para a qualidade de vida dos idosos (MARQUES et al., 2014).

Dois terços dos atendimentos emergenciais poderiam ser tratados na APS, já que no estudo de Berg, Loeren e Westert (2016), apenas um terço de todos os pacientes que visitaram uma emergência afirmaram que o principal motivo para isso era que sua queixa não poderia ser tratada na APS.

Fausto et al. (2014) analisaram a posição da ESF nas RAS, apresentando como uma das dimensões de análise, as ESFs como entrada preferencial, definida pela garantia de acesso e acessibilidade dos serviços de AB, e tendo como componentes organizacionais funcionamento, acolhimento, organização da agenda, formas de atendimento e acessibilidade.



Deste modo, os horários e dias de funcionamento das ESFs constituem a acessibilidade temporal, sendo consideradas como mais acessíveis, USs que abrem no mínimo cinco dias na semana, com a carga horária de oito horas ou mais (FAUSTO et al., 2014). A partir dessa perspectiva, as USs do presente estudo seriam classificadas como mais acessíveis. Contudo, apresentam limitações por fecharem às 17 horas e não abrirem nos finais de semana, uma barreira para o acesso. Para os longevos, esse horário pode não ser um fator limitante (exceto em urgências), pelo motivo provável de que a maioria está em casa. Todavia, alguns familiares podem estar trabalhando neste horário, não podendo acompanhar o longo na ESF, podendo, assim, ocorrer um menor acesso. Verificou-se que há serviços substitutivos no horário em que as ESFs estão fechadas, porém, são mais distantes das residências.

Investir em um melhor acesso aos serviços de APS fora de horário ou eliminar fatores que impedem as pessoas de usá-los, como por exemplo, por razões financeiras ou por deslocamento, pode ser benéfico e reduzir as idas aos serviços emergenciais (BERG, LOEREN e WESTERT, 2016).

Araújo et al. (2014) também verificaram barreiras no acesso quanto ao horário de funcionamento das unidades, e afirmaram que esse obstáculo pode gerar uma baixa resolutividade e até colapso desnecessário em outros pontos de atenção da rede de saúde.

Em relação ao acesso do idoso, destaca-se a prioridade de atendimento (BRASIL, 2003), sendo que os longevos devem ter preferência especial, exceto em casos de emergência (BRASIL, 2017a). Nesse aspecto, percebeu-se que alguns trabalhadores da saúde ainda possuem resistência em facilitar o acesso a este público, prejudicando a efetivação de um direito, assim como o cuidado prestado a um público em maior vulnerabilidade.

Por outro lado, o acolhimento, associado à escuta, foi citado como ferramenta de acesso dos longevos. Esta prática permite a ampliação do acesso na ESF. É importante que esteja associado à escuta ativa e qualificada, que possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde (MITRE, ANDRA e COTTA, 2012).

Conforme Brasil (2006), o acolhimento, principal diretriz operacional da Política Nacional de Humanização, é caracterizado por ofertar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo uma

postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários.

Compreendendo o acolhimento como uma ferramenta facilitadora do acesso e que influencia na redução do tempo de espera entre a chegada do usuário até à primeira escuta, os profissionais deste estudo afirmaram que os longevos conseguem atendimento rapidamente.

Outro aspecto a ser considerado são as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, que incluem a diminuição das capacidades sensório-perceptivas, afetando a comunicação do idoso, fator indispensável para a obtenção de informações para a condução terapêutica. Nesse sentido, o ato de acolher está relacionado ao processo de comunicação, que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações (BRASIL, 2006b).

Em algumas situações, os profissionais não percebem a presença de incapacidades funcionais nos idosos, tornando-se imprescindível a realização da avaliação multifuncional. Método para a avaliação integral do idoso que pode direcionar intervenções propostas, como a construção do PC, que por meio da utilização dos recursos disponíveis, visa à melhora da saúde, atuando no processo de fragilização e na prevenção, cura, controle, reabilitação ou conforto (MORAES, SANTOS e MARINO, 2010; MORAES, 2012).

O conceito de PC pode ser associado ao de Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma ferramenta que organiza o processo de trabalho na APS e gerencia o cuidado. Constitui em um plano de ação que considera todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento, formulando uma estratégia de intervenção, pactuada com o usuário, que considera o ambiente, a família, o trabalho, os recursos da comunidade e outros aspectos que podem ser relevantes. Deve definir atividades, metas e responsáveis. A gestão pode ficar a cargo de um dos profissionais da equipe, de preferência, ser aquele que desenvolveu o melhor vínculo com o usuário (BRASIL, 2006b).

No PTS há coprodução e cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade, contribuindo para a diversificação das ofertas nos serviços de saúde (BRASIL, 2014). Compõe um projeto maior, a Linha de Cuidado Integral (LCI), definida como fluxos de ações assistenciais, técnicas e de educação, que pressupõe uma rede articulada, referenciada e com um sistema de

informações em sintonia. Deve ser centrada no usuário e permeia a sensibilidade para captar essa relação, associada a concepções sobre saúde, doença e o bem viver, assim como nas possibilidades de articulação entre conhecimento e itinerários terapêuticos (SILVA, SANCHO e FIGUEIREDO, 2016; VERAS, 2016).

Cabe ressaltar que nenhum profissional mencionou a realização da avaliação multidimensional, do PTS ou da presença de LCI na área de saúde do idoso, ou seja, o planejamento e o desenvolvimento das ações não são orientados pela utilização destas ferramentas de processo de trabalho.

A LCI deve gerenciar o cuidado desde o acesso no sistema de saúde até os cuidados ao fim da vida (VERAS, 2016), incluindo as ações assistenciais da equipe que integram as ESFs, como organização da agenda para demanda espontânea e programada, ações programáticas e VDs.

O acesso pode ser ampliado por meio de ferramentas que visem a inclusão e devem contemplar a demanda espontânea (BRASIL, 2013). A presença de demanda espontânea garante o acesso oportuno e universal dos usuários às ESFs e inclui respostas assistenciais às situações de urgência e emergência (FAUSTO et al., 2014). Portanto, conforme o relato dos profissionais há a presença da ação, considerada como facilitadora do acesso.

As VDs não se constituem como porta de entrada da APS. Contudo, contribuem para o acesso, especialmente aos longevos. Estudo aponta que no Brasil e Canadá o uso de VD favoreceu o acesso aos idosos mais pobres, apesar do uso de serviços ser desigual para os idosos em maior vulnerabilidade social (ALMEIDA et al., 2017). Desse modo, os profissionais estão utilizando esta potente ferramenta de trabalho e atenção, já que muitos idosos não conseguem ir até à unidade.

Na perspectiva de LCI, a porta de entrada deve ser o espaço facilitador para que o idoso sinta-se protegido, amparado e acolhido, constituindo o primeiro contato, em que o usuário é informado de todas as possibilidades e dos percursos assistenciais (VERAS, 2016). Nessa lógica, constata-se a importância de um recepcionista nas unidades básicas, o que não foi verificado nas unidades avaliadas, em que alguns profissionais revezam-se para acolher a população, consistindo em sobrecarga de trabalho e em uma barreira para o acesso.

Em relação à longitudinalidade, que se refere à existência de fonte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso ao longo do tempo, por meio da relação

mútua de confiança e humanização entre equipe de saúde, indivíduos, famílias e comunidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015). Este atributo pode melhorar a saúde dos usuários e reduzir o custo dos cuidados de saúde, no entanto, pouco se sabe sobre os fatores que contribuem para a continuidade (KRISTJANSSON et al., 2013).

Estudos apontam que a longitudinalidade é associada à maior idade e que este fato pode ser explicado devido à necessidade aumentada de frequentar as unidades, principalmente em decorrência da maior incidência de doenças crônicas (ARAÚJO et al., 2014; KRISTJANSSON et al., 2013).

