

MÁRCIA CONSTÂNCIA PINTO ADERNE GOMES

**OS IDOSOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DE UMA UNIDADE NO SUS**

Tese apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy” como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Administração.

Área de concentração: Gestão Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Michel Jean Marie Thiollent

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA - UNIGRANRIO
MÁRCIA CONSTÂNCIA PINTO ADERNE GOMES

G633i Gomes, Márcia Constância Pinto Aderne.

Os idosos no serviço de atenção primária à saúde : contribuições para a gestão de uma unidade no SUS / Márcia Constância Pinto Aderne Gomes. – 2017.

223 f. : il. ; 31 cm.

Tese (doutorado em Administração) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais e Aplicadas, Rio de Janeiro, 2017.

“Orientado: Prof. Dr. Michel Jean Marie Thiollent”

Marcia Constanca Pinto Aderne Gomes

"Os Idosos no Serviço de Atenção Primária à Saúde:
Contribuições para a Gestão de uma Unidade do SUS".

Tese apresentada à Universidade
do Grande Rio "Prof. José de
Souza Herdy", como parte dos
requisitos parciais para obtenção
do grau de Doutor em
Administração.

Área de Concentração:
Gestão Organizacional.

Aprovado em 15 de fevereiro de 2017.

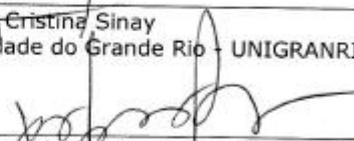
Banca Examinadora



Prof. Dr. Michael Jean Marie Thiollent
Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO



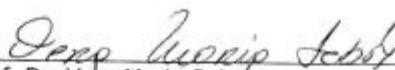
Prof. Dr. Cristina Sinay
Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO



Prof. Dr. José Francisco Rezende
Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO



Prof. Dr. Célia Pereira Caldas
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ



Prof. Dr. Vera Maria Sabóia
Universidade Federal Fluminense - UFF

Dedico este trabalho aos idosos e seus cuidadores:
meus professores de amor e de vida

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Nélio Augusto e Maria Mercêdes, minha avó Nenzita, minha bisavó Constância e minha sogra, Léa, por tudo que aprendi com vocês. Seres únicos repletos de amor incondicional, respeito, solidariedade, esperança, fé e justiça. As lições mais valiosas de minha existência.

Ao meu marido/cúmplice, Victor, que sempre apoiou minhas escolhas, soube respeitar minhas ausências e por esta nova fase nossa. Vamos envelhecer juntinhos e com muitas aventuras pela frente.

À minha filha Paula Constância, que me alimentou com seus quitutes, sua companhia, seu carinho e amor. Obrigada por ser minha confidente, e por tudo.

Ao meu filho Luiz Pedro, que me ensinou que o mais importante é saber cair. Não atrapalhar a queda, para não se machucar e depois voltar a lutar pelo que a gente acredita. É verdade filho, sábias palavras!

Ao meu filho Bruno Cezar, que me provocou muito e é o responsável por eu ter saído de minha zona de conforto para enfrentar um doutorado. Obrigada pela paciência nos meus desabafos, pelo incentivo, por suas sugestões, por nossos longos papos.

À minha neta Duda, por cada momento que brincamos, cantamos, vimos nossos desenhos prediletos, desenhamos e outras coisinhas que fazemos juntas. Você está me ensinando uma coisa nova a cada dia.

À filha de alma, Amanda, por seu carinho, por sua presença constante e amorosa, por me apoiar, por compartilhar desafios e por emprestar sua força e coragem.

À minha filha e meus netos de coração, Lilian, Sofia, Érico e Carol, pela paciência, carinho e apoio demonstrado nesses anos que precisei estar ausente para escrever este trabalho.

Às minhas sobrinhas Camila, Marta e Luiza, pelas dicas de computador, por alegrar minha vida e principalmente por cuidar com zelo e carinho de minha mãe.

Ao meu professor orientador, Michel Thiollent. Meus sinceros agradecimentos por sua dedicação, suas críticas e sugestões.

A todos os professores do PPGA, destacando Rui Otávio, Alexandre Nicolini, Ana Guedes, Luciano Rossoni e Rejane Prevot, por terem contribuído para minha formação.

Especial agradecimento aos professores José Rezende, Cristina Sinay e Vera Saboia, por aceitarem fazer parte da banca. Minha eterna admiração e respeito.

À querida professora Celia Caldas, pela acolhida, por contribuir na elaboração deste trabalho, pela generosidade, pelo estímulo intelectual e carinho.

À Ana Silvia, responsável pela revisão deste texto. Não basta dizer que você é uma profissional competente, empreendedora e zelosa. Você cuida do trabalho e de mim.

À minha querida Ligia Py, minha grande professora de antes, de agora e para sempre. Estrela-Ligia, repleta de luz que guia e de afeto que cuida. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos, pelas reflexões, por me acolher com muito carinho no seu coração.

Envelhecer

Arnaldo Antunes

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer

Não quero morrer, pois quero ver
Como será que deve ser envelhecer
Eu quero é viver pra ver qual é
E dizer venha pra o que vai acontecer

Eu quero que o tapete voe
No meio da sala de estar
Eu quero que a panela de pressão pressione
E que a pia comece a pingar
Eu quero que a sirene soe
E me faça levantar do sofá
Eu quero pôr Rita Pavone
No ringtone do meu celular
Eu quero estar no meio do ciclone
Pra poder aproveitar
E quando eu esquecer meu próprio nome
Que me chamem de velho gagá

Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodé
Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter descritivo e propositivo, uma vez que buscou conhecer e relatar o cotidiano das práticas de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde do SUS na relação de oferta e demanda por cuidado para pacientes idosos. Assim, escolheu-se o estudo de caso como estratégia metodológica, para permitir compreender os conceitos relativos ao envelhecimento, demanda e oferta de ações e serviços de saúde, organização da assistência, infraestrutura, processo de trabalho, avaliação da atenção à saúde do idoso e produção de cuidado como realmente aconteceram na prática. Diferentes tipos de dados foram coletados: entrevistas com idosos, familiares, profissionais de saúde; informação documental; dados registrados em prontuários e em sistemas de acompanhamento da produção da unidade; anotações sobre observação direta e observação participante e artefatos físicos completaram o conjunto de evidências que foram selecionadas e apresentadas sob a forma de relatório. Neste, os dados qualitativos de natureza verbal foram organizados e tabulados, sendo apresentados sob a forma de Discurso do Sujeito Coletivo. O envelhecimento ocorre processualmente e não é homogêneo, devendo ser compreendido como parte de um processo natural de diminuição da reserva funcional do indivíduo – senescência – ou pode ser acompanhado de condições que requeiram assistência – senilidade. O cuidado e a assistência devem ser organizados, então, de forma a atender tanto à senescência quanto à senilidade. Conviver e acompanhar idosos nas suas necessidades por saúde apresenta diversos desafios, entre os quais se destacam os cuidados no momento da terminalidade da vida. Uma vez compreendidos os problemas /desafios que dificultaram o acesso e o cuidado aos idosos, apresenta-se um conjunto de estratégias/propostas para superar as condições adversas na busca de cuidado para pessoas idosas.

Palavras-Chave: Idosos. Atenção Primária à Saúde. Cuidado. SUS.

ABSTRACT

This is a qualitative research with descriptive and propositional character, since it sought to know and report the daily health practices of a primary health care unit of SUS concerning the relation of supply and demand for care for elderly patients. Thus, the case study was chosen as a methodological strategy to understand the concepts related to aging, demand and supply of health services, organization of care, infrastructure, work process, health care evaluation of the elderly and production of care as actually happened in practice. Different types of data were collected: interviews with the elderly, relatives, health professionals; documentary information; data in medical records and in production unit monitoring systems; notes on direct observation and participant observation, and physical artifacts completed the set of evidence that was selected and presented in the form of a report. In this, the qualitative data of verbal nature were organized and tabulated, presented in the form of Discourse of the Collective Subject. Aging occurs procedurally, is not homogeneous and should be understood as part of a natural process of diminishing the functional reserve of the individual – senescence – or may be accompanied by conditions requiring assistance – senility. Care and care should then be organized in order to attend to both senescence and senility. Living with and accompanying the elderly in their health needs brings several challenges, among which is the care at the end of life. Once the problems / challenges that hinder access and care for the elderly have been understood, a set of strategies / proposals is presented to overcome the adverse conditions in the search for care for the elderly.

Key words: Aging. Primary health care. Care. SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Protocolo do estudo de caso: quadro-resumo	70
Quadro 2	Bairros, população de responsabilidade sanitária do CMS MAE	86
Quadro 3	Ideia Central e expressões-chave referentes ao tema “Acesso”	87
Quadro 4	Relação de salas que compõem a unidade de Atenção Primária	91
Quadro 5	Ideia Central e expressões-chave relativas às condições locais de espaço	93
Quadro 6	Ideia Central e expressões-chave a respeito de abastecimento de insumos e equipamentos	95
Quadro 7	Direcionadores de desempenho para atenção à saúde do idoso	96
Quadro 8	Direcionadores de desempenho de informatização e rede lógica	97
Quadro 9	Distribuição de profissionais de acordo com a categoria profissional e o vínculo trabalhista	99
Quadro 10	Ideias Centrais e expressões-chave a respeito de conflitos interpessoais e entre servidores x ESF	101
Quadro 11	Ideias Centrais e expressões-chave relativas às questões de formação e capacitação para saúde de idosos e manejo do envelhecimento	103
Quadro 12	Direcionadores de desempenho relacionados ao horário de oferta de serviços	106
Quadro 13	Ideia central e expressões-chaves relativas ao horário	108
Quadro 14	Direcionadores de desempenho de acolhimento	110
Quadro 15	Fluxo de usuários vinculados às ESFs	111
Quadro 16	Acesso para usuário não vinculado às ESFs	112
Quadro 17	Classificação de risco de consultas e tempo médico de digitação no SISREG	114
Tabela 1	Encaminhamentos realizados pelo CMS MAE e regulados pelo SISREG no período de janeiro a junho de 2016	115
Tabela 2	Consultas mais solicitadas e tempo de agendamento	117
Tabela 3	Exames mais solicitados e tempo de agendamento	117
Quadro 18	Ideia Central e expressões-chave a respeito do fluxo na entrada da unidade	119
Quadro 19	Recomendações da carteira de serviços oferecida ao idoso	121
Tabela 4	Perfil da população cadastrada e acompanhada pelas ESF	124
Tabela 5	Produção de consultas por ESF MAE	125
Tabela 6	Cinco tipos de consultas mais realizadas para pessoas de 60 e mais durante o período de abril de 2015 a março de 2016 no CMS MAE	127
Quadro 20	Direcionadores de desempenho de atendimento de casos de emergência	133

Quadro 21	Recomendações,direcionadores de desempenho e avaliação a respeito da oferta de procedimentos no CMS MAE	134
Quadro 22	Direcionadores de desempenho referentes à realização de visitas domiciliares no CMS AE	136
Quadro 23	Recomendações,direcionadores de desempenho e avaliação da AF	138
Quadro 24	Quadro explicativo do problema de acesso difícil e assistência de baixa qualidade para idosos no CMS MAE	141
Tabela 7	Doses e metas de vacinas anti-influenza realizadas pelo CMS MAE	144
Quadro 25	Ideia Central e expressões-chave relativas ao tema “Adesão à campanha de vacinação de influenza – estratégias”	145
Gráfico 1	Chamados abertos pelos usuários para a Ouvidoria (1746) relativos ao CMS MAE	147
Quadro 26	Ideias Centrais e expressões-chave relativas ao uso da ouvidoria	147
Quadro 27	Ideia Central e expressões-chave sobre o tema “Cuidadores”	151
Grafico 2	Consultas realizadas para maiores de 60 anos no CMS MAE	165
Gráfico 3	Cobertura vacinal de idosos – Vacina Influenza	169
Quadro 27	Planejamento de ações para os idosos no CMS MAE	173

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABV	Atividades Básicas de Vida Diária
AC	Ancoragem
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ-CP	Questionnaire for Primary Care Providers
AVD	Atividades de vida diária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP	Coordenação de Área
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
CEO	Centro de Atendimento Odontológico Especializado
CID-10	Código Internacional da Doença, versão 10
CMSMAE	Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Nacionais de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DMIF	Departamento de Medicina Integral e de Família
DPOC	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Expressões-chave
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
HFA	Hospital Federal do Andaraí
IC	Ideia central
INCA	Instituto Nacional de câncer
IOC	Instituto Oscar Clark
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVCF-AB	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para a Atenção Básica
LME	Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
MEEM	Miniexame do Estado Mental

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
NIR	Núcleo de regulação
NOAS	Norma de Organização da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organizações sociais
PAB fixo	Piso da Atenção Básica Fixo
PAB variável	Piso da Atenção Básica Variável
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATools	Primary Care Assessment Tool
PCET	WHO Primary Care Evaluation Tool
PMA2	Relatório de produção e marcadores para a avaliação
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RH	Recursos Humanos
RX	Radiografia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USG	Ultrassonografia
VD	Visita domiciliar
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	16
1.1	Pergunta da pesquisa	20
1.2	Objetivos	20
1.3	Delimitação	21
1.4	Justificativa e Relevância	21
2	ENVELHECIMENTO, IDOSO, VELHICE E TERCEIRA IDADE	23
2.1	Panorama conceitual e demográfico	23
2.2	Os idosos, suas necessidades de saúde e assistência médica	30
<i>2.2.1</i>	<i>Fragilidade, capacidade funcional, deficiência, independência e autonomia</i>	<i>31</i>
<i>2.2.2</i>	<i>Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007)</i>	<i>36</i>
2.3	Organização do Sistema Único de Saúde	37
2.4	Porta de entrada: Atenção Primária à Saúde- Programa de Saúde da Família	43
2.5	Redes de Atenção à Saúde	45
<i>2.5.1</i>	<i>O Relatório Dawson e a constituição do NHS britânico</i>	<i>46</i>
<i>2.5.2.</i>	<i>A proposta da OPAS: Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas em Atenção Primária</i>	<i>47</i>
<i>2.5.3</i>	<i>As Redes de Atenção à Saúde no Brasil</i>	<i>49</i>
<i>2.5.4</i>	<i>Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: estrutura</i>	<i>50</i>
2.6	O cuidado	52
2.7	Avaliação da atenção à saúde e da qualidade do cuidado	59
<i>2.7.1</i>	<i>Avaliação de serviços de saúde: o modelo de Donabedian</i>	<i>62</i>
3	METODOLOGIA	68
3.1	Protocolo do estudo de caso	69
3.2	Aspectos éticos da pesquisa	73
3.3	Unidade de análise: o local da pesquisa	73
3.4	Os sujeitos da pesquisa	74
3.5	Coleta de dados	75

3.6	Apresentação de relatório e análise de dados	79
3.7	Discurso do sujeito coletivo	83
4	ESTRUTURA, PROCESSO E PRODUTO DA ASSISTÊNCIA	86
4.1	Estrutura	86
4.1.1	<i>O território de abrangência e o acesso geográfico</i>	86
4.1.2	<i>As instalações prediais do CMS MAE</i>	89
4.1.3	<i>Equipamentos e insumos</i>	93
4.1.4	<i>Informatização e rede lógica</i>	97
4.1.5	<i>Recursos humanos</i>	98
4.2	Processo de Trabalho	105
4.2.1	<i>Horário de funcionamento</i>	106
4.2.2	<i>Acolhimento com classificação de risco</i>	109
4.2.3	<i>Encaminhamento às especialidades e aos exames: o sistema de regulação</i>	113
4.2.4	<i>Serviços oferecidos aos idosos</i>	119
4.2.5	<i>Agendamento de consultas</i>	132
4.2.6	<i>Consulta de urgência e atendimento de emergência</i>	132
4.2.7	<i>Procedimentos</i>	134
4.2.8	<i>Visita domiciliar</i>	135
4.2.9	<i>Assistência farmacêutica</i>	138
4.2.10	<i>Analizando o acesso através da interação estrutura x processo de trabalho</i>	140
4.3	Produto da Assistência: O cuidado	142
4.3.1	<i>O cuidado coletivo: vacina de influenza e H1N1</i>	143
4.3.2	<i>Como avaliamos a qualidade do cuidado: a Ouvidoria</i>	146
4.3.3	<i>Da atenção fragmentada para a coordenação do cuidado</i>	148
4.3.4	<i>Quem cuida do idoso?</i>	150
4.3.5	<i>De que cuidado estamos falando?</i>	152
4.3.5.1	<i>O cuidado que vai além</i>	152
4.3.5.2	<i>O cuidado que reverbera</i>	153
4.3.5.3	<i>O cuidado altruístico</i>	154
4.3.5.4	<i>O cuidado que transborda</i>	155
4.3.5.5	<i>A demanda exagerada por cuidado: hiperfrequentadores</i>	156
4.3.5.6	<i>O cuidado ao fim da vida</i>	157
5	DISCUSSÃO E RESULTADOS	162
5.1	Planilha de intervenção sistemática	172

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
	REFERÊNCIAS	182
	APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	201
	ANEXO 1 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada – <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	203
	ANEXO 2 – Miniexame do Estado Mental (MEEM)	204
	ANEXO 3 – Desenho do Relógio	206
	ANEXO 4 – Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas	207
	ANEXO 5 – Questionário de Pfeffer (QPAF)	208
	ANEXO 6 – Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti	210
	ANEXO 7 – Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária	213
	ANEXO 8 – Escala de Lawton	216
	ANEXO 9 – Avaliação da Funcionalidade Familiar - Apgar de Família	218
	ANEXO 10 – Avaliação dos Recursos Familiares e Comunitários (ECOMAPA)	222
	ANEXO 11 – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para a Atenção Básica - IVCF-AB	223

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecer como

[...] um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente. (OPAS,2003,p.30).

Esta Organização define como sendo de meia-idade os sujeitos de 45 a 59 anos; idosos, de 60 a 74 anos; anciãos, de 75 a 89 anos; e em velhice extrema, aqueles com 90 anos ou mais. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade; medianamente idosos, de 70 até 80 anos; e muito idosos aqueles acima de 80 anos (IPEA, 2007).

As idades se tornam formas de classificação e separação dos seres humanos a partir das transformações ocorridas, agindo como aspectos determinantes na criação de atores políticos e na definição de mercados de consumo. Assim, o estudo da periodização da vida traz aspectos novos em relação às mudanças nos grupos e nas categorias etárias, assim como no tipo de sensibilidade investida na relação entre diferentes faixas etárias, tornando-se “uma dimensão central para a compreensão e reprodução da vida social” (DEBERT, 1998, p. 50).

Ao analisar os censos no Brasil, diversos autores afirmam que, até os anos 1960, a população brasileira se apresentava como quase-estável, com distribuição etária praticamente constante. Era uma população extremamente jovem: 52% estavam abaixo de 20 anos, e menos de 3%, acima dos 65 anos. Nesse período, houve significativo declínio da mortalidade, associado a uma leve queda da fecundidade. No entanto, o efeito rejuvenescedor do declínio da mortalidade foi compensado pelo efeito contrário da leve queda da fecundidade, e assim permaneceu constante a estrutura etária da população.

No final da década de 60, iniciou-se rápido e generalizado declínio da fecundidade no Brasil, chegando no ano 2000 bem próximo ao de reposição

(aquele que produz crescimento nulo da população no longo prazo). Parte da população apresenta fecundidade abaixo do nível de reposição. O nível médio do país deverá continuar a cair, e a população brasileira entrará em um sustentado processo de desestabilização de sua estrutura etária, com estreitamento continuado da base da pirâmide e conseqüente envelhecimento da população (CAMARANO et PASINATO, 2010; CAMARANO & MELLO, 2010; ALCÂNTARA, CAMARANO et GIACOMIN,2016).

Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso são muitas vezes considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. No entanto, o ser humano idoso tem várias dimensões – biológica, psicológica, social, espiritual e outras – que devem ser consideradas na aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo (SANTOS, 2010; CIOSAK et al., 2011).

Após a Assembléia Mundial de Saúde de 1978, surge no âmbito internacional e no Brasil, uma série de iniciativas de proteção do idoso, resultando em estudos e publicações de políticas de saúde e garantia de direitos para os idosos (LOUREIRO, 2013).

No Brasil, destacamos a publicação do Estatuto do Idoso (2003) e diversos outros documentos publicados¹ pelo Ministério da Saúde com o objetivo de qualificar a assistência para a pessoa idosa. Eles estão disponíveis para conhecimento, divulgação, implementação das ações e avaliação da assistência.

A partir de nossa prática em ambulatórios de unidades públicas e conversas com outros profissionais, observamos que existe uma grande diversidade de características nos idosos que frequentam os serviços. Os mais robustos que conseguem acessar o serviço de saúde com mais facilidade e não apresentam a maioria dos critérios para serem considerados em risco de fragilização. Alguns apresentavam indícios de sarcopenia e comorbidades múltiplas, sem afetar, no entanto, sua independência e autonomia.

¹ Serão discutidos no item sobre Sus e políticas de saúde.

No entanto, chamam a atenção as longas filas, muitas iniciadas pela madrugada; a procura de familiares por uma consulta ambulatorial na unidade ou domiciliar para seu idoso acamado; a demora da marcação de consultas e exames; e as notícias de parentes relatando que o primeiro atendimento desse idoso ocorreu já em estágio avançado de doença, dentro de um hospital, sendo seguido de morte ou amputações e outras sequelas. Alguns idosos são acompanhados por parentes, cônjuges, filhos, sobretudo mulheres, irmãs, cunhadas ou mesmo vizinhas, mas outros comparecem sozinhos, e quando são questionados se estão sós, justificam a ausência dos filhos, geralmente muito ocupados porque estão trabalhando, ou simplesmente falam de sua opção de viver só e gerenciar sua própria vida. Os idosos sós e os acompanhados sempre trazem a mesma demanda: estão preocupados com a saúde, demandando exames para *check-up* ou rastreamento de algumas doenças, ou certificando-se da medicação, horários e orientações médicas.

Outra situação que observamos e que merece ser mencionada se relacionou com as demandas para atendimentos domiciliares aos idosos. A maioria dessas solicitações foi judicializada através do Ministério Público, a partir de denúncias de abandono, negligência ou outras que chegam aos serviços; outras surgiram a pedido de familiares. Percebeu-se que esses idosos já se encontravam em situação de fragilidade, principalmente devido à instabilidade postural e imobilidade, embora nem todos fossem dependentes. Sua saúde estava mais comprometida, eram dependentes de familiares e cuidadores e tinham grandes limitações e necessidades de acompanhamento médico.

Também foi possível, *grosso modo*, identificar que existem profissionais que queriam e sabiam lidar com idosos (são demandados por eles, demoram na consulta, são atentos e cuidadosos ao falar, examinar e prescrever); e havia os que não queriam assisti-los (solicitam trocas quando recebem paciente idoso mais debilitado, ou se negam a realizar exames).

Por fim, há as questões relativas às demandas trazidas pelos próprios idosos, sujeitos da atenção. O envelhecimento de um indivíduo “está associado a um declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais” (CAMARANO, 2004, p. 4), o que os torna muitas vezes dependentes para algumas atividades de vida diária. Ainda como sujeitos,

desejam ter a possibilidade de não só expressar suas percepções na utilização dos serviços que estão à sua disposição, como querem e precisam introduzir, na agenda dos planejadores e programadores dos serviços, suas necessidades e prioridades. Como os usuários-idosos podem participar ativamente da construção de um modelo de assistência mais resolutivo para suas necessidades?

Em concordância com Loureiro (2013) também observamos que o envelhecimento como uma realidade irrefutável, a baixa qualidade dos serviços de saúde para idosos, a falta de qualificação e/ou envolvimento dos profissionais que lidam com a população idosa e a falta de protagonismo na reivindicação de suas necessidades vêm crescendo.

A tese que apresenta-se é: As necessidades e demandas por saúde das pessoas idosas não estão integradas nas ofertas de ações e assistência em saúde na Atenção Primária à Saúde.

A opção pelo doutorado em Administração surgiu da necessidade de refletir sobre práticas de gestão para a atenção primária à saúde, cujo cenário-desafio é o envelhecimento da população e a crescente demanda de idosos por assistência, por profissionais qualificados e serviços especializados.

Estas reflexões, ainda superficiais, contribuíram para delimitar o objeto e os objetivos desta pesquisa, e orientaram a revisão sobre o tema, apresentada a seguir. A presente tese foi assim estruturada: no primeiro capítulo, após introdução ao tema e apresentação da justificativa da autora por sua escolha, foram definidos os objetivos da pesquisa, a delimitando-se o campo e a relevância do tema.

Em seguida, no segundo capítulo, apresenta-se o panorama conceitual e demográfico do envelhecimento da população brasileira, mostrando as diferenças entre os idosos, suas necessidades de saúde e assistência médica e a classificação multidimensional da pessoa idosa. São expostos o sistema de saúde brasileiro e seus princípios organizativos, assim como as políticas de saúde que estão relacionadas à saúde do idoso, uma revisão bibliográfica sobre o cuidado finalizando com a avaliação da qualidade de serviços de saúde.

Segue-se o terceiro capítulo, que apresenta a estratégia metodológica para o trabalho – Estudo de caso – e onde são detalhados o protocolo do estudo de caso,

a coleta de dados, o relatório contendo a sistematização e análise dos dados e das falas através do discurso do sujeito coletivo.

Na sequência, no quarto capítulo, o relatório de dados e a análise do estudo de caso foram organizados sobre três eixos – estrutura, processo de trabalho e produto da assistência. Encontram-se, no quarto capítulo, onde são apresentados o cotidiano das práticas de saúde para idosos numa unidade atenção primária à saúde, as demandas e a oferta de serviços e de cuidado.

Segue o quinto capítulo que traz a discussão dos resultados encontrados à luz das referências pesquisadas e apresenta-se uma proposta de intervenção para contribuir com a melhoria da atenção à saúde de idosos.

No último capítulo, as considerações finais deste estudo pretendem responder as questões formuladas a partir da análise de dados e evidências da pesquisa executada.

1.1 Pergunta da pesquisa

Se o envelhecimento populacional é fato, e a demanda por serviços de saúde tende a aumentar em função das progressivas limitações que os idosos sofrem, como poderemos ampliar o acesso ao cuidado e garantir uma assistência de saúde adequada para essa população?

1.2 Objetivos

Objetivo geral

Com base na contextualização apresentada na introdução, esta pesquisa objetiva compreender como a assistência à saúde do idoso acontece na atenção primária, e quais são os obstáculos e possíveis estratégias para garantir a ampliação do acesso ao cuidado e a melhoria da assistência aos usuários idosos.

Objetivos específicos

- Descrever o cotidiano de práticas de atenção à saúde para a pessoa idosa numa unidade de atenção primária.

- Avaliar os recursos de infraestrutura disponíveis para a atenção à saúde do idoso na unidade de saúde escolhida como campo.

- Discutir a assistência de saúde para os idosos na unidade de saúde escolhida como campo.

1.3 Delimitação

Para investigar as relações estabelecidas pelos usuários idosos, familiares e/ou acompanhantes, médicos assistentes, profissionais de saúde, cuidadores e gestores nas questões relativas à atenção à saúde do idoso e cuidado, assim como ao acesso e consumo de serviços de saúde, optou-se pelo Estudo de caso de uma unidade de saúde.

Os sujeitos da pesquisa são usuários idosos, seus familiares e acompanhantes, profissionais de saúde, gestores e cuidadores que frequentam o Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella, uma Unidade de Atenção Básica de Saúde localizada na área da Grande Tijuca – Coordenação de Área CAP 2.2,² zona norte da cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2016.

1.4 Justificativa e Relevância

O rápido crescimento da população de idosos brasileiros tem grande impacto nos sistemas de saúde, e a estrutura necessária para responder a suas demandas ainda é precária. Os idosos consomem mais serviços de saúde, as taxas de internação são mais elevadas quando comparadas a outros grupos etários e a taxa de permanência no leito é também maior. Seus problemas de saúde geralmente são crônicos e múltiplos, e requerem tratamentos longos e onerosos (VERAS, 2002). O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da sociedade contemporânea e das políticas públicas (VERAS,1994, 2002, 2003, 2011; BRASIL, 2007; FANTINO, 2011; CAMARANO,2004, 2010; BEARD; BLOOM, 2014; ALVES et al.,2016).

² Áreas de Planejamento (AP) são áreas da cidade subdivididas em regiões administrativas e bairros que a Prefeitura utiliza para o planejamento e implementação de suas políticas públicas. A CAP2.2 abrange os bairros de Tijuca, Rio Comprido, Grajaú, Vila Isabel, Andaraí e Maracanã.

O fenômeno do envelhecimento populacional ocorreu primeiro em países desenvolvidos; mais recentemente, nos países em desenvolvimento o envelhecimento da população tem sido mais acentuado. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade ou mais) passou de três milhões, em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (aumento de 500% em 40 anos), estimando-se que alcançará 32 milhões em 2020. Os países subdesenvolvidos experimentam o processo de envelhecimento com grande intensidade e logo atingirão índices muito superiores aos dos países desenvolvidos (MOREIRA, 2002).

O declínio dos níveis de fecundidade dos brasileiros em curto espaço de tempo teve importantes repercussões em termos da drástica redução da taxa de crescimento populacional e profunda mudança na distribuição etária da população nacional. Ocorreu, assim, o fenômeno do envelhecimento da população brasileira, cuja importância reside no volume da população envolvida, na sua intensidade e sobretudo por acontecer numa situação em que os níveis de pobreza são elevados (CAMARANO, 2004). Estima-se que haja no Brasil 14,9 milhões de indivíduos com idade superior a 60 anos (IBGE, 2010).

Além das transformações demográficas, o país também vem experimentando uma transição epidemiológica, com alterações importantes nos quadros de morbimortalidade (VERAS, 2002; CAMARANO, 2004). Esses números tendem a evoluir abruptamente, considerando as perspectivas para as próximas décadas, elevando proporcionalmente a importância dispensada à melhora da qualidade de vida dessa fatia da população (CAMARANO, 2004, 2010).

Apesar de as pessoas mais velhas serem os maiores usuários de serviços de saúde, a imensa maioria dos idosos está bem de saúde e tem possibilidade de desfrutar de vários anos de suas vidas de forma saudável e ativa. Os idosos não constituem uma massa homogênea no que diz respeito ao uso de serviços de saúde, o que evidencia a necessidade de reformular e adaptar os clássicos modelos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Para adaptá-los, é necessário, primeiramente, compreender e considerar as especificidades desse grupo etário, assim como ter ações e programas diferenciados para investir nos que estão saudáveis, postergando ao máximo a manifestação de doenças, e ter programas e ações qualificadas para os já

doentes (VERAS, 1994, 2003; FANTINO, 2011; CAMARANO, 2004; 2010; BEARD; BLOOM, 2014;ALVES et al,2016).

2 ENVELHECIMENTO, IDOSO, VELHICE E TERCEIRA IDADE

2.1 Panorama conceitual e demográfico

A Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994 – e o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – definem idoso como a pessoa com 60 anos ou mais. A OMS o define a partir da idade cronológica, mas ser idoso difere em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, aqueles com 60 anos e mais.

Os países desenvolvidos já passaram pelo fenômeno da transição de uma sociedade de cultura agrícola a uma estrutura mais moderna e industrializada. À medida que se desenvolve a economia, há maior oferta de trabalho, as cidades crescem e se urbanizam, os transportes são melhores e mais rápidos, elevam-se a produtividade e o ingresso *per capita*. Conseqüentemente, há mais bem-estar social e aumentam a expectativa de vida e a capacidade produtiva dos indivíduos.

Camarano elucida esta questão, ao afirmar:

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso. (CAMARANO,2004, p.5).

Debert (1998) interpretou trechos de entrevistas que realizou com idosos nas quais percebeu resistência a estereótipos com os quais a velhice é tratada. Afirmou que, apesar de as categorias de idade serem construções sociais, elas têm implicações concretas nas vidas das pessoas (DEBERT, 1998, p.29).

A pesquisadora revisou as mudanças do curso da vida da civilização, identificando três etapas sucessivas, em que a sensibilidade investida na idade cronológica é distinta. Na pré-modernidade, o *status* familiar era mais importante

do que a idade cronológica na determinação da maturidade e do controle de recursos de poder, não havendo separação entre adultos e crianças, que participavam integralmente de todas as atividades. A noção de infância desenvolveu-se lentamente ao longo dos séculos, e foi a partir do século XIII que a categoria “infância” foi construída (ARIÉS, 1991 apud DEBERT, 1998).

Na modernidade, pode-se observar uma “cronologização da vida”, em que estágios de vida são claramente definidos, separados e padronizados. A padronização da infância, adolescência, idade adulta e velhice foi pensada como resposta às mudanças econômicas, e não às familiares, e houve um deslocamento do eixo doméstico para o eixo do mercado de trabalho. Assim, percebe-se aumento da distância entre adultos e crianças, consideradas como dependentes e imaturas, sem direitos e sem deveres.

Na pós-modernidade, as mudanças que caracterizavam a experiência contemporânea relativizaram as normas apropriadas a cada estágio de vida, em que a idade passou a ser irrelevante. Observava-se, assim, uma “desconstrução do curso da vida em nome de um estilo unitário”. No entanto, as idades ainda são uma dimensão fundamental na organização social e elemento fundamental na definição do *status* de uma pessoa, além de ser um mecanismo muito mais forte e eficiente na criação de mercados de consumo e definição de direitos e deveres (DEBERT, 1999b).

A velhice seria considerada, então, um problema social, que necessitaria de construções e práticas permanentemente em reconstrução voltadas para “uma velhice bem-sucedida” (DEBERT, 1999a, p.30), mas o acelerado processo de envelhecimento populacional e o aumento da longevidade da população trouxeram consigo um aumento não somente da incidência e prevalência, mas também da mortalidade por doenças crônicas.

Carvalho e Garcia (2003) alertam para a importância de diferenciar os termos “envelhecimento” (relativo a populações) e “longevidade” (relativo aos indivíduos), em:

Longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão, definindo-se como geração ou coorte o conjunto de recém-nascidos em um mesmo momento ou mesmo intervalo de tempo. [...] O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que

produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. (CARVALHO; GARCIA, 2003,p. 726).

Este é o novo paradigma demográfico que se apresenta como desafiador: envelhecimento populacional com idosos longevos em cenário de transformações político-sociais e estruturais das famílias decorrentes de “mudanças na nupcialidade, da queda de fecundidade e do ingresso de mulheres no mercado de trabalho” (CAMARANO; MELLO, 2010, p. 14).

A noção de velhice como etapa diferenciada de vida surgiu na transição entre os séculos XIX e XX. Dois fatores foram fundamentais e determinantes para essa construção: a formação de novos saberes sobre o corpo envelhecido pelo “olhar médico” (geriatria e gerontologia) e a institucionalização das aposentadorias (SILVA,2008,p. 158).

A organização do trabalho profissional médico tem o poder de influenciar a natureza dos desvios sociais e leva o público leigo a contribuir para o processo de construção social da realidade da doença (FREIDSON, 2009). As habilidades para quais são treinados os médicos vão aumentando seu poder sobre as pessoas e as possibilidades de diferenças entre eles e os leigos. Nas palavras do autor:

Dado o status oficial da profissão, o que acontece ao leigo- isto é, se ele será ou não reconhecido como “realmente” doente, qual será o nome da sua doença, que tratamento ele receberá, como deverá se comportar enquanto doente, e o que irá acontecer a ele depois do tratamento passa a ser uma decisão do profissional, e não do leigo. Como funcionários que, em virtude de suas qualificações profissionais, têm concedida permissão para tomar decisões cotidianas, relacionadas ao bem-estar de sua clientela, eles atestam licenças de saúde, assinam indenizações por licenças de trabalho e formulários de seguros, de internamento por doença mental e de aptidão de vários tipos. Além disso servem como guardiões de recursos especiais (os mais óbvios, como leito hospitalares e drogas “vendidas com receitas”) que não podem ser obtidos sem sua permissão (FREIDSON, 2009, p. 331).

O médico é um definidor da existência do problema de saúde, ou não, e de como esse problema deve ser gerenciado, o que acaba se constituindo em “uma objetivação e personificação empírica dos valores dominantes da sociedade” (FREIDSON, 2009, p. 331).

Eliot Freidson (2009, p. 15) realizou importante análise sobre a profissão médica, na qual destaca seu “*status* especial por ser persuasiva e conseguir

convencer outras pessoas de que seus membros são especialmente confiáveis”. Ele afirma que a Medicina se destaca entre as outras profissões, pois tem se desenvolvido “no interior de uma complexa divisão de trabalho, organizando um crescente número de prestadores de serviços e técnicos em torno da tarefa central de diagnóstico e tratamento das doenças da humanidade” (ibidem, p. 16).

Trata-se de uma profissão – ocupação tradicional (existe em todos os momentos da história da Humanidade) que está livre do controle do Estado; livre para controlar seu conteúdo, mas não as condições de seu trabalho. O objeto de seu trabalho – a doença –, como um conceito social, refere-se a desvios de expectativas sociais e morais que estão inseridas numa ordem oficial.

Assim, a “metáfora médica da velhice” passou a exercer grande influência social, definindo tanto o envelhecimento físico como as representações do “envelhecer”. A geriatria distinguiu a velhice de outras etapas de vida e definiu a decadência física. No entanto, a compreensão de outros aspectos da velhice além do corpo envelhecido, como hábitos, práticas, necessidades sociais e psicológicas dos velhos, incluía novos termos da definição de velhice, tornando-a mais complexa, contribuindo para a formação de um novo campo de saber, a Gerontologia (SILVA,2008, p. 159).

A partir do século XVIII, as questões relativas a pensões passaram a ser tema de interesse coletivo, devido ao surgimento de “primeiras gerações de operários que começaram a envelhecer. E as primeiras discussões políticas, datadas de 1850, na França, se deram em função das dúvidas sobre o tratamento a ser dispensado aos incapazes de trabalhar e garantir o seu sustento, associando a velhice dos trabalhadores à invalidez, ou seja, a incapacidade de produzir (SILVA,2008).

Nas palavras da autora:

As consequências da institucionalização dos sistemas de aposentadoria foram a criação de agentes especializados na gestão da velhice; a transferência da responsabilidade das famílias para esses novos agentes; e a consolidação da velhice como categoria etária. Mas outra consequência foi fundamental para a definição da emergente identidade etária da velhice: a associação inequívoca entre velhice e invalidez. De fato, em um momento no qual a capacidade e a posição do indivíduo no trabalho delimitam muito sua identidade, ser aposentado é ser efetivamente inválido incapaz e

ocioso. Tem início então uma associação entre velhice e incapacidade que só recentemente vem sendo desfeita (SILVA,2008, p. 160).

A velhice foi estabelecida como categoria social, marcada pelos signos da degeneração física e da invalidez, mas também pela legitimidade conferida por seus direitos, que ganharam visibilidade social e passaram a ser um problema coletivo nas décadas de 1960 e 1970, a partir da universalização dos sistemas de aposentadoria que incidiram sobre as famílias, as empresas privadas e o Estado (SILVA,2008, p. 161).

No livro *A solidão dos moribundos*, Norbert Elias aborda como os indivíduos e a sociedade moderna evoluíram, e nos traz à reflexão os motivos pelos quais se instala nas pessoas certo sentimento de constrangimento, medo e embaraço em relação a tudo que lembre o fim da vida. Ele avalia que somos, atualmente, muito mais sensíveis em relação ao sofrimento e ao espetáculo da morte do que os homens e mulheres que viveram na Antiguidade e na Idade Média. “Se compararmos aos da Antiguidade, nossa identificação com outras pessoas e nosso compartilhamento de seus sofrimentos e morte aumentaram” (ELIAS, 2001, p. 9).

Segundo o autor, a “aversão” dos adultos contemporâneos a tudo aquilo que esteja relacionado à morte remeteria a nossos medos e fantasias da infância, que são em geral assustadores. Como consequência, muitas pessoas, especialmente os idosos, teriam secretamente sofrimento, medo e até terror da morte, que podem ser tão intensos quanto a dor física de um corpo em deterioração. Assim, o movimento de encobrir a morte seria uma tendência natural e muito antiga da sociedade, e essa sociedade poderia viver mais tranquila sob a fantasia da imortalidade ou de outra vida em outra dimensão. O autor conclui que o pior pesadelo não é a morte da pessoa (pois ela estaria morta), mas a vivência da perda para os próximos do morto e a solidão daqueles que se encontram muito próximos da morte (os moribundos); assim, à medida que fôssemos envelhecendo, mais próximos nos tornaríamos da morte. Nas palavras do autor: “A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma pessoa. O que sobrevive é o que ela ou eles deram às outras pessoas, o que permanece nas memórias alheias” (ELIAS, 2001, p. 77).

Até a metade do século XX, as instituições e o discurso sobre o cuidado da velhice estavam fragmentados e desorganizados. Após 1945, os discursos e práticas começaram a tomar a velhice como objeto de ações políticas, e a gestão da velhice (como problema social) correspondeu à ampliação de estudos sobre o tema para dissociar velhice de indigência. Surge então uma nova categoria – “a terceira idade” – fase entre a maturidade e a morte.

“Terceira idade” contrapõe-se ao conceito “negativo” de velhice, substituição de asilos por aposentadoria e centros geriátricos, ampliando as discussões sociais e garantindo uma nova representação social. “A denominação ‘velho’ não era mais adequada para nomear esses ‘jovens senhores’ e o seu estilo de vida. [...] Surge então o termo ‘idoso’ (mais respeitoso) para substituir o ‘velho’” (SILVA,2008, p. 163).

A história da velhice sofreu grande transformação quando do surgimento da categoria “terceira idade”, que apareceu na França e na Inglaterra por volta dos anos 1950 e foi legitimada na década de 1980. A velhice, antes entendida como “decadência física e invalidez, momento de descanso, isolamento”, passou a significar – terceira idade – “momento de lazer, propício à realização pessoal, criação de novos hábitos e *hobbies*, e novos laços afetivos e amorosos alternativos à família”. “A associação entre velhice e indigência é desfeita e surge uma nova categoria, a ‘terceira idade’”(SILVA,2008, p. 161).

A expressão “terceira idade” se popularizou recentemente no vocabulário brasileiro. De acordo com Laslett (1987), originou-se na França com a implantação, nos anos 1970, das *Universités du Troisième Âge*, sendo incorporada ao vocabulário anglo-saxão com a criação das *Universities of the Third Age*, em Cambridge, na Inglaterra, no verão de 1981 (SÃO PAULO, 2015).

A partir das exigências das políticas e das instituições de aposentadoria, a Gerontologia cresceu em importância e fundamentou suas teorias sociais sobre o envelhecimento. As formulações mais recentes da Gerontologia Social estão direcionadas para uma desconstrução da imagem negativa do envelhecimento e a elaboração de um imaginário positivo para a velhice, com “um novo discurso, suficientemente consistente, que pudesse desfazer a associação entre velhice e signos estigmatizantes como doença, desabilidade, ‘desengajamento’ e declínio”(SILVA,2008, p. 164).

Debert (1999a) afirma que a invenção da terceira idade é uma experiência inusitada de envelhecimento que não pode ser reduzida aos indicadores de prolongamento da vida das sociedades contemporâneas, pois o grupo de participantes dispõe de saúde, tem independência financeira e outros meios para tornar suas expectativas de realização e satisfação pessoal. Tornam-se, assim, atores políticos, exigindo novas formas de gestão da velhice e um novo mercado para atendê-la. Na “reinvenção da velhice”, a busca pelo estado de juventude de corpo e pelo prolongamento da vida humana deflagra conflitos éticos, alcançando visibilidade de questões que estão relacionadas a um envelhecimento positivo (DEBERT, 1999a,p. 23).

Silva (2008) identifica, na literatura especializada, que dois temas foram considerados fundamentais no processo de construção do envelhecimento positivo:

O ataque crítico à crença de que a velhice é essencialmente uma doença e a criação de uma nova identidade para a velhice. O primeiro deles significava, de fato, a desconstrução da metáfora médica formulada pelo saber geriátrico. Para a gerontologia social, o envelhecimento normal compreendia uma série de processos biológicos que não resultam necessariamente em sérios prejuízos físicos ou mentais para os sujeitos. A partir dessa lógica, os problemas que aparecem na velhice podem ser atribuídos a patologias clínicas específicas, para as quais há ou haverá tratamento médico, como a doença de Alzheimer, e aos efeitos do próprio estigma da velhice, que poderiam ser superados por meio de políticas e programas de reinserção social, de educação e desensibilização popular (SILVA, 2008, p.164).

O segundo objetivo da Gerontologia Social foi a criação de uma nova e positiva identidade para a velhice, cuja elaboração compreendia formas de comportamento associadas a idades e ritos de passagem inovadores, ambos distantes da noção tradicional e estática de uma velhice “homogênea e indiferenciada”(SILVA,2008, p. 164).

Como disciplina que estuda o envelhecimento, a Gerontologia vem se caracterizando como um campo de saber marcado pela confluência de distintos setores, como Saúde, Educação, Direito, Demografia, Urbanismo e Ciências Sociais, saberes populares, entre outros. Caracteriza-se pela prática de trabalho em equipe, interdisciplinaridade e intersetorialidade (SILVA,2008; MOTTA; AGUIAR, 2007).

O envelhecimento ocorre processualmente e não é homogêneo, devendo ser compreendido como parte de um processo natural de diminuição da reserva funcional do indivíduo – senescência –, o que não deve provocar nenhum problema

em si, quando apenas esteja relacionado à diminuição da capacidade adaptativa do indivíduo aos estresses e agressões. Porém, em circunstâncias de aparecimento de alguma sobrecarga por estresse emocional, doença crônica e acidentes, esse envelhecimento passa a ser acompanhado de condições que requeiram assistência – senilidade. E o cuidado e a assistência devem então ser organizados de forma a atender tanto à senescência quanto à senilidade (CIOSAK et al., 2011).

O desafio posto para qualquer formulação de políticas públicas inicia-se na demarcação do grupo populacional-alvo, sendo necessário identificar beneficiários para focalizar recursos e ações. Embora a classificação “idoso” baseada em limite cronológico simplifique a heterogeneidade deste segmento (incluindo alguns indivíduos desnecessariamente e excluindo outros), ela possui a vantagem da facilidade de sua verificação. No caso específico de políticas para a população idosa, sua função é contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais elevadas com qualidade de vida, considerando-se que existem diferentes idosos com necessidades e demandas diferenciadas (VERAS, 2002; CAMARANO, 2004; FANTINO, 2011; CALDAS et al., 2013, 2002; BRASIL, 2007a, BEARD; BLOOM, 2014; MORAES, 2010, 2012).

2.2. Os idosos, suas necessidades de saúde e assistência médica

Qualquer representação que se faça do envelhecimento em um mundo de 7 bilhões terá de ser necessariamente caleidoscópica – para refletir os vários imperativos culturais, fatores sociais, níveis de desenvolvimento e disponibilidade de recursos que definem um país ou uma sociedade” (UNFPA, 2011).

Retornando ao conceito de envelhecimento como um processo sequencial e individual, pode-se concluir que cada pessoa idosa é a expressão do acúmulo de experiências vivenciadas ao longo de sua existência, que vão se sobrepondo com o passar dos anos e que, em conjunto, representam sua “história de vida”, construída em diferentes ambientes sociais e com diferentes caminhos e escolhas (SÃO PAULO, 2015).

As condições de saúde dos idosos podem ser determinadas a partir de perfis de mortalidade e morbidade, além da presença de condições de *deficit* físicos e

cognitivos, alguns indicadores de saúde e da utilização de serviços de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). As condições são as mais variadas possíveis e vão desde o declínio da reserva funcional (senescência) até o desenvolvimento de uma doença (senilidade), tornando-se necessário discutir os conceitos específicos da gerontologia, como fragilidade, capacidade funcional, independência, autonomia e síndromes geriátricas. Estes conceitos são operacionais e estão ligados a proposições de condutas que extrapolam o modelo biomédico, podendo ser utilizados como modelo orientador no gerenciamento em saúde de idosos (MOTTA; AGUIAR, 2007; CALDAS et al., 2013).

2.2.1. Fragilidade, capacidade funcional, deficiência, independência e autonomia

A fragilidade é conceito muito utilizado no estudo do envelhecimento da população e sua compreensão decorre da integração de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais. É um estado de vulnerabilidade, manifestado pela queda processual e acumulada da resolutividade dos sistemas fisiológicos durante toda a vida, com progressivo declínio funcional associado a múltiplas mudanças físicas. Essa queda acumulada vai esgotando as reservas homeostáticas, até eventos estressores menores desencadearem mudanças desproporcionais no estado de saúde (FRIED et al., 2001; BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007; VARELA-PINEDO; ORTIZ-SAAVEDRA, 2007; CLEGG et al., 2013; MORAES, 2012).

O termo “fragilidade” é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte (MORAES, 2010; 2011). A fragilidade está relacionada à presença de comorbidades e incapacidade, podendo ser causada ou predispor tais eventos (FRIED et al., 2001; BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007; VARELA-PINEDO; ORTIZ-SAAVEDRA, 2007; CLEGG et al., 2013). É um estado de alta vulnerabilidade para os resultados adversos para a saúde, incluindo deficiência, dependência, quedas, necessidade de cuidados de longa duração e aumento de mortalidade (FRIED et al., 2004, p. 256).

Fried et al. (2001) definiram alguns parâmetros para o diagnóstico de síndrome de fragilidade, baseados na presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

Moraes (2012) alerta que, nessa classificação, há uma excessiva valorização da mobilidade, subestimando-se a importância de outros determinantes da funcionalidade global (cognição, humor e comunicação), além de outros indicadores de mau prognóstico, como a presença de polipatologia, polifarmácia,³ internação hospitalar recente, idade avançada e risco psico-sociofamiliar elevado (insuficiência familiar).

A capacidade funcional pode ser definida como as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma para desenvolver as atividades básicas da vida diária, até as ações mais complexas do cotidiano, sem necessidade de ajuda, proporcionando melhor qualidade de vida. Estabelecer categorias de condição de saúde é de fundamental importância para planejar um modelo de atenção à saúde para os idosos, pois este é um ciclo de vida que acumula não somente muitas enfermidades crônicas, mas também as múltiplas sequelas dessas doenças, que produzem consequências negativas na capacidade funcional do indivíduo (LIMA-COSTA et al., 2011; MORAES, 2010, 2011,2012).

A deficiência é definida como a dificuldade ou dependência na realização de atividades essenciais para uma vida independente, incluindo papéis essenciais, as tarefas necessárias para o autocuidado e viver de forma independente em uma casa, além das atividades desejadas para sua qualidade de vida (FRIED et al., 2004, p. 255).

A capacidade funcional está relacionada com a preservação do desempenho nas atividades de vida diária (AVD), que se subdividem em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado, como mobilizar-se, locomover-se, alimentar-se, arrumar-se, banhar-se, vestir-se, usar o banheiro e manter controle sobre suas eliminações (KATZ,1970). E as AIVD estão relacionadas com funções mais complexas e que permitem ao indivíduo levar uma vida independente na comunidade, incluindo preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; CALDAS et al., 2013;

³ Foi considerada a existência de polifarmácia quando o paciente consome cinco ou mais medicamentos, segundo critério utilizado pelo Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade (MORAES,2012).

MORAES,2010). A identificação das variáveis da funcionalidade do idoso é um processo interdisciplinar que auxilia no diagnóstico e na detecção dos problemas que afetam sua qualidade de vida, como as síndromes geriátricas. São ferramentas importantes para a elaboração de planos de cuidados, definindo a atuação da equipe cuidadora (PEREIRA et al., 2014).

Moraes (2010, p.10) afirma que “bem-estar e funcionalidade são equivalentes” e representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Nas palavras do autor, independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais, e as perdas dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas:⁴

-Cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano.

-Humor: é a motivação necessária para atividades e/ou participação social. Inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento.

- Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana.

- Comunicação: é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos; e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial (MORAES,2010, p. 10-11).

O autor classifica a gravidade do declínio funcional nas AVD básicas em:

- Independência: realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente.

- Semidependência: representa o comprometimento de, pelo menos, uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).

- Dependência incompleta: apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade.

⁴ As grandes síndromes geriátricas correspondentes são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa.

- Dependência completa: apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive para se alimentar. Representa o grau máximo de dependência funcional (MORAES, 2010, p. 12).

São utilizados vários instrumentos para a avaliação funcional em gerontologia e para identificar indivíduos com características de “idosos frágeis”, além das avaliações das AIVD, com o objetivo de classificar a incapacidade em graus de dependência: leve, parcial ou total. “É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários” (CALDAS et al., 2013, p. 775), e o cuidado, com o objetivo de prevenção de risco de fragilidade.

A partir dessas avaliações, também é possível identificar o idoso robusto, o idoso em risco de fragilização, o idoso frágil e o idoso frágil de alta complexidade. O idoso robusto é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, e não apresenta nenhuma condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade pelo rastreamento (MORAES; LANNA, 2014).

O idoso em risco de fragilização é aquele portador de uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos como incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, polipatologia (cinco diagnósticos de condições crônicas de saúde), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes), sarcopenia e/ou emagrecimento significativo, história de internações recentes e/ou pós-alta hospitalar e risco psico-sociofamiliar elevado (insuficiência familiar) (MORAES; LANNA, 2014).

O idoso frágil é o portador de declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades, únicas ou múltiplas, tais como:

- incapacidade cognitiva: demência, depressão e “doença mental”;
- instabilidade postural: história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades da marcha, caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha capazes de restringir a participação social do indivíduo;
- imobilidade parcial ou completa;
- incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo;

- incapacidade comunicativa (distúrbio de fala, visão ou audição).

O idoso frágil de alta complexidade é portador de declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades, únicas ou múltiplas, tais como (MORAES; LANNA, 2014):

- incapacidade cognitiva: demência, depressão e “doença mental”;
- instabilidade postural: história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades da marcha caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir a participação social do indivíduo;
- imobilidade parcial ou completa;
- incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo;
- incapacidade comunicativa (distúrbio de fala, visão ou audição).

Caldas et al. (2013) realizaram uma revisão crítica sobre as experiências com a utilização de instrumentos de rastreio de perda funcional de idosos e encontraram 71.074 publicações em 12 bases de dados, das quais foram selecionados 98 artigos para o estudo. Esses pesquisadores concluíram, entre outros achados, que a motivação para esses estudos se baseava na necessidade de direcionar a assistência à saúde do idoso, supondo que ao evitar a perda funcional, fragilidade e maior uso dos serviços de saúde, se poderia aumentar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir os gastos em saúde.

E ainda, nos estudos em que, após a identificação do risco, foi realizada alguma intervenção, os desfechos variaram de redução da perda funcional, número de admissão no setor de emergência, número de óbitos, redução de gastos com saúde e maior satisfação do usuário com a assistência prestada. Os autores observaram também que a utilização dos instrumentos fora do país de origem não foi precedida por validação transcultural, o que poderia ter acarretado alguns vieses culturais (CALDAS et al., 2013).

A necessidade de planejamento dos serviços de atenção básica para idosos é reforçada institucionalmente na medida da disponibilização de vários instrumentos de rastreio de vulnerabilidade. Na *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa*, 3ª edição (2014a), existe um instrumento direcionado ao agente comunitário de saúde (ACS)

e/ou auxiliar/técnico de enfermagem (profissionais de nível médio), denominado “Índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica” – IVCF-AB (vide Anexo 11).

Em razão da ênfase dada à condição funcional da pessoa idosa para orientar sua atenção à saúde, será tomada como referência para a tipificação dos idosos neste estudo, a avaliação global da pessoa idosa na atenção básica proposta pelo *Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*.⁵ Esse documento é tido pelo Ministério da Saúde do Brasil como norteador das ações de atenção à saúde para o idoso e foi “construído, tendo como referência o Pacto pela Vida e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização nos SUS” (BRASIL, 2007, p.7).

2.2.2 Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (BRASIL,2007)

A opção pela utilização da citada publicação do Ministério da Saúde se deve ao fato de que a mesma apresenta uma visão sistematizada das condições que devem ser observadas na pessoa idosa, além de propor uma estrutura de avaliação rápida que poderá ser aplicada aos idosos sujeitos desta pesquisa. O instrumento para a dita avaliação está disponibilizado no Anexo 1 desta tese.

A partir dos resultados da avaliação, é possível caracterizar os idosos, avaliar a assistência e o cuidado que eles estão (ou não) recebendo e pensar/discutir estratégias para uma assistência adequada, englobando o que fazer, como fazer e onde realizar. No entanto, para responder aos propósitos das ações de cuidado à pessoa idosa na atenção básica, é necessário apresentar algumas das leis e portarias relativas às pessoas idosas a partir da construção do Sistema Único de Saúde.

⁵ Desde 2000, o Ministério da Saúde vem publicando a série *Cadernos de Atenção Básica*, para proporcionar subsídios técnicos e apoiar as políticas de saúde vigentes no país.

2.3. A organização do Sistema Único de Saúde

A nova institucionalidade da saúde tem seus fundamentos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que define o Sistema Único de Saúde (SUS). Suas ações e serviços devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se como um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, que deve prestar atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular. A Lei Federal nº 8.080 foi promulgada em 1990 com o intuito de regulamentar o conjunto de ações e serviços de saúde prestados pelo SUS e expressou os avanços incorporados da Constituição de 1988. O sistema deveria ser desenvolvido de acordo com as diretrizes constitucionais, sendo a participação popular definida enquanto poder deliberativo, através da Lei nº 8.142 (FADEL et al., 2009).

Idealizado a partir do movimento da Reforma Sanitária, o SUS ainda enfrenta muitos desafios na concretização de seus princípios. Dentre esses desafios, destaca-se a incorporação dos princípios da universalização, da integralidade da atenção e da equidade (BRASIL, 2006b, 2011b, 2013).

O princípio da universalização está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1986:

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

Sua Ideia Central é o direito à saúde como direito de cidadania, para todos que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, e que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde e assegurar seu acesso ao sistema de saúde.

Em relação à integralidade, partilhamos da ideia de Mattos (2001), de que esse princípio do SUS, definido no texto constitucional, deva constituir uma bandeira de luta, repleta de valores que devem ser defendidos, e cujo conceito continua em construção. O autor reúne três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e a integralidade como respostas governamentais a problemas

específicos de saúde. Assim, este princípio abarca uma mudança no processo de trabalho, substituindo o foco da doença para atenção à pessoa em seu contexto social, bem como a organização da oferta de serviço em todos os níveis do sistema (GOMES,2005).

Equidade, por sua vez, leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas; sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea. O conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead, incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo ‘iniquidade’ tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, 2008).

A gestão do SUS se funda no comando único em cada esfera de governo - isto é, na esfera federal o comando é do Ministério da Saúde; nos estados, das Secretarias Estaduais de Saúde; e nos municípios, das Secretarias Municipais de Saúde. Outra diretriz organizativa é a descentralização, que possibilita, sobretudo aos municípios, os meios necessários para a efetivação de planos de ação adaptados às necessidades locais e ou regionais.

A regionalização e a hierarquização dos serviços dizem respeito à forma de organização dos serviços e/ou unidades de saúde entre si. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços – isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às mais complexas (TEIXEIRA, 2003).

O princípio da participação popular permite a coexistência do nível técnico e político na gestão do SUS. A participação é realizada através de colegiados formados por segmentos sociais interessados no SUS, a saber: instituição gestora, comissão interinstitucional e os colegiados participativos.

A instituição gestora (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde) são as organizações encarregadas da elaboração das estratégias técnicas para efetivação das políticas de saúde, além de exercerem

atividades de gestão, planejamento, controle e avaliação do sistema em seu âmbito de competência.

As comissões interinstitucionais⁶ que representam os espaços em que as esferas de governo realizam os pactos para a operacionalização do sistema são compostas por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Nacionais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Os Conselhos de Saúde são as instituições deliberativas e paritárias compostas de gestores e prestadores privados do SUS, trabalhadores e usuários (pelo menos 50% do total de conselheiros, sendo a outra metade distribuída igualmente entre trabalhadores e gestores/prestadores) e têm como atribuições definir as diretrizes das políticas de saúde e fiscalizar as ações dos gestores, inclusive nos aspectos financeiros (BRASIL, 2007; FADEL et al., 2009).

Nos anos 90, foram editadas três Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 91, NOB 93, NOB 96 –, que representam instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios. Dentre seus objetivos, destacam-se: a transformação de prestadores públicos em gestores; a promoção do pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde de seus habitantes; a definição da responsabilidade sanitária do gestor; a reorganização do modelo assistencial, descentralizando aos municípios com responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; FADEL et al., 2009).

No início da década de 90, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, cuja missão era reduzir a mortalidade infantil e materna, através da oferta, às populações rurais e de periferia, de procedimentos simplificados de saúde na lógica de medicina preventiva. O objetivo era desenvolver a capacidade da população para cuidar de sua própria saúde, transmitindo informações sobre práticas preventivas, através de agentes comunitários (BRASIL/MS, 1994; SOUZA, 2001). No ano de 1994, o Ministério da

⁶ Comissão Intergestores Bipartite – CIB (representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde); e Comissão Intergestores Tripartite CIT (representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde e das Municipais de Saúde).

Saúde criou o Programa de Saúde da Família, entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde, cujo objetivo era:

Colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária [...]. Ao contrário do modelo tradicional, centralizado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL/MS, 1994, p.10-11).

Desde sua institucionalização, o Programa de Saúde da Família vem assumindo relevância no discurso político, institucional e social no âmbito das políticas de saúde no país, mediante um conjunto de ações intervencionistas do Ministério da Saúde (SOUZA, 2001), tais como a implementação de mecanismos de alocação de recursos e de outros dispositivos de financiamento (FADEL et al., 2009). A partir de 1998, o programa passou a ser concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbitos nacional, estadual e municipal) como uma estratégia de reorientação assistencial, que conta com incentivo financeiro e técnico para sua implementação (SOUZA, 2001).

As NOBs foram criadas para permitir a operacionalização das transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde, visando a uma descentralização paulatina com níveis diferentes e progressivos de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão para os municípios com enfraquecimento dos estados. Foram então substituídas por outro instrumento – as Normas de Assistência à Saúde⁷ –, instrumentos mais políticos que objetivavam a organização da demanda regionalmente, além da ampliação do financiamento para os outros serviços de maior complexidade a partir da atenção básica. Considerando a dificuldade de assegurar as diretrizes organizativas e avançar na consolidação do SUS e superar as diferentes fases de desenvolvimento das ações pactuadas entre os estados, foi editada a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde.

⁷ Noas 01/02 - explicitadas as responsabilidades do gestor municipal, e os requisitos relativos às modalidades de gestão: gestão plena da Atenção Básica ampliada e gestão plena do sistema municipal e as prerrogativas municipais e estaduais para exercer a política pública através do financiamento. Para qualificação na Noas 01/02, os estados devem elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde constituiu importante estratégia para a racionalização das ações e serviços de saúde no Brasil, otimizando as práticas e ações de saúde pública. Seu cumprimento está relacionado diretamente “à transposição de entraves políticos e operacionais em cada nível do sistema” (FADEL et al., 2009, p. 454). Foi estabelecido em 2006, por iniciativa do Ministério da Saúde em consonância com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, sendo composto pelos Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS. Esse documento objetivou substituir as NOBs e a NOAS (Norma de Organização da Assistência à Saúde) como instrumento para induzir políticas e operar o sistema de saúde.

O Pacto de Gestão estabelece um conjunto de diretrizes para a gestão do sistema de saúde, abrangendo descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (FADEL et al., 2009).

O Pacto pela Vida identifica um conjunto de indicadores que traduzem prioridades assistenciais do sistema, com a intenção de provocar impacto positivo sobre a situação de saúde. Abrange **saúde do idoso**,⁸ controle do câncer do colo do útero e da mama, redução nos índices de mortalidade infantil e materna, resposta às doenças emergentes e endêmicas (com ênfase na dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza), atividades de promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica. E o Pacto em Defesa do SUS busca desenvolver um conjunto de ações voltadas para reafirmar e defender a saúde como direito da cidadania, a universalização do sistema e seu adequado financiamento, por meio de articulações com movimentos sociais que lutam pela saúde e cidadania e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Saúde representou um compromisso público com perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população. Esse conjunto de reformas institucionais deveria ser pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar

⁸ Grifos nossos. A Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (FADEL et al., 2009; SOUZA et COSTA, 2010).

O Pacto pela Vida, ao estabelecer as prioridades que devem ser pactuadas nas três esferas de governo, ressalta a importância do fortalecimento da Atenção Básica. Seus objetivos são explicitados e ampliados na Política Nacional de Atenção Básica, que define:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 1).

Assim, todas as ações implementadas pela rede pública no atendimento à pessoa idosa, dependendo de sua abrangência, devem ser discutidas, acordadas e pactuadas entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal –, com participação de setores, órgãos e entidades envolvidos ou de interesse para a saúde da pessoa idosa.

Nesse contexto, enfatiza-se a atenção básica, que é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, como “porta de entrada” do sistema de saúde (BRASIL, 1999). E de acordo com o documento “Política Nacional de Atenção Básica”, cabe ao gestor garantir que a Atenção Básica cumpra suas funções nas Redes de Atenção à Saúde, a saber:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de **descentralização e capilaridade**, cuja participação no **cuidado** se faz sempre necessária;

II - Ser resolutive: **identificar riscos, necessidades e demandas** de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de **cuidado individual e coletivo**, por meio de uma clínica ampliada capaz de **construir vínculos** positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir **projetos terapêuticos singulares**, bem como **acompanhar e organizar o fluxo dos usuários** entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma **relação horizontal, contínua e integrada** com o objetivo de produzir a **gestão compartilhada** da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de **gestão do cuidado**, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com **os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede**, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a **qualidade** da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as **necessidades de saúde** da população sob sua **responsabilidade**, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.(BRASIL,1999, s/p, grifos nossos).

Ao analisar as quatro proposições— ser base; ser resolutive; coordenar o cuidado e ordenar as redes—, podemos identificar possibilidades potenciais de transformações de práticas de saúde com atributos de integralidade⁹ do cuidado, para aproximar quem oferece as ações de saúde de quem necessita do serviço, personalizando as relações estabelecidas para cada paciente, que deve ser compromissada, solidária e aparecer como “fruto” de uma construção social e parte de um esforço que envolve profissionais e gestores.

2.4 Porta de entrada: Atenção Primária à Saúde – Programa de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família é uma estratégia do Ministério da Saúde que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais. A primeira possibilidade de

⁹ Os sentidos de integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Assim, este princípio abarca uma mudança no processo de trabalho substituindo o foco da doença para atenção à pessoa em seu contexto social, bem como a organização da oferta de serviço em todos os níveis do sistema (MATTOS,2001).

efetivação dessas ações pode estar localizada no momento do acolhimento. O confronto entre as necessidades de saúde (ou outras) trazidas pelos usuários e o que a instituição, no caso o PSF, tem a oferecer, poderá revelar as mudanças no modelo assistencial.

Em documentos oficiais do Ministério da Saúde referentes ao Programa de Saúde da Família, podemos encontrar um conjunto de categorias-chave que definem esta estratégia de reorganização da atenção básica, como por exemplo: (a) ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; (b) ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; (c) ter como centro de atenção afamília, inserida em seu meio social; (d) intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; (e) prestar assistência integral, permanente e de qualidade; (f) realizar atividades de educação e de promoção da saúde; (g) estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; (h) estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; (i) utilizar os sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões. (BRASIL/MS, 2001).

Starfield (2002, p. 208) afirma que “existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso. Este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada”. Segundo a autora, a ideia de porta de entrada faz sentido para o sistema de saúde, porque o usuário, por desconhecimento técnico, não teria como saber como nem quando deveria ingressar no sistema para resolver seus problemas. Assim, essa estratégia significaria “um recurso, um meio de acesso, de oportunidade de resolução de seus problemas”.

Essa autora, em trabalho sobre a atenção primária, reconhece a importância do fácil acesso a esses serviços para reduzir a mortalidade e a morbidade. Acredita que os serviços de saúde seriam mais resolutivos se houvesse acessibilidade máxima para unidades de atenção primária e afirma que “vários estudos indicam que os pacientes deveriam ver um generalista antes de consultar um especialista” (STARFIELD, 2002, p. 209). Suas contribuições para essa discussão dizem respeito principalmente à acessibilidade do serviço, relacionada à organização deste. No entanto, ela vê a “porta de entrada” de modo muito formal, conceituando-a de forma

operacional e normativa, e não como uma oportunidade de atuação, de intervenção e (e por que não?) de cuidado.

Castro (2002), ao analisar questões relativas aos procedimentos a que estão submetidos os usuários do SUS para acessar os serviços de saúde, identifica que os serviços que funcionam como “porta de entrada” para o sistema de saúde são habitualmente assim denominados por servirem de referência no direcionamento da demanda para a continuidade do tratamento, como unidade de atenção primária, PSF e emergências.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, definiu um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, integrado às Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada e coordenação do cuidado. Ele está baseado nos critérios de funcionalidade do idoso (discutidos no tópico anterior) e deve ser articulado com outras áreas e programas estratégicos do Ministério da Saúde.

2.5 Redes de Atenção à Saúde

A instituição de redes de serviços em saúde está presente desde o início da reforma sanitária do sistema de saúde brasileiro. Os princípios e diretrizes do SUS foram debatidos e organizados tomando como referência a experiência de países que construíram sistemas universais e a literatura internacional. Apesar de a instituição em redes ser a premissa das propostas do sistema, esse arranjo ficou em segundo plano no processo de descentralização do SUS, retornando aos debates a partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2000, com maior ênfase no Pacto à Saúde de 2006. Desde então, tem assumido diferentes significados, com diferentes intervenções e vem sendo utilizada de maneiras diversas por diferentes atores, em diferentes países. Todas têm em comum a busca por instrumentos de integração dirigidos à prática clínica individual, a integração horizontal e vertical dos serviços e entre setores, como saúde e cuidado social (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Entre as experiências consideradas centrais, estão os sistemas integrados americanos e as redes regionalizadas dos sistemas nacionais de saúde. Pode-se

observar semelhanças nas estratégias e arranjos organizacionais na busca do cuidado, mas deve-se considerar a natureza distinta desses sistemas de saúde, que possuem valores, premissas e objetivos políticos que vão definindo os sistemas e sua forma de organização.

Para o sistema americano, por exemplo, não se coloca a questão da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado. Os sistemas nacionais, ao contrário, não podem abdicar de sua responsabilidade de garantia do direito e a organização de redes regionalizadas constitui-se num instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2308).

Nos sistemas nacionais de saúde, a saúde é entendida como um bem público; e para garantir e ampliar acessos, eles operam redes com populações definidas geograficamente – territorialização – e se configuram como um instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades, embora envolvam disputas de poder e requeiram decisões de política que envolvem contratualização, alinhamento financeiro e poder regulatório (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

As redes regionalizadas no SUS estão neste campo e têm como principais referências teóricas o *Relatório Dawson*, atualizado com a proposta da OPAS (KUSCHNIR; CHORNY, 2010), apresentado a seguir.

2.5.1. O Relatório Dawson e a constituição do NHS britânico

O *Relatório Dawson* foi publicado em 1920 por demanda do governo inglês após a Primeira Guerra Mundial. Tinha como objetivo apresentar novas formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região e afirmava que essa missão só seria possível através de uma nova organização, onde se articulam a medicina preventiva e curativa (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O documento trazia a proposta de organização de serviços para atenção integral à população, com base formada por serviços “domiciliares” apoiados por centros de saúde primários (porta de entrada do sistema com médicos

generalistas), laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando em tamanho e complexidade; os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência.

O relatório não conseguiu ser aprovado e foi engavetado, pois sua adoção implicaria grandes custos na construção e manutenção de novos serviços, além do “desaparecimento da autonomia” dos hospitais filantrópicos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). No entanto, durante a Segunda Guerra Mundial, “no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo Relatório Beveridge em 1942, o relatório voltaria a servir de base à proposta de organização do novo sistema de saúde universal e equitativo” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2310).

Após os debates e negociações sobre a organização de serviços e os mecanismos de financiamento e gestão, o *National Health Service* (NHS) britânico foi criado em 1948,¹⁰ seguindo a proposta do *Relatório Dawson* e acrescentando algumas mudanças relacionadas à contratação de médicos generalistas. Estes teriam a função de *gate-keeper*, responsáveis pelas referências para os outros níveis e pela manutenção do vínculo. O modelo se mostrou muito bem-sucedido e foi copiado por vários países (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

2.5.2 A proposta da OPAS: Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde empreendeu consultas nacionais e regionais para validação de sua proposta de organização de redes, denominada, em sua versão final, “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” (OPAS, 2009). Esse documento pode ser considerado um marco conceitual para os países latino-americanos e considera que as Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de

¹⁰ Com a vitória esmagadora do Partido Trabalhista no pós-guerra.

organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2009).

O documento da OPAS traz o marco conceitual para o caso brasileiro e separa atributos de rede de mecanismos de controle e coordenação ao longo de todo o *continuum* de serviços, conforme a proposta de Dawson. Entre os 13 atributos, são centrais:

População e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2314).

Mendes (2009, p. 141) conceitua Redes de Atenção à Saúde com objetivos e uma dimensão operacional:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Pinheiro e Mattos (2006) avaliam a proposta de construção de redes de ações e serviços de saúde como inovadora,¹¹ na medida em que elas têm a potencialidade da cadeia de cuidado progressivo, porque consideram recursos, tecnologias e disponibilidade de trabalhadores de saúde para garantir o acesso, a integralidade da atenção e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social do conhecimento.