Paula et al. (2015) apontam como fatores favoráveis à longitudinalidade o tempo para o desenvolvimento das relações interpessoais, a organização do serviço, a acessibilidade, as características dos usuários e ter doença crônica. Esta evidência sustenta a valorização das relações, de modo a assegurar uma interação efetiva visando à qualidade da atenção à saúde. Como aspectos desfavoráveis, destacam o volume de trabalho, a falta de profissionais, as más experiências e a falta de conhecimento dos usuários.

A baixa rotatividade dos profissionais de saúde foi apontada como positiva para a longitudinalidade da atenção aos longevos. Um estudo demonstra que a presença de um profissional de referência para os idosos, que os conhece bem, associa-se à menor probabilidade de frequentar os serviços emergenciais (BERG, LOEREN e WESTERT, 2016).

Compreende-se a importância da adesão da população para efetivar uma atenção contínua, e assim, é evidenciado o papel do ACS como fundamental para o acompanhamento das famílias no território (ARCE e SOUSA, 2014). Um estudo em Palmeira das Missões-RS demonstrou que os ACSs realizavam suas ações pautadas na responsabilidade, comprometimento e compreensão da realidade local (LEITE et al., 2016). A presença deste profissional, que compõe o elo entre equipe e população, foi associada a uma melhor relação de proximidade e vínculo com os longevos e, conseqüentemente, de longitudinalidade, resultado semelhante ao de Arce e Sousa (2014).

Magalhães et al. (2015) afirmam que alguns ACSs utilizam a escuta e ou o diálogo como ferramenta de cuidado, que pode ser comprometido pelo distanciamento com equipe. Para evitar isso, torna-se fundamental que a equipe invista em ações de EPS e no compartilhamento de conhecimentos com os ACSs,

valorizando seus saberes sobre a cultura local, necessidades comunitárias e seu cotidiano.

Estar apto a acolher bem as necessidades e as demandas aparece no discurso como importante mecanismo para a garantia de um cuidado contínuo, por favorecer a adesão e o possível reconhecimento pelas pessoas da unidade enquanto um local a ser procurado (ARCE e SOUSA, 2014). O diálogo como dimensão do acolhimento, foi identificado como ferramenta utilizada pelos profissionais de saúde das ESFs que, por sua vez, pode ter contribuído com a percepção positiva destes sobre a relação interpessoal com os longevos.

Apesar de ser mencionada a relevância do diálogo na relação com os idosos, muitos trabalhadores afirmaram que conhecem pouco a vida dos longevos atendidos ou em situações específicas, como doenças e crises. Este fato leva aos seguintes questionamentos: 1) O modelo de cuidado ainda está voltado para as doenças e para as práticas biomédicas? 2) Se sim, por quê? (já que há na literatura modelos alternativos). 3) Como superar esse modelo e atender bem a população idosa?

Sabe-se que embora existam muitas indicações teóricas de superar o modelo curativo e biomédico, há lacunas operacionais e práticas, ou seja, há dificuldades em discutir o modo de fazer, a partir de situações locais. O foco tem sido apenas na produtividade, em números, desconsiderando os sujeitos e suas trajetórias. Outro fator é que os profissionais não estão preparados para trabalhar na SF e todas as suas demandas. Deve-se compreender que nem tudo é passível de resolução, conforme é cobrado das equipes da AB, principalmente quando há uma elevada carga de trabalho e necessidades da população.

A longitudinalidade é prejudicada pelo excesso de população atendida, apontado pelos profissionais de saúde no presente estudo. Resultados similares foram encontrados por Paula et al. (2015). Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), consta que o máximo de pessoas que devem ser acompanhadas pela equipe mínima é de 4.000, sendo recomendada a média de 3.000, considerando o grau de vulnerabilidade do território e de seus sujeitos.

Tesser e Norman (2014) criticam estes parâmetros e afirmam que os critérios são pouco claros e baseados em um modelo focado nas doenças e seus fatores de risco. Os autores referem ainda que a condição social da maioria da população brasileira acarreta em adoecimento e demandas adicionais aos serviços, e sugerem uma redução para 2.500 pessoas adscritas por equipe de ESF.

Pressupondo-se que os longevos constituem uma população em maior vulnerabilidade, que possuem necessidades diferenciadas e demandam maiores cuidados, sabe-se que para a longitudinalidade é imprescindível que o profissional saiba da vida de quem é atendido, os sujeitos da pesquisa afirmaram que os trabalhadores conhecem pouco ou apenas situações específicas, como internações, doenças ou casos de violência. Esta situação pode ocorrer devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais, citada anteriormente, e a supervalorização do atendimento às patologias em detrimento de saber mais sobre o sujeito, suas vivências e seu contexto.

Se a longitudinalidade resulta do vínculo entre os sujeitos ao longo do tempo, então, implica nas relações que se estabelecem. Desse modo, verificou-se que alguns profissionais referiram dificuldades na interação, especialmente às questões relacionadas ao processo de envelhecimento, como deficiência física, cognitiva, necessidades maiores de afeto e atenção e dificuldades socioeconômicas, resultados similares aos encontrados no estudo de Leite et al. (2016). Este fato demonstra que os profissionais carecem de formação para lidar com as mudanças decorrentes do envelhecimento e melhorar a atenção à saúde do idoso. Uma forma de atenuar essa dificuldade seriam espaços de EPS para que os profissionais possam compartilhar suas dificuldades, vivências, práticas e conhecimentos técnicos.

Considerando esses espaços, observou-se a realização de reuniões de equipe como facilitadoras da continuidade do cuidado, também identificado em outra pesquisa (ARCE e SOUSA, 2014) e, segundo seus autores, o trabalho em equipe oportuniza meios de fortalecer a relação com a população, tanto no que concerne à efetiva participação de todos nas diversas ações de saúde, quanto na compartilhamento de diferentes visões acerca da saúde da população atendida.

Um dispositivo que auxilia os trabalhadores no gerenciamento da saúde do idoso é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2017b), não mencionada pelos participantes desta pesquisa. Na Caderneta, constam informações para monitorar a saúde, o protocolo de identificação do idoso vulnerável, avaliação, orientações sobre direitos, uso e acesso a medicamentos, alimentação saudável, atividade física, saúde bucal, prevenção de quedas e sexualidade. Nesse sentido, a incorporação do preenchimento adequado da caderneta pode contribuir na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, por meio dos registros e discussões com o idoso e sua família.

Uma das barreiras percebidas na longitudinalidade foi a intersetorialidade, havendo uma fragmentação da atenção ao idoso. Oliveira et al. (2014) afirmam que apesar dos avanços no Brasil nas políticas de saúde, direitos sociais e assistência em relação à pessoa idosa, é necessária a articulação e a integração entre as diversas políticas e serviços. Nesse sentido, Veras (2016) sugere que a atenção seja organizada de modo integrada, em uma rede articulada e referenciada, baseada nas demandas dos usuários, cujos cuidados sejam coordenados ao longo do percurso assistencial, utilizando-se das LCIs como ferramenta operacional.

Cabe destacar que a prática do reagendamento após o atendimento não foi relatado pelos profissionais, relacionada à organização da agenda para garantir o cuidado contínuo. Arce e Sousa (2014) reconhecem o planejamento dos serviços como um ponto positivo para prover uma fonte regular de atenção.

A prática do registro em prontuário foi referida pelos profissionais, resultado oposto ao de outros estudos (ARCE e SOUSA, 2014; GHIGGI, BARRETO e FAJARDO, 2014). São demonstrados nas falas alguns motivos da importância do registro, destacando a continuidade dos atendimentos. Em geral, as informações registradas foram referentes ao estado de saúde, procedimentos e dados biomédicos, apontando para a necessidade de incluir elementos que considerem a saúde de forma ampliada.