¹¹ Os autores definem “inovação” no sentido atribuído por Milton Santos, em *A natureza do espaço* (SANTOS, 1997), como tensões, rupturas e a transição de um paradigma moderno, com a reconfiguração de saberes e poderes.

2.5.3. As Redes de Atenção à Saúde no Brasil

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituídas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, de base territorial.

Mendes (2011) apresenta as origens dessa portaria:

Nos últimos anos, as experiências de RASs têm acontecido em diversos estados brasileiros, em geral sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob a forma de redes temáticas: Bahia, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e outros. Vários municípios, com a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde, têm implantado RASs: Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municípios da Região de Campinas e muitos outros. A conjunção desses movimentos e de outras iniciativas propiciou que se consensasse, na Comissão Intergestores Tripartite, um posicionamento do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, sobre RASs que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MENDES, 2011, p.69).

As RAS definem a atenção básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado para atender a suas necessidades de saúde. A opção pela organização em redes de atenção à saúde pelo SUS é uma estratégia para responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação histórica do sistema de saúde, concorrência entre os serviços, uso inadequado de recursos com elevação dos custos, falta de seguimento longitudinal dos usuários, aumento da prevalência das doenças crônicas e necessidade de monitoramento e avaliação (MENDES, 2009, 2010, 2011).

Cabe ressaltar, no entanto, que o SUS conforma um conjunto amplo de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), da administração direta e indireta (fundações e autarquias, etc.) e, ainda, por um grande número de prestadores privados que participam do sistema mediante contratação ou convênio. Diversos atores públicos e privados em todos os níveis de atenção, dentro e fora do sistema, participam, são afetados ou são interessados no processo de implementação do SUS. Isto significa que o SUS, enquanto política pública, constitui uma arena de conflitos onde atuam diversos atores que podem contribuir para a implementação

das políticas traçadas ou estabelecer obstáculos que tensionam o sistema (VIANA; FARIA, PACÍFICO, 2006).

O envelhecimento da população gerou diversas discussões sobre as necessidades e peculiaridades dos idosos e a utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2007; VERAS, 2003; FANTINO, 2011; MENDES, 2009; CAMARANO, 2004; 2010;NUCKOLS; ESCARCE, ASCH,2013). A qualidade da assistência, sua ausência ou duplicidade, seus custos que resultam na fragmentação do cuidado, implicaram a discussão e estruturação de modelos de atenção adequados aos idosos e que deveriam ser organizados de maneira integrada e com coordenação de cuidados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede (VERAS et al., 2014).

No caso brasileiro, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, definiu um Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, integrado às Redes de Atenção à Saúde, ordenado pela atenção básica, pautado na funcionalidade e articulado com áreas e programas estratégicos do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2008).

2.5.4 Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: estrutura

As estruturas de atendimento do SUS que compõem a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa possuem diversos pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas, prestando serviços de promoção, prevenção, apoio diagnósticos, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos. Devem atuar de forma articulada, a fim de garantir o cuidado integral e adequado às necessidades da população, superando a da atenção fragmentada, que ainda predomina (FIOCRUZ,2014).

No caso particular da Rede de Atenção à Saúde da População Idosa, as unidades envolvidas são as unidades de atenção ou com equipes de Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), os serviços de atenção domiciliar,¹² as unidades de urgência e emergência, as unidades de

¹²Os serviços de atenção domiciliar são vinculados à rede de atenção às urgências e emergências.

atendimento ambulatorial especializado, as unidades de reabilitação,¹³ as Unidades de Atendimento Odontológico Especializado (CEOs),¹⁴ os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)¹⁵ e as unidades de atenção hospitalar, além das unidades de proteção social (FIOCRUZ, 2014).

Como “porta de entrada” do sistema de saúde, a primeira atribuição dos profissionais e das equipes de atenção básica é justamente reconhecer sua demanda. Os idosos devem ser classificados de acordo com os critérios de funcionalidade. Deve-se agrupar e identificar idosos com diferentes graus de comprometimento funcional, diferenciar aqueles que podem se deslocar e que ainda conseguem ir à unidade de saúde, e outros com comprometimento funcional grave, em geral acamados ou com grande dificuldade de locomoção, que necessitam de atenção domiciliar. A equipe poderá montar também grupos de promoção da saúde destinados, principalmente, aos idosos independentes e autônomos, e os grupos de prevenção de lesões de órgãos-alvo para os idosos com algum comprometimento funcional. Após a avaliação, também é possível identificar as demandas para referenciar para outras unidades de especialidades/exames complementares/internações e urgências. Desta forma, é possível organizar a atenção à saúde e o cuidado (BRASIL, 2014).

A atenção à saúde do idoso engloba uma série de ações de promoção de saúde, prevenção às doenças, assistência e reabilitação, que são amplamente descritas em diretrizes colocadas nas políticas de saúde. No entanto, emergiram novos discursos na saúde pública mundial e nacional que revelam a vitalidade da nova Saúde Coletiva e que têm em suas expressões uma série de aspectos filosóficos a serem discutidos para agregar adensamento conceitual e filosófico nesse novo sanitarismo (AYRES, 2005).

O termo “cuidado” aparece diversas vezes nas proposições dos documentos relativos à atenção primária, e o próximo item deste trabalho irá

¹³ As unidades de reabilitação são um tipo de unidade ambulatorial especializada.

¹⁴ Os CEOs são um tipo de unidade ambulatorial especializada.

¹⁵ Os Centros de Atendimento Psicossocial são pontos de atenção compostos de equipe multiprofissional com o objetivo de oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento à família, bem como ações envolvendo as comunidades, promovendo a inserção familiar e social.

discutir esse conceito de modo mais aprofundado, com base nas definições e classificações de vários autores.

2.6. O Cuidado

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil.

A presente discussão se inicia a partir desta antiga fábula de Higino. Ela tem sido utilizada por alguns autores na discussão do cuidado, dentre eles o filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976), ao escrever o livro *Ser e Tempo*, em 1929, e dedicar um capítulo à discussão sobre o cuidado¹⁶ como ontologia do ser humano.(AYRES, 2000, 2004, 2009;BOFF,2000,2012; WALDOW,2004).

Nesse tratado, Heidegger reinterpreta a fenomenologia como ciência da consciência, onde é permitido ver o fenômeno como aquilo que se mostra por si mesmo, fazendo com que a fenomenologia adquira um porte ontológico (NUNES, 2010, p.11). Ao eleger como chave principal de *Ser e tempo*, o conceito de *Dasein*, o autor não se referia explicitamente ao homem, e sim ao "*Dasein*", termo alemão

¹⁶ Na tradução brasileira da Editora Vozes, o termo "*Sorge*" é traduzido como Cura, sinônimo de Cuidado. Todos os autores consultados que citam esta fábula e a discussão feita por Heidegger não utilizam o termo "Cura", "para não confundir com curar no sentido médico de eliminar a doença" (AYRES, 2009, p.44).

que, embora signifique simplesmente "existência", é geralmente traduzido como "Ser-aí". O Ser-aí é, aquele ente capaz de se perguntar sobre e interpretar o ser. O *Ser-aí ou o Ser-aí-no-mundo* é a tradução portuguesa do termo alemão *Dasein*, é o ente que compreende o ser na sua existência e a entende como sua possibilidade de "ser ou de não ser si mesmo". Para Heidegger, "existir é interpretar-se" (NUNES,2010, p.12-3).

Heidegger utiliza a fábula "para argumentar acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana" (AYRES, 2009, p.43), e afirma que é possível ver o "Cuidado como aquilo que pertence a presença humana, enquanto vive", pois, o ser-no-mundo tem a modelagem do cuidado, ele compreende um corpo e um espírito. Seu nome – homem deriva da sua origem (terra – húmus) e sua existência estão condicionados ao "tempo" (Saturno – o árbitro da disputa revelada na fábula), ou seja, o modo de ser está determinado por seu "curso temporal no mundo" e só existe no mundo pelo cuidado (HEIDEGGER, 2013,p.266).

Em outras palavras, cuidar e ser cuidado constitui uma questão central na vida de todos, enquanto vivemos. Nossa existência no mundo e no tempo (de vida) alterna a condição de cuidar e de ser cuidado nas diversas fases de vida e nos múltiplos relacionamentos que estabelecemos, sejam familiares, sociais ou profissionais.

Desde o nascimento, passando pela infância, adolescência, idade adulta e velhice, os seres humanos passam por procedimentos próprios de cada cultura, cada sociedade e cada época, que embora diferentes, se caracterizam por algumas dimensões universais. Existem procedimentos ritualizados de "salvação" e ritos de passagem para cada fase com o fim de reposicionar o sujeito entre seus pares e semelhantes, sobre o mesmo solo e debaixo do mesmo céu (ou dos mesmos deuses) visando à salvação de suas almas. E visando ao bem-estar do seu corpo, outros procedimentos (interligados aos anteriores) colocam-se no campo do que hoje em dia denominamos como "tratamento", pois, atualmente, a ciência e as técnicas assumiram o comando com o objetivo de assegurar ou promover sua integridade física e mental, e seu ingresso e participação na comunidade dos homens.

No entanto, no plano que não há dominância das práticas de cuidados religiosos e as prescrições laicas codificadas e obrigatórias, existem infinitas ações de cuidado que não estão relacionadas à salvação da alma e nem ao bem-estar do corpo. Esta dimensão, que pode ser chamada de ética, apresenta uma disposição do mundo humano em receber novos membros, onde as operações de separação e ligação são decisivas no “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência desde o nascimento até a morte (FIGUEIREDO, 2012).

A capacidade de cuidar está relacionada com “o quanto e como o ser já foi cuidado”, pois “*ser é cuidar*”, e sabemos que existem muitas maneiras diferentes de “estar-no-mundo” e várias maneiras para exercer o cuidado que sempre será “em relação”, pois “o cuidado é sempre para e com algo ou alguém” (WALDOW, 2004, p.11). O cuidado implica também algum tipo de “responsabilidade e compromisso”; significa também aproximar-se, estar presente e valorizar o outro na sua individualidade (KÜCHEMANN, 2012, p.165). Noddings enfoca o cuidado através de relacionamentos com base ontológica e ética, e identifica elementos no comportamento de cuidar que incluem receptividade, reciprocidade e conectividade, mais comumente encontrados na população feminina (NODDINGS, 1984 apud WALDOW, 2004).

As práticas de cuidado em saúde também são relacionais e apresentam (ou devem apresentar) em seu bojo uma dimensão ética e de respeito, que deve ser exercida na escolha compartilhada entre “ser cuidador” e “ser cuidado”, pois as práticas de cuidado não podem ser restringidas apenas a um “êxito técnico” (AYRES,2001). De acordo com esse autor, quando se decide assumir a promoção de saúde como meta, o restabelecimento do bem-estar físico e psíquico, assim como a prevenção e controle de doenças, passam a ser insuficientes para avaliar as práticas de saúde, porque esses padrões se prendem ao conjunto de procedimentos que não esgota as possibilidades do cuidado.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. **Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo.** Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não

pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude 'cuidadora' precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2001, p.71 – grifos nossos).

O trecho grifado remete à fabula de Higino que inicia este tópico. Afinal, o sujeito (argila) que será moldado e que tem matéria, espírito, corpo e mente, está ali presente “sendo-no-mundo”, existindo e cheio de necessidades, ideias, desejos, sonhos e medos – e apenas alguns são expressos. A todos estes itens vão corresponder um outro conjunto de práticas, habilidades e saberes dos cuidadores na oferta de cuidados a esses “seres no mundo”.

Para Mayeroff (1971apud WALDOW, 2004), o cuidado se dá sobretudo em função de outra pessoa, mas pode também por coisas e ideias, e cuidar de uma outra pessoa é ajudá-la a crescer e a se realizar. O cuidado constitui-se de um processo, um modelo de se relacionar envolvendo confiança mútua e provocando transformações durante o relacionamento. O autor apresenta elementos essenciais para o cuidado, que denomina de “ingredientes do cuidar”. São eles: **Conhecimento** (é necessário conhecer o outro); **Alternar ritmos** (o “ir e vir”, a modificação de comportamento visando a melhor forma de ajudar o outro); **Paciência** (dar o tempo necessário para ele e para o outro se ajustarem); **Honestidade** (ver o outro como ele é, e não como gostaria que ele fosse); **Confiança** (confiar no outro em seu ritmo e sua forma); **Humildade** (sempre há algo a aprender); **Esperança** (o presente vivido na medida do possível); **Coragem**¹⁷ (abraçar o desconhecido).

Os elementos constituintes do cuidado remetem a uma prática – a da moldagem da argila em direção a uma construção do “projeto de felicidade” (AYRES, 2009), em termos da saúde. Esses elementos conjugados são vetores que permitiriam que o “êxito técnico” fosse extrapolado, pois abarcam também momentos de atenção, zelo e de desvelo.

Para Boff (1999, p. 34), cuidar “é mais que um ato, é uma atitude”. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de

¹⁷ Grifos nossos.

envolvimento afetivo com o outro. O cuidado é uma “precondição para que algo possa existir e subsistir”, uma forma de amor, porque o ser humano precisa cuidar do outro para expandir sua humanidade, exercer sua liberdade e mostrar suas possibilidades (BOFF, 2012,p.64). O autor distingue duas significações interligadas entre si, a saber: “a atitude de desvelo, solicitude e de atenção para com o outro e a preocupação e inquietação porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro” (BOFF,2012, p.91-2).

Boff (2012) identifica dois modos de ser-no-mundo: o trabalho e o cuidado. O modo de ser-no-mundo pelo trabalho se dá na forma de inter-ação e de intervenção, em uma relação sujeito-objeto. No cuidado a relação é sujeito-sujeito, experimentando seres como sujeitos e como valores, em coexistência com todos os outros em uma relação de con-vivência; não sendo pura intervenção, mas inter-ação e comunhão. Segundo o autor, o maior desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado, pois ambos se limitam mutuamente e ao mesmo tempo se complementam, constituindo a totalidade da experiência humana ligada a materialidade e espiritualidade.

A ruptura entre trabalho e cuidado existe desde a mais remota Antiguidade, com severas consequências para os seres humanos. No trabalho, a busca frenética da produção e da eficácia começou lentamente, mas se intensificou nos últimos séculos, a partir da industrialização, caracterizando-se pelo modo-de-ser-no-trabalho como intervenção, produção e dominação. O cuidado foi difamado como empecilho à objetividade na compreensão e como obstáculo à eficácia (BOFF,2012). Para o autor, o resgate do cuidado é necessário e deve-se entender de forma diferente o trabalho, pois há nos seres humanos, o sentimento, a emoção, o envolvimento, a capacidade de afetar e de ser afetado. Só os humanos podem construir o mundo a partir dos laços afetivos, pois eles tornam as pessoas e as situações valorosas e preciosas (BOFF,2012). Nesta perspectiva, Figueiredo (2012) identifica, como agente de cuidados, aquele que exerce sua função como presença implicada, comprometida e atuante. Como seres humanos vivendo em sociedade, cabe a todos as atividades de cuidar, mas estas fazem parte das obrigações e tarefas específicas de todos os profissionais da área de saúde e da educação.

O aumento da expectativa de vida aponta a possibilidade de os idosos serem acometidos por doenças degenerativas e crônicas que os tornam mais dependentes de algum tipo de ajuda e de cuidado. O envelhecimento populacional requer a inclusão de profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas típicas da idade avançada, assim como cuidados não especializados, como ajuda para as AVDs (CAMARANO; MELLO, 2010). Assim, o trabalho do cuidado aos idosos se materializa em um “somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, em uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes” (CECILIO; MERHY, 2003, p. 199). A estes, agregam-se os cuidados para as tarefas de vida diária, como vestir-se, banhar-se, alimentar-se, cuidar da higiene, compras, pagamentos, etc. Mas como o cuidado recebido é relacional, ele também causa impacto nas vidas pessoais de seus cuidadores.

Tomamos emprestadas de Boff (1999) algumas recomendações:

[...] aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de res-ponsa-bilidade, a obrigatoriedade de dar res-postas. [...] É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação.

Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta ação de diálogo com eu-tu, seja libertadora, sinérgicas e construtora de aliança perene de paz e de amortização (BOFF,1999, p. 139).

O processo de cuidar configura uma ação dinâmica entre o ser que cuida com o ser que é ou será cuidado. Historicamente, a atividade de cuidar, seja de crianças ou de idosos, tem sido predominantemente feminina, porém o modelo de família mudou em função das transformações estruturais socioeconômicas. Neste sentido, encontramos uma sobrecarga das mulheres, em virtude da sobreposição das tarefas do trabalho e da família, a desvalorização das atividades de cuidar, a falta de políticas de suporte ao cuidador informal e o deslocamento do cuidado, que antes estava na esfera doméstica e familiar (cuidado informal) para a esfera pública o que resulta em uma demanda cada vez maior de cuidadores formais (CAMARANO; PASINATO, 2004; ANDRADE, 2009; CAMARANO; MELLO,2010; PASINATO; KORNIS, 2010; NERI,2010; KÜCHEMANN,2012).

A ocupação de cuidador está presente na Classificação Brasileira de Ocupações, do Ministério do Trabalho e Emprego, sob o código 5162 (Cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos), descrita como aqueles que "cuidam de bebês, crianças, jovens, adultos e idosos, a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida". O cuidador de idosos está sob o código 5162-10 (BRASIL/MTE, 2002, p.781). E no *Guia Prático do Cuidador*, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2008b, p.8), encontramos que cuidador "é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração".

Os cuidadores informais ou familiares são os que predominam no mundo todo, sendo em geral mulheres casadas ou filhas, cônjuges ou mulheres de seus filhos. Realizam tarefas muito variadas, que vão desde acompanhamento até administração da medicação, prestação de cuidados "quase profissionais" que se desenvolvem em horário ininterrupto, sem limite de tempo, muitas vezes produzindo uma sobrecarga no cuidador. Já o cuidador formal é aquele que auxilia e presta cuidados aos idosos de forma profissional, recebendo ou não remuneração (ANDRADE, 2009; CAMARANO; MELLO, 2010; CAMARANO; KANSO,2010; DUARTE et al.,2010).

O aumento da esperança de vida ao nascer é a grande conquista da população brasileira na última metade do século XX. A redução da mortalidade entre a população idosa, trazendo uma população com mortalidade mais próxima dos 100 anos no século XXI, coloca questões importantes para políticas públicas e gestão de cuidados para os longevos. Nesse cenário, o cuidado informal, familiar, está se tornando um recurso cada vez mais escasso em todo o mundo, e demanda modelos alternativos de cuidados para idosos (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2010; DEBERT,1998; FANTINO, 2011; VERAS et al.,2014; CALDAS et al., 2013; KÜCHEMANN, 2012).

O envelhecimento ocorre processualmente e não é homogêneo, devendo ser compreendido como parte de um processo natural de diminuição da reserva funcional do indivíduo – senescência; pode, ainda, ser acompanhado de

condições que requeiram assistência – senilidade. O aumento da expectativa de vida de idosos, associado às mudanças sociais e econômicas, vem desvelando um desafio para toda a sociedade no âmbito do cuidado aos idosos.

O cuidado para idosos se materializa no somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais (CECILIO; MERHY, 2003), e cada parte e o próprio conjunto possuem uma dimensão ampla e fundamental que existe ontologicamente, pois o cuidado é próprio do ser e relativo ao ser em si mesmo (HEIDEGGER, 2013). O cuidado necessita de um agente cuidador (FIGUEIREDO, 2012), que age na perspectiva de ultrapassar a questão técnica (AYRES, 2001) pois, como o cuidado só existe como uma inter-ação, uma co-existência e uma con-vivência (BOFF, 2012), ele transcende o ato de cuidar para se tornar uma atitude de cuidar. Por essas considerações, já podemos perceber o quanto o cuidado se apresenta como um grande desafio para o ser cuidador e o ser cuidado.

A nova institucionalidade da saúde elege a atenção primária como coordenadora e gerenciadora do cuidado. Na proposição expressa nas diretrizes da atenção primária, o cuidado e a assistência devem ser organizados de forma a atender tanto à senescência quanto à senilidade. Como realizar esta mudança de lógica do procedimento para centrar a organização da atenção em saúde na produção do cuidado? Como podemos avaliar a qualidade do cuidado?

2.7 Avaliação da atenção à saúde e da qualidade do cuidado

As unidades de atenção primária à saúde respondem hoje por um grande número de consultas médicas e procedimentos assistenciais, configurando a porta de entrada do sistema. Esse conjunto de funções altamente divergentes e complexas pode ser exemplificado através da realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, demandas sanitárias e controle de doenças, planejamento e execução de ações promotoras de saúde e de ações de prevenção de doenças, pequenas intervenções cirúrgicas e outros procedimentos.

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir de informações produzidas no cotidiano da atenção. (DONABEDIAN,1988; HARTZ,1997,2002; SANTOS FILHO, 2007; BRASIL, 2005, 2007a,c, 2010a, 2011c, 2013; SERAPIONI, 2009; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN,2015; GARDNER; GARDNER; O'CONNELL, 2014; MICLOS, 2015; BRAGA; FERREIRA; BRAGA, 2015; HOVLID et al.,2015; JOHANSSON et al.,2016; AYANIAN;MARKEL, 2016).

Essas avaliações, embora sejam insuficientes para aprender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde (FELISBERTO,2004).

A incorporação da avaliação na rotina de serviços decorre da necessidade de fortalecimento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica. A avaliação e monitoramento são intrínsecos ao planejamento e gestão como instrumento de suporte à formulação de políticas (BRASIL,2005, 2007b; FELISBERTO,2004; HARTZ, 1997;DUNCAN et al., 2006; SERAPIONI, 2009; ROCHA-BARBOSA, 2014; BRAGA; FERREIRA; BRAGA,2015; JOHANSSON et al.,2016).

Para Hartz (2002, p. 419) “institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual ela seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente às atividades analíticas às de gestão”.

Fracolli et al. (2014) realizaram uma revisão de literatura para identificar, nas bases de dados nacionais e internacionais, os instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS),a saber: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET),*ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP), *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde) e *PCATools* (*Primary Care Assessment Tools*), ressaltando o uso frequente do *PCATools* no Brasil para avaliar a APS.

O *PCATools* foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, e se baseia na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Foi validado no Brasil em 2010 (FRACOLLI et al., 2014).

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção básica variável para os municípios que adotaram o novo modelo de atenção. Por se tratar do tema da qualidade, a PAMQ também tem como foco de análise os serviços e as práticas de saúde, considerando os elementos “estrutura”, “processo” e “resultado” (BRASIL, 2011b, 2013).

O modelo teórico que avalia os elementos supracitados foi inicialmente proposto por Avedis Donabedian (1919-2000), médico, com mestrado em Saúde Pública pela Universidade de Harvard, em 1955. Publicou oito livros, cerca de 50 artigos e inúmeras palestras sobre sistemas de saúde. Como resultado de seu trabalho, os sistemas de saúde se tornaram um campo de pesquisa, e parte de suas contribuições conceituais para o conhecimento geral sobre os sistemas de saúde abarcou principalmente nos campos da Saúde Pública e da Qualidade. Sua contribuição foi basicamente conceitual. A partir da análise dos trabalhos publicados, ele estabeleceu a famosa classificação dos métodos de qualidade (estrutura-processo-resultado), a definição da qualidade, a relação entre os métodos de processamento e um resultado, a sistematização dos critérios, reflexões sobre responsabilidade na melhoria da qualidade, além de propor diferentes abordagens para gerenciar etc. (NOVAES, 1996; FRENK, 2000; SHEAFF, 2013; NUCKOLS; ESCARCE;ASCH, 2013; GARDNER;GARDNER; O'CONNELL, 2014; BUWALDA,2015; HOVLID et al.,2015; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN, 2015; ZHAO et al., 2015; AYANIAN; MARKEL, 2016; JOHANSSON et al.,2016).

Embora existam diversos modelos de avaliação de serviços de saúde, escolhemos utilizar os conceitos teóricos propostos por Donabedian, para

tentar responder à questão formulada para este estudo de caso –“como poderemos ampliar o acesso e garantir uma assistência de saúde adequada para a população idosa?”.

2.7.1. A avaliação de serviços de saúde: o modelo de Donabedian

Na década de 1960, Donabedian propôs a avaliação da qualidade da atenção médica por meio de um modelo que sistematizava os atributos que traduzem a qualidade nos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) e as etapas (estrutura, processo e resultado), através das quais ela poderia ser medida (NOVAES,1996; SHEAFF, 2013).

No seu modelo ampliado de qualidade, o autor identificou os sete pilares de cuidados de saúde atribuídos e definidores de qualidade: (1) eficácia: a capacidade de atendimento, no seu melhor, para melhorar a saúde; (2) efetividade: o grau de cuidado para que se possa atingir as melhorias da saúde; (3) eficiência: a capacidade de obter a melhoria da saúde ao menor custo; (4) otimização: o equilíbrio mais vantajoso de custos e benefícios; (5) aceitabilidade: a adaptação do cuidado aos desejos e expectativas preferências do paciente; (6) legitimidade: conformidade com as preferências sociais relacionados com todos os itens acima; e (7) equidade: buscar reconhecer as diferentes necessidades de cuidado para que na sua distribuição possa ser oferecido mais para aquele que for mais necessitado de cuidados.

Conseqüentemente, os profissionais de saúde devem ter em conta as necessidades do paciente, bem como as preferências sociais na avaliação e garantia da qualidade. Ele alerta que, quando os dois conjuntos de preferência (do paciente e sociais) estiverem em discordância, caberá ao médico o desafio de conciliá-los (DONABEDIAN, 1988).

Uma das observações mais argutas de Donabedian, ao comparar o modelo industrial da qualidade¹⁸ e de sua aplicação no campo da saúde, é o

¹⁸ Deming (1990) divide este histórico em fases: **Controle da qualidade** – inicialmente efetuada através da inspeção das atividades de trabalho e no produto final. A avaliação da qualidade se limitava a separar itens bons de itens maus. **Garantia da qualidade** – as exigências relacionadas às

fato de que, na atenção à saúde, o cliente/usuário não recebe simplesmente um produto ou um serviço do provedor. Ele faz parte ativa do processo de produção do serviço, já que o serviço é prestado “nele”! As consequências para o paciente não comportam, em geral, retrabalho, pedidos de desculpas ou ações corretivas. A ação conjunta profissional-paciente é central para a qualidade do cuidado, como observa Donabedian (1988, p.73):

[...] se reconoce que tanto en el diagnóstico como en la terapia, el médico y el paciente participan en interacciones íntimas regidas por normas profesionales y sociales importantes. En general, también se decide en forma conjunta la terminación de la terapia, aunque en algunos casos esta decisión puede provenir, en forma independiente, del médico o del cliente.

Os pacientes participam ativamente, com seus médicos, de seu próprio cuidado. Eles estabelecem os padrões que expressam suas preferências em relação aos métodos, as circunstâncias e os resultados dos cuidados. Os serviços de saúde não são apenas prestadores de satisfação, talvez porque os pacientes muitas vezes desconhecem e não são treinados para distinguir entre uma boa ou má atenção. O médico, juntamente com os outros profissionais, tem uma responsabilidade fiduciária: a de agir em nome de seus pacientes, servindo a seus interesses de modo adequado, e ficar alerta para que essa ação não se transforme em paternalismo, autoritarismo e até mesmo arrogância, perigos que devem ser evitados a todo custo (DONABEDIAN,2001).

Ao comparar o modelo industrial e a assistência à saúde, o autor ressalta que existem semelhanças e diferenças importantes entre eles. Uma semelhança é a obrigação de reconhecer a satisfação do usuário, fornecendo serviços convenientes, aceitáveis e amigáveis. No entanto, o modelo de cuidados de saúde difere porque precisa abarcar a definição de qualidade, um conjunto mais

forças armadas, de fabricação de material bélico, passaram a ser determinadas não só pelas especificações para a fabricação de produtos, mas também por especificações relacionadas ao sistema de gestão da qualidade. No período pós-guerra, a questão da qualidade começou a se tornar mais importante também para o mercado consumidor. Existiam duas vertentes para a “garantia da qualidade”: o que acontecia nos Estados Unidos e na Europa e o que acontecia no Japão. O sucesso das empresas japonesas ajudou a disseminar os conceitos da qualidade, que incluíam, além das técnicas estatísticas, cursos sobre liderança e definição das responsabilidades para os níveis mais baixos. **Gestão estratégica da qualidade** – a década de 1980, com suas mudanças globais, trouxe alterações substanciais para o movimento da qualidade em todo mundo. As empresas passaram a enfrentar a competição em nível mundial e as conquistas de grandes fatias de mercado pelas empresas japonesas, iniciadas nas décadas anteriores, fizeram com que os executivos despertassem para a importância da qualidade não só para assegurar a diminuição de custos e a conformidade dos produtos, mas também como forma de conferir diferenciais competitivos (DEMING, 1990).

complexo de responsabilidades de profissionais de saúde com os usuários e com a sociedade e gestão de custos para oferecer o cuidado (DONABEDIAN, 2001;NUCKOLS; ESCARCE: ASCH,2013).

Os dois modelos concordam sobre a importância da eficiência com o um elemento básico da qualidade. No entanto, no modelo industrial, a eficiência é mais sujeita à influência do mercado livre, sendo mais decisiva para a avaliação da qualidade. A qualidade do modelo industrial não é apenas livre, também gera lucros. E existe um conflito potencial entre alcançar maior qualidade e custos mais baixos; o modelo industrial tem a capacidade de harmonizar aspectos que parecem opostos, o que se traduz na força de atração deste modelo (DONABEDIAN, 2001).

Nas questões relativas aos processos de trabalho, os profissionais de saúde trabalham em organizações que produzem múltiplos produtos, pois eles executam diferentes processos produtivos cujos produtos são influenciados pelo próprio usuário. Esses profissionais são responsáveis pelo bem-estar dos indivíduos e pelo bem-estar social. Suas responsabilidades sociais assumem também a obrigação de obter uma distribuição equitativa dos benefícios dos cuidados de saúde e a necessidade essencial para manter a qualidade do serviço (DONABEDIAN, 2001,p.120).

Cuidar da saúde é muito mais complexo, pois envolve aspectos íntimos, sensíveis e importantes da vida, e nossos conceitos sobre como lidar com as relações interpessoais são infinitamente mais complexos do que trocas entre clientes e fornecedores no mundo dos negócios. “Se você levar em conta que a saúde é um produto da união de esforços de médicos e pacientes, o "cliente" faz parte da linha de produção, mais íntimo, se possível, que no orçamento no modelo industrial” (DONABEDIAN, 1988,2001).

Por outro lado, o modelo de cuidados de saúde apresenta crescentes custos, relacionados à qualidade, especialmente na prestação de cuidados de saúde, para contribuir para uma longevidade que alguns podem acreditar ser improdutiva. Portanto, este modelo, ao contrário do industrial, é muito mais orientado para equilibrar custos e benefícios, porque quando os cuidados são aumentados, eles têm a potencialidade de melhorar a qualidade de vida e a própria longevidade. Ele também pode ser atribuído, no âmbito da assistência ao

paciente, a uma menor influência das forças do mercado e maiores imperativos éticos e sociais (DONABEDIAN,2001; NUCKOLS; ESCARCE: ASCH,2013; ZHAO et al.,2015; HOVLID et al.,2015; SHEAFF,2013).

O equilíbrio entre custos e benefícios também afeta a definição de qualidade no modelo de cuidados de saúde, em comparação com a harmonia que oferece tão sedutoramente o modelo industrial. Isso ocorre porque os cuidados de saúde se constituem como um bem público, mas também privado. Em grande medida, seu financiamento é público e seus benefícios ou riscos superam o indivíduo. Alcançar a harmonia entre as preferências e interesses individuais e ordem social é um problema complexo no modelo de cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1988; SHEAFF,2013;NUCKOLS; ESCARCE: ASCH,2013).

Donabedian (1988,2001) desenvolveu um quadro conceitual para a avaliação da qualidade de serviços de saúde, a partir de conceitos de estrutura, processo e resultado, baseado na Teoria Geral de Sistemas. Segundo o autor, entende-se por estrutura as características mais estáveis, que funcionam para produzir a atenção, poder-se-ia dizer, que colaboram para que o ambiente do cuidado seja adequado.

Nesta categoria se incluem, em geral: o ambiente físico (acesso, projeto arquitetônico, instalações, condições de segurança contra incêndios, disponibilidade de água, energia, gases, etc.); a disponibilidade de equipamentos e mobiliário adequados para a atenção; o ambiente funcional (quadro de pessoal, em número, qualificação; estrutura organizacional, como organograma, descrições de responsabilidade e autoridade, descrições dos setores e respectivas missões organizacionais; estrutura de sistematização, tais como normas de procedimentos, controle de documentos; estrutura dos recursos financeiros, tais como orçamento, planos diretores de obras, de informação; estrutura de manutenção; estrutura de obtenção de bens e serviços do hospital); e por fim, a estrutura de apoio político da entidade mantenedora do estabelecimento assistencial de saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998; SHEAFF, 2013; NUCKOLS; ESCARCE: ASCH, 2013; GARDNER; GARDNER; O'CONNELL, 2014; BUWALDA,2015; HOVLID et al.,2015; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN,2015; ZHAO et al., 2015; AYANIAN; MARKEL, 2016; JOHANSSON et al.,2016).

Quando estas características estruturais estão disponíveis de forma adequada, podem ser consideradas como prova indireta da qualidade. Quando as características existentes são aquelas que se sabe que são prejudiciais, são tomadas como prova da má qualidade. Ou seja, a estrutura é importante na medida em que aumenta ou diminui a probabilidade da boa atenção. A estrutura, entretanto, é um instrumento precário para a avaliação da qualidade, pois se pode propiciar ou restringir uma boa atenção, não a condiciona por si só. É uma condição necessária, mas não suficiente para a qualidade do cuidado (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Já o processo pode ser entendido como a forma pela qual os atores institucionais utilizam as estruturas existentes na produção e utilização do cuidado. Ele abrange, *grosso modo*, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Nestas relações estabelecidas é que se obtêm os resultados da assistência. O autor define processo como “as atividades que constituem o cuidado” (DONABEDIAN, 2001, p.66).

Donabedian considera que a avaliação da qualidade é um julgamento sobre o processo de cuidado, baseado em até que ponto esse processo contribui para os resultados esperados. Ele considera, também, que se pode dividir o processo de cuidado em dois componentes principais: assistência técnica e da gestão do relacionamento interpessoal entre o profissional de saúde e o cliente. O processo interpessoal é o veículo necessário para a aplicação da assistência técnica, mas também é importante em seu próprio direito, podendo ser terapêutico ou prejudicial (DONABEDIAN, 1988, 2001).

E, por fim, conceitua que resultado:

[...] são as consequências para a saúde, que estão relacionadas ao processo de cuidado. O produto final da assistência prestada, que em geral, não são organizados a partir das demandas da sociedade, e sim organizados considerando prioritariamente a relação de oferta de serviços, apresentando significativa dificuldade em aceitar as pressões demandadas pelos pacientes, principalmente aquelas que vão surgindo com a conquista de novos direitos – ou mesmo a imposição social ou legal de direitos já adquiridos, mas não disponíveis – como a prioridade do atendimento para idosos (DONABEDIAN, 2001, p.3-4).

As organizações de saúde – notadamente, as unidades de atenção primária – têm uma cultura própria que as diferencia das demais organizações, e será a partir da realidade – observada e manifestada – no cotidiano de uma unidade de saúde de Atenção Primária que se pretende aprofundar a presente discussão. Assim sendo, em seguida serão discutidos os passos metodológicos.

3. METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, uma vez que tratou de conhecer e relatar as relações estabelecidas pelos usuários idosos, familiares e/ou acompanhantes, profissionais de saúde assistentes e gestores, entre acesso e consumo de serviços de saúde, principalmente quanto ao cuidado da pessoa idosa, na perspectiva da coletividade/comunidade assistida.

Tomando emprestado as palavras de Debert(1998, p. 123):

Tratar da velhice, dessa perspectiva, é buscar acessos privilegiados para dar conta das mudanças culturais nas formas de pensar e de gerir a experiência cotidiana, o tempo e o espaço, as idades e os gêneros, o trabalho e o lazer, analisando, de uma óptica específica, como uma sociedade projeta sua própria reprodução.

Foi na integração serviço-comunidade que se identificou, na pesquisa qualitativa, o estudo de caso como espaço privilegiado para discutir o cotidiano das práticas de atenção à saúde do idoso e sua participação no entendimento de uma nova lógica que deve orientar a organização da atenção à saúde. Além disso, ela permitiu compreender conceitos relativos ao envelhecimento, demanda e oferta de ações e serviços de saúde, organização da assistência, processo de trabalho, atenção à saúde do idoso e cuidado como efetivamente aconteceram na prática (BARRETO et al., 2012; KÜCHEMANN,2012; YIN,2015).

Segundo Yin (2015), o estudo de caso pode ser tratado como importante estratégia metodológica na pesquisa em Ciências Humanas, pois permite ao investigador aprofundar-se no fenômeno estudado, revelando nuances difíceis de serem enxergadas “a olho nu”. Esse tipo de pesquisa é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e múltiplas fontes de evidência são utilizadas. O autor enfatiza que existem componentes importantes para uma pesquisa que se utiliza estudo de caso. São eles:

a.1 - Questões de estudo: esta tarefa tem como função nortear as estratégias para responder às perguntas "como" e "porque" em

situações em que é possível fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas.

a.2 - Proposições do estudo: dizem respeito ao que será examinado dentro do escopo do trabalho. Sua definição ajudará na decisão de onde procurar evidências relevantes.

a.3 - Unidade de análise: ela está relacionada à definição do caso e à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas.

a.4 - Ligação dos dados à proposição e aos critérios para sua interpretação: representa a análise no estudo de caso, relacionando-se com as informações obtidas a partir das proposições estabelecidas no início da elaboração do projeto de pesquisa. Antes é necessário que o pesquisador construa uma teoria inicial relativa ao estudo para que sirva como um guia para questões, proposições ou propósito do estudo, as unidades de análise, o que possibilitará a ligação dos dados às proposições e fornecerá os critérios para a análise dos dados (YIN, 2015).

3.1 Protocolo do estudo de caso

Yin identifica o protocolo de um estudo de caso como a estratégia utilizada para conduzir a pesquisa, pois ele contém os procedimentos, instrumentos e regras gerais para aplicação e uso dos instrumentos, sendo uma tática para aumentar a fidedignidade da pesquisa(YIN, 2015).

O instrumento foi utilizado para guiar a pesquisadora no processo de construção do projeto de pesquisa, em todas as escolhas realizadas (questões a serem investigadas, sujeitos, dados relevantes, assim como estes seriam coletados, analisados e posteriormente interpretados. Está dividido em quatro seções: visão geral do estudo de caso; procedimentos de coletas de dados; questões de coleta de dados; e guia para relatório do estudo de caso (YIN, 2015).

A seguir, apresenta-se o quadro-resumo com as seções. Cada item foi detalhado de acordo com a organização do texto no corpo desta tese.

Quadro 1. Protocolo do estudo de caso: quadro-resumo

1- VISÃO GERAL DO ESTUDO DE CASO		
Questões	<p>Se o envelhecimento populacional é fato, e a demanda por serviço de saúde desses idosos tende a aumentar em função das progressivas limitações que os idosos sofrem, como poderemos ampliar o acesso e garantir uma assistência de saúde adequada para a população idosa?</p> <p>O SUS elege a atenção primária como coordenadora e gerenciadora do cuidado. Na proposição expressa nas diretrizes da atenção primária, o cuidado e a assistência devem ser organizados de forma a atender tanto a senescência quanto a senilidade. Como realizar esta mudança de lógica do procedimento para centrar a organização da atenção em saúde na produção do cuidado?</p>	
Tese	As necessidades e demandas por saúde das pessoas idosas não estão integradas nas ofertas de ações e assistência em saúde na Atenção Primária à Saúde.	
Hipóteses/Suposições	<p>A atenção à saúde de idosos não está adequada.</p> <p>Os profissionais de saúde não têm formação/capacitação para lidar com os idosos.</p> <p>Existem dois modelos de gestão na unidade, e isto resulta em perda da efetividade, eficácia e eficiência do cuidado.</p> <p>Os usuários idosos e seus familiares, profissionais de saúde e gestores desconhecem as leis que priorizam o atendimento.</p>	
Estrutura teórica / considerações (temas)-chave	Considerações-chave	Principais autores
	Envelhecimento, idoso	Debert (1999a,b); Elias (2001)
	Demografia e conceitos	Camarano (2010); IBGE (2010); IPEA(2016)
	Necessidades de assistência à saúde do idoso	Caldas et al.(2013); Fantino (2011); Freidson (2009); Fried et al. (2001, 2004); Lima-Costa et al. (2011); Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003); Maia (2011);Moraes (2010a, 2010b, 2011, 2012); OPAS (2009); Piccini et al. (2006); WHO (2005); Veras (2003,2002, 2006)
	Organização do SUS	Brasil (1988, 2006, 2007b); Fadel (2009); Mendes (2009, 2010)
	Políticas do SUS	Brasil (2006 a, b,c, 2007 b, 2009,2010, 2011a,b, 2014);Mendes (2009,2010).
	Atenção básica – PSF	Brasil (2006 b,c, 2007a); Starfield (2002).
	Cuidado	Ayres (2001, 2005, 2009);Merhy & Figueiredo (2012); Boff (1999,2012); Heidegger (2013);Küchemann (2012); São Paulo (2015)
	Avaliação da qualidade em saúde	Donabedian (1988, 1993, 2001)
	Metodologia	Yin (2015); Gaskel (2013); Santos

		(2000); Spink (2000); Waldow (2004); Lefèvre & Lefèvre (2005).	
Fase preparatória do projeto de pesquisa			
Escolha metodológica	Estudo de caso		
Escolha do lugar	Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella- IX R.A.		
Identificação dos sujeitos da pesquisa	Definição dos sujeitos da pesquisa, identificação de informantes-chave e agendamento de entrevistas		
Proteção de sujeitos humanos	Cadastro do projeto na Plataforma Brasil para ser analisado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Unigranrio e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.		
2 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS			
Antes de iniciar a coleta de dados, prepararam-se uma série de questões e uma lista de fontes prováveis, incluindo o nome de possíveis entrevistados, documentos, fotos, mapas ou observações. Os roteiros de entrevistas e as questões foram agrupadas em “tipos” ou níveis” relacionados aos temas: Estrutura, Processos e Resultados.			
Estrutura (condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá)	Recursos	Indicadores	Estratégias metodológicas
	Área física	Espaços/ambiente	Observação, fotos, documentos e entrevistas
	Equipamentos	Presença e adequação	Observação, entrevistas, consultas a documentos e fotos
	Insumos	Presença e adequação	
	R.H.	Capacitação	
Processo É onde se dá a interação entre prestador e receptor dos cuidados	Processos	Indicadores	Estratégias metodológicas
	Acesso	Porta de entrada preferencial	Observação, entrevistas, consulta a documentos e fotos
	Fluxos / rotinas	Existem? Quais padrões?	
	Cuidado	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
	Atendimento demanda espontânea	Estratégias de atendimento	
	Atendimento agendado	Estratégias de atendimento	
	Regulação	Existência de ferramenta	
	Monitoramento de fila	Existência de ferramenta	
	Apoio diagnóstico		
	Interação		

Resultado Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É a mudança no estado de saúde do paciente que pode ser atribuída a esse cuidado	Resultados	Indicadores:	Observação, entrevistas, consulta a documentos, dados oficiais epidemiológicos e fotos
	Cura / doença sob controle	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
	Estado funcional	Escore dependência/ autonomia	
	Adaptação ao meio	Escore dependência/ autonomia	
	Morbidade	Incidência de doenças	
	Mortalidade	Taxa de mortalidade	
	Qualidade de vida	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
	Organização dos dados em arquivos informatizados		
Análise dos dados			
Modelos lógicos	Seu ingrediente-chave é a existência alegada de sequências repetitivas de causa-e-efeito de eventos.		
Análise de discurso do sujeito coletivo	Técnica de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, desenvolvido por Lefèvre & Lefèvre. Tem como fundamento a teoria da representação social. A DSC é um discurso síntese.		
3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO			
Organização	Dados organizados em arquivos eletrônicos e em anotações		
Apresentação	As evidências são organizadas de acordo com os principais tópicos e mantendo o encadeamento entre elas.		
Estratégias de Análise	Construção de explicação Confrontar reflexões com explicações de sujeitos de pesquisa. Análise do Discurso do Sujeito Coletivo	Construção de modelos lógicos Mapas, fluxogramas D.S.C.	
Discussão			
4- CONCLUSÃO			
	Resultados e constatações		
	Sugestões e encaminhamentos		

3.2 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas realizadas em seres humanos e foi registrada e aprovada na Plataforma Brasil sob CAAE: 51358415.5.0000.5283. Foi apresentada aos Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo obtido aprovação para sua realização.

Optou-se por uma pesquisa que fosse acima de tudo ética, e alguns cuidados foram considerados essenciais: “consentimentos informados, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes” (SPINK, 2000, p.91). Todos os nomes de pacientes, familiares profissionais e gestores são fictícios e não guardam qualquer relação com o nome/personalidade do sujeito.

Nessa perspectiva, a pesquisa caracterizou-se pelo compromisso e aceitação de alguns aspectos considerados imprescindíveis: 1) pensar na pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento; 2) garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise de dados; e 3) aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes (SPINK et LIMA, 2000).

3.3 Unidade de análise: o local da pesquisa

Ao adotar a Atenção Primária à Saúde como recorte das práticas cotidianas de Atenção à Saúde do Idoso como categoria central para a coordenação do cuidado, pelo menos sob a ótica do Ministério da Saúde, pretendeu-se observar e anotar questões na relação entre sujeitos e espaços institucionais/comunidade no interior do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella (CMS MAE).

O nome da unidade foi uma homenagem à primeira médica brasileira, Dra. Maria Augusta Generoso Estrella,¹⁹ diplomada em 1881 pelo New York Medical College for Women, nos Estados Unidos (SCHUMAKER & BRAZIL, 2000).

A área de responsabilidade sanitária da unidade corresponde aos limites dos bairros de Vila Isabel, Andaraí, Grajaú e Maracanã, pertencentes à IX Região Administrativa.²⁰ A unidade é classificada como uma unidade tipo “B” (unidade mista em que parte do território é coberto pela ESF, que faz a cobertura de parte do Complexo do Morro dos Macacos e ruas do entorno do CMS. A implantação da ESF iniciou-se em junho de 2011 com duas equipes, Senador e Conselheiro, e uma equipe de saúde bucal, com territorialização e definição das áreas de cobertura. Em 2015, foi ampliado o território coberto pela ESF com as equipes Petrocochino e Alto Simão.

A ampla responsabilidade sanitária, incluindo populações de diferentes níveis socioeconômicos, e a convivência de dois modelos de atenção primária diferentes parecem proporcionar uma diversidade de experiências e depoimentos que se pretende avaliar aqui.

3.4 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa²¹ foram os usuários idosos, familiares e/ou acompanhantes, profissionais de saúde e gestores do CMS MAE durante o ano de 2016. Os informantes idosos foram incluídos após convite, a partir da constatação de que possuíam capacidade cognitiva adequada, o que foi

¹⁹ A médica Maria Augusta Estrella (1860-1946) precisou vencer diversos desafios para conseguir estudar, se graduar em Medicina e praticá-la. Seus passos sempre foram seguidos pela imprensa brasileira, e ao tomar conhecimento de sua determinação, o Imperador do Brasil, D. Pedro II, ordenou por decreto uma concessão de bolsa de estudos para pagar a faculdade e cobrir gastos gerais. Apenas em 1879 o governo brasileiro abriu as instituições de ensino superior às mulheres, embora as jovens que seguiam esses caminhos continuassem sofrendo pressões. Ela concluiu com louvor seus estudos em 1879, porém precisou esperar por sua maioria para obter o título de médica, em 1881 e ao chegar ao Brasil, submeteu-se aos exames da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para validar seu diploma. Com o diploma validado, passou a clinicar e servir de exemplo para outras jovens (SCHUMAKER; BRAZIL, 2000).

²⁰ Regiões Administrativas (RA): a cidade do Rio de Janeiro é subdividida em regiões administrativas e bairros que a Prefeitura da cidade utiliza para o planejamento e implementação de suas políticas públicas.

²¹ Foram entrevistados: 12 usuários idosos, 18 familiares e/ou acompanhantes, 23 profissionais de saúde e três gestores.

verificado a partir de revisão de prontuários e da Avaliação Multifuncional do Idoso (Anexo1), aplicando-se o MEEM (Anexo 2), o Teste do Relógio (Anexo 3), Teste de Fluência Verbal (Anexo 4) e o Questionário de Pfeffer (Anexo 5). Para entrevistar familiares/acompanhantes de idosos, buscaram-se aqueles que foram identificados pelos idosos ou que se declararam cuidadores destes.

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêutica, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e administrativos, vinculados ao serviço por serem estatutários ou contratados pela OS para a ESF e residentes da SMS-RJ. O grupo de informantes gestores foi composto por profissionais com cargos de direção ou de chefia e o gerente da ESF.

3.5 Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados, foram preparadas uma série de questões e uma lista de fontes prováveis, incluindo o nome de possíveis entrevistados, documentos, fotos, mapas, registros ou observações. As questões foram agrupadas em “tipos” ou “níveis” (YIN, 2015), tendo sido montadas considerando-se a necessidade de avaliar a qualidade do serviço através dos tópicos “estrutura”, “processo de trabalho” e “resultado como cuidado”.

Para esta investigação, foi necessário estar na unidade, acompanhar o dia a dia de uma equipe, em todas suas atividades, aguardar na “porta de entrada”, estar atenta para ouvir comentários dos profissionais, dos usuários e gestores locais, ver a forma como a equipe se organizava e se relacionava com a comunidade, examinar documentos, mapas e fotos, visitar o blogue²² da unidade e também fazer algumas entrevistas, para “reconstruir a memória de processos na tentativa de que os sujeitos deem significado à sua ação” (MALTA, 2001, p.78).

De acordo com a recomendação de Yin (2015), foram utilizadas diversas fontes de dados: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante, artefatos físicos, fotos, filmes e o conteúdo do

²² Disponível em: <<http://smsdc-cmsmaestrella.blogspot.com.br>>.

blogue da unidade para este estudo de caso, o que permitiu múltiplas fontes de evidências. A informação documental – que incluiu memorandos, agendas, minutas de reuniões, relatórios escritos, documentos administrativos –, fonte de evidência estável e de ampla cobertura temporal (YIN, 2015), foi relativamente difícil de ser obtida, pois o acesso nem sempre foi autorizado.

Foram acessados também registros em arquivos (prontuário de pacientes em papel e virtual), disponibilizados para consulta. Apesar de ser considerados uma fonte precisa de dados por Yin, não foram “tão precisos”, pois na grande maioria estavam incompletos, com poucos dados registrados a respeito das condições de saúde dos idosos. O registro de fotos foi autorizado durante a pesquisa, assim como foi possível acessar diversos “álbuns” de fotos da unidade através do blogue da unidade e de sua página no Facebook.

Loizos (2013) justifica a aplicação de métodos visuais (fotos, filmes e vídeos) a serviço da pesquisa qualitativa porque:

- 1- A imagem oferece um registro restrito, porém poderoso das ações temporais.
- 2- As fotos, como dados primários, podem empregar informação visual.
- 3- O mundo atual é influenciado pelos meios de comunicação que dependem de elementos visuais que se tornam “fatos sociais”²³ (LOIZOS, 2013, p. 137-8).

As fotos feitas pela pesquisadora, assim como as demais, foram catalogadas e legendadas em arquivo próprio, para posterior análise. Seu uso também respeitou a privacidade dos sujeitos. E ainda, as entrevistas direcionadas aos sujeitos da pesquisa e guiadas por roteiro forneceram explicações, visões pessoais e percepções.

As entrevistas são importantes fontes de informação. Utilizamos entrevistas prolongadas (para conhecer interpretações, explicações e aprofundar questões), entrevistas curtas (para corroborar descobertas) e entrevistas de levantamento (com questionário mais estruturado) (YIN, 2015).

²³ Loizos justifica o uso do termo “fatos sociais”, no sentido de Durkheim.

Em algumas situações, para reforçar algumas observações, reflexões e/ou argumentos utilizamos no corpo do texto alguns trechos das falas dos sujeitos entrevistados. Elas foram escritas por extenso e entre aspas, tentando reproduzir o discurso o mais fielmente possível, como se estivéssemos ecoando as vozes dos entrevistados. Esta escolha se baseia em Bakhtin (2014), que justifica o uso de palavras e expressões de outrem integrados ao texto com a finalidade de causar um estranhamento que:

Convém às necessidades do autor: elas adquirem relevo, sua “coloração” se destaca mais claramente, mas ao mesmo tempo elas se acomodam aos matizes da atitude do autor – sua ironia, humor, etc. (BAKHTIN, 2014, p.169).

Essas palavras e maneiras de dizer são introduzidas de tal forma que sua especificidade, sua subjetividade, seu caráter típico são claramente percebidos”(BAKHTIN, 2014, p.168).

Bakhtin compartilha, com outros teóricos marxistas, de um interesse no mundo histórico e social. Ele se debruça sobre como os povos usam as palavras como uma prática material, ideológica e social, que é constituída a partir de assuntos, focalizando a noção da natureza social do diálogo (BAKHTIN, 2014).

Na realidade, o interesse aqui é compreender o diálogo travado entre os sujeitos e seu entendimento sobre as questões relativas ao consumo, oferta de cuidado e sua qualidade do cuidado para os idosos, tendo em vista os contextos possíveis. Bakhtin (2014, p.114) afirma que o sentido da palavra é totalmente determinado por seu contexto e há tantas significações possíveis quanto contextos possíveis, “conciliando a polissemia das palavras com sua unicidade”, a partir da dialética.

Por fim, utilizou-se as observações diretas e as observações participantes. Como profissional de saúde da unidade, o trânsito em toda a unidade foi possível e, em alguns momentos, a pesquisadora esteve na unidade de saúde fora do horário de trabalho para entrevistas agendadas ou observações de espaços de trabalho de outros profissionais (observação direta, sem interferência na cena). Mas como médica clínica atuando diretamente com a assistência, foi possível também notar e anotar alguns casos/questões (observação participante) e que, após o

devido pedido de consentimento²⁴ e preservando a identidade dos sujeitos, foram trazidos para discussão.

Os artefatos físicos que complementam o escopo das evidências são definidos por Yin (2015) como um dispositivo tecnológico, uma ferramenta ou instrumento, obra de arte, ou alguma outra evidência física que pode ser coletado em um estudo de caso, podendo ser relevante para o caso em geral. O próprio autor reconhece que os pontos fracos desta fonte de evidência podem ser a seletividade e a disponibilidade. Apesar de não entender (ou acreditar, a princípio) que fosse possível coletar tais tipos de evidência, algumas evidências físicas que podem ser consideradas como artefatos físicos, que serão apresentados neste trabalho no devido momento, surpreenderam.

Optou-se por utilizar diferentes tipos de dados para evitar a apreensão parcial da realidade, segundo Victora, Knauth e Hassen (2000, p. 55), que afirmam:

Muitas vezes, observamos que as ações nem sempre correspondem às racionalizações. Em outras palavras: nem tudo o que se diz é o que se faz, e vice-versa. Nem tudo que se faz é documentado, e nem tudo que é documentado corresponde àquilo que se faz.

Assim, entende-se que análise dos dados pode se tornar um “campo de possibilidades” do objeto de estudo para tentar não “reduzir a realidade ao que existe” e “buscar o desejável” (SANTOS, 2000, p.23).

A realidade, qualquer que seja o modo como é concebida é considerada pela teoria crítica como um campo de possibilidades e a tarefa da teoria consiste precisamente em definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas ao que está empiricamente dado. A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que, portanto, há alternativas de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação (SANTOS, 2000, p.23).

Para que o “desejável” não contaminasse a análise crítica, traduzindo-se em perda de objetividade e neutralidade requerida do observador, foi fundamental manter a imparcialidade. Isto significou assumir atitudes que perseguiram a objetividade através da aplicação rigorosa e honesta dos

²⁴ Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido,

métodos de investigação, para permitir a identificação de pressupostos, conceitos, valores e interesses “que subjazem à investigação científica supostamente desprovida deles” (SANTOS, 2000, p.31).

Para aumentar a confiabilidade deste estudo, todos os dados foram organizados em arquivos computadorizados, respeitando-se os quatro princípios da coleta de dados: múltiplas fontes de evidências usadas; criação de base de dados para o estudo; manutenção do encadeamento das evidências e cuidado com base de dados de fontes eletrônicas (YIN, 2015).

3.6 Apresentação do relatório e análise dos dados

O uso de múltiplas fontes de evidência na pesquisa de estudo de caso permite abordar uma variedade de aspectos, possibilitando o desenvolvimento *de linhas convergentes de investigação*, apesar de mais trabalhosas. Os dados foram organizados em arquivos eletrônicos e em anotações, resultantes das entrevistas (nem sempre gravadas) ou observações no local da pesquisa (YIN, 2015). Para efeito de relatório, foram apresentadas as evidências organizadas de acordo com os principais tópicos cobertos pelo estudo de caso, e procurou-se seguir a recomendação de Yin (2015) de manter o encadeamento das evidências para aumentar a confiabilidade da informação. Foram criados fluxogramas, representações, gráficos e matrizes de categorias. Para a análise de dados no estudo de caso, podem ser usadas cinco técnicas analíticas: combinação de padrão, construção de explicação, análise de séries temporais, modelos lógicos e síntese cruzada de dados.

Na combinação de padrão, compara-se um padrão baseado no empirismo com um padrão previsto antes da coleta de dados. Se o padrão empírico e o previsto parecerem semelhantes, os resultados podem fortalecer a validade interna. Os resultados representaram diferentes variáveis dependentes e independentes que devem ser investigadas com medidas quantitativas e qualitativas (YIN, 2015).

A segunda técnica, construção de explicação, é um tipo especial de combinação de padrão com o objetivo de analisar os dados do estudo de caso, construindo uma explicação sobre este. Assim para “explicar o fenômeno, é necessário estipular um conjunto presumível de elos causais sobre o que

aconteceu” (YIN,2015, p.150). A construção de explicações ocorre na forma de narrativa, e pode refletir os *insights* críticos sobre o processo. E a explicação final é resultado de uma série de interações entre as descobertas.

A análise de séries temporais é análoga à análise de séries temporais conduzidas por experimentos, podendo haver uma única variável dependente representada por um grande número de pontos de dados temporais relevantes, sendo utilizados testes estatísticos para analisar os dados. O objetivo deste tipo de análise é relacionar as questões de “como” e “porque” dos eventos ao longo do tempo (YIN, 2015).

A quarta técnica é a construção de modelos lógicos. Cada modelo lógico tem a potencialidade de estipular e operacionalizar um encadeamento complexo de acontecimentos ou eventos durante um certo período de tempo. E como técnica analítica, o uso de modelos lógicos pode combinar eventos empiricamente observados com eventos teoricamente previstos. Seu ingrediente-chave é a existência alegada de sequências repetitivas de causa e efeito de eventos, existindo potencialidade de combinar padrões, unir intervenções e seus resultados ou mesmo contemplar sequências rivais ou competitivas. São recomendados para situações de mudanças organizacionais (YIN, 2015).

A quinta técnica – síntese cruzada de dados – aplica-se à análise de casos múltiplos, onde cada caso tenha sido previamente conduzido como estudos de pesquisa independentes, totalizando as descobertas ao longo de séries individuais, incorporando técnicas quantitativas (YIN, 2015)

Yin (2015) recomenda que a análise seja feita com base em todas as evidências disponíveis, abordando, se possível, todas as interpretações “rivais plausíveis”. Assim, para obtê-las, conforme dito anteriormente, para a análise dos dados, optou-se pelas técnicas de construção de explicações e construção de modelos lógicos. Esta opção de análise também se apoia em Donabedian (1988), que utiliza modelos lógicos para avaliar conceitualmente o processo de atenção médica; avaliação das necessidades de saúde; classificação das necessidades de saúde e aquelas não satisfeitas; para avaliação de recursos, entre outros.

A avaliação dos serviços de saúde representa um desafio, devido à complexidade conceitual e metodológica do tema, que é uma das grandes preocupações da OMS desde os anos 80. Nesse período, as avaliações tinham a preocupação de relacionar custos e recursos para atingir a qualidade da atenção, sendo considerado um eixo estratégico de avaliação dos serviços, a relação custos-efetividade. Em virtude das atividades de informação e de divulgação, o discurso sobre a qualidade foi considerado prioritário nas agendas de organismos internacionais e de governos nacionais. No entanto, as avaliações de qualidade foram incorporando outras dimensões, como: competências, segurança, dados culturais, acesso, satisfação, centralidade no utente dos serviços e na metodologia aplicada para avaliação dos serviços (SERAPIONI, 2009).

As características estruturais das organizações de saúde, associadas às características dos profissionais que nelas trabalham e as peculiaridades dos usuários que utilizam do serviço, embora sejam fragmentadas, muitas vezes de difícil interpretação e orientadas pelas circunstâncias de tempo e lugar, podem ter grande influência na qualidade do atendimento. Assim, para melhorar o controle da qualidade do atendimento que realizam, as organizações de saúde podem criar a normatização de parâmetros estruturais, para que os princípios da qualidade assistencial sejam cumpridos. Esses, embora sejam insuficientes para aprender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. (FELISBERTO, 2004; BRASIL, 2005, 2007, 2011, 2013; DONABEDIAN,2001; KOBAYASHI, TAKEMURA; KANDA, 2011; DUNCAN et al., 2006; SERAPIONI, 2009, ROCHA-BARBOSA, 2014; BRAGA, FERREIRA; BRAGA,2015).

Em 2011, foi publicado pela SMS-RJ documento para padronizar as ações de saúde na Atenção Primária, denominado “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde”. As recomendações padronizadas são implementadas e autoavaliadas pelas equipes da unidade de saúde, sendo seus resultados apresentados anualmente em seminário de *accountability*²⁵ realizado na própria unidade. Para esse evento, são convidados representantes gestores da área, de nível central, representantes do Conselho Distrital e de associações de

²⁵ Simultaneamente, as unidades são avaliadas por equipes de gestores do nível central, com o objetivo de Certificação de Reconhecimento do Cuidado com Qualidade (CRCQ).

moradores locais, profissionais das equipes de SF e gestores da unidade (SMS-RJ, 2011).

Considerando que a avaliação dos serviços produtores de serviços de saúde implica especificação apropriada dos recursos disponibilizados e capacidade de cada recurso para produzir serviços, será apresentado um modelo de avaliação inicialmente baseado em indicadores criados a partir da carteira de serviços da SMS-RJ e no modelo de Donabedian, que se detém em questões relacionadas à estrutura, aos processos e resultados das ações e serviços de saúde.

Para esse modelo, assumem-se as definições de estrutura, processo e resultado, pois foram identificadas vantagens na medida em que há um modelo avaliativo, indicadores e a possibilidade de sistematizar e objetivar as evidências encontradas, trazendo para discussão questões estruturais, aspectos organizacionais e gestão de processos. Entretanto, a sistematização do item “Resultado” apresentou algumas diferenças. por implicar os efeitos no *status* de saúde do paciente e da população. Decidiu-se, então, renomear o item para “Produto da assistência”, na medida que os dados coletados extrapolaram os indicadores propostos inicialmente e mostraram haver outras evidências expressas nas relações estabelecidas entre os idosos, seus familiares e os profissionais de saúde, que de certa forma ilustravam a questão do que é “cuidar e ser cuidado” que extrapolavam os efeitos das dimensões de infraestrutura e processo e suas interações.

Se um sujeito da pesquisa tem um discurso, uma coletividade de sujeitos também apresenta uma distribuição estatística desse discurso, da mesma forma que apresenta uma distribuição de peso, de altura, de mortalidade, etc. Se entendemos que as pessoas professam um pensamento, uma ideia, uma opinião, é sempre um discurso. Para se obter descrições de pensamentos, crenças e valores em escala coletiva, foi preciso crer que é possível produzir algum tipo de soma de discursos juntando os discursos individuais, de modo que eles expressem o pensamento de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

3.7 Discurso do sujeito coletivo

O conceito de discurso do sujeito coletivo (DSC) é uma técnica de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal desenvolvida por Lefèvre & Lefèvre no fim da década de 1990, e cujo fundamento é a teoria da representação social. A DSC é um discurso-síntese que pode ser obtido a partir de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

A proposta consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos, as **ideias centrais** e/ou **ancoragens** e suas correspondentes **expressões-chave**. E a partir das **expressões-chave das ideias centrais** ou **ancoragens** semelhantes, foram compostos um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular, que são os discursos do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Os autores denominam de “ancoragem” (AC) uma expressão de uma dada teoria, ou ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

Esses discursos coletivos expressaram “um sujeito coletivo”, que viabilizou um pensamento social: do idoso, de seu familiar, do profissional de saúde e do gestor, que podem ser lidas como um texto. Este “eu” sintático que, ao mesmo tempo que sinalizou a presença de um sujeito individual do discurso, expressou uma referência coletiva na medida em que esse “eu” falou pela ou em nome de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Os DSCs formam painéis de representações sociais sob a forma de discursos, e para confeccionar os DSCs foram utilizadas as expressões-chave e a ideia-central. As expressões-chave (ECHs) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que foram destacados, sublinhados, coloridos pelo pesquisador, e que revelaram a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. As ECHs são uma espécie de prova discursivo-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa.

A ideia central (IC) é um nome ou expressão linguística que revelou, descreveu e nomeou, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s)

presente(s) em cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs, e que deu nascimento, posteriormente, ao DSC. A IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um ou de um conjunto de depoimentos. Algumas ECHs remeteram não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação, sob a inspiração da teoria da representação social.

Considerando as coisas genericamente, dir-se-ia que quase todo discurso tem uma ancoragem na medida em que está quase sempre alicerçado em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). O DSC é uma reunião em um só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, de ECHs que têm a mesma IC ou AC. Diz-se que o DSC é como se uma pessoa só falasse por um conjunto de pessoas mas, obviamente, trata-se de uma construção artificial, e para fazer com que o discurso coletivo ficasse parecido ao falado por uma só pessoa, foram efetuadas algumas operações nos pedaços selecionados de discursos, “limpando-os” de particularidades, o que garantiu também o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

A forma tradicional utilizada para tabular dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, ou conceito, ou expressão que revele a essência da resposta, através da eliminação da variabilidade individual. Feito isso e encontradas as palavras ou expressões adequadas para representar os depoimentos, tem-se o que se chama de “categoria”. A proposta do DSC como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com essa lógica quantitativo-classificatória, na medida em que se busca “resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos”(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.19).

Com o DSC, os discursos dos depoentes não se anularam ou se reduziram a uma categoria comum unificadora, já que o que se buscou fazer foi

[...] reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgaram necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.(LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 19).

Ao juntar as “peças” e construir o DSC, foi preciso considerar os seguintes princípios: coerência e posicionamento próprio.

O DSC é

[uma] reunião, agregação ou soma não matemática de pedaços isolados de depoimentos, artigos de jornal, de revista, etc., de modo a formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo e o todo constituído por essas partes. LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 19).

A coerência textual pressupõe um encadeamento lógico entre as partes textuais, configurando-se em uma relação lógica entre as ideias, pois estas devem se complementar, como resultado da não contradição entre as partes do texto, “[...] para que se esteja em presença de um discurso, ele deve expressar, sempre, um posicionamento próprio, distinto, original, específico frente ao tema que está sendo pesquisado” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 20).

O DSC, como técnica de processamento de dados com vistas à obtenção do pensamento coletivo, dá como resultado um painel de discursos de sujeitos coletivos, enunciados na primeira pessoa do singular, justamente para sugerir uma pessoa coletiva falando como se fosse um sujeito individual de discurso. Essa forma de apresentação de resultados de pesquisa confere muita naturalidade, espontaneidade, vivacidade ao pensamento coletivo, o que contrasta fortemente com as formas clássicas de apresentação de resultados, típicas da pesquisa quantitativa, como tabelas, gráficos, percentuais, médias, desvio padrão, assimetria e curtose etc., que refletem uma ruptura radical entre a vida real e a vida pesquisada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

No processamento das respostas, que culminou na produção dos discursos do sujeito coletivo, buscou-se uma análise descritiva e detalhada na seleção do conteúdo relevante das respostas, assim como na busca e a nomeação das IC e AC presentes, para finalmente escrever os DSCs.

A estratégia para apresentação do relatório de dados e sua análise se baseiam na apresentação de múltiplos dados para cobrir as questões-chaves, na utilização de todas as evidências disponíveis e interpretadas, abordadas na potencialidade de interpretações alternativas, mas sempre focadas na questão do acesso e consumo de serviços de saúde para a pessoa idosa.

4. ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E PRODUTO DA ASSISTÊNCIA

4.1 Estrutura

Para fins de apresentação e avaliação da “Estrutura”, este item será subdividido em: território de abrangência e acesso geográfico; instalações prediais; equipamentos e insumos; informatização e rede lógica; e recursos humanos.

4.1.1 O território de abrangência e o acesso geográfico

A unidade de saúde se situano Bairro de Vila Isabel na Grande Tijuca, zona norte do município do Rio de Janeiro. Tinha como responsabilidade sanitária, desde 1965, as populações dos bairros de Vila Isabel, Andaraí, Maracanã e Grajaú, mas atendia a usuários de outros bairros e muitos moradores do território estavam em acompanhamento clínico ambulatorial em outra unidade de saúde.

A partir de 2005, com a nova gestão municipal:

A atenção básica do município vem sofrendo um processo de reorganização a partir da implantação de várias ESF e da vinculação das unidades de saúde aos usuários moradores de territórios adscritos a elas. Neste processo de redirecionamento de usuários foi necessário envolver gestores, profissionais de saúde e conselhos distritais. Na CAP 2.2, observamos a implantação de ESF em unidades de atenção primária de modelo tradicional e ESF em novas unidades denominadas Clínicas de Família”. (Gestor).

Desde a inauguração do CMS MAE, essa unidade tem responsabilidade sanitária sobre os bairros de Vila Isabel, Grajaú, Andaraí e Maracanã, e suas respectivas populações, que aparecem no quadro abaixo.

Quadro 2: Bairros, população de responsabilidade sanitária do CMS MAE

Bairro	Área total	População	Nº domicílios	IDH
Grajaú	573,91 ha	38.671	15.612	0,938
Vila Isabel	321,71 ha	86.018	33.580	0,901
Andaraí	226,13 ha	39.365	16.031	0,909
Maracanã	166,73 ha	25.256	10.902	0,944

Fonte: IBGE (2010).

Na entrada da unidade, ao lado das placas de inauguração (1965) e a de comemoração pelo centenário de Dra. Maria Augusta Estrella, está afixado um painel com a respectiva área de abrangência do CMS MAE. A unidade fica situada na rua Visconde de Santa Isabel, umas das principais ruas do bairro de Vila Isabel, com muitos estabelecimentos comerciais, domicílios e trânsito moderado. Diversas linhas de ônibus passam pelo local em direção a outros bairros das zonas norte e oeste da cidade (há um ponto de ônibus em frente à unidade). Os usuários podem chegar à unidade a pé, de ônibus, de taxi, de Uber, carro particular, moto-taxi e de Kombi para transporte coletivo. Em concordância com esta afirmação apresentamos quadro com as ideias centrais e expressões-chave retiradas das falas dos entrevistados sobre a questão do acesso à unidade de saúde.

Quadro 3. Ideia Central e expressões-chave referentes ao tema “Acesso”

Ideia Central	Expressões-chave
Hora da chegada	Preciso chegar de madrugada para guardar um número para meu pai ser atendido e nem sempre consigo. Depois volto em casa e trago ele.
Dificuldades / Contramão / estacionamento	É difícil trazer meus pais aqui, é longe, contramão, difícil de parar o carro, não tem onde estacionar e agora piorou porque com o corredor expresso de ônibus não podemos parar nem na porta da unidade.
Espera do lado de fora	Os portões da unidade abrem às 7h, fico com pena, aqui fica muito deserto e vejo que tem gente desde as 5h na fila, na porta, mas só abro na hora, são ordens expressas. Pode entrar alguém e destruir o patrimônio, roubar, sei lá...
Meio de transporte	Estou esperando a Kombi do Andaraí, para levar papai, já liguei para o rapaz que está chegando.
Dificuldade / carona	Minha mãe tem demência e várias sequelas depois do derrame. É difícil trazê-la para a consulta. Não temos carro, e táxi é difícil. Às vezes peço ao meu vizinho e ele vem trazer de carro.
Meio de transporte / Estacionamento	Não adianta vir de carro, não posso parar e nem estacionar, veja a placa. Estacionar ao lado é muito caro, cobram por meia hora um absurdo.
Meio de transporte	Eu venho a pé do Andaraí. Não adianta, não tem ônibus. Teria que pegar dois e andar muito... Então prefiro vir andando ... devagar e direto.
Meio de transporte	Meu filho me deixou aqui na porta e foi trabalhar. Volto sozinha a pé. Tô esperando a minha vizinha sair da consulta e vou com ela.
Meio de Transporte	Peguei um moto-táxi. É rapidinho.