Sabendo que o profissional da APS deve articular a situação de saúde do idoso ao contexto no qual está inserido, assume-se que a ampliação do alcance das ações e sua integração na rede (de saúde ou intersetorial) constituem desafios para a coordenação do cuidado, atributo fundamental para a obtenção dos outros. Não há como dissociá-lo dos demais, pois na sua inexistência, a longitudinalidade teria seu potencial reduzido, a integralidade seria dificultada e o acesso apenas uma função administrativa (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado é caracterizada pela continuidade da atenção por parte dos profissionais, pela disponibilidade de informações a respeito da saúde e serviços anteriores prestados, além do reconhecimento destas informações (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015).

Um de seus principais facilitadores é o registro e a disponibilidade das informações em prontuário (STARFIELD, 2002). Nas falas dos pesquisados, foram observadas duas mudanças recentes avaliadas de forma positiva: a implantação de

prontuário eletrônico em todas as USs do município e a gestão do acesso a consultas da atenção secundária ser realizadas nas ESFs.

Com relação à implantação do prontuário eletrônico, constatou-se que favorece para a disponibilidade de informações a todos os profissionais em toda a rede municipal de saúde, tais como ESFs, UBSs sem ESF e o Postão, uma US referência para algumas especialidades e urgências para o turno da noite, durante a semana. Nesse sentido, é possível acessar os dados dos usuários, dispositivo para melhor atendimento, voltado para as necessidades e contexto de vida, imprescindível para o cuidado ao longo. Embora sejam indiscutíveis os benefícios no processo de trabalho e na atenção à saúde, o sistema não está integrado a outros pontos da rede de saúde, como o hospital da cidade, e tampouco com hospitais de grande porte ou especialistas de outras cidades, sendo necessários outros mecanismos, como o formulário de referência e contrarreferência ou contato por telefone, também incipientes.

Mediante essa percepção, é reconhecido que a APS apresenta dificuldades em se comunicar de forma fluida com a atenção secundária e com a atenção terciária, colaborando para a fragmentação da atenção à saúde. Como forma de superar este contexto, Mendes (2011) recomenda a implantação das RAS, em que os serviços atuem de forma integrada, tendo como centro de comunicação a APS, que coordena as ações entre os pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida e que devem a intervir equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas.

Partindo do pressuposto que a atenção à saúde do idoso está relacionada principalmente às condições crônicas e que a APS deve ser a ordenadora das ações em todos os níveis de atenção, verifica-se que há diversos desafios, como a consolidação de uma rede integrada, assim como de sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação (RODRIGUES et al., 2014). Quando é necessário o manejo continuado de um problema, o desafio da coordenação é maior, pois demanda diálogo contínuo entre os níveis de atenção por meio da transferência de informações, relacionado à estrutura ou capacidade, e o reconhecimento destas informações, referente ao processo ou desempenho (STARFIELD, 2002). Portanto, observaram-se obstáculos no componente estrutural da comunicação entre os profissionais da APS e serviços da atenção secundária e terciária e, conseqüentemente, não permitindo seu o reconhecimento.



Fica evidente que o processo de envelhecimento da população exige o desenvolvimento da coordenação do cuidado frente às condições complexas ou incapacitantes, especialmente por necessitar da sincronia entre as várias fontes de atenção. Por isso, deve dispor de diferentes dispositivos, dentre eles estratégia de apresentação ou descrição de um perfil ou resumo do usuário, contendo seus diagnósticos e principais situações de saúde, como se fosse uma lista junto com os principais dados (STARFIELD, 2002). Neste caso, não se trata de rotular o indivíduo, mas de sintetizar suas necessidades e potencialidades para que o outro profissional que atenda assimile de forma mais rápida a fim de desenvolver suas ações.

Tratando-se da utilização de diferentes ferramentas na coordenação do cuidado, percebeu-se que há obstáculos, principalmente pelo fato do prontuário não ser integrado a outros pontos da rede: hospital, especialistas e ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Também não são utilizados outros mecanismos de diálogo entre os profissionais, como contrarreferência e contato por telefone ou e-mail, ou ainda, a utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Há outros estudos que corroboram este achado e apontam como fragilidades da coordenação do cuidado, a falta de integração do prontuário aos demais níveis (ALMEIDA, MARIN e CASOTTI, 2017; CARNEIRO et al., 2014; RODRIGUES et al., 2014), a ausência de sistemas informatizados e de outras tecnologias de informação e comunicação (ALELUIA et al., 2017).

De fato, é comum os usuários não retornarem com as informações de atendimento realizados em outros pontos da rede ao profissional responsável pelo encaminhamento (MORAES, CAMPOS e BRANDÃO, 2014). Carneiro et al. (2014) apontam para a necessidade de um trabalho que fortaleça a comunicação entre os diferentes pontos do sistema, de forma a possibilitar aos usuários o acesso aos diferentes serviços e profissionais sem prejudicar a continuidade de sua assistência. Os mecanismos de referência e contrarreferência não devem ser os únicos dispositivos e destacam o desenvolvimento de prontuário único para o sistema ou pelo menos acesso das informações em diferentes pontos.

Lapão et al. (2017) em análise comparativa da APS no Rio de Janeiro e na Região de Lisboa, constataram que avanços na coordenação das RAS, estavam evidenciadas em estratégias como: protocolo regulador e prontuários eletrônicos, no Rio de Janeiro e da Rede de Agrupamentos de Centros de Saúde composta por conselhos clínicos, apoiada por gestores mais próximos, na Região de Lisboa.

Portanto, nota-se que para qualificar a coordenação entre os diferentes serviços, não há apenas um modo de fazer, pois existem várias ferramentas disponíveis, adaptáveis ao contexto local e regional, que podem contribuir para o itinerário terapêutico dos usuários e para o trabalho dos profissionais e gestores da saúde e outros setores.

Desse modo, a integração entre os serviços de saúde devem funcionar de forma coesa e funcional (MCDONALD, 2014) e pode contar com diversos dispositivos para ser efetivada, tais como: lista de contatos (e-mail, telefone), encontros de EPS (que proporcionem o diálogo entre os atores), prontuário integrado, gestão compartilhada do cuidado (apoio matricial), Carteira de Saúde da Pessoa Idosa, construção de LCI, fichas de referência e contrarreferência, ações de transição após as internações hospitalares e encontros entre gestão, serviços e comunidade. Destaca-se a importância da articulação com a universidade, presente na cidade, por incluir novos olhares, bem como de propiciar uma formação comprometida com a realidade social e suas demandas.

Em virtude desses aspectos, e da importância da participação do idoso e sua família na construção do cuidado, constata-se a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que permite o acesso e o reconhecimento das informações em saúde por parte de usuários e profissionais, reiterando este dispositivo como recurso da coordenação. Mesmo que deva ser valorizado o protagonismo dos usuários na coordenação, é necessário lembrar-se de não responsabilizá-los pelas ações, uma vez que a Caderneta deve ser vista como uma ferramenta facilitadora e não como apenas um modo de efetivação das atribuições dos serviços. De acordo com Sampson et al. (2015), alguns pacientes sentem-se capazes de desempenhar um papel de coordenação para transitar entre a atenção primária e secundária, mas valorizam os profissionais de saúde como coordenadores do cuidado.

Outro meio que colabora para este atributo é a gestão do acesso aos especialistas realizada pelas ESFs, referida por implantação recente, sendo avaliada positivamente pelos profissionais por reduzir o tempo, definir melhor as prioridades e ter um melhor contato antes e depois do atendimento especializado. Antes disso, apenas o encaminhamento era realizado pelas equipes, sendo necessário que o idoso ou seu familiar, levasse o documento de referenciamento até a Secretaria Municipal de Saúde após a marcação e comunicação do dia e local do atendimento. Apesar de recém implantado, este sistema impactou na opinião dos trabalhadores

da APS, em decorrência de reconhecerem melhor as necessidades e dificuldades da população atendida e da possibilidade de maior resolutividade.