Fonte: elaboração própria.

DSC do familiar do idoso sobre o acesso

O acesso de idosos à unidade não é fácil. Existem muitos desafios. Não queremos deixar o nosso idoso na porta esperando de madrugada, correndo o risco de um assalto, então precisamos chegar cedo, para “pegar” um número e depois voltar em casa e trazer o nosso idoso. O jeito mais fácil é ir a pé, mas também podemos dar carona e deixar na porta (nem sempre podemos acompanhar porque trabalhamos). Às vezes precisamos pedir a um amigo ou vizinho uma carona, ou combinar com o rapaz da Kombi, ou pagar um taxi (mas isto se torna caro e nem sempre podemos pagar). Alguns idosos podem até pegar um Moto taxi, mas não todos. Levar de carro é sempre um transtorno porque o único estacionamento disponível é bem caro.

A forma de deslocamento pode facilitar ou dificultar o acesso. A maioria dos idosos frequentadores do MAE chega até a unidade a pé. Poucos familiares optam por trazer seu idoso em carro próprio, pela dificuldade de parar em frente à unidade e de estacionar o carro. Há cerca de um ano, abriu um estacionamento ao lado do posto, que não tem sido utilizado com frequência, apesar da proximidade e de estar no mesmo lado da calçada, devido às taxas cobradas. O ponto de ônibus em frente à unidade não se configura como um facilitador, pois somente as linhas de ônibus que passam pelo Boulevard 28 de Setembro e seguem para a zona norte passam por ali. Os usuários que vêm do Andaraí e do Grajaú normalmente chegam a pé e raramente de carro ou táxi. Alguns idosos relataram que também utilizam o moto-táxi.

A expansão da ESF para o território da CAP 2.2 havia previsto a implantação de seis equipes numa unidade a ser inaugurada na divisa entre Andaraí e Grajaú, em setembro de 2016. Até o fechamento desta pesquisa, a unidade não tinha sido inaugurada, embora os ACSs já tivessem sido selecionados e iniciado o treinamento para atuação nas ESFs. A transferência de usuários para a nova unidade não ocorreu ainda, o que poderia permitir um acesso mais apropriado para esses moradores e diminuir a demanda do CMS MAE.

4.1.2. As instalações prediais do CMS MAE

O CMS MAE foi inaugurado em 30 de dezembro de 1965, para dar assistência médico-sanitária à IX Região Administrativa (RA). Em 1990, precisou de reformas estruturais, apresentava problemas na própria estrutura predial e necessitava ampliar e melhorar suas instalações. Durante todo o período da obra, que durou cerca de dois anos, a unidade continuou prestando seus cuidados à população em um prédio anexo ao Hospital Federal do Andaraí (HFA). O lugar foi cedido pelo Ministério da Saúde, e em 1992 foram inauguradas as novas instalações, e as atividades retornaram àquela unidade.²⁶

Como já descrito, a unidade encontra-se situada na rua Visconde de Santa Isabel, umas das principais ruas do Bairro de Vila Isabel, em centro de terreno e possuindo três pavimentos. Ao passar pelo portão à esquerda, encontramos uma pequena sala²⁷ que funciona para a coleta de sangue para exames e entrega de resultados.

Em frente ao portão principal, há uma larga escada e à esquerda se localiza uma rampa de acesso. Após subir as escadas ou a rampa, o usuário encontra balcões de acolhimento no lado esquerdo. Os usuários devem se dirigir a este local para conversar com a auxiliar de enfermagem e/ou enfermeiro que estiver na escala do CMS ou ao ACS (para usuários que estão vinculados às equipes de PSF). Existe um conjunto de cadeiras em frente para acomodá-los durante a espera do atendimento.

Também à esquerda, estão as salas de imunização, os consultórios de ginecologia, a sala do serviço social, um acesso de escada ao segundo andar, um consultório médico, uma sala de procedimentos, uma sala de curativo e a farmácia. Em um prédio anexo, foram construídos três banheiros para o público, sendo um deles próprio para uso de deficientes.

²⁶ Não encontramos na unidade nenhum servidor que seja contemporâneo à primeira inauguração, assim como a época da reforma. Não tivemos acesso a livros de registro das citadas ocasiões, nem às fotos. As informações sobre tais períodos são vagas.

²⁷ Em todos os CMS responsáveis por RA, havia uma sala vinculada à vigilância sanitária, onde eram vacinados cães e gatos. Depois, em 2002, as ações e serviços foram centralizados no Centro de Controle de Zoonoses (CCZ).

Em frente, existe um balcão, parcialmente fechado com um vidro, que serve para “*separar os usuários dos servidores do setor de documentação médica*” (servidor). Após a escuta de um profissional que está no acolhimento e a entrega da senha (*número*), o usuário se dirige a esse local para solicitar a retirada de seu prontuário.

Todos os consultórios, a sala de procedimento e de curativo possuem duas portas: uma para acesso ao exterior da unidade e outra interna. Todas as salas são voltadas para um corredor interno que tem no seu “meio” dois banheiros de funcionários e uma pequena copa. À direita, encontramos as salas de consultório. Uma utilizada para a clínica médica, uma para a pré-consulta de enfermagem, dois consultórios para a pediatria e dois consultórios para uma equipe de Saúde da Família. Também existe um acesso por escada para o segundo andar. A escada é de cimento, com guarda-corpo, corrimão e tela de proteção contra queda de crianças.

No segundo andar, pelo acesso da escada à esquerda, temos a entrada do setor de odontologia, as duas salas de atendimento da pneumologia sanitária, uma sala de grupo. As salas deste andar também possuem duas portas. No acesso pela direita, o usuário chega a um corredor com entrada de quatro consultórios, dois banheiros de usuários e uma porta para “pessoal autorizado”. Esta porta dá entrada ao corredor interno, onde estão distribuídos a sala do Núcleo de Regulação (NIR), dois banheiros de servidores, um almoxarifado, a sala do expurgo e esterilização, sala dos ACS, consultório de fonoaudiologia, psicologia, quatro salas para as equipes de Saúde da Família e duas salas para Vigilância Epidemiológica, com seus arquivos e rede de frios. É pelo corredor da direita que temos acesso à escada metálica que une o segundo ao terceiro andar.

O terceiro andar possui um auditório, a sala das chefias, a sala da administração e RH, a sala da direção com uma antessala pequena, uma copa e dois banheiros trancados para uso das chefias e direção.

Na carta de serviços da SMS-RJ, existe uma relação de ambientes que devem compor as unidades de Atenção Primária à Saúde e sua quantidade mínima.

Quadro 4. Relação de salas que compõem a unidade de Atenção Primária

Quantidade Recomendações	Direcionador de desempenho	Avaliação
1 Recepção	Existência de Recepção com acolhimento e classificação de risco	No balcão à frente da unidade. Aqui os usuários que são vinculados às ESFs são separados dos outros atendidos pelos servidores do CMS. Não é feita Classificação de risco
1 Sala de espera	Existência de sala de espera	Existem bancos para espera do lado externo da unidade
1 Consultórios	Existência de pelo ao menos um consultório por equipe de ESF	OK. Mas há má distribuição de horários com disputas para ocupar consultórios
1 Consultório odontológico	Existência de consultório odontológico quando houver ESB	Existem três equipes completas utilizados pelos profissionais da ESF e pelos servidores
1 Sala de curativo	Existência de sala para curativo equipada e com insumos	OK. Sala com lava-pés, maca, armários com insumos.
1 Sala de coleta/procedimentos	Existência de Sala equipada com mobiliário próprio para coleta/procedimentos	Não. Existem “salas” adaptadas sem conforto e sem equipamentos/ mobiliários adequados
1 Sala de imunização	Existência de sala equipada com geladeiras e com mobiliário próprio para a imunização	Duas salas equipadas. No momento uma delas também oferece o “teste do pezinho”. ²⁸
Sala de reuniões/grupo	Existência de Sala de grupo	Pequena sala no segundo andar comportando 10 pessoas
Auditório	Existência de auditório	Auditório para realização de grupos no terceiro andar. Capacidade 60 pessoas.
1 Farmácia	Existência de Farmácia preferencialmente com três espaços: dispensação (sem janela, com mesa/ balcão); depósito da farmácia e sala farmacêutico.	Existem a sala de dispensação com janela. A mesa do farmacêutico está no depósito de medicamentos ao lado. Acesso restrito, amplo e organizado.
Sala dos agentes comunitários (ACS) e agentes de vigilância (AVS)	Existência de sala para ACS e AVS	Sala equipada com armários, computadores e mesas no 2º andar sem ventilação.
1	Existência de sala de esterilização	Sala equipada

²⁸ A sala de imunização deve ser exclusiva para este tipo de serviço de saúde.

Sala de esterilização		
1 Sala do expurgo	Existência de sala de expurgo	Sala equipada
1 Almoxarifado	Existência de almoxarifado	Duas salas grandes com estantes que comportam os materiais. Sala com aspecto desorganizado. Na parede, vários quadros de certificados de cursos realizados pela chefia do local.
1 Sala da administração	Existência de sala de administração	Espaço compartilhado pelo gerente de SF e pelas Chefias administrativas
1 Sala de observação	Existência de sala de observação	Não. Quando é necessário tenta-se adaptar uma sala consultório, sem conforto e sem equipamentos/ mobiliários adequados
1 Copa		Copa para funcionários no 1º andar. Aparelhada com geladeira, micro-ondas e cafeteira. Copos, café, material de limpeza rateados entre todos
2 Banheiro (masculino e feminino)	Existência de Banheiros (masculino e feminino)	1º andar: usuários: 1fem, 1 masc. e 1deficiente (nunca está aberto). + 1 para ginecologia + 2 para profissionais. 2º andar: usuários: 2 pequenos + 2 para profissionais. 3º andar: 2 profissionais
1 Depósito de material de limpeza	Existência de sala para o material de limpeza	1º e 2º andares têm depósitos

Fonte: baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ,2011).

A unidade possui, aparentemente, os espaços adequados para a realização das ações e serviços de Atenção Primária. No entanto, as entrevistas com idosos, seus acompanhantes e profissionais de saúde, aliadas à observação direta da unidade, demonstraram que se trata de uma unidade “*apertada*”, em condições de higiene e limpeza precárias, ambientes não receptivos, sem sinalizações e com barreiras arquitetônicas para idosos e cadeirantes. Existem algumas paredes com pinturas descascadas, após reparos de infiltrações e portas quebradas.

Quadro 5. Ideia central e expressões-chave relativas às condições locais de espaço

Ideia Central	Expressões -chave
Espaços pequenos para funções a serem exercidas	Estamos apertados nesta sala, imagina eu (preceptor) com mais dois residentes, mais paciente... impossível. Sem falar que estamos desperdiçando recursos, pois eles poderiam estar atendendo e eu supervisionando.
Espaço para espera de usuário / Conforto	Temos que esperar sentados em bancos de cimento. Os bancos de cimento são duros e frios.Quando faz frio e chuva, congelamos. Quando o sol e está a pino, desidratamos.
Acesso ao 3º andar	Não faço o grupo de idoso, porque tenho que subir 3 lances de escada, e aí não dá fico muito cansada.
Informação / Sinalização	Não tem aviso de nada. Não sei aonde fica a sala que devo ir. Não tem nenhuma placa, não tem ninguém que informe direito. Preciso bater de porta em porta até encontrar alguém para me responder.

Fonte: elaboração própria.

Discurso Coletivo sobre o ambiente da unidade

A espera na unidade não é confortável porque os bancos de cimento são duros e esquentam muito no verão e são muito frios no inverno. As escadas não ajudam a mobilidade e a unidade não é bem sinalizada, além de os trabalhadores locais não darem as informações devidas.

4.1.3 Equipamentos e insumos

Na seção intitulada “Manejo da atenção ao adulto e ao idoso” (SMS-RJ,2011) há uma tabela com os diferentes tipos de ações /serviços que devem ser ofertados na Atenção Primária, com a respectiva listagem dos equipamentos e insumos, além de recomendações relativos a cada tipo de ação. Para cada tipo de ação, o documento define as recomendações necessárias. Estas discriminam materiais permanentes (móveis e instalações) e insumos (material de papelaria, medicamento e materiais médicos para procedimentos).

Destacamos aqui as ações destinadas também aos idosos: (SMS-RJ, 2011):

- Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo ou Papanicolau);
- Rastreamento de câncer de mama;

- Rastreamento de dislipidemia em adultos;
- Rastreamento de DM se PA > 135/80 sustentada (homens e mulheres);
- Rastreamento de HA (hipertensão arterial);
- Rastreamento e aconselhamento para tabagismo;
- Rastreamento e aconselhamento para alcoolismo;
- Prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV;
- Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência;
- Manejo de problemas ginecológicos mais comuns;
- Manejo das doenças cardiovasculares;
- Rastreamento de dislipidemia em adultos;
- Manejo das doenças crônicas respiratórias;
- Manejo de outras doenças crônicas prevalentes;
- Avaliação global do paciente idoso;
- Manejo de tuberculose;
- Manejo de hanseníase;
- Abordagem das hepatites virais agudas;
- Manejo de parasitoses intestinais;
- Manejo da dengue;
- Emissão de atestado médico e demais documentos;
- Identificação e acompanhamento de doenças relacionadas ao trabalho;
- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso;
- Prevenção de quedas e fraturas;
- Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos;
- Prevenção, identificação e acompanhamento do idoso em processo de fragilização;
- Prevenção, identificação e tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis em todas as unidades;
- Realização de atividades de grupo, como Terapia Comunitária, Roda de conversa (Espaços de Fala);
- Levantamento e acompanhamento dos deficientes na comunidade, identificando situações de risco/vulnerabilidades;

- Inclusão da pessoa com deficiência nas ações/programas de saúde previstas para seu ciclo de vida e gênero;
- Prestação de apoio/orientação aos cuidadores de deficientes;
- Ações de reabilitação previstas para os Serviços de Reabilitação Física;
- Ações de práticas integrativas e complementares.

Em seguida, serão apresentadas as ideias-centrais e as expressões-chaves que foram sistematizadas para a construção do DSC a respeito de abastecimento de insumos e equipamentos que viabilizam a oferta dos procedimentos/consultas relativas às especialidades apresentadas.

Quadro 6. Ideias centrais e expressões-chave a respeito de abastecimento de insumos e equipamentos

Ideia Central	Expressão-chave
Abastecimento	Recebemos uma planilha com as quantidades médias, estipulada por uma serie, então solicitamos e marcamos o dia da entrega do material. Sempre coloco uma “gordurinha”, para não ter faltas.
Abastecimento	Em relação ao medicamento é mais rígido o controle porque quando recebemos os remédios conferimos data, lote e validade, colocamos nas prateleiras e preenchemos o SIGMA
Abastecimento	Quando informo a quantidade do meu estoque sempre coloco para baixo, porque tenho medo de desabastecimento e minto as quantidades. Assim não falta o remédio.
Estoque	Já fiz a besteira de informar a quantidade certa que tinha no meu estoque, aí, recebi no outro mês menos do que estava na planilha. Conclusão faltou seringa e luva. Agora não faço mais.
Estoque	Tenho o material estocado, mas não libero tudo o que pedem para não acabar logo.
Controle de estoque	O ideal é controlar entrada e saída na ficha de estoque e contar o estoque todo de três em três meses. Porque a gente pode errar no dia a dia.
Dispensação	Se for receita de fora, mas do SUS, liberamos só para aquele mês, mas o paciente tem que pedir transcrição para não faltar.

Discurso coletivo dos profissionais administrativos e chefias técnicas sobre estratégias utilizadas para manter estoques de medicamentos e insumos

Controlamos o nosso estoque utilizando as fichas de saída e alimentando os programas de gerenciamento dos estoques. Ao calcular o pedido do mês, devemos informar que temos “menos” do que o real e pedir “a mais” de nossa necessidade, além de controlar a dispensa deles para evitar a falta de medicamentos e de insumos.

Confirmamos, com todos os profissionais, que eles possuem material e insumos de acordo com a necessidade de oferta de serviços e que é raro a falta de algum item, que “desaparece” muito depois das outras unidades. Os entrevistados da farmácia e do almoxarifado utilizam da estratégia de “maquiar os dados” (alterar) enviados para os setores responsáveis pelo abastecimento da unidade, evitando, assim, o desabastecimento. Eles relatam “ter medo de faltar”, e se orgulham de ter estoques que podem garantir “um tempo maior de fornecimento”.

Deixamos por último, e para guardar destaque, as recomendações específicas para idosos.

Quadro 7. Direcionadores de desempenho para atenção à saúde do idoso

Recomendações	Direcionador de desempenho	Observações
Avaliação global do Paciente idoso	Existência da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Não é utilizada nas ESF e nem por outros profissionais
	Existência do formulário para Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa	Não existe. Não é utilizada nas ESF e nem por outros profissionais
	Existência do formulário para o Miniexame do estado mental	Não existe. Não é utilizada nas ESF e nem por outros profissionais

Fonte: Baseado na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ, 2011).

A opção por este recorte, se justifica na construção de alguns indicadores particulares para atenção específica ao idoso. Pudemos perceber que os principais instrumentos de rastreamento e avaliação multifuncional da pessoa idosa como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o formulário para Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e o formulário para o Miniexame do

Estado Mental não existem e/ou não são conhecidos pelos profissionais que atuam na unidade. São instrumentos específicos que permitem um olhar diferenciado e aguçado para questões tão particulares da saúde pessoa idosa, e desta forma a inexistência deles acaba por desqualificar o cuidado ao idoso.

4.1.4. Informatização e rede lógica

As informações de saúde geradas no SUS em todos os seus componentes (gestão, atenção e controle social), ou obtidas de outras fontes e instituições devem subsidiar (informar) os diversos atores que interagem na área da saúde, para analisar as necessidades de saúde da população, a tomada de decisões e a implementação de ações de acordo com os princípios de diretrizes do SUS. A insuficiência de informações também decorre da falta de tecnologias que permitam articular as diferentes bases de dados e seu compartilhamento entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários (CAVALCANTE; FERREIRA; SILVA, 2011; VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

Quadro 8. Direcionadores de desempenho de informatização e rede lógica

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação
Toda unidade primária de saúde deve ser informatizada com rede lógica e computadores (de acordo com distribuição no <i>Manual de Expansão do Saúde da Família</i> , da SMSDC-RJ).	Existência de rede lógica (internet banda larga por cabo).	Recentemente, foi colocado cabeamento em todas as salas. Antes só havia na administração, chefias e nas equipes de SF
	Existência de computadores em todas as salas /consultórios todos os consultórios e salas que prestam atendimento ao paciente e que necessitam de consulta ou atualização	Existem computadores na administração, chefias, vigilância, imunização, documentação médica, equipes de SF já instaladas e foram colocados em consultórios que são utilizados pelos servidores, porém estão sem uso aguardando a expansão de equipes

Fonte: Baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ, 2011).

A unidade vem recebendo serviços e equipamentos para a ampliação da rede de comunicação, através de novos computadores e cabeamento de toda a unidade.

Há computadores novos e com programas instalados em consultórios utilizados pelos profissionais da unidade que, no entanto, não os utilizam, pois continuam escrevendo nos prontuários em papel, prescrevendo e solicitando exames manualmente. Esses profissionais chegam a se queixar que “aqueles trambolhos estão ali apenas para diminuir o tamanho de utilidade da mesa”, atrapalhando-os mais do que ajudando.

Diferentemente, os profissionais da ESF contam com um computador instalado em cada sala com prontuário eletrônico, prescrição e solicitação de exames, conectados a impressora que serve aos computadores de duas equipes. Isto permite um registro mais detalhado no prontuário, prescrições mais nítidas para usuários e acesso imediato ao sistema de regulação de vagas (SISREG), na inclusão de solicitações de consultas para especialidades ou marcação de exames complementares.

O impacto na resolutividade dessas consultas e em seu resultado é muito diferente. Para pacientes crônicos que utilizam muitos medicamentos ou necessitam de uma série grande de exames, o computador e seus programas instalados fazem o processo ficar muito mais rápido e eficiente.

Neste sentido, podemos perceber a diminuição da efetividade das ações de todos os profissionais, ocasionada por determinações que separam/dividem os profissionais. Por um lado, os profissionais “não ESF” não podem usar computadores (mesmo que eles existam fisicamente nas salas que utilizam). Isto poderia reduzir o tempo da consulta, acabaria com dúvidas dos usuários a respeito de medicações e formas de ingerir seus medicamentos ocasionadas por letras ilegíveis, por exemplo.

4.1.5 Recursos humanos

Neste item, vamos apresentar a distribuição de profissionais que trabalham na unidade e seus respectivos vínculos trabalhistas.

Quadro 9. Distribuição de profissionais de acordo com a categoria profissional e o vínculo trabalhista

CMS Maria Augusta Estrella	Identificação dos profissionais de saúde - vínculo e distribuição			
Administrativo	4	13 servidores municipais, sendo que três ocupam as Chefias de Gestão administrativa, a Chefia de Recursos Humanos, Chefia de Informação, controle e avaliação Chefia de Infraestrutura e logística. Trabalham no SISREG (2).		
		Local	S. Municipal	OS
		Documentação Médica	4	1
		SISREG	1	1
		Farmácia	1	2
		4		
Assistente Social	Servidores municipais			
Dentistas	4	9 servidores municipais, sendo que três ocupam a Direção e a Chefia de Odontologia e a Chefia de Epidemiologia; dois contratados pela Organização Social sendo um gestor de ESF.		
		Local	S Municipal	OS
		Odontologia	8	1
		Dente escola	1	
		3	1	
Enfermeiros	5	Local:	S. Municipal	OS
			9	
		ESF		3
		Residentes SF		2
Auxiliares de Enfermagem	2	16 Servidores municipais. 6 Contratados pela OS.		
Técnicos de enfermagem	3	Servidores municipais, sendo que um ocupa o cargo de Auxiliar de Chefia; dois contratados pela OS		
Médicos	6	Local	S. Municipal	OS
		Cl. Médica	3	
		Ginecologia	4	
		Pediatria	6	
		ESF	4	4
		Residentes Méd.	3	
		Psiquiatria	1	
		Epidemiologia	1	
		Homeopatia	1	
Chiefias	3			
Agentes Comunitários de Saúde	4	Local:	6	OS
		ESF Senador	6	
		ESF Conselheiro	6	
		ESF Petrocochino	6	

		ESF 4 Barão	6	
Farmacêutico	1	Servidor municipal		
Fonoaudióloga	3	2 servidores municipais; 1 servidor federal		
Psicólogo	3	Servidores municipais		
Técnico de laboratório	1	Servidor municipal		
Técnico de higiene Bucal	2	1 servidor municipal e outro contratado OS		
Visitador sanitário	2	Servidores municipais		
Auxiliar de saúde bucal	1	Contratado pela OS		

Fonte: elaboração própria

Tal organização de saúde, assim como outras, é dividida em unidades e subunidades tendo por base vários critérios relacionados aos processos de trabalho que foram instituídos para efetivar a atenção à saúde para a população, missão organizacional desta unidade. O coletivo de trabalho é composto por 137 profissionais. Sendo 83 servidores, 50 contratados pela Organização Social e quatro residentes bolsistas que atuam nas equipes de Saúde da Família.

O quantitativo se altera frequentemente, podendo ser aumentado em alguns períodos do ano, em virtude da inclusão de estagiários acompanhados de seus preceptores, e pode diminuir em razão das licenças, férias e transferências, (ou demissões) de profissionais. Cada um dos membros deste coletivo de trabalhadores, como indivíduo, tem seus próprios valores, esperanças, aspirações e metas. A cada membro foi colocado pela organização um papel, uma posição e metas profissionais de acordo com sua formação, perfil e responsabilidade dentro da organização.

Na sequência apresentamos as idéias centrais e expressões-chaves que foram utilizadas para compor o discurso coletivo dos profissionais da unidade a respeito de conflitos interpessoais.

Quadro 10. Ideias centrais e expressões-chave a respeito de conflitos interpessoais e entre servidores x ESF

Ideias Centrais	Expressões-chave
Dificuldades de atender às demandas	Está cada dia mais difícil trabalhar aqui. Os pacientes querem consulta médica, não tem médico para tanta gente, a gente se aborrece, o paciente, sobe faz queixa e a gente não sabe o que fazer.
Atenção centrada no profissional	Não pode dizer que não tem número para o médico, o médico já atendeu os 18 do turno, não quer atender mais.
Sobre o acolhimento.	Lá na frente, tem gente que quer resolver o problema de todo mundo, como?? Porque não diz logo, lá na frente que não tem consulta? Que não tem médico!!
Má distribuição de recursos. Desfalque nos horários e setores necessários	Não entendo! Saíram três profissionais de enfermagem boas que trabalhavam a tarde, e depois, a unidade recebeu três auxiliares e eles ficaram no turno da manhã.
Acordos feitos e descumpridos	Fizemos um acordo para assumir as áreas que estão com problemas de falta de pessoal. Mas, a outra parte não fez o combinado e aí não deu certo, voltamos à estaca zero.
Abuso de autoridade e poder	Ela parece até a dona do posto, manda e se mete em tudo e só faz atrapalhar. Faz a discórdia entre todos, faz questão de tumultuar.
Incerteza diante do futuro	Já soube que o posto vai acabar em setembro. Só vai ter ESF! Para onde vamos?
Ordens modificando processo trabalho Medo de punição	Recebemos ordem para não fazer mais a pré-consulta, porque o médico deve fazer todo o procedimento de exame. Sinto muito, mas não vou ser punida. Fico com pena da doutora, tá sobrecarregada, mas todos aqui temos que seguir as ordens.

Fonte: elaboração própria.

Discurso coletivo dos profissionais de saúde a respeito dos conflitos existentes na unidade

Existe uma dificuldade real, que é a diminuição de oferta de atendimento médico, difícil de administrar para quem está à frente da população e precisa acolher a demanda ou negar atendimento. Na teoria, funciona muito bem, porém, na prática, os ajustes entre demanda e oferta de serviços são complexos. A equipe está desmotivada, se sente injustiçada e sobrecarregada com sérios problemas de conflitos gerados interpessoais e interferências nos processos de trabalho e rotinas. Estamos cansados e desmotivados e não queremos ser punidos. O clima está ruim, mistura incertezas e medos com o futuro.

Existem muitos conflitos entre os profissionais que possuem vínculos trabalhistas distintos. Os profissionais da área de enfermagem revelaram que já foram envolvidos em confusões e/ou fofocas devido a má qualidade de informação e comunicação na unidade.

Os conflitos também aparecem no cotidiano das práticas díspares das equipes do ESF e dos servidores públicos. O CMS MAE existia como uma unidade de saúde no modelo assistencial tradicional, focado na doença e no indivíduo, onde a disponibilidade de profissionais e a oferta de ações eram determinantes na organização de fluxos. Essa forma de atuar não era diferente da de outras unidades da rede da SMS RJ, e sempre se moveu através de atos burocráticos e normas criadas e mantidas por gestores e profissionais.

Os profissionais da unidade— os da ESF e os servidores—, sem exceção, concordaram que a carga de trabalho era exaustiva, e culpabilizaram as chefias por distribuírem os profissionais de maneira inadequada, privilegiando uns em detrimento de outros. Agregam-se a esses desgastes pessoais, a aposentadoria de vários servidores e a mudança de perfil da unidade, que vem recebendo cada vez mais novos pacientes de “classe média” que não têm conseguido pagar seu plano de saúde, ou que não conseguem comprar seus medicamentos de uso contínuo ou ainda não conseguem realizar exames solicitados por seus médicos assistentes. E a migração mais evidente destes pacientes é composta pelo grupo de idosos e dos “muitos idosos”, com sua lista longa de medicamentos e necessidades de exames de alta complexidade.

Apesar dessas dificuldades, a unidade ainda mantém o *status* de produtora de conhecimento, na medida em que oferece possibilidade de campo para pesquisas, residência em Saúde da Família (médicos e enfermeiros), estágios de graduação (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Serviço Social) e de cursos técnicos (auxiliares e técnicos de enfermagem).

As residências em Saúde da Família são fruto de parceria estabelecida pelo Departamento de Medicina Integral e de Família (DMIF/UERJ) e da SMS-RJ. O residente é acompanhado por um preceptor vinculado ao DMIF e com proventos pagos pela SMS-RJ através da OS.

Os estágios de graduação são acompanhados por professores e, na grande maioria das vezes, são estágios de observação. Os professores acordam com as chefias e/ou responsáveis pelo serviço, a forma de participação dos alunos. Os estagiários de nível médio do curso de Enfermagem também são acompanhados por seus professores e realizam poucas tarefas. Destacamos, entre elas, a verificação de sinais vitais e, em época de campanha de vacinação, participam mais ativamente na aplicação de doses de vacinas. No entanto, nos outros setores interagem muito pouco, sendo apenas observadores.

A SMS-RJ disponibiliza, através das coordenações de cada área de atenção do nível central, capacitações, cursos de atualização e seminários. Os números de vagas para tais eventos são disponibilizados para cada unidade de saúde, sendo indicados os profissionais vinculados à ESF, preferencialmente. Este fato também gera certo desconforto para os servidores, que além de não se atualizarem, se sentem desprestigiados e criticam a oferta de treinamento para o grupo que é contratado.

Em relação aos cursos de capacitação de conteúdo com temas relativos a saúde da pessoa idosa e manejo do envelhecimento, não têm sido oferecidos com frequência, e quando isto ocorre, o grupo de profissionais das ESF são escolhidos para realizá-los. Em seguida, apresentamos quadro com ideias centrais e expressões-chave relativas às questões de formação e capacitação para saúde de idosos e manejo do envelhecimento.

Quadro 11. Ideias centrais e expressões-chave relativas às questões de formação e capacitação para saúde de idosos e manejo do envelhecimento

Ideia Central	Expressões -chave
Treinamento para lidar com idosos Aptidão para lidar com idosos	Não sei lidar com idosos, nem tenho muita paciência. Sei que também estou ficando velha, estou perto de me aposentar. Neste tempo que trabalho aqui, nunca fui treinada ou vieram conversar comigo sobre as necessidades dos idosos.
Formação diferenciada para lidar com idosos	Eu acho que a formação técnica diferenciada para atuar no campo do envelhecimento é fundamental. Um conjunto de conhecimentos técnicos específicos. Precisamos entender todo o contexto individual familiar, territorial, social, econômico e biológico deste sujeito/idoso.
Características para	Para trabalhar em atenção primária a saúde, devemos gostar e

quem atua na atenção primária	saber trabalhar em equipe. Ter a capacidade de se colocar no lugar do "outro" para entender suas necessidades ou mesmo mediar conflitos. E muitas outras qualidades, mas precisamos ter empatia e carinho pelo próximo – "ter coração" e atuar com solidariedade e respeito e igualdade de direitos.
Limites e desafios do trabalho com idosos	Não escolhi trabalhar com idosos, sempre fugi, medo? Porém a vida da gente vai se arrumando de tal e tal forma que nos apresenta novos rumos. E aí, por um motivo ou outro, acabei me aproximando dos idosos e de suas necessidades e revivendo minhas incompetências e limitações em lidar com questões muito próprias a este grupo
Problematização como metodologia para o curso de capacitação sobre a pessoa idosa	Penso que poderíamos ter um curso que permitisse problematizar as práticas e repensar a teoria a partir do real para o utópico (refiro-me aqui ao que se deseja alcançar). Territórios, lugares, espaços, [...] alguns grandes demais para nosso limite de ação, outros bem perto, tão perto que na nossa miopia do conforto do "status quo" não percebemos. Esperamos para ver o grande... e não fazemos o pequeno.
Como melhorar o atendimento	Penso em meu redor, o que posso fazer para melhorar o atendimento ao idoso, o que depende de mim, apenas como médica assistente, não consigo me excluir desta obrigação.
Teoria e prática distantes	Sempre me questiono porque a prática não fala com a teoria? Porque na verdade, quem não vem se falando são os atores das teorias e das práticas. Um não reconhece o outro. Para a academia os conhecimentos que surgem a partir das vivências não são valorizados ... aliás nem são considerados científicos?? Por outro lado, os atores do cotidiano, do "fazimento" (como diria Capistrano ²⁹) não conseguem ver nas suas ações e nas dos outros o que está problematizado e descrito nos artigos e livros. Uma verdadeira "torre de Babel". E aí Não caminhamos.

Discurso coletivo dos profissionais de saúde que lidam com idosos a respeito de formação e capacitação

O que observamos é uma grande distância entre a teoria e a prática, elas não se reconhecem. E para trabalhar na atenção primária, principalmente com idosos é necessário aprender a trabalhar em equipe, se colocar no lugar do outro. Entender os múltiplos aspectos do sujeito idoso e precisamos de aprender a lidar com eles e ter paciência. Precisamos de um curso que problematize o cotidiano, a prática para repensar a teoria e construir novas estratégias para lidar com os problemas tão particulares dos idosos. Entender o idoso em todas as suas dimensões: biológicas, familiares, sociais territoriais etc.

²⁹ David Capistrano da Costa Filho (1948-2000). Foi líder estudantil, médico, jornalista militante, autor e editor de livros, articulador político, conferencista, secretário municipal de Saúde, prefeito de Santos e consultor do Ministério da Saúde.

Os profissionais de saúde entrevistados disseram ter muita dificuldade para lidar com as questões dos idosos, por falta de conhecimento, por falta de “paciência” e por ser difícil colocar em prática que a teoria afirma. Relatam que a SMS já realizou diversos cursos de capacitação para qualificar a atenção, mas recentemente não são mais indicados para realizar tais cursos, que ficam destinados aos integrantes da ESF – o que de certa forma vai reforçando uma diferença entre os dois grupos de profissionais.

Até aqui, discutimos a categoria “estruturas”, com suas características mais estáveis e que colaboram para que o ambiente/cenário do cuidado seja adequado. Nesta categoria foram incluídos, em geral, o ambiente físico (acesso, projeto arquitetônico, instalações, etc.), a disponibilidade de equipamentos e mobiliário adequados para a atenção e o quadro de pessoal. Quando estas características estruturais estavam disponíveis de forma adequada, poderiam ser consideradas prova indireta da qualidade do cuidado.

Finalizamos esta discussão, entendendo que as questões de estrutura (território, instalações prediais, informatização e recursos humanos) possuem íntimas inter-relações com os processos de trabalho, considerando que os processos podem ser entendidos como a forma pela qual os atores institucionais utilizam as estruturas existentes na produção e utilização do cuidado.

4.2. Processo de trabalho

O objetivo deste item é conduzir o modo da organização e funcionamento do CMS MAE, por meio da observação, e escutar as diferentes vozes dos sujeitos em suas práticas cotidianas, para poder apresentar as rotinas e os fluxos da unidade nos detendo nos processos de trabalho e no cuidado que estão sendo oferecidos/prestados aos idosos. Continuaremos construindo direcionadores de desempenho a partir da Carteira de Serviços da SMS-RJ (2011) e discursos coletivos a partir das entrevistas e observações.

4.2.1 Horário de funcionamento

A acessibilidade tem também aspecto temporal muito relevante, pois espaço e tempo estão intrinsecamente ligados. As horas em que os serviços e os profissionais de saúde estão disponíveis para o usuário influenciam diretamente na capacidade de receber atenção à saúde, sobretudo se focarmos nosso olhar nos usuários que são trabalhadores (DONABEDIAN, 1988; ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012; WHO, 2009).

A carta de serviços da SMS-RJ traz diversas recomendações em relação aos horários que devem ser oferecidos. Recomenda que, por se tratar de uma unidade mista (tipo B), com cinco equipes, o horário obrigatório³⁰ é de 2ª feira a 6ª feira, das 8 às 20 horas, e aos sábados das 8 às 12 horas. Os itens relativos ao tópico “Horário” estão demonstrados e analisados no quadro a seguir:

Quadro 12. Direcionadores de desempenho relacionados ao horário de oferta de serviços

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação/observações
<p>Horário preferencial</p> <p>De 2ª feira a 6ª feira, das 8 às 20 h.</p> <p>Sábados - das 8 às 12 h.</p>	<p>Cumprimento do horário pelos serviços de acolhimento, curativos, administração de medicação, aferição de dados vitais devem estar disponíveis durante todo o tempo que a unidade está aberta.</p>	<p>O acolhimento funciona das 7 às 11h</p> <p>Imunização das 8 às 17 h (seg/sex) e 8 às 12 h (sáb)</p> <p>Farmácia: 8 às 17 h (seg/sex).</p> <p>Curativos: 8 às 17 h (seg/sex).</p> <p>Administração de medicação, aferição de dados vitais: 8 às 17 h (seg/sex).</p>
<p>Jornada de 40 Horas semanais</p>	<p>Cumprimento do horário pelos profissionais das ESFs</p>	<p>Cumprem carga de horário pactuada com chefias</p>
	<p>Cumprimento do horário pelos outros profissionais</p> <p>Carga horária relativa a Categoria profissional</p>	<p>Cumprem carga de horário pactuada com chefias. Múltiplas regras³¹</p>

³⁰ “Obrigatório” é o termo que está no documento.

³¹ Os entrevistados dizem que não há regras claras, e que existem “dois pesos e duas medidas”.

O horário de atendimento da unidade e dos profissionais deve permanecer visível na recepção da unidade.	Existência de um quadro com nomes, fotos e horários de seus profissionais de saúde da unidade.	Existem quadros para equipes de SF. Não há informação visual sobre horários de outros profissionais servidores. O usuário encontra muita dificuldade de conseguir informação, “precisa bater” em várias portas para conseguir se informar sobre serviços da unidade.
A unidade permanece abertas durante o horário de almoço.	Oferta de Serviços durante o horário do almoço.	Os serviços abertos são: Recepção, imunização, farmácia.
Coleta de exames laboratoriais diariamente.	Oferta de coleta de exames laboratoriais pela unidade de saúde	De segunda a sexta, das 7 às 9 h. Apenas coleta de sangue para maiores de 70 anos, grávidas, com dificuldades motoras desde que o pedido seja sinalizado.

Fonte: Baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ, 2011).

A unidade funcionava originalmente das 7 às 17 horas, e há poucos meses (com a entrada de quatro novas equipes de SF), foi ampliado o horário oferecido. Esta ampliação é “*parcial*”, no sentido de que setores que deveriam dar apoio à unidade, como Vigilância Epidemiológica, sala de vacinas, sala de curativos e principalmente a farmácia, fecham às 17 horas. Os horários das equipes de SF estão disponíveis dentro dos próprios consultórios e não são visualizados com clareza. Muitos usuários, ao serem questionados sobre o horário da unidade, desconhecem sua ampliação. E se são marcados para o horário estendido, comparecem, mas precisam retornar no dia seguinte para pegar o remédio na farmácia, o que acaba caracterizando-se como uma assistência não resolutiva.

Selecionamos algumas falas sobre o horário da unidade para apresentá-las e construir um discurso coletivo sobre o tema.

Quadro 13. Ideia central e expressões-chave relativas ao “horário”

Ideia Central	Expressões-chave
Horário	Gosto de chegar no posto pela manhã, sou atendida e pronto volto para casa.
Horário e insegurança	Não sabia que a unidade estava aberta até as 8 da noite, não acho legal, aqui fica um pouco ermo. Tenho medo de assalto.
Horário Acompanhamento	Meu filho trabalha e ele precisa me trazer para escutar o médico, porque já estou muito esquecida. Então nesta hora ele pode vir.
Acompanhamento	Minha filha faltou ao trabalho hoje para vir comigo.
Horário Dificuldade	A doutora atrasou muito e não vou conseguir pegar meu remédio hoje, vou ter que voltar amanhã
Dificuldade Resolutividade tempo e	Vim renovar a minha receita e a da minha mulher. Não posso demorar aqui, deixei-a sozinha, trancada em casa, ela está demente e não posso deixa-la por muito tempo sozinha.
Horário	Deixo meu neto na escola e venho ao médico, prefiro a tarde. Ruim que não estão marcando e aí tenho que tentar pegar um “número”

Discurso coletivo do idoso a respeito do horário

Não tenho preferência de horário, às vezes gosto de vir pela manhã para resolver tudo e retornar para casa, mas também posso vir a tarde. Quando preciso de acompanhamento de meu filho, complica um pouco porque ele precisa faltar ao trabalho, então o horário depois das cinco é legal, embora precise retornar no dia seguinte para buscar medicação, além de deixar em casa sozinho o meu cônjuge.

Para a pessoa idosa, é importante que sua visita à unidade de saúde seja a mais resolutiva e breve possível, independentemente de se tratae de um idoso hígido, independente e autônomo ou um idoso frágil e dependente, pois cada deslocamento implica um custo de acesso. Não é raro escutar que um(a) idoso(a) vive só, ou que cuida de outro idoso(a), tendo dificuldades em acessar os serviços e despender muito tempo na unidade.

Uma consideração importante na medida e na avaliação dos custos de acesso do usuário a unidade está relacionada às possibilidades de uso ou não de ações e serviços de saúde concentradas numa só “viagem”. Os custos de utilização estão relacionados diretamente com a distância entre o domicílio do

usuário e a unidade de saúde, incluindo custos reais com transportes e estacionamento, e custos indiretos (falta ao trabalho para acompanhar idoso, pagamento de pessoas para cuidar de filhos pequenos ou de outro idoso, ou enfermo que permaneceu em casa) relacionados às idas ao posto; da mesma forma, o custo de oportunidade e o valor do tempo perdido. Em outras palavras, as unidades de saúde deveriam estar configuradas para que o usuário pudesse obter todos os serviços e ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças numa mesma oportunidade (DONABEDIAN, 1988; ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Observamos também que o fluxo de serviços oferecidos e de usuários diferem para os profissionais e idosos que estão vinculados às equipes de SF, assim como para aqueles que estão sob a responsabilidade sanitária da unidade, mas não vinculados às equipes de SF. Esta questão já fica muito evidente a partir da entrada do usuário na unidade e da equipe que o acolhe.

4.2.2. Acolhimento com classificação de risco (ACCR)

O acolhimento é uma estratégia de ampliação do acesso e de reorganização das ações e serviços de saúde a partir das necessidades de saúde do usuário. A Política Nacional de Humanização (PNH) propôs a classificação de risco como uma estratégia para ampliar o acesso, reorganizar o fluxo de atendimento e reduzir as filas de espera para as ações de assistência (BRASIL, 2004; MELO; SILVA, 2011).

O acolhimento deve estar presente em qualquer espaço da unidade e ser utilizado por qualquer profissional de saúde de lá, porém é na recepção que se dá o encontro entre a demanda que o usuário traz e o que a unidade tem e/ou pode oferecer. É justamente a recepção um dos elementos centrais na organização das práticas de acolhimento e onde pode-se garantir ou não acesso a ações integrais na atenção e no cuidado em saúde.

É nesse espaço que sujeitos vão disputar e construir possibilidades e negociações entre a demanda e a oferta de ações de saúde. Ali ficam evidentes a pluralidade e a diversidade de contextos. E é neste permanente processo de negociação existente entre usuários, profissionais e gestores, que se

pode estabelecer concretamente uma “relação/encontro” entre a demanda e oferta no cotidiano dos serviços de saúde. (BRASIL, 2004; GOMES,2005; DAL PAI; LAUTERT, 2011).

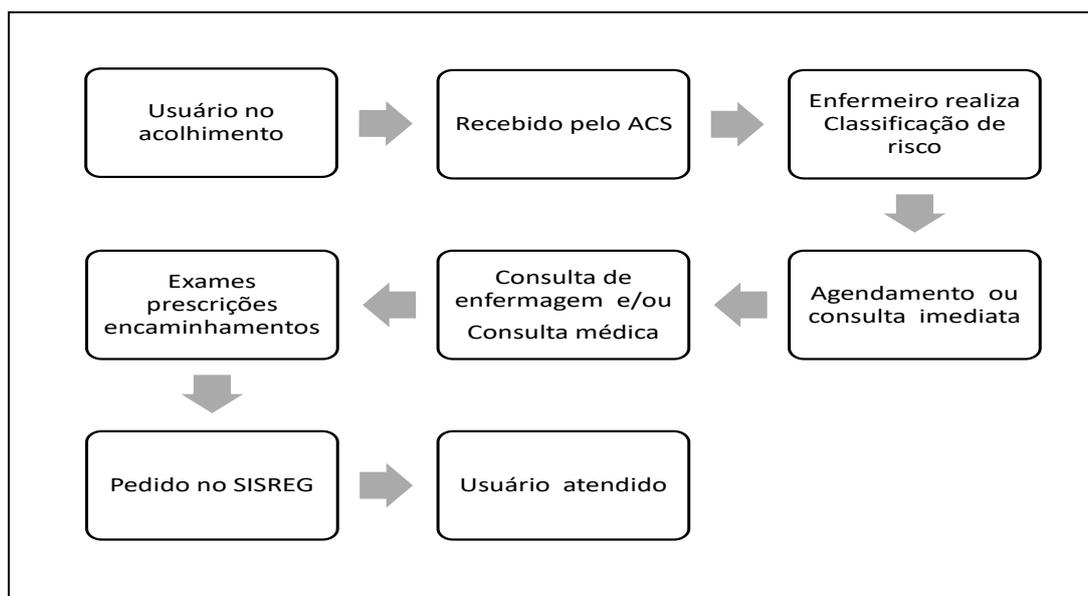
Quadro 14. Direcionadores de desempenho de acolhimento

Recomendações	Direcionador de Desempenho	Avaliação
Organizar o acesso pela análise da necessidade de saúde do usuário, por critérios clínicos (potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada), garantindo a equidade como orientadora do cuidado.	Existência de Plano de Acolhimento da unidade	Parcial aplicação do protocolo de classificação. Existe a distribuições de senhas por ordem de chegada. A condição de idoso por si só não garante prioridade para o atendimento.
	Existência de protocolo de Classificação de Risco no Plano de Acolhimento	
	Existência de Protocolos clínicos	Não existem ou não estão disponíveis.

Fonte: Baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ, 2011).

A unidade, por ser do tipo B, apresenta dois modelos de atendimento e fluxos para os usuários dependentes de sua vinculação ou não com o território coberto pelas ESFs. Embora os modelos sejam bem diferentes, os profissionais da ESF e os outros servidores da unidade, na sua maioria, não veem necessidade de priorizar o atendimento ao idoso. Eles alegam que suas necessidades são iguais a qualquer outro usuário que chega doente à unidade. Seguem esquemas representativos da entrada e fluxo de atendimento para os usuários que frequentam o MAE.

Quadro 15. Fluxo de usuários vinculados às ESFs

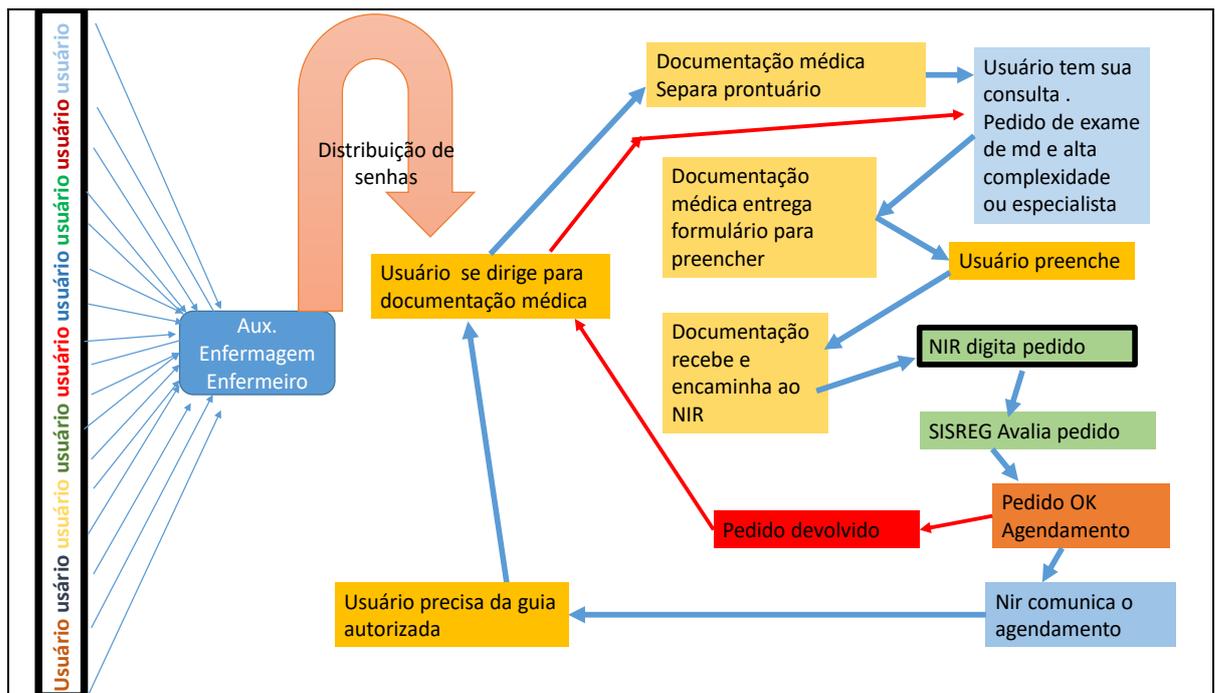


Fonte: elaboração própria.

O quadro 15 apresenta o fluxo de usuários que são vinculados e acompanhados pela ESF. Ele não precisou chegar muito cedo, pois o acolhimento a partir da conversa com os ACS funcionou o dia inteiro. O usuário se dirigiu a um balcão onde estavam sentados um agente comunitário de cada equipe. Ele fez contato com o ACS e conversou sobre sua demanda. Este ACS entrou em contato com o enfermeiro da equipe, que decidiu (de acordo com a classificação de risco) encaminhar para consulta de enfermagem, consulta médica ou agendamento para no máximo dez dias. Dali, o usuário seguiu diretamente para a sala da equipe respectiva e aguardou ser chamado para a consulta. Na consulta, o médico ou enfermeiro acessou o prontuário eletrônico do paciente, examinou o paciente, anotou no prontuário o exame realizado e as queixas clínicas. Se ele utilizou medicações de uso contínuo, manteve ou realizou as alterações que julgou necessárias e imprimiu a prescrição que foi entregue ao usuário. Se na consulta foi demandado algum tipo de encaminhamento para especialista ou solicitado algum exame que necessitou ser agendado, o próprio profissional que estava atendendo já solicitou através do sistema de regulação (SISREG), assim como já reagendou a próxima consulta. Depois, o usuário se dirigiu à farmácia, pegou seus remédios e foi para casa.

Para os usuários não vinculados às ESFs, o processo de entrada na unidade para que suas demandas pudessem ser atendidas e resolvidas com resolutividade era mais complexo. Eles são em maior número, e a possibilidade de entrada na unidade para seu atendimento dependeu de vários fatores (barreiras a serem transpostas). Segue quadro que sintetiza o acesso do usuário não vinculado à ESF.

Quadro 16. Acesso para usuário não vinculado às ESFs



Fonte: elaboração própria.

Para o usuário não pertencente à ESF, a rotina foi diferente. Ele precisou chegar muito cedo, (alguns usuários relataram que precisaram chegar por volta das 4:30, 5 horas para “conseguir um número”), se dirigiu à equipe (uma auxiliar de enfermagem e uma enfermeira). Estas escutavam as demandas trazidas pelos usuários, separavam por especialidade (Clínica Médica, Pediatria ou Gineco-Obstetrícia) e distribuíam as respectivas senhas (18 por cada médico da Clínica Médica e 12 para Pediatria e 12 para Ginecologia).

Para cada usuário, era fornecida uma senha, e com esta, ele se dirigia ao balcão da documentação médica, para que o funcionário do setor pudesse separar seu prontuário em papel ou para que preenchesse uma ficha de atendimento.

No decorrer da consulta, os usuários eram examinados e medicados. Se não houvesse necessidade de encaminhamento para consultas de especialistas ou pedidos de exames complementares de média e alta complexidade, o usuário seguia para a farmácia e retirava seus remédios.

4.2.3 Encaminhamento às especialidades e exames: o sistema de regulação

Se o usuário necessitasse de um exame complementar que fosse agendado, ele deveria se dirigir ao balcão da documentação médica. Lá o atendente lhe dava uma ficha para preencher para cada solicitação de exame e/ou para cada encaminhamento, mesmo que fosse relativo ao mesmo paciente. Depois de preenchidos, o paciente retornava ao balcão da documentação médica e entregava o pedido. O funcionário recebia então os pedidos e os agrupava, para depois enviar para o setor chamado NIR (Núcleo de Informação da Regulação), para que fossem digitados no SISREG, conforme a classificação de risco assinalada na própria guia de referência/ pedido de exame.

Se o médico tivesse sinalizado “Urgência” ou “vermelho”, o pedido deveria ser colocado no sistema no mesmo dia. Se estivesse como “Alerta” (código amarelo), deveria ser colocado o quanto antes (no máximo, uma semana). E, se as fichas não tivessem classificação ou fossem sinalizadas como verde ou azul, é porque poderiam ser digitadas sem pressa (60 dias na espera, em média) porque o usuário não teria nenhuma condição de alarme ou de urgência.

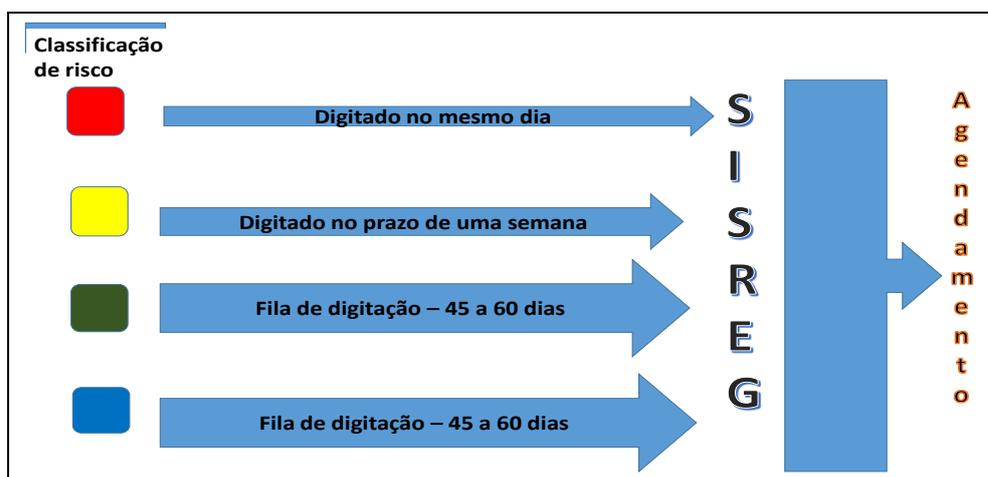
As fichas se acumulavam no setor e todos os entrevistados do setor admitiram que o tempo para digitação era muito longo, e que também eles tinham muitas dificuldades na colocação no sistema, porque as letras não eram legíveis e os pedidos estavam incompletos sem diagnóstico, sem exame clínico e sem o Código Internacional de Doença (CID). As fichas mal preenchidas e com letras ilegíveis ou sem o CID eram devolvidas pelo sistema para que fossem reencaminhadas ao médico assistente para atender às solicitações do SISREG.

A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. É um sistema *online* de gerenciamento da rede de saúde, cujo objetivo é administrar as vagas disponíveis (ofertadas pelo executante) de consultas e de procedimentos/exames complementares ou internações. Na Central de Regulação, a partir da análise do pedido que foi digitado pelo solicitante, o regulador, analisa a complexidade do caso, autoriza laudos e retira pacientes da lista de espera para agendar a consulta ou procedimento solicitado segundo critérios clínicos e de proximidade com a residência do paciente (BRASIL,2008).

Como afirmando anteriormente, os médicos das ESFs, ao verificarem a necessidade de exame ou consulta de especialidade, digitam o pedido diretamente no sistema, o que não ocorre com os pacientes não vinculados à ESF. Estes, além de aguardarem o tempo de agendamento do SISREG, precisam esperar um tempo anterior, que varia entre o mesmo dia (para pedidos urgentes) até cerca de 90 dias para digitar no sistema. Devido à demora nesse processo, diversas vezes pudemos observar pedidos devolvidos pelo regulador para que fosse averiguada a necessidade do exame ou consulta, em decorrência do grande intervalo de tempo decorrido entre o pedido médico e a entrada no sistema.

O quadro a seguir sistematiza o fluxo dos encaminhamentos e pedidos de exames com as classificações de risco, o tempo de digitação no sistema, assim como o volume de solicitações, a partir da largura das setas.

Quadro 17. Classificação de risco de consultas e tempo médio de digitação no SISREG



Fonte: elaboração própria.

O CMS MAE contava com 31 solicitantes (médicos das ESF e não ESF), sete reguladores e um coordenador no sistema. Cabiam aos solicitantes os agendamentos de acordo com a disponibilidade que era oferecida para cada exame/procedimento. Eles também podiam solicitar exames/procedimentos que tinham uma oferta muito reduzida ao regulador, ou incluí-los em fila de espera.

Os reguladores (nível local e nível central) tinham como função autorizar o agendamento, analisar os pedidos e, caso considerassem necessário, devolveriam para inclusão de mais dados clínicos ou exames anteriores. O coordenador da unidade (vice-diretor e responsável técnico) tinha a função de gerenciar a fila de espera.

A tabela seguinte mostra a quantidade de todos os encaminhamentos realizados no período de janeiro a junho de 2016.

Tabela 1. Encaminhamentos realizados pelo CMS MAE e regulados pelo SISREG no período de janeiro a junho de 2016

	Jan- 16	Fev 16	Mar 16	Abril 16	Mai 16	Jun16
Solicitados	868	717	712	1115	1308	400
Aprovados	634	518	478	719	789	225
Negados	70	49	45	37	45	166
Cancelados	43	43	35	34	40	5
Pendentes	121	107	154	325	434	4
Absenteísmo	48,68%	43,74%	45,28%	42,28%	48,81%	49,63%

Fonte: elaboração própria

Para que houvesse o agendamento, o pedido deveria ser aprovado. Ele era negado quando existiam dados discordantes (por ex.: quadro clínico x diagnóstico x CID-10³²), ou quando o regulador considerava que não havia indicação protocolar formal para o caso, e solicitava descrição minuciosa de sinais, sintomas e exames anteriores; ou mesmo quando não havia oferta do serviço.

³² CID: Código Internacional de Doenças, versão 10.

Cabia então aos solicitantes rever os pedidos e os completarem, para uma nova inserção no sistema. Em conversas informais com alguns profissionais, eles se referiram ao sistema como “SISNEG”.³³

Os pedidos inscritos no SISREG eram originados do próprio CMS MAE ou solicitados por médicos de outras unidades de saúde de nível secundário (ambulatório de especialidades) e terciário (instalações hospitalares) do SUS, e que eram entregues ao usuário para que ele trouxesse para a unidade de Atenção Primária a que estivesse vinculado. Esses pedidos também eram solicitados por médicos assistentes privados e, para serem inscritos no SISREG, deveriam ser reescritos nas guias de referência próprias. Muitas vezes eles chegavam incompletos ou com letra ilegível, e estes foram os principais problemas apontados pelos entrevistados para justificar o número alto de negações e pendências.

Também se verificou grande número de absenteísmo nos agendamentos. Os usuários alegaram que faltaram às consultas e/ou exames porque eles foram marcados “em cima da hora”, porque a unidade onde seria realizada a consulta ou procedimento ficava muito distante, o que inviabilizava a ida, por desconhecimento do local ou por insuficiência de recursos para pagar as passagens para chegar ao local agendado.

Para diminuir as pendências e reduzir a taxa de absenteísmo, foram assumidas algumas estratégias: 1. Telefonar e convocar o paciente para buscar o documento com a aprovação do procedimento/consulta com a data e local de realização, assim que fosse aprovada pelo SISREG. 2- Após serem identificados os pedidos que eram negados ou devolvidos, era marcada uma consulta para que fossem complementadas as informações nos pedidos para que ele pudesse ser reinserido no SISREG.

Em relação aos tipos de procedimentos que eram inseridos no SISREG, não conseguimos separar por faixa etária para identificar as demandas maiores dos idosos, mas eles guardam certa correspondência com as demandas trazidas pelos idosos e identificadas nas consultas realizadas. Os cinco tipos de consultas mais solicitados e marcados pelo SISREG foram: Oftalmologia, Ortopedia,

³³“SISNEG” é um termo criado por profissionais para se referir ao sistema que nega mais do que regula consultas.

Dermatologia, Fisioterapia e Otorrinolaringologia. E os exames mais solicitados foram: eletrocardiograma, radiografia (RX), mamografia, ultrassonografia (USG) transvaginal e ultrassonografia abdominal total.

Tabela 2. Consultas mais solicitadas e tempo de agendamento

Consultas mais solicitadas	Quantidade	Tempo de agendamento
Oftalmologia	346	81 dias
Ortopedia	188	65 dias
Dermatologia	158	20 dias
Fisioterapia	105	47 dias
Otorrinolaringologia	76	28 dias

Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Exames mais solicitados e tempo de agendamento

Exames mais solicitados	Quantidade	Tempo de agendamento
Eletrocardiograma	257	41 dias
Radiografia	181	44 dias
Mamografia	177	56 dias
USG transvaginal	94	46 dias
USG abdominal total	92	85 dias

Fonte: elaboração própria.

No intervalo estudado (janeiro a junho de 2016), a demora entre a entrada do pedido no sistema e a consulta/exame agendado variou de 20 a 85 dias, somados a 90 dias, em média, para a digitação dos pedidos no SISREG.

O tempo decorrido entre a solicitação de uma consulta e exame oftalmológico para diagnosticar as reduções e perdas de acuidade visual, por exemplo, ficou em torno de 170 dias ou cinco meses e meio, o que sujeitava o idoso às perdas já destacadas acima, acrescidas de outras como quedas, retração social e depressão, confusão na administração de medicamentos e outras.

Retornando aos critérios de fragilidade já expostos neste trabalho, as necessidades de intervenção nas perdas e diminuições de acuidade visual, acuidade auditiva limitam muito a qualidade de vida do idoso, sua independência e autonomia, assim como inserção social, e precisam ser agendadas com mais prioridade.

As conseqüências na demora das consultas em Ortopedia e em Fisioterapia provavelmente foram e são responsáveis pelas dificuldades de mobilidade, assim como independência e autonomia, quedas com fraturas por osteoporose, imobilidade com conseqüente atrofia e diminuição de força muscular, além de outras complicações gástricas ou hematológicas, devido ao uso contínuo de analgésicos e anti-inflamatórios para controle da dor.

As queixas dermatológicas de idosos não eram muito diferentes das de outros usuários, com exceção para lesões com alteração de coloração, de aspecto irritado, com crosta, que coçavam e não cicatrizavam, com protuberâncias ou crescimento de pintas de aspecto irregular, e cuja investigação precisaria ser mais urgente, em função da grande probabilidade de se tratar de uma neoplasia.

Os motivos demandados para a especialidade de Otorrinolaringologia eram distribuídos em duas grandes causas: perda da acuidade auditiva e tonteira. Queixas importantes, pois as causas desses distúrbios são variadas e representam uma perda importante nas questões de autonomia e independência, na medida da diminuição da comunicabilidade do idoso e de seu equilíbrio. As conseqüências dessas perdas refletem diretamente no humor e na qualidade de vida, e na participação social da pessoa idosa.

Os exames solicitados apresentados na relação são de pequena e média complexidade e são mais solicitados em função da ampliação da resolutividade da Atenção Básica, na condução de um caso e na escolha terapêutica de um caso agudo, por exemplo. Também destacamos aqui que seus resultados são necessários para que se possa pedir exames de maior complexidade como tomografias, ressonâncias, ecocardiogramas etc. A demora de agendamento desses exames mais simples e de menor custo implica uma grande redução da resolutividade da Atenção Primária, representando um grande gargalo no sistema. A demora na sua execução fica mais grave em relação ao idoso, pois seu corpo não emite com muita clareza alguns sinais de alarme,

como dor precordial (no caso de infarto do miocárdio), febre (no caso de infecção), só para citar alguns exemplos.

4.2.4 Serviços oferecidos aos idosos

Em relação ao fluxo de entrada na unidade, solicitamos aos idosos e acompanhantes, gestores e profissionais, que nos apresentassem suas impressões a respeito do acesso. Separamos algumas falas para este tema.

Quadro 18: Ideia Central e expressões-chave a respeito do fluxo na entrada da unidade

Ideia Central	Expressões-chave
Acesso universal	Todos vão ser atendidos independente da hora que chegarem, não é necessário aguardar na porta de madrugada. (Direção)
Fluxo de atendimento Classificação de risco Prioridade Desorganização	Às vezes tenho sorte e consigo chegar cedo e arrumar um número, mas é difícil. Tenho que enfrentar uma fila para conseguir uma consulta. Vou falar com a técnica de enfermagem, aí se tiver número para mim ela me encaminha para o balcão de vidro (documentação médica), outra fila... Demora muito a consulta e uns mais mal-educados batem na porta, ficam reclamando na porta, interrompem a consulta. Uma bagunça. (Idoso)
Não há prioridade para o idoso	Não precisa priorizar o atendimento do idoso, ele tem necessidades como qualquer outro paciente que está doente. A gente faz a classificação de risco e vê quem precisa ser atendido. (Enfermeiro PSF)
Estratégia para acesso ao idoso	Tem uma médica que cuida dos idosos que deu seu telefone, ligo na véspera quando precisamos dela para alguma orientação e ela reserva um número para a mamãe ou atende mesmo que não tenha mais números. (Familiar)
Prioridade para idoso Conflitos Passividade dos idosos	Todas as vezes que arrumo as fichas de atendimento priorizando os acima de 60, é um tumulto só. Os profissionais e usuários não entendem. Os usuários ficam reclamando em voz alta no corredor que isto não está certo, que ele chegou primeiro, discutem, interrompem o atendimento. Os idosos ficam quietos. Será que eles acham normal chegar a unidade às 4 h para pegar número?
Mudança de acesso e fluxo	Na época da outra diretora que era geriatra, a gente tinha o programa do idoso, consultas agendadas, sala só deles, prioridade, agora... nada.

Fonte: elaboração própria.

Discurso coletivo da direção, chefias e profissionais

Todos serão atendidos e não há necessidade de chegar muito cedo à unidade. Os idosos não terão prioridade pelo fato de serem idosos, a prioridade é dada em relação à necessidade e gravidade do caso. Todos são iguais. Se você está vinculado a uma ESF, é só procurar o ACS que ele resolve para você, mas se você não está vinculado à ESF, precisa contactar a técnica de enfermagem para resolver sua demanda. Não há como priorizar os idosos, dá confusão porque os outros usuários também têm prioridades.

Discurso Coletivo dos idosos

Precisamos chegar muito cedo na unidade se quisermos uma consulta. Na antiga direção, tínhamos prioridades, agora não temos mais, porém uma médica faz a diferença porque prioriza o nosso atendimento e dá seu telefone para facilitar o agendamento de consulta para ela.

A maioria dos profissionais tem a impressão ou convicção de que as demandas de idosos não é diferente das de outros usuários, não havendo como tratar as demandas de idosos como “prioritárias”. Ao serem questionados o porquê “da não prioridade”, argumentam apresentando uma lista de patologias ou situações de agravos que acometem crianças, mulheres e homens com potenciais possibilidades de risco de vida.

O usuário idoso sempre era atendido na ordem do número que foi distribuído na recepção. Ao chegar ao consultório, o médico ou enfermeiro verificava os sinais vitais, lia o prontuário (ou tentava ler, pois algumas letras eram indecifráveis, ou não havia informações ali), registrava seu atendimento, seu exame, e escrevia manualmente as prescrições, assim como as folhas de pedidos de exames e de encaminhamentos. Esses preenchimentos manuais eram trabalhosos e nem sempre eficazes, porque dependiam da possibilidade/disponibilidade de o prescritor preencher com letra legível e com todas as informações pertinentes.

Retornando às recomendações da Carteira de Serviços da SMS-RJ e, a partir das recomendações do que se deve ofertar aos idosos, apresentamos um quadro contendo as recomendações, os Direcionadores de desempenho criados e suas respectivas avaliações.

Quadro 19. Recomendações da Carteira de Serviços oferecidos ao idoso

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação
Avaliação global do paciente idoso	Número de profissionais que realizam a avaliação global do paciente idoso Número de idosos avaliados	Os profissionais não utilizam esta avaliação, por desconhecimento ou por não ter tempo para executar a avaliação
Promoção do envelhecimento ativo e saudável	Qualificação de ações para o envelhecimento ativo e saudável	Existe um grupo de convivência para idosos coordenado pela assistente social.
Prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso	Número de profissionais que realizam o acompanhamento de distúrbios nutricionais no idoso Número de idosos avaliados	A nutricionista fazia este acompanhamento e se aposentou. Algumas orientações são dadas durante as consultas de médico e de enfermeira. Não há dados
Prevenção de quedas e fraturas	Qualificação de ações para prevenção de quedas	Não há nenhuma estratégia visando este objetivo
Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos	Número de profissionais que realizam Prevenção, identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos Número de idosas vítimas de violência	Os profissionais quando suspeitam de atos de violência contra idoso, discutem com outros profissionais e pensam estratégias. Existe uma ficha de notificação de violência. A notificação é feita, geralmente pelo Serviço Social.
Prevenção, identificação e acompanhamento do idoso em processo de fragilização	Número de idosos frágeis Número de idosos em processo de fragilização Número de profissionais que realizam Prevenção, identificação e acompanhamento de idosos com risco de fragilização	Temos dados parciais a partir das ESFs. Orientações são dadas nas consultas médicas das ESF e de uma médica servidora. Não há acompanhamento sistemático.
Emissão de atestado médico e demais documentos	Número de profissionais que realizam a emissão de atestado médico e demais documentos	Médicos da ESF e uma médica servidora. Total: 4
Rastreamento de HAS, DM e dislipidemia	Número de idosos rastreados HAS e DM	Feito na ESF.
Manejo de doenças crônicas prevalentes	Percentual de atendimento de idosos na unidade	Dados parciais apontam para 1/3 dos atendimentos da

		unidade são para maiores de 60 anos.
Rastreamento de câncer de colo uterino	Número de idosos rastreados	O rastreamento de Ca de colo é feito até os 59 anos ³⁴ , depois só se tiver uma queixa ginecológica
Rastreamento de câncer de mama	Número de idosos rastreados	O rastreamento de Ca de mama é feito para as mulheres em idade fértil ou até 59 anos. Se a mulher idosa apresentar queixas ou sintomas, também será exame de investigação
Prestar apoio/orientação aos cuidadores	Número de cuidadores que solicitam apoio/orientação Número de profissionais que apoiam/orientam cuidadores	As orientações são prestadas de modo não rotineiro. Profissionais da ESF, e enfermeiras e uma médica do CMS MAE.
Manejo de problemas ginecológicos mais comuns	Existência de médicos que prestam atendimento clínico às idosas com queixas ginecológicas	Médicos da ESF, do serviço de ginecologia e da clínica médica, quando em presença de alguma queixa ginecológica
Realização de atividades de grupo, como Terapia Comunitária, Roda de conversa (Espaços de Fala)	Existência de grupos	Grupo de convivência da Terceira Idade coordenada pela Assistente Social
Realizar as ações de reabilitação previstas para os Serviços de Reabilitação Física	Qualificação das ações	Ações de reabilitação feitas pelo grupo do NASF
Realizar as ações de práticas integrativas e complementares	Qualificação das ações Número de idosos atendidos por médico Homeopata	Consulta em Homeopatia Dados parciais
Prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV	Número de idosos rastreados	Dados parciais

Fonte: Baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (SMS-RJ, 2011).

Todo o trabalho de avaliação da qualidade da atenção médica e de seus resultados depende da disponibilidade e qualidade dos registros médicos. A revisão de prontuários revelou a “não existência” de dados de história clínica e resultados de exames nos prontuários de usuários não vinculados à ESF, e os prontuários eletrônicos referentes aos usuários das ESFs só podiam ser acessados

³⁴ Em 2014, o Ministério da Saúde ampliou o rastreamento de Câncer de Colo para 64 anos.

com a presença de um membro da equipe que atendia ao usuário, o que nem sempre era possível.

Os prontuários eletrônicos, com certeza, apresentaram mais informações sobre seus pacientes, exames físicos e medicação, mas faltavam as avaliações multifuncionais da pessoa idosa (conforme Apêndice), embora existisse no sistema *Vitacare*³⁵ uma página específica para ser preenchida e que poderia informar uma avaliação multifuncional do idoso). Essas lacunas limitaram a informação sobre as demandas dos pacientes e a própria avaliação do resultado da atenção.

Em relação à avaliação dos indicadores, os entrevistados alegaram desconhecimento dos instrumentos de avaliação multidimensional do idoso e falta de tempo para exames mais detalhados, pois “a demanda em atender 18 pacientes por turno inviabilizava uma consulta mais demorada com a escuta e o olhar mais detalhado” (médico da ESF).

O Grupo de Convivência da Terceira Idade existe desde 2010. Coordenado pela assistente social, tem caráter mais informativo e recreativo. No entanto, observamos que no período de afastamento de trabalho desta servidora, por férias ou licença médica, o grupo não acontecia, pois não havia substituto para dar continuidade ao trabalho.

A ESF possui um conhecimento um pouco mais sistematizado a respeito de seus idosos no território. Com o mapeamento das áreas e o cadastramento de famílias, as ESFs identificaram sua população adscrita. Então, em seguida, apresentamos quadro com o perfil da população por área, identificando os idosos, pessoas restritas à residência e os acamados.