Apesar disso, há algumas lacunas, dentre elas o fato de não haver todas as especialidades, destacando-se geriatria e alergologia, a não precisão do tempo de espera até o atendimento na atenção secundária e de alguns idosos não retornarem à consulta de referência. Segundo Aleluia et al. (2017), este aspecto prejudica o planejamento das equipes, e acarreta na irregularidade de oferta das consultas especializadas.

Talvez com o desenvolvimento do sistema descentralizado de regulação, estas barreiras sejam reduzidas, já que as equipes possam estar se movimentando e gerindo com mais proximidade as situações, o que já foi possível observar em algumas unidades, em que os profissionais relatam realizar busca ativa dos usuários que foram encaminhados e agendados para a atenção secundária. Essa busca ativa pode constituir uma ação inicial de LCI, demandando apenas a formalização e descrição dos fluxos, ações, ferramentas e possibilidades dos itinerários no sistema do município.

Outra intervenção que demonstra ser efetiva na coordenação entre níveis de atenção são os cuidados na transição do hospital à APS, descritas por Le Berre et al. (2017), capazes de reduzir a mortalidade, idas à emergência, readmissão e número de dias de readmissão, em idosos com doença crônica. Estes achados apontam para a construção de uma LCI na saúde do idoso e que não somente o trajeto da APS em direção à unidade de referência.

Bousquat et al. (2017), analisaram a coordenação do cuidado pela APS no processo de construção da RAS em uma região do estado de São Paulo e observaram que embora a APS seja vista como capaz de manter o cuidado após o acidente vascular cerebral, não há compartilhamento da responsabilidade entre APS e atenção especializada, encontrando fragilidades em todas as dimensões analisadas (informação, clínica, administrativa/organizacional). Os autores apontam que é indispensável uma APS robusta para a consolidação da RAS ao passo que a APS não consegue exercer seu papel sem um sólido arranjo regional e articulação entre os três entes federados.

Para a APS se consolidar como eixo coordenador da rede é necessário a implantação de uma rede que integre as dimensões vertical e horizontal dos níveis de atenção, e que possua sistemas de apoio e logística para assegurar os fluxos de

comunicação e os processos para a produção social em saúde, mas para isso é necessário compromisso político, que inclui fomentos financeiros e movimentos que permitam alinhar os incentivos econômicos aos objetivos sanitários (RODRIGUES et al., 2014).

Contudo, não há como ter uma APS de qualidade, resolutive, como centro de comunicação e de responsabilização nas RASs, que dispõe de unidades instaladas em casas alugadas, que ofertam serviços de baixa densidade tecnológica, com restrição ao acesso a medicamentos, baseada apenas nos cuidados de médicos e de enfermeiros, que não podem apoiar o autocuidado em função da carência de equipes multiprofissionais e que não possuem uma gerência profissionalizada (MENDES, 2011). É necessário que as ações e o financiamento adequado sejam vistos como investimentos para a qualificação e melhora da situação de saúde dos idosos.

Dentre os princípios do SUS, a integralidade provavelmente seja o mais desafiador em sua consolidação (KALICHMAN e AYRES, 2016) e um dos menos avaliados por estudos científicos (PRATES et al., 2017). Evidências apontam que o atributo apresenta um dos piores desempenhos em relação aos demais na atenção à saúde do idoso (ARAÚJO et al., 2014; DOTTO et al., 2016; MARTINS et al., 2014), sendo melhor avaliado em ESFs do que em UBSs tradicionais (MARTINS et al., 2014; PAULA et al., 2015; SILVA et al., 2014).

A integralidade envolve o reconhecimento das necessidades da população e a disponibilidade de recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002). Trata-se dos arranjos realizados para que os indivíduos recebam uma ampla variedade de serviços, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro da APS, contanto que se responsabilize pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Pressupõe o desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento, promoção da saúde, cuidado, cura, palição e reabilitação (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015).

Como um aspecto facilitador, observou-se que os profissionais buscam ser resolutivos em suas ações. Essa prática demonstra a responsabilização dos profissionais pelo cuidado dos idosos, fomentando a autonomia e ações pautadas na promoção da qualidade de vida. De acordo com Arce e Sousa (2014), embora o desenvolvimento de habilidades pessoais represente um avanço no cuidado, a aproximação e a busca de bem-estar são possíveis mediante a prática de saúde ampliada, baseada na interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Percebe-se que apesar da busca pela resolutividade por parte dos profissionais, outros recursos são necessários para a melhoria da situação de saúde dos longevos, necessitando de articulação e da definição dos mecanismos formais dos fluxos e trajetórias que o usuário percorre entre os diferentes pontos da rede.

Partindo desse pressuposto, foi criada a Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Nela, conceitua-se a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, cujo objetivo é de garantir a integralidade, por meio de diferentes densidades tecnológicas integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b).

Outro fator que influencia para a integralidade é o fato de que os profissionais conversam sobre diversos assuntos com os longevos: medicação, doença, alimentação, saúde mental, família, violência, saúde bucal, problemas sociais, prevenção de quedas e assuntos fora da área da saúde. São mencionadas a escuta e a conversa, tratando-se de formas de acolhimento. De acordo com Brasil (2013), o ato de acolher se revela mais na prática do que no discurso ou conceituação. Trata-se de uma tecnologia leve, demarcada pelas relações de cuidado, que inclui os modos de escuta, de lidar com o não previsto, da construção de vínculos, na sensibilidade do trabalhador e no posicionamento ético situacional de responsabilização. No entanto, Brasil (2006b) aponta que, para a efetivação do acolhimento, é necessária a compreensão das especificidades do idoso, dentre elas, perdas funcionais e dependência para a realização das atividades de vida diária e a legislação brasileira vigente.

Além disso, as ações do território devem basear-se no contexto da população adscrita, privilegiando o interesse do usuário cidadão, valendo-se do exercício da práxis (ação-reflexão-ação) e considerando o trabalho em saúde como um espaço de criação, invenção e compartilhamento entre os diferentes saberes (BRASIL, 2010b). Dessa maneira, de acordo com a literatura (BRASIL, 2009b; KALICHMANN e AYRES, 2016) a integralidade perpassa por diversos conceitos e dispositivos: Vulnerabilidade, Humanização, Cuidado, Ações Programáticas, LCI, Redes de Cuidado, Apoio Institucional, Apoio Matricial, Equipes de Referência, PTS, Clínica Ampliada e Clínica Compartilhada.

Incorporar essas práticas aos serviços de APS, considerando o processo de envelhecimento e a abordagem diferenciada aos longevos, torna-se um desafio,

ainda mais ao se confrontar com o modelo hegemônico pautado nas doenças. Nesse contexto, a Clínica Ampliada surge para discutir e resolver problemas de saúde singulares (COUTINHO et al., 2013).

A proposta da Clínica Ampliada constitui em uma ferramenta de articulação interdisciplinar, que busca maior autonomia dos usuários por meio do vínculo e da coparticipação do cuidado, compreendendo o contexto ampliado do processo saúde-doença, com a construção compartilhada de diagnósticos e terapêutica, a transformação dos meios de trabalho e enfoque na pessoa e não apenas na patologia (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009b).

Essa prática é sistematizada também por meio do Apoio Matricial, em que equipes de profissionais especializados dão apoio técnico, clínico e pedagógico às equipes da APS, sendo instituídos no Brasil pelos NASF. Essa proposta visa à integralidade do cuidado e um modo de funcionamento em rede, baseado na interdisciplinaridade (BRASIL 2014; BRASIL, 2008; CAMPOS et al., 2014).