³⁵ Vitacare: Sistema de prontuário eletrônico adotado para as equipes de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro desde 2009. Permite o registro de dados de pacientes, prescrições e consultas às bases de dados do Município

Tabela 4. Perfil da população cadastrada e acompanhada pelas ESFs

Equipe	EQ 1	EQ 2	EQ 3	EQ 4	EQ 5
N total de pessoas cadastradas	2563	2371	2285	2379	1143
Pessoas com 60 anos ou +	220	391	710	864	239
	8%	16%	31%	36.3%	20%
Pessoas acamadas	2	4	22	17	1
Pessoas restritas ao domicilio	17	5	17	33	1
Acompanhadas pelo NASF	19	9	21	11	0

Fonte: elaboração própria a partir dos dados da ficha PMA2-Vitacare

Segundo a tabela 5, 2.424 idosos são acompanhados pelas ESFs, em proporções bem diferentes para cada equipe. Os territórios que possuem mais idosos são relativos às equipes Souza Franco (36,3%) e Senador (31%), seguidas de Barão de Cotegipe (20%), Petrococcino (16%) e Conselheiro (8%). Podemos supor que os idosos classificados como “acamados” e “restritos ao domicílio”, que somam 102, já se encontram frágeis ou em eminente risco de fragilização, e apenas 60 são acompanhados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Discutindo os dados com a equipe, confirmamos nossa suposição inicial, de que os acamados e os restritos a domicílios eram todos idosos. Lembramos que estes dados só se referem aos cadastrados pelas equipes nos territórios, e que são atendidos pelo ESF. Na verdade, existiam muito mais idosos frágeis ou com risco de fragilização, que precisavam de ações e serviços de saúde desta unidade em particular, mas eles não eram contabilizados, muito menos acompanhados.

Criado pelo Ministério da Saúde, o NASF tinha por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de saúde das ESFs, através da atuação e compartilhamento de práticas e saberes em saúde. O Ministério determinou que o grupo fosse formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que deveriam atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das ESFs e das equipes de Atenção Básica nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2016).

O NASF que acompanhava as equipes de ESF do CMS MAE era composto por dois psicólogos, um fisioterapeuta, um psiquiatra e um clínico geral com experiência em Reumatologia. A unidade tinha cadastro no CNES, e profissionais de

saúde de 13 especialidades faziam parte do projeto: nutricionistas, professores de educação física, fonoaudiólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, ginecologistas, pediatras, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. O NASF só apoiava as ESF, e não os outros usuários de todo o CMS MAE.

O fluxo se iniciava com a identificação pela de ESF da necessidade especial e diferenciada de um usuário/família; a partir daí, a ESF demandava a discussão do caso com a equipe do NASF e, em conjunto, construía estratégias de atendimento para ampliar a resolutividade frente aos problemas de saúde apresentados pelo caso do paciente e sua família.

As equipes de Saúde da Família atuam com foco no território de abrangência, cadastrando seus usuários, e seus dados de produção são alimentados no sistema *Vitacare* pelos próprios membros do grupo, estando disponíveis para qualquer profissional, assim como para usuários. Para o estudo em questão, retiramos dados do Relatório PMA2³⁶ no período de julho de 2015 a julho de 2016, para estudar a oferta de consultas para maiores de 60 anos.

As cinco equipes produziram um total de 10.240 consultas, sendo 3.020 (29,6%) para maiores de 60 anos, dados concordantes com os contabilizados na produção da unidade dos pacientes não vinculados às ESF. Infelizmente, o sistema não permitiu identificar quantos tinham 80 ou mais anos de idade, como também não conseguimos descobrir os motivos das consultas.

Segue-se tabela com a produção por equipe.

Tabela 5. Produção de consultas por equipes de Saúde da Família - MAE

Consultas	Maior de 60 anos	Todos
Equipe 1	622	1584
Equipe 2	504	3096
Equipe 3	750	2870
Equipe 4	888	2008

³⁶ Relatório PMA2, obtido pelo Vitacare.

Equipe 5	256	646
Total	3020	10204

Fonte: elaboração própria.

Persistindo no intento de entender a relação entre a oferta de serviços de saúde da unidade para as demandas dos idosos não vinculados às ESF, tivemos duas estratégias de ação:

- 1- Partimos do estudo dos dados de produção da unidade no período de abril de 2015 até março de 2016.³⁷ A partir dos dados, entrevistamos os profissionais responsáveis por aquele tipo de procedimento/ atendimento, para identificar a demanda trazida pelos idosos.
- 2- Optamos por recorrer as anotações pessoais e de prontuário sobre os idosos atendidos pela própria pesquisadora, no período de julho de 2015 a junho de 2016.

Em relação à estratégia 1, recebemos o relatório de produção mensal da unidade contendo todos os procedimentos do mês, que se encontravam misturados tanto por idade como por especialidade. A primeira tarefa constou de “limpar” o arquivo, excluindo todos os procedimentos realizados para pessoas de zero a 59 anos. Depois, esses dados foram separados por especialidade. Havia dados referentes a consultas/procedimentos de: Clínica Médica, Pneumologia, Ginecologia, Homeopatia, Psiquiatria, Fonoaudiologia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Enfermagem. Observamos que as cinco especialidades médicas com maior número de consultas/procedimentos foram: Clínica Médica, Pneumologia, Ginecologia, Homeopatia e Psiquiatria.

Segue-se tabela com os dados relativos a consultas/procedimentos por idade.

³⁷ Tivemos muitas dificuldades de acesso aos dados da unidade. Precisamos solicitar diversas vezes e nos apresentaram os relatórios de produção com listagens de todos os procedimentos com todas as faixas etárias. Para esta tabela, selecionamos os procedimentos/consultas para indivíduos com 60 anos ou mais e nos detivemos nas cinco maiores produções de consulta.

Tabela 6. Cinco tipos de consultas mais realizadas para pessoas de 60 e mais no período de abril de 2015 a março de 2016 no CMS MAE

Faixa etária	clín.méd	pneumo	gineco	homeo	psiquiat	
60-64	848	157	281	98	168	
65-69	719	172	133	72	98	
70-74	629	121	69	70	33	
75-79	477	101	53	42	31	
80-84	417	77	23	49	3	
85-89	240	33	1	41	9	
90 e mais	81	3	2	0	5	
total	3411	664	562	372	347	5356
méd mensal	379	73,8	62,5	41,4	38,5	

Fonte: elaboração própria.

As consultas em Clínica Médica totalizaram, no período de um ano, 3.411, das quais 668 eram para pacientes com 80 anos e mais (19,58%), já considerados frágeis.³⁸ A média mensal era de 284,2 consultas mês, oferecidas por três médicos clínicos, que atendiam cerca de 94,75 pacientes idosos/mês. Cada médico tem quatro turnos de atendimento, em três atende 16 pacientes e em um atende 18, totalizando uma média mensal de 297 consultas.

Os principais motivos/demandas³⁹ nas consultas eram:

- 1- Acompanhamento de hipertensão e diabetes;
- 2- Encaminhamento para cirurgia oftalmológica – catarata
- 3- Encaminhamento para Ortopedia (artroses, artrites, tendinites, etc.);
- 4- Encaminhamento para unidade de Oncologia;
- 5- Encaminhamento para neurologia (Parkinson, Alzheimer, alterações de cognição);
- 6- Encaminhamento para Otorrinolaringologia e audiometria (surdez);
- 7- Atestado de vida e atestado de saúde física e mental;

³⁸ Todo idoso com 80 anos ou mais é considerado um idoso frágil.

³⁹ Dados da pesquisadora que foram confirmados pelos outros médicos clínicos e pelos médicos da ESF

- 8- Preenchimento de Guia LME⁴⁰ para retirar medicamentos especializados;
- 9- Solicitação de benzodiazepínicos (insônia);
- 10- Transcrição de receitas de seus médicos assistentes para fazer uso da farmácia da unidade de saúde;
- 11- Preparação de laudo para INSS;
- 12- Preparação de laudo para isenção de imposto de renda por doença crônica;
- 13- Consulta médica para avaliação de úlceras crônicas de difícil cicatrização em membros inferiores;
- 14 - Orientações para cuidado de idosos muito idosos e/ou cadeirantes;
- 15- Orientações nutricionais (perda de apetite).

Durante as consultas, o médico assistente verificava os sinais vitais e, algumas vezes, também os dados antropométricos (quando havia presença de queixas de emagrecimento intenso ou obesidade). Se o paciente era diabético, o médico solicitava ao auxiliar de enfermagem que realizasse um exame de glicemia capilar.

As doenças crônicas e degenerativas foram as principais causas de demandas dos pacientes idosos na consulta da Clínica Médica e das ESFs. Os idosos que frequentavam o CMS MAE, além das afecções sinalizadas, também sofriam de múltiplas doenças associadas ao estado emocional, chamando a atenção o grande número de pacientes que consumiam anti-inflamatórios e analgésicos,⁴¹ benzodiazepínicos,⁴² omeprazol⁴³ e sinvastatina⁴⁴ regularmente. Este consumo desproporcional também foi confirmado pela farmacêutica e pelas auxiliares que trabalham na Farmácia.

⁴⁰ Guia LME- Guia de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

⁴¹ Remédios usados para dor.

⁴² Tranquilizantes, calmantes.

⁴³ Protetor da mucosa gástrica, utilizado para gastrites e úlceras gástricas e duodenais.

⁴⁴ Remédio indicado para a hipercolesterolemia, usado para reduzir e/ou manter níveis baixos de colesterol.

A farmacêutica da unidade relatou que o sistema de gerenciamento de medicações utilizadas para registro de consumo de medicamentos poderia também ser usado para identificar os “grandes consumidores de tarja preta⁴⁵”, porque “pode cruzar a droga com o CPF do paciente”.

As consultas em Pneumologia realizadas no mesmo período totalizaram 664, com média mensal de 55,3 consultas/mês. A única pneumologista da unidade atende cerca de 160 atendimentos mensais (10 atendimentos/turno), dos quais 34,56% foram realizados para uma pessoa idosa. A profissional entrevistada relatou que a maioria dos atendimentos eram devidos a:

- 1- Acompanhamento de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), destacando-se bronquite e enfisema pulmonar em tabagistas e ex-tabagistas.
- 2- Tuberculose pulmonar – reativação de doença ou associados a quadros de vulnerabilidade social e familiar (abandono, carência alimentar, famílias numerosas).
- 3- Neoplasias pulmonares.

Em entrevista, ela relatou que não há problemas de acesso para os pacientes, que agenda regularmente os portadores de DPOC e aqueles em tratamento de tuberculose e que consegue “encaixar novas demandas” no mesmo dia ou no máximo em uma semana. Ela afirmou também que estava preocupada com alguns pacientes idosos que chegavam lá debilitados e quando realizavam os exames radiológicos e bacteriológicos, a suspeita de tuberculose se confirmava. Ela constatou no cotidiano de seu trabalho as afirmações de autores como Moraes(2014), que alertam para a diferença entre o envelhecimento sem intercorrências e as doenças nos idosos que os colocam em risco de fragilização. Trata-se de uma profissional muito elogiada pelos pacientes e pelos colegas que a consideram muito competente tecnicamente, educada, prestativa e atenta às queixas e demandas de seus pacientes.

As consultas em Ginecologia para pacientes com 60 anos e mais totalizaram 562 no período estudado e foram realizadas por quatro gineco-obstetras. A média mensal foi de 46,8 consultas distribuídas entre os quatro profissionais, todos do

⁴⁵ Tarja preta: remédios controlados por seu potencial de dependência, no caso dos idosos, os “calmantes”.

sexo masculino, totalizando 11 consultas mês para cada um. Supondo que cada ginecologista atenda 216 consultas mensais para todas as pacientes, apenas 5,09% foram destinadas a idosas. As demandas trazidas pelas idosas e relatadas por eles foram:

- 1- Infecções do trato urinário;
- 2- Alterações em vulva/vagina;
- 3- Dificuldades em relação às práticas sexuais;
- 4- Neoplasia de mama.

Em relação ao número pequeno de atendimentos na Ginecologia, entendemos que existe grande prioridade de agendamento para gestantes e para mulheres que se encontram na faixa etária de prevenção de neoplasias de colo de útero e de mama.

Os ginecologistas identificaram uma grande demanda relacionada a infecções do trato urinário, muitas ocasionadas por “bexiga caída” e miomas, demandando processos cirúrgicos, e pacientes que já chegavam com quadros avançados de neoplasias de mama e de útero. Poucas idosas solicitavam ajuda para “melhorar” sua prática sexual, geralmente quem demandava eram as “sessentonas” que solicitavam algum tipo de lubrificante para uso sexual ou desejavam informações sobre a “pílula azul” e como abordar o assunto com os respectivos maridos.

Por outro lado, entrevistando algumas idosas, elas manifestaram suas frustrações por não terem conseguido realizar o exame preventivo de neoplasia de colo de útero, por estar fora (acima) da faixa etária preconizada para essa ação. Elas, assim como mulheres mais jovens, confundem a indicação do exame preventivo (que é para avaliar a presença de células normais ou com alterações compatíveis com neoplasias), e costumam relacionar a coleta para o preventivo como parte do exame para correlacionar suas queixas com afecções tipo inflamatórias ou infecciosas que demandam tratamento clínico.

As consultas em Homeopatia totalizaram 372 atendimentos, com média mensal de 31 atendimentos/mês. O médico homeopata do CMS MAE atende

pacientes de todas as faixas etárias, na média de 180 atendimentos mês, dos quais 17,2% são realizados para pessoas acima de 60 anos.

As pessoas idosas que recorrem ao tratamento homeopático não o fazem exclusivamente. Também são acompanhadas pelos clínicos. Algumas se utilizam da Homeopatia desde crianças e depositam uma confiança no tratamento, por achar que está mais próximo a natureza e que “*agredem*” menos o organismo. Geralmente, são mulheres com queixas múltiplas, mas a dor, a solidão, as mágoas, a insônia, a sensação de vazio, perdas de suas próprias faculdades físicas e mentais e o medo da morte são as principais queixas.

As consultas em psiquiatria totalizaram 347 atendimentos no período, com uma média mensal de 28,9 consultas mês, destes 16,1% são destinadas aos idosos. Na análise feita dos CIDs colocados nas fichas de produção do psiquiatra da unidade, percebemos que os diagnósticos mais frequentes dos pacientes idosos eram de transtorno mental comum (transtornos depressivos, ansiedade generalizada, transtornos fóbicos ansiosos, síndrome do pânico, reação ao estresse, transtornos dissociativos e somatoformes), seguidos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso/abuso de álcool e outras drogas (sedativos, canabinoides e cocaína) e um caso de violência. Não encontramos casos de transtornos mentais graves (psicoses, transtorno obsessivo compulsivo e afetivo bipolar) em idosos em acompanhamento clínico ambulatorial nesta unidade.

O serviço de saúde bucal também é demandado por idosos. Para que sejam aceitos na avaliação que vai possibilitar o agendamento para os pacientes, todos assistem primeiramente a uma palestra e, após, o dentista faz uma seleção prévia e a marcação da consulta de acordo com as prioridades encontradas. Os “*muito idosos têm prioridade*”, embora não sejam atendidos na unidade aqueles que têm dificuldade de locomoção ou outra patologia que o impeça de subir as escadas, pois o setor de Saúde Bucal fica no segundo andar da unidade, e eles são encaminhados para o Centro Especializado de Odontologia (CEO), no Instituto Oscar Clark (IOC). Esse encaminhamento é feito através de preenchimento de guia e inclusão no SISREG. As demandas mais significativas estão relacionadas ao mau estado de conservação de dentes, com muitas perdas ou necessidade de extrações,

resultando em uso de próteses dentárias. Nestes casos, também é necessário encaminhar para o CEO.

4.2.5 Agendamento de consultas

A Carteira de Serviços, no que diz respeito à oferta de consultas pela unidade, recomenda que a unidade organize e atenda consultas agendadas e consultas demandadas na hora do acolhimento, e que cada usuário, ao deixar a unidade, já tenha sua consulta de retorno agendada segundo os protocolos da SMS. Isto ocorreu para todos os pacientes adscritos da ESF, mas os “não vinculados” encontravam inúmeras dificuldades na marcação de retorno.

Para os idosos atendidos na Clínica Médica, não havia agendamento. Outrossim, a equipe de acolhimento agendava alguns usuários para atender a pressão exercida pela demanda por serviços na entrada da unidade. Neste sentido, acabava por agendar pacientes que não conseguiam “senhas” para atendimento, tornando o agendamento centrado na demanda do serviço, e não na necessidade do usuário.

Chamou nossa atenção o fato de a unidade poder garantir agendamento de retorno para todos os pacientes da ESF, incluindo idosos, apesar de não serem priorizados. Da mesma forma, garantia o agendamento de consultas para gestantes, menores de dois anos, pacientes psiquiátricos e com afecções respiratórias, mas não para idosos.

4.2.6. Consulta de urgência e atendimento de emergência

As unidades de Atenção Primária à Saúde também são demandadas em casos de emergência, e o documento orientador das ações traz recomendações para que esses casos sejam prontamente atendidos por médicos da unidade e que tão logo quanto possível seja solicitada a remoção do paciente à Central de Regulação (MELO; SILVA, 2011; BRASIL, 2004).

Alguns casos, que tivemos a oportunidade de acompanhar, foram atendidos prontamente por um médico da unidade que foi avisado pela equipe

de acolhimento ou por outros usuários que presenciaram o paciente “*passando mal*” e bateram em portas, gritaram ou entraram nos consultórios para solicitar ajuda.

Após examinar e prestar os primeiros-socorros, o atendente preenchia uma guia de referência com todos os dados necessários (protocolo), para acionar o sistema e solicitar a “vaga zero”⁴⁶ e a respectiva remoção por ambulância. Depois era aguardada a resposta de quando chegaria a ambulância e o destino do paciente. Não foi possível analisar o número de solicitações feitas pela unidade, a frequência de ocorrência, os motivos da remoção (diagnóstico) e o tempo de espera entre o pedido e a chegada da ambulância, pois não havia na unidade nenhum livro/documento com os registros das solicitações, dados dos pacientes ou remoções realizadas.

Quadro 20. Direcionadores de desempenho de atendimento de casos de emergência

Recomendações	Direcionador de desempenho	Avaliação
Prontidão imediata no atendimento aos casos de urgência/emergência	Os casos de urgência/emergência são prontamente atendidos	Não temos como mensurar o tempo, parece-nos que sim.
Solicitação da remoção do paciente à Central de Regulação	Existência de número de telefone visível na mesa de atendimento, na sala de observação clínica e na gerência	Não há número visível. Só a chefia tem acesso ao sistema de regulação.
	Preenchimento de guia de Referência em duas vias	É preenchida a Guia de referência pelo médico assistente e encaminhada a chefia para solicitação. Nem sempre presente
	Preenchimento no livro de ocorrência da unidade	Não
	Solicitação de “vaga zero”	Sim. Demandas atendidas no prazo variável de 1 a 6 horas

Fonte: Baseado da Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, SMSRJ, 2011 que disponibiliza.

⁴⁶ Processo de solicitação de remoção para unidade de urgência, demandado através de um sistema *on line* que disponibiliza vaga e a remoção por ambulância conforme preenchimento de guia com dados protocolares

Ao criarmos os indicadores para avaliar se as recomendações sobre atendimento de casos de emergência presentes na Carteira de Serviços, poderíamos afirmar que as recomendações foram parcialmente cumpridas. A prontidão do atendimento, o preenchimento da guia de referência e a solicitação de “vaga zero” foram realizados conforme o previsto (nas ocasiões que presenciamos ou que nos foram relatadas), mas não se observaram questões relativas ao registro de ocorrências, disponibilidade de informações sobre telefone de contato e dados de diagnóstico, assim como os relativos ao tempo entre o atendimento e a remoção do paciente para o serviço de emergência.

4.2.7. Procedimentos

A Carteira de Serviços recomenda que a unidade ofereça serviços de inalação, imunização, curativos e pequenos procedimentos cirúrgicos.

Apresentamos, a seguir, quadro com as recomendações, indicadores e avaliação respectivos.

Quadro 21: Recomendações, Direcionadores de desempenho e avaliação a respeito da oferta de procedimentos no CMS MAE

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação
Oferecer serviços de inalação, curativos, imunização e pequenos procedimentos cirúrgicos.	Oferta de serviços de Inalação	Unidade possui bala de oxigênio que apresenta um vazamento, sendo necessária sua troca semanalmente. Poucos profissionais sabem trocar e colocar os equipamentos de inalação acoplados na bala.
	Oferta de serviços de curativo	Na parte da manhã há um rodizio de profissionais na sala, geralmente sem orientação e capacitação para curativos. A tarde existe um enfermeiro com larga experiência em curativos.
	Oferta de procedimentos	Um médico da ESF

	cirúrgicos	realiza pequenos procedimentos cirúrgicos em um turno à tarde.
--	------------	----------------------------------------------------------------

Fonte: elaboração própria.

A unidade ofertava serviços de inalação, imunização, curativos e pequenos procedimentos cirúrgicos de forma heterogênea. No serviço de imunização, observamos um fluxo constante de pacientes, pois não havia critérios de priorização para qualquer grupo populacional. A sala de imunização era administrada pela Chefia de Enfermagem, embora a responsabilidade pelas vacinas e cumprimento de metas nas campanhas ficasse sob orientação do serviço de Vigilância Epidemiológica na unidade. Ali trabalhavam profissionais fixos e não vinculados à ESF, acompanhados de profissionais de enfermagem da ESF, em esquema de rodízio.

A sala de curativos era ocupada de manhã por profissionais não vinculados às equipes de SF, em escala com rodízio mensal; na parte da tarde, lá ficava um enfermeiro que no município era técnico de enfermagem.⁴⁷ Este profissional era muito solicitado pelos pacientes e médicos assistentes. Por causa de sua competência, ele era uma referência na unidade para todos, para as questões relativas a curativos de grande complexidade, assim como outros procedimentos, técnicas de injeção, imunização, etc.

4.2.8 *Visita domiciliar*

A estratégia utilizada pelas ESF para conhecer e entender o contexto de vida da população adscrita sob sua responsabilidade é a visita domiciliar. Ela também objetiva construir vínculos entre os usuários e os profissionais das ESFs. Nas visitas domiciliares, os profissionais de saúde procuram conhecer o território, as diferentes necessidades das famílias; preocupam-se com a infraestrutura (terreno, habitação, higiene, saneamento, presença de áreas de risco à saúde, etc.) e outras questões relativas ao contexto social para, a partir da

⁴⁷ Alguns profissionais de enfermagem começaram a trabalhar no município como auxiliares e técnicos e depois se graduaram em Enfermagem.

realidade, identificar e planejar uma abordagem mais eficiente para cada usuário e sua família, identificando pacientes que não frequentam as unidades de saúde devido a alguma limitação (locomoção, medo de sair de sua casa, por exemplo).

Uma das principais tarefas dos ACS é a realização de VDS mensais para usuários que apresentam condições de saúde/doença que colocam em risco de vida para eles, incluindo-se os idosos. Esta estratégia pode ser considerada como uma possibilidade de construção de novas formas de cuidado, na medida em que amplia e integra o cotidiano das famílias, suas necessidades e suas dificuldades, indo além de uma consulta médica (MENDES; OLIVEIRA, 2007; CUNHA; SÁ, 2013; KEBIAN; ACIOLI, 2016).

A partir das recomendações da Cartilha, construímos alguns direcionadores de desempenho para avaliar as visitas domiciliares. No quadro a seguir, comparamos as avaliações referentes às visitas domiciliares realizadas por servidores que prestaram assistência a todos os usuários não vinculados às equipes e aos usuários que possuem vínculos com as ESFs.

Quadro 22. Direcionadores de desempenho e avaliação referentes à realização de Visitas domiciliares no CMS MAE

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação Servidores	Avaliação ESF
Todos os profissionais que atuam na ESF devem realizar visitas domiciliares	Número de visitas domiciliares executadas por cada membro da equipe	Visitas pouco frequentes de médicos geralmente são demandas judicializadas	Visitas pouco frequentes de médicos devido a grande demanda de consultas da unidade
Agendamento de visitas domiciliares.	Presença de agenda para visita domiciliar	Direção marca em função da disponibilidade do médico	Agendamento feito durante a reunião de equipe

Fonte: elaboração própria.

Não há registros relativos às visitas domiciliares realizadas pelos servidores. Em entrevistas com profissionais e chefias, fomos informados de que elas são agendadas e realizadas a partir de demandas que surgem no nível central (o gabinete do secretário de Saúde recebia a notificação judicial para que

fosse efetivada uma visita com relatório e providências) e a encaminhava para a unidade de saúde mais próxima à moradia do usuário-alvo do processo. Raras visitas domiciliares foram agendadas na presença de solicitação de parentes de idosos.

A diretora da unidade providenciava o transporte de uma equipe composta por um médico e um auxiliar ou técnico de enfermagem ou um profissional do Serviço Social. Após a visita, os profissionais visitantes faziam o relatório e o processo retornava até que chegasse ao órgão solicitante (Ministério Público, juízes, etc.) As visitas não tinham seguimento, o que causava *uma “certa frustração”* no médico que realizava a VD, pois ele *“não tinha como saber se o que ele fez surtiu resultado”*.

As VDs eram muito mais frequentes nas ESF, sendo realizadas por todos os integrantes da equipe (ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas, técnicos de higiene dentária e médicos). Contabilizaram 2.199 no mês de setembro de 2016 e 6.828 no trimestre julho/agosto/setembro, período em que estavam cadastradas 10.741 pessoas. Assim, 63,56% das pessoas cadastradas e vinculadas às ESFs receberam pelo ao menos uma visita de um dos profissionais da ESF.

As visitas domiciliares são uma das principais diretrizes da ESF, pela possibilidade de, ao entrar nos ambientes familiares e conhecer a realidade, assim poder estabelecer planejamentos de ações específicos para aquela realidade, além de identificar muitos pacientes que estariam “esquecidos” pelo sistema devido a suas impossibilidades de locomoção. E para que ela possa ser um instrumento potencial de entender os problemas de saúde e buscar respostas efetivas (MENDES; OLIVEIRA,2007).

4.2.9. Assistência Farmacêutica

Os cuidados na Atenção Primária incluem a distribuição de medicamentos, denominados medicamentos essenciais.⁴⁸

A Assistência Farmacêutica (AF) no SUS compreende atividades relacionadas com os medicamentos, que começam no abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição), a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, finalizando no acompanhamento e na avaliação da utilização (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Abaixo, apresentamos um quadro contendo as recomendações feitas na Carteira de serviços, direcionadores de desempenho e sua avaliação.

Quadro 23: Recomendações, direcionadores de desempenho e avaliação da AF

Recomendação	Direcionador de desempenho	Avaliação
As unidades primárias de saúde devem apresentar um plano de uso racional de medicamentos que deve estar em conformidade	Existência de plano racional de medicamentos	O plano é apresentado nas reuniões com as equipes de PSF e com as chefias
Dispensação em lugar próprio	Existência de local para dispensação de medicamentos	Os medicamentos são dispensados na janela da farmácia
Farmácia aberta durante todo o horário da unidade	Horário expandido na farmácia	Farmácia aberta de 8:00 às 17:00
Anti-hipertensivos, antidiabéticos orais, insulina, controlados, ARV	Existência de Anti-hipertensivos, antidiabéticos orais, insulina, controlados, ARV	Medicamentos dispensados conforme prescrições apresentadas

Fonte: elaboração própria.

A farmácia do CMS MAE é abastecida mensalmente. Os medicamentos vêm do setor da Unidade Armazenadora de Materiais, localizada em Jacarepaguá, e a quantidade de medicamentos recebidos está de acordo com a cota mensal da unidade. Os pedidos são realizados pela própria unidade em um sistema

⁴⁸ Medicamentos essenciais: denominação da OMS para medicamentos que satisfazem as necessidades da atenção primária à saúde, selecionados em razão de sua relevância, eficácia e segurança (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

próprio - o Sigma⁴⁹- que permite o gerenciamento do estoque da farmácia. Ao receber os medicamentos, as auxiliares administrativas do setor conferem o código do medicamento, a quantidade, o lote e a validade, e dispõem parte deles nas estantes em seus lugares, ou na geladeira, guardando o restante do estoque na sala ao lado, que funciona como depósito de medicamentos.

A Farmácia fica localizada no final da unidade e os medicamentos são dispensados aos pacientes na janela, a partir da entrega de receita⁵⁰ constando nome, CPF do paciente, quantidade estipulada de medicamentos prescritos, ou tempo de validade (no caso de medicamentos de uso contínuo). A receita é carimbada com “entregue”, e/ou é colocada a data da próxima dispensação. As cópias das receitas são guardadas para que sejam digitados no sistema os medicamentos e respectivos usuários. Apenas para os antirretrovirais, é realizada a digitação (e às vezes a verificação de algum dado) imediata no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).⁵¹

A digitação de dados é feita no sistema DispensaMed, para as receitas emitidas pelos profissionais não ESF. Além de controlar o estoque, o sistema permite cruzar o número do CPF e os medicamentos dispensados.

Os medicamentos eram dispensados e, além desta ação, as atendentes explicavam aos usuários, sobretudo os idosos, como deveriam tomar seus remédios e sanavam suas dúvidas. Para muitos idosos e analfabetos, elas marcavam com caneta de retroprojeter cada blister do medicamento com símbolos relativos a hora que o medicamento deveria ser tomado. Assim, desenhavam Sol (dia), Lua (noite), xícara (café da manhã), prato com sol (almoço), prato com lua (jantar). Alguns idosos traziam caixas com divisórias, com os mesmos símbolos, e elas separavam os medicamentos em cada compartimento.

Esses artefatos físicos, aliados às explicações detalhadas, evidenciavam uma assistência farmacêutica muito eficiente e cuidadosa, que proporcionou

⁴⁹ SIGMA- Sistema de Informações Gerenciais de Materiais do Município do Rio de Janeiro, utilizado para o controle de todos os bens adquiridos e estocados nas Unidades Armazenadoras de Materiais tais como: materiais de consumo e medicamentos.

⁵⁰ Em duas vias impressas pelos profissionais das ESFs ou original e cópia carbonada realizada por outros profissionais não ESF.

⁵¹ Os medicamentos ARV são fornecidos e controlados pela gerência de HIV/Aids do Ministério da Saúde.

maior adesão aos tratamentos e confiabilidade no setor. Também era a Farmácia o local para onde se dirigiam os usuários para solicitar informações sobre outros setores da unidade. E se elas não soubessem o que responder, uma delas saía para buscar a correta informação e ajudar ao usuário.

Como apresentado neste capítulo, foi Através da troca interpessoal, o paciente comunica as informações necessárias para chegar a um diagnóstico e as preferências necessárias para selecionar os métodos mais adequados de assistência. Também através dessa troca, o profissional fornecia informações sobre a natureza da doença e seu tratamento, e motivava o paciente para uma ativa colaboração no atendimento. Esta prática ganhou distinção por tornar possível uma melhoria na saúde, e representou um cuidado com qualidade.

4.2.10. Analisando o acesso através da interação estrutura x processo de trabalho

Com base nos resultados do cuidado como a interação entre as questões de infraestrutura e processo de trabalho, até o momento, identificamos como um problema importante o cenário não amistoso ao acesso e a uma boa qualidade de assistência ao idoso. São questões relacionadas aos profissionais de saúde, ou seja, relativas aos que deveriam ser os provedores de cuidado. Este cenário está representado no quadro 27, a seguir.

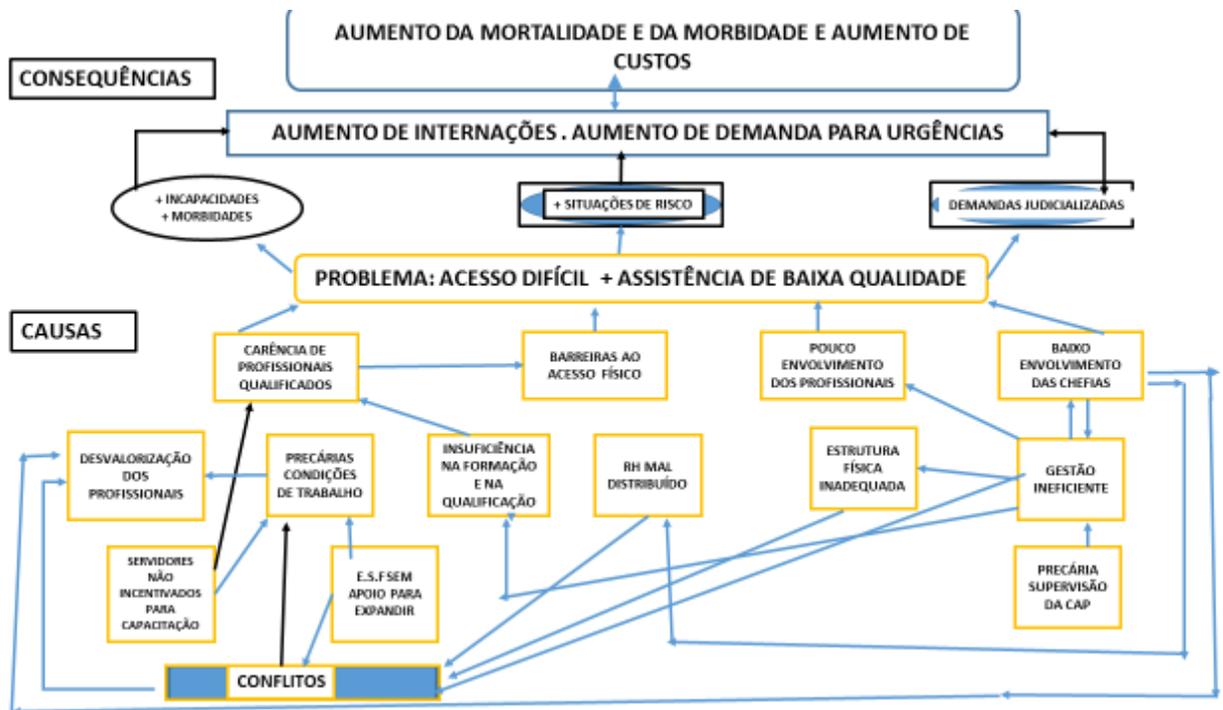
Considerando como problema o acesso difícil acrescido de uma assistência de baixa qualidade, podemos concluir que esta inter-relação vai configurando novas situações de risco, que vão se agravando, com potencialidade de gerar mais incapacidades e morbidades e que acabam resultando em atendimentos de urgência ou internações.

Para enfrentar as dificuldades de acesso, muitas vezes, as famílias recorrem a Demandas Judicializadas, e os resultados das ações também remetem a consultas de urgência e/ou internações, trazendo impactos importantes no aumento da mortalidade e da morbidade, e elevando os custos da assistência.

No caso do CMS MAE, encontramos algumas explicações para o problema de difícil acesso, relacionados aos profissionais e gestores da unidade. Chamou-nos a atenção o número grande de conflitos, relacionados a uma

sistemática desvalorização dos servidores públicos, com precárias condições de trabalho, sem informação sobre questões de serviço e de rotina da unidade, e não sendo mais incluídos nas capacitações técnicas oferecidas, sem melhoria na sua qualificação para a tarefa de atendimento aos usuários, sobretudo aos idosos. Por outro lado, encontramos os profissionais das ESFs sem apoio local para sua expansão (embora a meta de expansão esteja bem estabelecida pelos gestores centrais) ,havendo um quadro de permanente conflito entre os dois grupos. As barreiras físicas, agregadas a profissionais mal distribuídos para as funções, desmotivados e o baixo envolvimento das chefias e gestores nas resoluções de problemas contribuíram para o acesso difícil e a baixa qualidade da atenção.

Quadro 24. Quadro explicativo do problema de acesso difícil e assistência de baixa qualidade para idosos no CMS MAE



Fonte: elaboração própria.

Desta forma, parte da responsabilidade pelo desempenho não satisfatório dos profissionais pode estar relacionado ao desconhecimento de questões próprias para atenção ao idoso, que podem ser solucionadas através de novos cursos, oficinas e/ou capacitações para preparar os profissionais.

A Farmácia se apresentou como sede de algumas dessas iniciativas, pois seus profissionais entenderam a necessidade de manter com os usuários idosos e outros uma comunicação atenta e respeitosa, que muitas vezes extrapolava a assistência farmacêutica, pois lá poderia se obter informações sobre outros serviços da unidade. Os artefatos criados pelas profissionais para solucionar o problema de adesão à tomada de remédios certos no horário certo, através de marcação no blister ou de arrumação em caixinhas com símbolos que remetiam aos horários, qualificou a assistência e demonstrou um cuidado com a população.