Os NASF, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as ESFs, buscam o aumento da capacidade resolutiva das equipes e a responsabilização compartilhada. Permitem diferenciar se os casos podem ser acompanhados pela APS, pelo NASF ou outras instâncias (BRASIL, 2008; CAMPOS et al., 2014). A partir dos discursos dos trabalhadores das ESFs, foi possível perceber que há alguns profissionais que realizam ações similares ao do NASF e ao mesmo tempo, de atenção secundária, tais como as VDs, consultas individuais nas ESFs e em ambulatório centralizado, grupos de educação em saúde, pautados na atenção, articulados por núcleo especializado.

Ainda, no município não são ofertados serviços, ações ou programas destinados aos idosos e menos ainda aos longevos. As atividades realizadas estão dentre as oferecidas para toda a população, mas não há uma LCI institucionalizada que considere a heterogeneidade do idoso e, principalmente àqueles acima de 80 anos que necessitam uma atenção diferenciada. Além disso, percebem-se dificuldades nas ações preventivas, além das atividades de suporte psicossocial.

Coutinho et al. (2013) encontraram resultados semelhantes em uma ESF, em que os profissionais procuram, de acordo com as atividades desenvolvidas, inserir os idosos em atividades destinadas para toda a população ou segmentos específicos, mas não pautadas para as especificidades dos longevos. As ações acabam se tornando reducionistas sem a valorização do idoso de forma integral, sendo

apontado como motivos, o aumento da demanda, a escassez de tempo, poucos profissionais e cobrança no alcance de metas.

As dificuldades na efetivação da integralidade fragilizam o cuidado integral ao idoso e constituem-se como desafio para os profissionais da saúde (ALMEIDA e CIOSAK, 2013). Aumentar as práticas de integralidade inclui práticas de prevenção, autocuidado e suporte social ao idoso e ao cuidador, que demandam investimentos em ações pouco dispendiosas (ARAÚJO et al., 2014). É indispensável que seja garantida a pactuação, o compromisso técnico e político entre todos os atores envolvidos com os percursos assistenciais e nos diferentes pontos de atenção da rede de cuidado (KALICHMANN e AYRES, 2016). Desse modo, o cuidado integral ao idoso poderá ser alcançado em rede, integrado em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (COUTINHO et al., 2013; VELLO et al., 2014).

Identificou-se também que os serviços ofertados são voltados para uma perspectiva biomédica, prejudicando a consolidação da integralidade. Fertoni et al. (2015) referem que existem propostas e políticas que procuram superar o paradigma biomédico, contudo, as dificuldades de implementação são significativas e constituem um dos grandes desafios para o SUS na atualidade. Essas fragilidades podem ser solucionadas mediante discussão e problematização no cotidiano dos serviços de saúde, na gestão, pelos usuários e suas instâncias de controle social.

Ao serem questionados se conseguem abordar os assuntos necessários, a maioria dos trabalhadores afirmou que não, tampouco abordam o tema “processo de envelhecimento” com os longevos. Dentre os motivos, destacam-se o grande volume de atendimentos, demanda excessiva, medo de afastar o idoso e pouca paciência dos longevos em escutar, podendo refletir em insatisfação e sensação de impotência por parte dos profissionais. Coutinho et al. (2013) afirmam que as barreiras podem ser percebidas como desafiantes ou frustrantes para o profissional que realiza o cuidado. Assim, pode-se supor que os sujeitos do estudo têm consciência de suas dificuldades, o que não significa que devem ser culpabilizados, pelo contrário, demonstra que apresentam criticidade acerca da sua atuação. A dificuldade na abordagem da pessoa idosa emerge para a necessidade da EPS, conforme destacam Araújo et al. (2014) e Coutinho et al. (2013).

Santos et al. (2016) revelam a escassez de profissionais especializados no cuidado ao idoso, principalmente ao fragilizado, dependente de visitas domiciliares,

que necessitam de uma atenção direcionada. Destacam como forma de superação a adaptação e a realização de invenções criativas.

Almeida e Ciosak (2013) mencionam que a diferença cultural existente entre a maioria dos idosos e profissionais de saúde pode gerar uma comunicação bloqueada, fazendo-se necessária a articulação de saberes relacionados às formas verbais e não verbais de comunicação. Nesse sentido, a falta de paciência dos longevos pode estar associada às estratégias comunicativas e à diferença cultural. Segundo Campos et al. (2014), há diferenças em todo trabalho em saúde, dependendo do encontro entre os sujeitos, relacionados aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder. Os autores apontam que sempre existe um contraste entre o poder do profissional e do usuário, prevalecendo a do profissional. Esta diferença pode explicar também a impaciência dos idosos, por mais horizontal que o atendimento seja.

O aumento da demanda e o pouco tempo disponível para atendimento foram revelados como dificuldades também por Coutinho et al. (2013), prejudicando a prática integral e comprometendo a qualidade do atendimento.

As necessidades dos idosos não podem ser contempladas apenas pelo setor saúde, já que a integralidade deve ser construída em parceria com outros setores (ALMEIDA e CIOSAK, 2013; ARCE e SOUSA, 2014; CAMPOS et al., 2014; SANTOS et al., 2016). Para melhorar a qualidade de vida, na percepção dos profissionais, há a necessidade de serviços destinados aos idosos, como Centros de Convivência, para a socialização, atividade física e educação dos idosos. No Brasil, há programas bem difundidos, como as Universidades Abertas da Terceira Idade conhecidas como UnATIs, dentre eles, o descrito por Adamo et al. (2017), em que idosos que participavam por maior tempo do programa apresentavam maior qualidade de vida do que os ingressantes.

Com o envelhecimento, ocorrem situações específicas da idade, como doenças crônicas, fragilidades orgânicas e sociais, demandando um cuidado estruturado de forma diferente e especial (VERAS, 2016), destacando-se o atributo da integralidade (MARTINS et al., 2014; VELLO et al., 2014), revelado no presente estudo nas falas dos profissionais por práticas facilitadoras bem como de suas barreiras.

Por fim, este estudo buscou conhecer a percepção acerca dos atributos da APS no atendimento de longevos na perspectiva dos profissionais da ESF de



Palmeira das Missões-RS. Neste sentido, foram observadas estratégias que os profissionais utilizavam como facilitadoras no desenvolvimento dos atributos essenciais da APS, assim como, por outro lado, foram observadas barreiras.

Sabendo que a população longeva é a que mais tem crescido no país, que demanda cuidados especializados e apresentam elevada vulnerabilidade, verifica-se que o cuidado gerontológico ainda é insipiente de acordo com os discursos dos profissionais das ESFs, carecendo de estruturação teórica, prática e política em diferentes esferas de gestão, atenção, educação e participação social.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou conhecer a percepção acerca dos atributos da APS no atendimento de longevos na perspectiva dos profissionais da ESF. A análise dos dados ocorreu a partir de quatro categorias: Acesso, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e integralidade. Cada unidade temática, apresentou fatores associados à sua operacionalização, classificados como facilitadores ou barreiras.

A primeira categoria, Acesso, representou como se dá a entrada dos longevos às ESFs, descrita pela prática das VDs, acolhimento e demanda espontânea. Por outro lado, há restrição do acesso temporal, falta de recepcionista, distância de outros serviços e a falta de prioridade aos longevos por alguns profissionais.

A Longitudinalidade permitiu reconhecer como é operado o cuidado ao longo do tempo, descrito pela baixa rotatividade profissional, importância do ACS, registro em prontuário, reuniões de equipe e boa relação com longevos independentes. Em contrapartida, há dificuldades em lidar com as fragilidades dos longevos, excesso de demanda, profissionais que conhecem pouco os longevos e na intersetorialidade.

Na Coordenação do Cuidado, observou-se a integração e a continuidade da atenção em diferentes espaços do sistema, destacando-se o encaminhamento a especialidades, realização da marcação e regulação para a atenção secundária nas ESFs, busca ativa dos faltosos, retorno dos idosos à APS, prontuário eletrônico, demora no acesso ao atendimento especializado e a ausência de contrarreferência.

Em relação à Integralidade, constataram-se os arranjos que as unidades de APS realizam para que o longevo receba a atenção necessária, enfatizados pela diversidade dos assuntos conversados, busca pela resolutividade, falta de serviços específicos aos longevos, oferta de serviços na perspectiva biomédica e ausência da abordagem do tema envelhecimento.

Frente ao processo de envelhecimento, marcada pelo aumento de doenças crônicas, perdas funcionais, diminuição da socialização e pela fragilização, destaca-se a ESF como modelo potente capaz de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos longevos, que, por sua vez, apresentam necessidades diferenciadas do restante da população.

A ESF deve aprimorar suas ações para melhorar o desempenho em relação aos atributos da APS e proporcionar aos longevos, melhores condições de

atendimentos de saúde e maior apoio da rede intersetorial. Para isso, faz-se necessário o controle social, mediante a participação da população, gestores e profissionais de saúde. Ressalta-se, também, a importância da universidade na formação de recursos humanos na área de gerontologia, assim como para fomento do comprometimento com as demandas sociais.

O estudo apresenta limitações, como o número de participantes, por estar restrito a um município e a um tipo de serviço, no caso, ESFs. Entretanto, tem o potencial de aprofundar e colaborar com o olhar dos profissionais de ESFs em relação ao cuidado e seus dispositivos concernentes aos longevos na APS, um tema pouco abordado. Ademais, ampliar essa visão é fundamental para melhorar os serviços à população mais idosa para promover um envelhecimento mais saudável, além de propiciar condições de trabalho mais satisfatórias aos profissionais.

Por fim, reforça-se a magnitude do SUS e da ESF no impacto positivo para a saúde da população e, acima de tudo, para o cuidado dos longevos, pois contribuem para o acesso e qualidade dos serviços da maioria dos brasileiros e na superação do modelo biomédico e fragmentado.

Como implicações para novas pesquisas, recomenda-se a construção de um instrumental teórico-prático sobre o cuidado ao longo na APS, a inclusão da percepção de longevos, familiares e cuidadores na análise, assim como de outros profissionais da SF. Sugerem-se também pesquisas que explorem o uso de práticas e tecnologias destinadas à população longeva, como a avaliação geriátrica ampla, abordagem da fragilidade e SGs, da utilização de recursos comunitários, da construção de LCIs, reflexões sobre a priorização dos idosos nos serviços, análise quanto à definição do número de idosos cobertos por equipes e seus indicadores e da implantação de tecnologias de informação e comunicação entre redes.

A avaliação dos atributos essenciais na percepção dos profissionais de saúde é relevante para a qualificação do cuidado aos longevos, uma população que apresenta maior vulnerabilidade. Além do mais, pode criar referências para qualificar o trabalho dos profissionais da Saúde da Família e, acima de tudo, servir de norteador para a constituição e desenvolvimento de LCI relacionadas à população com 80 ou mais anos.

## REFERÊNCIAS

- ADAMO, C. E. et al. Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 550-560, 2017.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al . Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-194, out., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600182&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600182&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 dez. 2017.
- ALELUIA, I. R.S. et al . Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun., 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 set. 2017.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 50, 2017.
- ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, n. 4, p. 884-890, ago., 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000400884&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400884&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 set. 2017.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para Consolidação da Coordenação do Cuidado pela Atenção Básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, mai.-ago., 2017.
- ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, dez., 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013002000011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013002000011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 mar. de 2017.
- ARAÚJO L. U. A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, ago., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2017.
- ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, v. 1, p. 62-8, 2014.
- BARA, V. M. F. et. al. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa.

**Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 330-335, set., 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000300330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000300330&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 9 jun. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERG, M. J.; LOEREN, T.; WESTERT, G. P.: Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. **Family Practice**, v. 33, n. 1, p. 42–50, 2016.

BÓS, A. J. G.; KIMURA, A. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 106-111, abr.-jun. 2015. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/59-02/07\\_1471\\_Revista%20AMRIGS.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/59-02/07_1471_Revista%20AMRIGS.pdf)>. Acesso em: 2 ago. 2017.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 5 nov. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1994/lei-8842-4-janeiro-1994-372578-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 fev. 2006c. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1831.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-40, 4 mar. 2008. Republicada por ter saído com incorreção no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, p. 47-49. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2669/GM de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 2009a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/pdf/PactopelaSaudebienio2010-2011.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 18 set. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)>. Acesso em: 1 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, Página 88, 30 de Dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE; LABORATÓRIO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (LIS) DO INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA (ICT) DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **SISAP Idoso - Sistemas de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. 2011b. Disponível em:< <http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012a.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 13 jun. 2012b. Seção 1 p. 59. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2014. Acesso em: 27 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Acolhimento à demanda espontânea.** 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Humanização.** 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 13 jul. 2017a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 4ª ed. Brasília – DF, 2017b.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. **Texto para Discussão nº 858.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2002. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: velhos e novos resultados. **Texto para Discussão nº 1426.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2009. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1426.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Envelhecimento Populacional, Perda da Capacidade Laborativa e Políticas Públicas Brasileiras entre 1992 e 2011. **Texto para Discussão nº 1890.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, v. 1, p. 1-30, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD\\_1890.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2171/1/TD_1890.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2017.

CAMPOS, G. W. S. et al. Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. **Interface**, Botucatu, SP, n. 18, supl. 1, p. 983-95, 2014.

CARNEIRO, M. S. M et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 279-295, out., 2014.

CARVALHO, V. C. H. S. et al. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a crosssectional study. **BMC Public Health**, v.13, n. 605, 2013.

CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**; v. 105, p. 998-1003, 2000.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-458, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 abr. 2017.

COUTINHO, A. T. et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 628-637, dez., 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400628&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 set. 2017.

CRAMM; HOEIJMAKERS e NIEBOER. Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. **Journal of Nursing Management**, Medford, MA, USA, v. 22, n. 2, p. 170-176, mar., 2014.

DA CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 172-177, abr., 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302004000200034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2016.

DOTTO, J. M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **RFO**, Passo Fundo, RS, v. 21, n. 1, p. 23-30, jan.-abr. 2016. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/viewFile/5385/3920>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out., 2014.



FERTONANI, H. P. et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun., 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2017.

GHIGGI, L. A.; BARRETO, D. S.; FAJARDO, A. P. Reflexões de uma Equipe de Saúde e sua População Adscrita sobre Longitudinalidade da Atenção. **Revista de APS**, n.17, v.2, p. 244 - 254, abr.-jun., 2014.

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

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultado do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. DIRETORIA DE PESQUISAS. COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS ESTUDOS E PESQUISAS. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, v.13, n.4. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. O Século do Envelhecimento e Sociedade que Queremos Construir.

**Revista Direitos Humanos**, 2009, v. 3, p. 30-35. Disponível em: <

[http://www.dhnet.org.br/dados/revistas/a\\_pdf/revista\\_sedh\\_dh\\_03.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/revistas/a_pdf/revista_sedh_dh_03.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2016, v. 32, n. 8 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2017.

KRISTJANSSON, E. et al. Preditores de continuidade relacional na atenção primária: pacientes, provedores e fatores de prática. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 72., 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-72>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LAPAO, L. V. et al. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.3, p.713-724, 2017.

LE BERRE, M. et al. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. **Journal of the American Geriatrics Society**., v.65, n.7, p.1597-1608, 2017.

LEITE, M. et al. Vivências de agentes comunitários de saúde na atenção a idosos acometidos por doenças crônicas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza - CE, v.17, n.4, p.576-84, jul.-ago., 2016.

LIMA, L. de et al . Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, mar., 2014 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 ago. 2017.

LIMA, T. A. S.; MENEZES, T. M. O. Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 751-758, ago., 2011.

MAGALHAES, K. A. et al. A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3787-3796, dez. 2015.

MARAFON, L. P. et al . Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos longevos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 799-807, mai. 2003 . Disponível em:  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 abr. 2017.

MARQUES, A. P. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-826, out., 2014.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, 2014.

MCDONALD, K. M., et al. **Care Coordination Atlas Version**. Rockville: AHRQ Publication, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DATASUS. **CNESNet**. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 20 de novembro de 2015. 2015a.

\_\_\_\_\_. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 2015b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, ago., 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MORAES, V. D.; CAMPOS, C. E. A.; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

MORAES, E. N.; SANTOS, R. R.; MARINO, M. C. A. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n.1, p. 54-66, jan.- mar., 2010. Disponível em: < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MOTTA, A. B. Visão Antropológica do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

OLIVEIRA, A.D. et al. A intersectorialidade nas políticas públicas para o envelhecimento no Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, n. 17, v. 2, p.91-103, jun., 2014.

OLIVEIRA, W. N. G. O. et al. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 51, n. 3, p. 17-22, set.-dez., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça: OMS, 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington, DC, 2003.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, out.-dez.; v. 17, n.4, 2015, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

PARK, J. M. Equity of Access to Primary Care Among Older Adults in Incheon, South Korea. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 24, n. 6, p.953– 960, 2012.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

RODRIGUES, L. B. B. et al . A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SALWAY, S. M. et al. Identifying inequitable healthcare in older people: systematic review of current research practice. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 123, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505033/>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

SAMPSON, R. et al. Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, v. 5, n. 10 out., 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4611413/>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

SANTOS, C. T. B. et al . Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, mar., 2016.

SHI, L. et al. Community health centers and primary care access and quality for chronically-ill patients – a case-comparison study of urban Guangdong Province, China . **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 90, 2015.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, Parsippany, NJ, USA, v. 50, n. 2, 2001.

SILVA, C. S. O. et al . Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, nov., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 nov. 2017.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016.

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

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr., 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v.23, n.3, p. 869-883, 2014.

UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 2002**. United Nations: New York, 2002.

\_\_\_\_\_. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. POPULATION DIVISION. **World Population Ageing 2013**. United Nations: New York, 2013.

\_\_\_\_\_. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. POPULATION DIVISION. **World Population Prospects: The 2017 Revision, Volume II: Demographic Profiles**. New York: United Nations, 2017.

VELLO, L. S. et al. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 330-335, jun., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200330&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200330&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 set. 2017.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, nov.-dez., 2016.

VIACAVA, F. et al . Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr., 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 ago. 2017.

VIEIRA R.; VIEIRA R. S. R. Saúde do Idoso e Execução da Política Nacional da Pessoa Idosa nas Ações Realizadas na Atenção Básica à Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17 n. 1, p. 14-37, mar.-jun., 2016.

**APÊNDICE 1 – ENTREVISTA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS –  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

1) Qual a sua profissão?

( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Dentista

2) Em qual unidade de saúde você atua?

( ) ESF I VISTA ALEGRE

( ) ESF II LUTZ

( ) ESF III CSU

( ) ESF IV CSU

( ) ESF V MUTIRÃO

( ) ESF VI WESTPHALEN

( ) ESF VII AMARAL

3) Qual a sua idade (em anos) ?

\_\_\_\_\_

4) Sexo:

( ) Masculino ( ) Feminino

5) Raça/cor:

( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Não sabe informar

6) Há quanto tempo trabalha nesta unidade de saúde (em meses)?

\_\_\_\_\_

7) A unidade possui o Programa Mais Médicos?

( ) Sim ( ) Não

8) Você é formado(a) há quantos anos?

\_\_\_\_\_

9) Você tem especialização?

( ) Sim ( ) Não

10) Se sim, em que área?

\_\_\_\_\_

11) Você que coordena a equipe?

( ) Sim ( ) Não

12) Qual o seu grau de satisfação em relação ao atendimento desenvolvido, pela unidade de saúde, aos longevos (80 ou mais anos) atendidos?

( ) totalmente satisfeito

( ) parcialmente satisfeito

( ) indiferente

( ) parcialmente insatisfeito

( ) totalmente insatisfeito

## APÊNDICE 2 – ENTREVISTA ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PROFISSIONAIS

1) O que você entende por longofo?

2) Você acha que os longevos necessitam de um atendimento diferenciado? Como seria?

3) Há atividades de educação permanente em relação ao cuidado ao longofo? Quais? Há sugestões de atividades?

### **Atributo: Acesso de 1º Contato - Acessibilidade**

4) O serviço de saúde fica aberto em todos os momentos em que os longevos necessitam?

5) Quando algum longofo necessita, ele consegue atendimento rapidamente na sua unidade de saúde?

6) Na sua opinião, como é o acesso dos longevos à unidade de saúde?

### **Atributo: Longitudinalidade**

7) Os longevos são atendidos pelos mesmos profissionais ou há uma elevada rotatividade?

8) Como é a sua relação com seus pacientes longevos?

9) Você conhece a vida de seus pacientes longevos? Sabe quais as necessidades deles? Você considera isso importante?

### **Atributo: Coordenação – Integração de Cuidados**

10) Os seus pacientes longevos são encaminhados para especialistas? Como funciona? Alguém ajuda na marcação? Como é o retorno, você discute com eles?

### **Atributo: Coordenação – Sistemas de Informações**

11) Nos atendimentos, há prontuários dos longevos disponíveis? Você realiza registro? O que você registra? O que você considera importante registrar?

### **Atributo: Integralidade – Serviços Disponíveis**

12) Quais serviços são disponibilizados aos longevos na unidade de saúde? Há algum que poderia ser ofertado? Por quê?

### **Atributo: Integralidade – Serviços Prestados**

13) Quais os assuntos que você conversa com seus pacientes longevos? Acha que consegue discutir o que é necessário? O que é importante discutir com eles?

### **Atributo: Orientação Familiar**

14) Você atende a família de seus longevos? O que é importante em relação à abordagem familiar?

### **Atributo: Orientação Comunitária**

15) Você realiza visitas domiciliares para os longevos? Como é?

16) Você sabe qual a opinião dos longevos acerca dos serviços de saúde? Quais mecanismos que a unidade de saúde possui?

## APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador responsável: Loiva Beatriz Dallepiane

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria *campus* Palmeira das Missões – Departamento de Alimentos e Nutrição

Telefone e endereço postal completo: (55) 3742-8843. Avenida Independência, 3751, prédio 02, sala 118, 98300-000 – Palmeira das Missões - RS.

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da Família e domicílios dos idosos longevos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família de Palmeira das Missões/RS

Eu Loiva Beatriz Dallepiane, responsável pela pesquisa “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família”, o(a) convidamos a participar como voluntário(a) deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a percepção acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos idosos longevos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família e de seus profissionais. Acreditamos que ela seja importante porque a população longeva ( $\geq 80$  anos) tem aumentado no Brasil, além da necessidade de se avaliar os serviços de Atenção Básica, a fim de possibilitar um planejamento adequado das ações de atenção à saúde e de educação permanente. Para sua realização será feito o seguinte: aplicação do teste de evocação de palavras (para os longevos), entrevista semi-estruturada, uma versão para os e outra versão para os profissionais; para os idosos, a entrevista será nos domicílios, já para os profissionais, na unidade de saúde em que atua. As entrevistas serão transcritas, e documentos referentes à coleta permanecerão com a pesquisadora responsável durante cinco anos e após, serão destruídas. Sua participação constará em responder à entrevista.

Sobre riscos e benefícios: O risco que o voluntário poderá ter será cansaço ao responder a entrevista. Nesse caso, você poderá parar de responder e descansar um pouco e/ou solicitar ajuda do pesquisador e/ou poderá interromper sua participação, sem qualquer prejuízo. Em caso de algum desconforto, você será encaminhado à unidade de saúde de referência e para os profissionais, ao serviço de saúde do trabalhador de referência.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.



Os benefícios que esperamos com o estudo são a possibilidade de qualificar a atenção à saúde do idoso, possibilitando a melhora do serviço de saúde que é ofertada ao idoso ou melhorias nas condições de trabalho onde o profissional atua.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada na unidade de Saúde de Família pela qual você é atendido ou na Secretaria Municipal de Saúde.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Palmeira das Missões,

## ANEXO 1 – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família

Pesquisador responsável: Loiva Beatriz Dallepiane

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 3742-8843

Local da coleta de dados: Unidades de Saúde da Família e domicílios dos idosos longevos atendidos pelas Estratégias Saúde da Família de Palmeira das Missões/RS

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevistas com gravadores digitais, nas Unidades de Saúde da Família e domicílios, no período de janeiro a abril de 2017.

Informam, ainda, que estes dados serão utilizados, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que os mesmos somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM campus Palmeira das Missões/RS, Avenida Independência, 3751, prédio 02, Departamento de Alimentos e Nutrição, sala 118, CEP 98300-000 – Palmeira das Missões - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Loiva Beatriz Dallepiane. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em ...../...../....., com o número de registro Caae .....

Palmeira das Missões, 12 de agosto de 2016

.....

Loiva Beatriz Dallepiane

## ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMEIRA DAS MISSÕES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Sete de Setembro, 466 – Edifício Pipiri – Centro - C.N.P.J. 88.541.354/0001-94  
Fone: 55-3742-4015 – 5181.

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Paulo Fernandes, abaixo assinado, Secretário Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS, autorizo a realização do estudo Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Idosos Longevos e Profissionais da Estratégia Saúde da Família, a ser conduzido pelos pesquisadores Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Loiva Beatriz Dallepiane e Cíntia Cristina Sulzbach.

Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

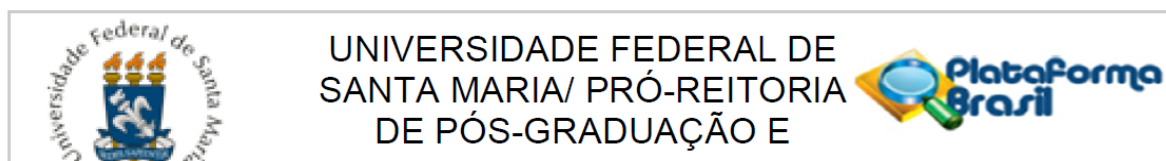
Palmeira das Missões, 27 de junho de 2016

Paulo Roberto Oliveira Fernandes

Secretário de Saúde do Município de Palmeira das Missões, RS.

*Paulo Roberto Oliveira Fernandes*  
Secretário Municipal de Saúde  
Portaria 006/2013

## ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVA DOS IDOSOS LONGEVOS E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA

**Pesquisador:** Loiva Beatriz Dallepiane

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61829916.6.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.868.174

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto considera que o envelhecimento populacional é um fenômeno global e tem sido mais acelerado em países em desenvolvimento como o Brasil. São considerados idosos longevos ou mais idosos, os indivíduos que possuem 80 ou mais anos, sendo este segmento populacional que mais cresce no país. O objetivo do projeto é verificar a percepção acerca dos atributos da APS na perspectiva dos idosos longevos e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em um município do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal de cunho exploratório, a ser realizado com longevos e profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família de Palmeira das Missões – RS. As entrevistas ocorrerão entre janeiro a abril de 2017, com gravadores. As entrevistas com os idosos ocorrerão em seus domicílios e as com os profissionais das equipes ocorrerão nos serviços de saúde em que atuam. Salienta-se que a entrevista possui questões norteadoras baseadas nos atributos da APS, havendo uma versão para os longevos e outra para os profissionais. Os longevos serão sorteados aleatoriamente por unidade de saúde, havendo pelo menos um por unidade; já os profissionais, todos os de nível superior serão convidados a participar. Haverá amostragem por saturação. Destaca-se também que as entrevistas serão transcritas e após será realizada a análise temática das mesmas.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

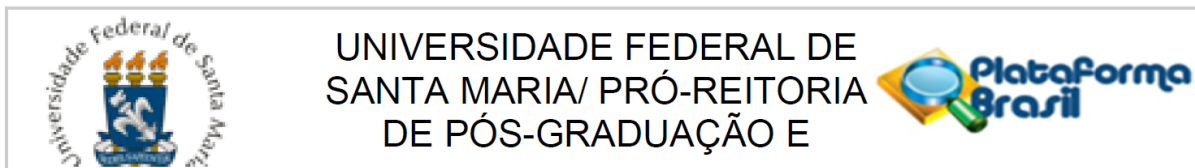
**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.868.174

#### **Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa apresenta os seguintes objetivos:

Objetivo geral: verificar a percepção acerca dos atributos da APS na perspectiva dos idosos longevos e dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em um município do Sul do Brasil.

Objetivos específicos -

- Identificar as características sociodemográficas dos idosos longevos cadastrados nas ESF e dos profissionais de saúde;
- Compreender como o idoso longevo percebe o atendimento dispensado a ele no serviço de saúde na atenção básica;
- Conhecer como o profissional de saúde percebe o atendimento dispensado ao idoso longevo no serviço de saúde na atenção básica.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto apresenta de maneira satisfatória os riscos e benefícios inerentes a pesquisa. São eles:

**Riscos:** o risco que o voluntário poderá ter será cansaço ao responder a entrevista. Nesse caso, o entrevistado poderá parar de responder e descansar um pouco e/ou solicitar ajuda do pesquisador e/ou poderá interromper sua participação, sem qualquer prejuízo. Em caso de algum desconforto, o longevo será encaminhado à ESF de referência e quanto ao profissional, ao serviço de saúde do trabalhador de referência.

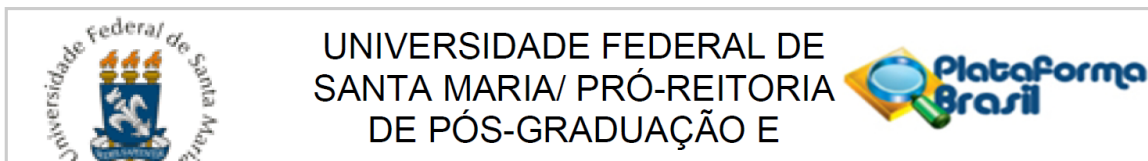
**Benefícios:** o voluntário terá como benefício a possibilidade de qualificar a atenção à saúde do idoso com a melhora do serviço de saúde que é ofertada ao idoso ou melhorias nas condições de trabalho onde o profissional atua.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
<b>Bairro:</b> Camobi	<b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362	<b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.868.174

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente.

#### Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_817091.pdf	09/11/2016 08:58:06		Aceito
Outros	TermoDeConfidencialidade.pdf	09/11/2016 08:57:16	CINTIA CRISTINA SULZBACH	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	31/10/2016 15:16:48	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Outros	RegistroProjetoGap.pdf	27/10/2016 15:29:21	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/10/2016 15:22:32	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizainst.pdf	27/10/2016 15:22:03	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	27/10/2016 15:03:39	Loiva Beatriz Dallepiane	Aceito

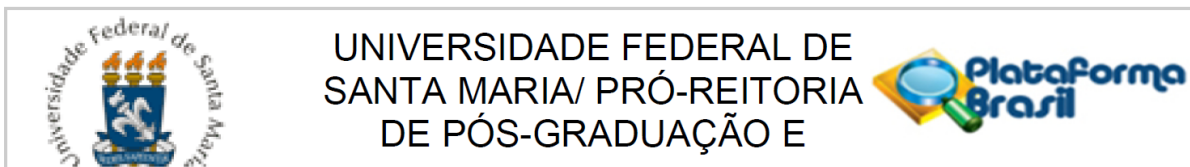
#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.868.174

SANTA MARIA, 15 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com