Até agora, discutimos as características estruturais e o processo de trabalho na produção da qualidade do cuidado com conforto, tranquilidade e privacidade. Destes recursos, só pudemos deduzir que as condições eram favoráveis ou contrárias a uma boa assistência. Entretanto, se desejamos obter uma imagem mais precisa do cuidado ao idoso, como efetivamente ele foi prestado, é necessário trazer alguns outros tópicos que representam o que vamos denominar aqui, não de resultados, mas de *“produto da assistência: o cuidado”*.

4.3 Produto da assistência: O cuidado

O produto da assistência como resultado dos cuidados de saúde em termos de recuperação, restauração da função e sobrevivência, tem sido frequentemente utilizado como um indicador da qualidade. Os resultados tendem a ser mais específicos e aparentemente sujeitos a uma medição mais precisa, podendo refletir não só a potencialidade da ciência médica para alcançar determinados efeitos de certas condições dadas, mas também o grau que tem sido aplicado. Alguns resultados são fáceis de medir sem qualquer erro (morte, por exemplo), e outros são mais difíceis, como estado de bem-estar, deficiência, satisfação, reabilitação social. Embora sejam considerados em conjunto, podem ser indicativos de boa ou de má atenção à saúde e qualidade do cuidado. (DONABEDIAN, 2001;NUCKOLS; ESCARCE: ASCH, 2013; ZHAO et al.,2015; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN, 2015).

Se, por um lado, temos dados objetivos para analisar o cuidado enquanto resultado de qualidade de infraestrutura e de processo de trabalho e gestão, confrontamo-nos com situações/ cenas que expressaram novas possibilidades,

permitindo ver o cuidado como aquilo que se mostrou por si mesmo e através de práticas relacionais entre o ser cuidado e o ser cuidador.

Como uma questão central na vida de todos, e entendendo que existem infinitas ações de cuidado que são decisivas no “fazer sentido” na vida e nas vicissitudes da existência da pessoa idosa que é cuidada, pretendemos apresentar algumas das muitas maneiras para exercer o cuidado e identificar quais elementos nesse comportamento de cuidar que incluem receptividade, reciprocidade, conectividade, responsabilidade e compromisso.

4.3.1 O cuidado coletivo: vacina de influenza e H1N1

A gripe é uma doença respiratória que muito preocupa a saúde pública mundial, pois o vírus da influenza é muito mutável, capaz de produzir formas muito diferentes de agravos, tendo sido responsável por três pandemias no último século que levaram à morte 50 milhões de indivíduos.

A vacina de gripe foi implementada pelo SUS em 1999, com o objetivo de proteger os grupos mais vulneráveis ao vírus, destacando-se os indivíduos com mais de 60 anos ou mais e os portadores de doenças crônicas, que são os mais afetados pelo vírus da influenza com risco de graves complicações e até mesmo a morte. Portanto, a vacinação anual é a medida mais eficaz para reduzir a morbidade e a mortalidade. Desde a implementação das campanhas de vacina, tem se observado redução na morbimortalidade, no absenteísmo no trabalho e nos gastos com o tratamento e internações resultantes das complicações (COSTA-E-SILVA; MENANDRO, 2013; CASARIN et al., 2011; BRASIL, 2010). E embora a eficácia da vacina já tenha sido comprovada por estudos clínicos, ainda não foi possível alcançar as metas mínimas previstas pelo Ministério da Saúde nas diversas campanhas realizadas no Brasil (CASARIN et al., 2011).

Moura e colaboradores (2015) estudaram os fatores relacionados à adesão de idosos não institucionalizados à vacinação contra a influenza no município de São Paulo, utilizando como variáveis independentes as características demográficas, sexo, nacionalidade, idade (60-69 anos, 70-79 anos, 80 ou mais), estado conjugal, morar sozinho, cor da pele, condições socioeconômicas, escolaridade, trabalho atual, ingestão de álcool, tabagismo, condições de saúde, queda no último ano, e uso e acesso aos serviços de saúde. Os autores observaram

que o motivo mais citado para a não adesão era a crença na falta de eficácia da vacina, e que a adesão era mais frequente em idosos mais velhos, com uma ou mais doenças crônicas que os levavam com maior frequência aos serviços de saúde para controle dessas doenças, realizar consultas e receber medicamentos. Assim, eles teriam mais acesso às informações sobre as campanhas de vacinação e, principalmente, à recomendação de um profissional de saúde (MOURA et al., 2015).

As metas estabelecidas pelo MS para vacinação foram de 80% da população-alvo nos anos de 2012 até 2016. Os estados, municípios e suas respectivas unidades deveriam se organizar para cumpri-las. No CMS MAE, não foi possível atingir as metas estipuladas, ficando muito abaixo do esperado nos anos de 2012 a 2015. No entanto, no último ano (2016), foi possível perceber aumento significativo das doses aplicadas e, conseqüentemente, um resultado mais próximo da meta.

Tabela 7. Doses e metas de vacinas anti-influenza realizadas pelo CMS MAE

	2012	2013	2014	2015	2016	
60- 64	5231	4704	5644	5912	10189	
65-69	4062	3501	4013	4633	7922	
70-74	3485	3061	3394	3754	6981	
75-79	2945	2515	2673	3257	6050	
80 e +	4400	3635	3767	4066	8188	
total	20123	17416	19491	21622	39330	
meta	49,80%	44,00%	49,50%	54,98%	70,46%	
Fonte: Relatório de cobertura vacinal da SMS RJ. CMS MAE - Iplan Rio						

Esse aumento significativo foi discutido com os profissionais do setor de Vigilância Epidemiológica e outros. E para tal fenômeno, os participantes da pesquisa apresentaram suas justificativas, que sistematizamos no quadro 25, a seguir.

Quadro 25. Ideia central e expressões-chave relativas ao tema “Adesão à campanha de vacinação de influenza” – estratégias

Ideia Central	Expressão- Chave
Estratégia	Não adotamos nenhuma estratégia nova para aumentar a cobertura vacinal
Estratégia	Quando eu estava na mesa como escriba deixava qualquer um vacinar, se entrou na fila, ganhou vacina
Medo de morrer	O povo está vindo vacinar porque está com medo de morrer.
Mídia	A Tv está mostrando que muita gente tá morrendo de gripe, isto apavora as pessoas, por isso estão vindo vacinar.
Estratégia	A ordem é vacinar todo mundo, quem quiser, toma vacina. Precisamos bater a meta
Necessidade e demanda	Eu vou reclamar na Ouvidoria, estão vacinando todo mundo, vai acabar as vacinas e os velhos que precisam não vão tomar. (Idoso na fila)
Necessidade e demanda	Se não quer tomar vacina quem precisa e outro vem pedindo a vacina, eu vou dar.

Fonte: elaboração própria.

Discurso coletivo dos profissionais de saúde que trabalharam na campanha de vacinação contra gripe de 2016

Não foi adotada nenhuma estratégia nova para aumentar a cobertura vacinal. A população está com medo de morrer porque a mídia está apresentando os casos que evoluíram para morte. Aceitamos para vacinar qualquer um que aparecesse na fila e foi marcado nas estatísticas em grupos similares para poder atingir a meta.

Quando perguntamos à chefe da Vigilância Epidemiológica se havia além das estratégias descritas, outras que explicassem o aumento das doses aplicadas, ela nos disse que não foram adotadas novas estratégias, mas que se observou aumento das doses aplicadas e do alcance da meta para idosos e outras faixas etárias e/ou pacientes com doenças crônicas, assim como para profissionais de saúde no CMS MAE, além de todas as unidades de saúde do município do Rio de Janeiro e em todos os municípios do Brasil. Foram divulgados boletins do MS a respeito, que os estudiosos do assunto atribuíram o aumento de cobertura vacinal ao medo da morte por gripe. A mídia divulgou com muita ênfase, no ano anterior e

nos meses que antecederam a campanha, números de pessoas acometidas pela doença, os vários casos de gripe. As complicações e as mortes por gripe fizeram com que a população temerosa buscasse a vacinação, no intuito de se proteger da doença e da morte.

Não podemos afirmar que houve aumento de cobertura para o grupo de idosos, porém, no período em que acompanhamos os idosos no CMS MAE, observamos que as queixas respiratórias não eram muito frequentes e não testemunhamos quadros respiratórios infecciosos agudos e graves.

4.3.2 Como avaliamos a qualidade do cuidado: a Ouvidoria

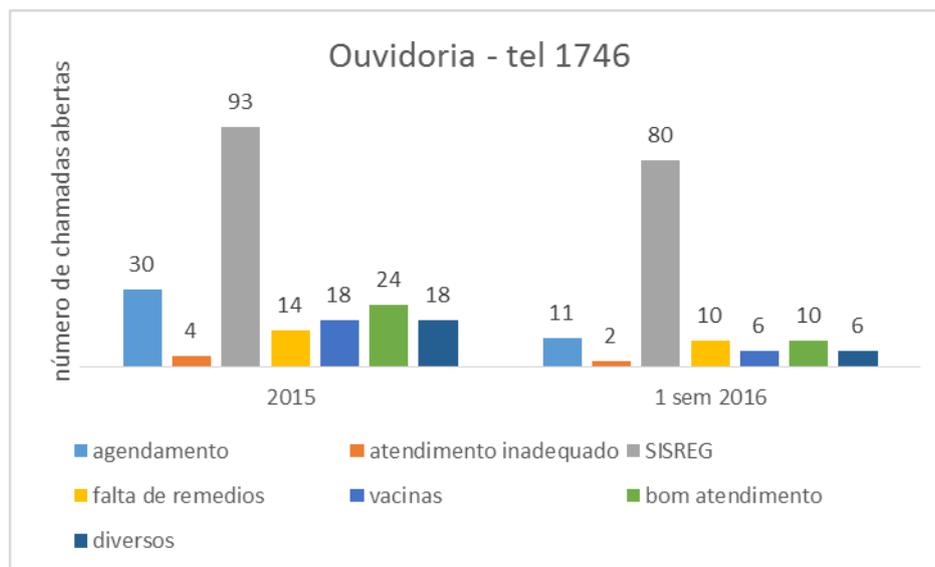
O respeito aos direitos dos pacientes e de seus familiares, é uma das principais dimensões da qualidade em saúde. É a tradução do entendimento da equipe de saúde, nela incluídos todos os profissionais que atuam no serviço, de sua missão profissional e institucional.

Nossos serviços de saúde, em geral, não são organizados a partir das demandas da sociedade, ao contrário; historicamente, tem sido uma construção feita baseada em saberes médicos (serviços especializados) ou por patologias (serviços ligados ao tratamento de patologias como câncer, tuberculose etc). Essa forma de organização tende a considerar prioritariamente a relação de oferta de serviços, apresentando significativa dificuldade em aceitar as pressões demandadas pelos pacientes, sobretudo aquelas que vão surgindo com a conquista de novos direitos, como a obrigatoriedade do acompanhante de crianças e idosos e o fornecimento de medicamentos para determinadas doenças (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013; MARTINS et al., 2015; 2016; LIMA NETO; DURÁN, 2016).

No município do Rio de Janeiro, pode-se entrar em contato com o serviço indo a um dos locais onde estão instaladas as Ouvidorias regionais, através do telefone 1746, ou ainda pela internet. O chamado é analisado e enviado para o local apontado no chamado para esclarecimento do fato relatado ou para informação de sugestões ou elogios, por exemplo.

No caso do CMS MAE, no ano de 2015 e no 1^o semestre de 2016 foram abertos, respectivamente, 201 e 125 chamados, distribuídos conforme a tabela a seguir.

Gráfico 1. Chamados abertos pelos usuários para a Ouvidoria (1746) relativos ao CMS MAE



Fonte: elaboração própria.

Nos dois períodos, o maior número de chamados estava relacionado às questões relativas ao SISREG, correspondendo a 44% dos chamados em 2015 e 64% no primeiro semestre de 2016. Podemos supor que este aumento esteja relacionado com o maior fluxo de entrada de novos encaminhamentos e exames com uma demora muito expressiva na sua resolução. Essa situação se confirma ao observarmos o número de dias que separam o pedido do exame/consulta do especialista do agendamento destes, apresentados anteriormente.

Quadro 26. Ideias centrais e expressões-chave relativas ao uso da Ouvidoria

Ideias centrais	Expressões-chave
Uso da Ouvidoria e solução do caso	Precisei ligar para a ouvidoria para marcar minha consulta. Rapidinho a diretora ligou e me convidou para conversar com ela na sala dela e marcou meu exame. (usuário)
Receio de usar a Ouvidoria	Só não reclamo na Ouvidoria sobre os maltratos que a gente sofre aqui no posto porque tenho medo de ficarem com raiva de mim e piorar a situação.
Reclamações não resolvidas	Reclamei que fui muito mal atendido por um funcionário do posto. Eles se desculparam mas "ele" continua trabalhando aqui e sendo grosso.

Fonte: elaboração própria.

Discurso coletivo dos usuários sobre a Ouvidoria

Acreditamos que a Ouvidoria só funciona para ajudar a marcar consultas mais rapidamente. Não é eficaz para corrigir as falhas de mau comportamento de profissionais e temos receio que as queixas possam resultar em um mecanismo de perseguição para o queixoso.

O reconhecimento dos estabelecimentos assistenciais de saúde e seus profissionais, como asseguradores de direitos sociais duramente conquistados pelos usuários ao longo dos séculos XIX e XX, traz o entendimento de que os todos os pacientes que procuram um serviço de saúde têm o direito de fazê-lo, mesmo que o serviço não seja a melhor opção para sua necessidade. Daí surge a utilização do canal da Ouvidoria, para garantir que a avaliação da qualidade do cuidado pelo usuário seja feita.

Os resultados dos chamados da Ouvidoria foram apresentados durante o Seminário de Accountability, onde estavam presentes algumas chefias do CMS e os integrantes das equipes de Saúde da Família.

4.3.3 Da atenção fragmentada para a coordenação do cuidado

Em geral, o idoso que já foi usuário do sistema privado de saúde apresenta um histórico de vários acompanhamentos por profissionais das mais variadas especialidades, múltiplas prescrições e recomendações conflitantes. Não é raro que ele, ou seu familiar acompanhante, traga uma lista com uma grande variedade de demandas por especialidades e exames. Acostumados a uma atenção fragmentada executada por muitos profissionais diferentes e uma variedade de prescrições de medicamentos, apresentam certa rejeição à ideia de que, a partir de sua migração para o serviço público, ele terá como referência um clínico ou um médico generalista que será quem supostamente deverá coordenar seu cuidado. A maioria dos profissionais de saúde (inclusive dos serviços públicos) compartilha um valor comum que enfatiza o modelo biomédico, que elege os especialistas para realizar a modalidade assistencial em saúde. A mudança proposta nem sempre é bem tolerada, e depende muito da relação que será estabelecida entre o profissional e o paciente.

Para exemplificar, apresentaremos alguns relatos obtidos nas entrevistas:

Caso 1: Sr. Carvalho (76 anos) entra no consultório e tira de sua carteira um papel com uma longa lista. Nesta estão todos os seus pedidos: remédios (lista o que deseja pegar na farmácia e diz que já está tomando há tempos), exames de rotina para realizar seu *check-up* anual, lista de encaminhamentos para médicos especialistas. Quando começo a perguntar os motivos para o uso dos remédios, para a realização de exames e para cada encaminhamento solicitado, ele fica muito aborrecido. Ele se agita na cadeira e responde de forma grosseira, pois pensa que não quero preencher os pedidos. Argumento que se trata de tentar ajudá-lo, que poderia resolver algumas questões, mas ele está irredutível. Após alguns minutos, sai da sala com o ar muito aborrecido.

Ele retorna semanas após, e traz nova lista. Agora explica porque deseja cada medicamento, cada exame e cada encaminhamento. Mesmo explicando como a AP funciona, decido atender aos seus pedidos. Quem sabe, da próxima vez, ele esteja mais receptivo?

Seis meses se passaram e o Sr. Carvalho retorna. Sempre acompanhado de uma lista (diz que é para não esquecer). Esta é diferente. Ele fala de sua saúde, de como está, faz perguntas sobre alimentação e alguns sintomas que está apresentando. Relata que esteve com os especialistas cujas consultas havia demandado. Todos o “devolveram” para a AP. Examinoo, conversamos e ele se despede com uma promessa de retorno.

Caso 2: Dona Rosa (78) e Sr. Cravo (75), casal muito simpático que comparece à consulta. Ela, diabética e hipertensa de longa data, desenvolveu insuficiência renal crônica e anemia. Ele fica atento e procura intermediar a conversa, pois ela está muito ansiosa. Ela é acompanhada por cardiologista, nefrologista, hematologista e endocrinologista na rede particular. O motivo de sua consulta na AP está relacionado à necessidade de utilização de medicamentos caros e alguns disponibilizados pelo SMS-RJ pela farmácia de atenção básica, e outro pela farmácia da rede estadual de saúde, por serem considerados medicamentos especializados. Para ter acesso a estes medicamentos,

ela precisa que o médico da unidade de AP próxima a sua casa prescreva em receituário SUS e preencha a guia de LME para aquisição dos remédios da farmácia especializada. Após algumas tentativas (outros médicos se negaram a preencher da LME e o laudo), chegam à consulta e apresentam documentos, receitas, laudos; demandam agendamento com os especialistas para conseguir os medicamentos. Preencho as guias, faço os laudos e eles saem agradecidos.

Três meses depois, o casal retorna. As guias de LME precisam ser renovadas e o laudo também. Na ocasião, Dona Rosa solicita que eu avalie suas receitas e que passe a acompanhá-la em todas suas questões de saúde. Desde então, eles retornam a cada três meses, conversamos, eu a examino, refaço as guias e eles parecem estar satisfeitos, mas confessam que mantêm os vínculos com os médicos do plano de saúde, por insegurança em relação à necessidade de utilização para internação ou exames complementares mais caros.

4.3.4 Quem cuida do idoso?

Em nosso estudo, observamos diversos tipos de cuidadores, filhos, filhas, irmãos, irmãs, sobrinhos, sobrinhas, netos, netas, cuidadores contratados pelas famílias, assim como identificamos que as mulheres eram as mais presentes como cuidadoras. Em um universo de 35 idosos e seus familiares entrevistados, verificamos apenas quatro cuidadores familiares homens: dois esposos/companheiros e dois filhos.

Em relação ao tema “Cuidado e cuidador”, e a partir das entrevistas, selecionamos algumas falas de familiares/ acompanhantes sobre quem é e o que faz o cuidador, que relacionamos em seguida.

Quadro 27: Ideia Central e expressões-chave sobre o tema “Cuidadores”

Ideia Central	Expressões chave
Eu e Deus cuidador	Só existe eu e Deus! Não tenho família, moro sozinha, só Deus me acompanha.
Família Cuidadora	Somos três sobrinhos. Esta minha tia, viveu para nós, cuidou de nós, deu estudo, casa e comida. Hoje cuidamos dela. Cada um fica um dia com ela.
Vizinha cuidadora	Sou vizinha, os filhos abandonaram ele, então eu o trouxe para minha casa e cuido dele aqui. Dou as refeições, supervisiono o banho, dou os remédios na hora certa, levo para o posto, quando ele precisa.
Funcionária Cuidadora	Trabalho na firma desta família há muitos anos e quando o Sr. Joaquim (o patrão) e sua filha precisam, eu os trago no posto para se tratarem. A família é muito confusa, eles não se movimentam para cuidar da saúde.
Cônjuge cuidador	Eu (74 anos) vivo com ela há 48 anos, não temos filhos, agora ela está acamada e eu que cuido dela. Dou banho, dou comida, trago no médico.
Neta cuidadora	Tenho que cuidar da minha vó, ela é tudo para mim e para o Luizinho (filho da neta)
Filho cuidador	Eu cuido de mamãe. Dou os remédios, levo para médico, para passear, vejo o que ela precisa e providencio.
Filha cuidadora	Eu me sinto sobrecarregada. É muito difícil, tenho outros irmãos, que não ajudam em nada. Mamãe reclama de tudo, da comida que faço, que sou chata porque quero levar ela ao médico, que quero que ela ande em casa e que participe da vida da família, que saia conosco. Ela só fala no meu irmão Betinho, para ela ele é o maior, mais bem-sucedido, etc, etc etc. Ele não tá nem aí para ela, nem telefonar ...E ela nem percebe o quanto cuidamos dela aqui em casa.

Fonte: elaboração própria.

Discurso coletivo dos cuidadores de idosos

Somos diferentes tipos de cuidadores, predominando as mulheres, filhas, netas, vizinhas. A pessoa a ser cuidada é merecedora dos cuidados que fazemos com ela, embora nem sempre ela reconheça o que fazemos. Acompanhamos, alimentamos, damos os remédios, levamos para passear e para o médico. Identificamos as necessidades e tentamos providenciar o que ela precisa.

Podemos perceber, nesse discurso, que ele está muito mais focado nas ações que visam ao bem-estar físico. Não identificamos neles elementos que discutissem a questão relacional, nem os desafios do ato de cuidar. Estas evidências correspondem àquelas encontradas nos itens anteriores (quando apresentamos os dados relativos aos temas “infraestrutura” e “Processos de trabalho”). Assim, elas são relativas às práticas de cuidado restritas a um “êxito técnico” (AYRES, 2001, 2009), pois se referem ao cuidado baseado no resultado da interação entre recursos disponíveis e processos de fazer. Também pudemos perceber que havia diversas demandas apresentadas pelos idosos que nem sempre correspondiam às ofertas do serviço, mas que também foram avaliadas pelos idosos como cuidado enquanto “êxito técnico”.

Entretanto, nos foram reveladas evidências de um cuidado que extrapolava as questões relativas ao “êxito técnico”, em que o restabelecimento do bem-estar físico e psíquico e controle de doenças passam a ser insuficientes para avaliar as práticas de saúde; onde ingredientes do cuidar, como conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem (MAYEROFF, 1971 apud WALDOW, 2004) estiveram presentes.

4.3.5 De que cuidado estamos falando?

Os idosos são potenciais demandantes de cuidados, pois o aumento da expectativa de vida está relacionado à possibilidade do aparecimento de doenças degenerativas e crônicas que os tornam mais dependentes de algum tipo de ajuda e de cuidado.

Neste item, apresentamos alguns relatos de casos únicos e emblemáticos de um cuidado que extrapola o êxito técnico diferenciado, onde na relação entre cuidador e ser cuidado está presente a “atitude de cuidar” (Boff) com presença implicada, comprometida e atuante (FIGUEIREDO, 2012).

4.3.5.1 O cuidado que vai além

Sr. Jatobá (72 anos), viúvo com dois filhos, apresenta neoplasia de próstata em tratamento em hospital de referência e no CMS MAE. Ele vem ao posto

acompanhado de sua namorada, Hera. Ela tem 34 anos e apresenta retardo mental. O Sr. Jatobá deseja um atestado de sanidade física e mental (exigência do juiz do cartório civil). Ele quer casar com Hera, deixar sua casa e sua aposentadoria para ela quando ele morrer. Ela cuida dele desde que ele ficou viúvo, há sete anos. Arruma sua casa, faz sua comida, dá seus remédios, o leva nas consultas médicas.

Hera tem uma filha de dez anos (pai desconhecido), não concluiu o primário e sua condição financeira é precária. Ele é aposentado e os filhos estão estabilizados financeiramente e concordam com a união matrimonial do pai. Ao exame, está lúcido, orientado, sem sinais de alterações nas funções cognitivas. Atestado concedido. Dois meses depois retornam, ela me mostra a aliança com muito orgulho e ele também está feliz.

O casal alterna os papéis de ser cuidador e ser cuidado, numa relação marcada pelo afeto e compromisso recíproco com as necessidades do outro. Embora o caso apresentado não esteja relacionado às questões explícitas de saúde, revela que o cuidado é relacional e causa impacto nas vidas pessoais de seus cuidadores. Hera, apesar de suas limitações, zela pelo bem-estar, saúde e alimentação do Sr. Jatobá, que devolve o cuidado quando pensa em proporcionar, através do casamento, garantias de sobrevivência para Hera e sua filha.

4.3.5.2 O cuidado que reverbera

As gêmeas Sra Maria Rosa (63 anos, solteira) e Rosa Maria (63 anos, viúva com dois filhos); Cipreste (37 anos), com quadro de psicose grave, já esteve internado diversas vezes, mas agora está em uso de medicação e encontra-se estável; e Jamelão (32 anos), que tem retardo mental. Elas cuidam dos rapazes e sempre estão no posto por eles ou para suas próprias consultas. Agendam a consulta para o mesmo dia e horários próximos e entram juntas no consultório. Falam como se estivessem fazendo um jogral, uma fala de seus problemas e a outra complementa e compara com os próprios. Compartilham dores, angústias, sentimentos, preocupações e cuidados para ambas e para os rapazes, apresentando argumentos motivadores mutuamente. Muito religiosas, evocam Deus e os santos e depositam sua fé e esperança em dias melhores. Não têm parentes e

seu ciclo social é bem restrito, conhecem poucas pessoas da Igreja (que estão com dificuldade de frequentar por “causa dos rapazes”).

Esta família apresenta uma dinâmica muito complexa e que demanda um projeto de intervenção multidisciplinar. Embora necessário, ainda não foi possível concretizá-lo. A família mora em área não adscrita pelas ESFs, e a assistência que lhe é prestada, por profissionais de diferentes categorias, é pontual e fragmentada. Como as duas são pacientes do CMS MAE, por diversas vezes tentamos apresentar algumas possibilidades para ampliar as relações desta família com a comunidade, infelizmente, sem êxito.

O que destacamos, neste caso em particular, é um amor incondicional, que se revelou na medida da necessidade de cuidar do outro, mesmo quando não havia reciprocidade por parte dos rapazes. Nas várias conversas que tivemos, elas reconheceram e declararam aceitar as limitações dos jovens, mas também pacientemente esperavam por dias melhores, sempre com muita coragem e confiança. O “comportamento de cuidar” exercido por essas irmãs de forma tão contundente poderia ser explicado pela receptividade, reciprocidade e conectividade que mantinham entre si, que se expressava nas suas falas e comportamentos. Cuidando e sendo cuidadas, em um movimento contínuo que talvez tenha contribuído para o exercício da paciência, no reconhecimento do outro com ele e na esperança sem medida e vivida com muita coragem e confiança.

4.3.5.3 O cuidado altruístico

Dona Camélia, viúva, 67 anos, aposentada, senhora simpática e sempre sorridente. Moradora de Vila Isabel, frequenta da Igreja Católica local. Já retirou das ruas algumas pessoas, conseguiu abrigo ou contato com as famílias. Recentemente, conseguiu a internação do Siri (morador de rua, 54 anos, com tuberculose multirresistente) e o visita regularmente no hospital de referência onde ele permanece em tratamento. Ultimamente, abrigou em sua casa um diabético com uma úlcera de perna com infecção, enfrentando os comentários dos vizinhos e de seus familiares.

Esta senhora miúda e de aspecto frágil está sempre no posto, seja para trazer algum morador da comunidade para consulta, seja para falar com um médico, um enfermeiro ou com o assistente social ou pegar remédios para aqueles que cuida.

Todos os profissionais de saúde a conhecem. Quando aparece ao final do dia e espera pacientemente o término das consultas, ela dá notícia daqueles que cuida e pede informações e orientações para outras pessoas da comunidade que recorrem a ela solicitando ajuda. Incansável, agora está "tomando aulas" com uma assistente social do Hospital do Andaraí, ela quer poder ajudar mais.

D. Camélia vem exercendo o cuidado a partir de sua sensibilização pelo sofrimento de outros, que estariam sem acesso à unidade de saúde (precisam de um intermediador para conseguir acesso). Este "trabalho social" assumido por ela para pessoas sem qualquer relação de parentesco e amizade, na grande maioria moradores de rua, foi capaz de criar relações muito próximas entre ela, aqueles que cuida e profissionais de saúde, possibilitando intervenções e consequentes possibilidades de cuidado com êxitos técnicos, sobretudo com o resgate dos "projetos de vida" dos seres cuidados. Neste caso, fica muito clara a identificação do agente cuidador que foi responsável pelo somatório de um grande número de pequenos cuidados, e que foram produzidos após as inúmeras negociações realizadas por ela para atender às demandas que identificou. Aqui o trabalho e o cuidado se complementaram, e não houve limitação de trabalho

4.3.5.4 O cuidado que transborda

Enfermeira Orquídea, especialista em pé diabético. Conversa, orienta os pacientes. Um dia, ao solicitar que uma senhora idosa e diabética retirasse os sapatos para avaliação dos seus pés, encontrou certa resistência da idosa. Com seu jeito meigo e atencioso, finalmente conseguiu que a idosa consentisse com a retirada dos sapatos. Para seu espanto, encontrou as unhas dos dedos dos pés muito grandes, curvadas e ferindo a pele dos dedos. A idosa, envergonhada, disse que não conseguia cortar suas próprias unhas porque não conseguia se curvar e não enxergava direito. Também não havia quem fizesse isto, apesar de morar com uma de suas filhas. A enfermeira arranjou uma bacia, colocou os pés da idosa de molho em água morna e com paciência cortou e lixou as unhas do pé da idosa. Cuidou das feridas e pediu que ela retornasse a cada mês para nova avaliação.

A atitude da enfermeira representou muito bem o-modos-de-ser-no-mundo (Boff) pelo cuidado. Sua atitude, que aparentemente estaria relacionada a cuidados

higiênicos e preventivos de lesões, envolveu, acima de tudo, o resgate da autoestima da idosa, a partir da valorização e respeito à pessoa que estava ali para ser cuidada. A combinação de trabalho com cuidado constituiu a totalidade da experiência com sentimento, emoção, envolvimento, capacidade de afetar e de ser afetado.

O cuidado é considerado parte das obrigações e tarefas de profissionais de saúde, que muitas vezes se restringem àquelas que buscam o cuidado enquanto êxito técnico. No caso acima, ficou clara a presença implicada, comprometida e atuante da profissional (FIGUEIREDO, 2012).

4.3.5.5 Demanda exagerada por cuidado: hiperfrequentadores

Sônia, 62 anos, procura atendimento médico. Neste ano de 2016, contabilizamos 14 consultas na Clínica Médica que foram registradas no prontuário. Todos no CMS MAE a conhecem, ela “madruga” na unidade para conseguir atendimento, e quando não consegue chora, grita, mobiliza outros pacientes que aguardam atendimento e que cedem a vez para ela, ou aguarda na porta de algum consultório médico para ter a oportunidade de solicitar um encaixe no atendimento daquele profissional.

Quando consegue seu intento, apresenta uma série de sintomas vagos, de localização imprecisa. Os registros no seu prontuário mostram que todos já foram pesquisados. Existem registros de exames físicos sem alterações significativas e de exames complementares sem nenhum diagnóstico possível. Conversando com alguns profissionais que a atendem, escutamos diferentes abordagens para o caso. Alguns fazem consultas rápidas e pontuais e prescrevem sintomáticos, relacionados às queixas e a “despacham”. Um dos entrevistados disse que havia recomendado a ela que fizesse uma consulta na psiquiatria e “ela saiu do consultório furiosa, dizendo que não é maluca para tratar com psiquiatra”. Um deles disse que, certo dia, resolveu deixá-la falar de seus sintomas, sem interrompê-la. Ela falou, falou, falou mais de uma hora e contou muitas coisas para ele da vida pessoal dela, “coisas que não faziam sentido para o diagnóstico e muito menos para o tratamento”. Nesse dia, ele se arrependeu muito, porque, segundo ele, não ajudou a

resolver o problema dela e ele se atrasou para as demais consultas. Entretanto, pudemos observar um intervalo maior entre esta consulta e a próxima.

Sônia representa um tipo de paciente muito comum na Atenção Primária, e que pode ser denominada de hiperfrequentadora ou hiperutilizadora do serviço de saúde, porque, ao utilizar com frequência a unidade de Atenção Primária, acaba induzindo um grande número de prescrições e de referências para outros níveis de cuidados. Os hiperfrequentadores possuem algumas características em comum, como sexo feminino, classe econômico social mais baixa, idade média 50-65 anos e presença de doenças crônicas, físicas e problemas sociais e emocionais. Os autores acreditam que, para tentar reduzir o número de consultas desses pacientes, assim como melhorar sua satisfação, pode-se tentar uma intervenção multiprofissional, abordando o paciente como um todo e integrando suas queixas no contexto de suas vivências (GOMES et al., 2013; NEUBERGER, 2014).

O relato do último médico, que “deixou ela falar de coisas que não tinham sentido para ele”, mas que faziam muito sentido para ela, talvez tenha permitido que a própria fizesse uma autorreflexão de seus problemas, que conseguiu espontaneamente verbalizar. Deixa-nos a impressão de que elas, assim como outros frequentadores da unidade, não necessariamente demandam/precisam de consultas, mas que necessitariam de um espaço para que pudessem apenas falar e serem escutados e talvez... conversar.

4.3.6 O cuidado no fim da vida

No final de dia longo de atendimento, recebemos em nosso consultório a Sra Geralda, sua filha Débora e a neta Renata.

Dona Geralda, de 75 anos, muito emagrecida, pele amarelada e com o abdome muito distendido, fala baixinho e quase sem forças. Débora explica que trouxe sua mãe para cuidar dela, pois onde ela mora (Saracuruna), os recursos são precários. Geralda começou a “passar mal” cerca de 20 dias atrás, estava com muita dor e vomitando sem parar. Foi levada ao hospital local, foi examinada, medicada e realizou alguns exames de sangue e uma tomografia computadorizada de abdome. O médico que a atendeu no hospital orientou a família a buscar uma vaga de internação no Instituto Nacional de Câncer (INCA), através do posto de saúde mais

próximo de sua residência. Como as irmãs de Débora não conseguiram encaminhamento, pediram que ela fosse buscar a mãe e tentasse a internação no município de Rio de Janeiro. Débora nos entregou uma folha de receituário com o nome de Geralda e o pedido de internação no INCA, os exames de sangue e o filme da TC.

Escutamos as queixas relativas aos sintomas que ela apresentava, examinamos D. Geralda, vimos os exames de sangue e o filme da TC. Perguntamos se o médico havia dito qual era o problema de D. Geralda. Não, a própria e ninguém da família tinha sido informado sobre diagnósticos possíveis e condutas.

A omissão de informações referentes ao caso de D. Geralda, no começo de sua busca por cuidados, é uma situação que encontramos ainda com muita frequência nos serviços de saúde. A dificuldade de comunicar a notícia de uma doença grave, com sérias consequências para a própria doente e sua família, pode ser uma tarefa difícil e estressante para muitos médicos e nem sempre é realizada de maneira adequada (VICTORINO et al., 2007; LINO et al., 2011; CARRIÓ, 2012).

Mesmo difícil e doloroso, é necessário o enfrentamento de notícias que alteram a perspectiva do paciente sobre sua própria existência. Diante do cenário de um futuro incerto e preocupante, o paciente idoso, seus familiares e profissionais assistentes precisam compartilhar decisões sobre tratamentos pertinentes e disponíveis, e atentar para que mudanças de decisões também podem ocorrer na eminência da morte (BURLÁ; PY, 2005, 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Pedimos à neta que levasse D. Geralda para beber água. Após a saída delas, perguntamos mais uma vez se o médico que fez o encaminhamento para o INCA havia dito algo alguma coisa para a família e mais uma vez escutei uma resposta negativa. Então, após explicar o conjunto de sinais e sintomas que ela estava apresentando, o que pude observar no exame físico e discutir os resultados dos exames laboratoriais e mostrar na TC, uma imensa massa que se alojava na região do fígado da paciente, informamos que possivelmente se tratava de uma grande massa tumoral – um câncer –, e que era necessário ter em mãos para

anexar ao encaminhamento, a cópia do laudo da TC.⁵² Ela se assustou... chorou por alguns minutos e se comprometeu em buscar o laudo no dia seguinte. Conversamos mais um pouco, e após termos combinado a finalização do preenchimento do documento de encaminhamento, prescrevemos alguns sintomáticos para dor e vômitos, demos algumas instruções sobre alimentação, solicitando que não fosse discutida a doença com D. Geralda nesse momento, pois ela precisava “entender tudo o que estava acontecendo para depois conversar com a sua mãe”. Concordamos e nos despedimos.

Conforme o combinado, no dia seguinte, a neta de D. Geralda trouxe o laudo, finalizamos o preenchimento do encaminhamento e solicitamos ao diretor técnico da unidade que submetesse o pedido no SISREG de imediato. A consulta no INCA foi realizada na semana seguinte e ela ficou em acompanhamento clínico naquele serviço.

D. Geralda passou por todos os processos de diagnóstico, exames e de enfrentamento da morte. A partir daí, ela sempre soube de tudo e participou de todas as decisões referentes ao seu problema. O diagnóstico de neoplasia de fígado se confirmou e, devido ao estado adiantado da doença, não seria feita nenhuma medida muito invasiva e/ou agressiva do ponto de vista farmacológico. Mas era necessário continuar a cuidar de Dona Geralda no domicílio, e ela foi acompanhada por uma equipe de Cuidados Paliativos do INCA.

A OMS, em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, define Cuidados Paliativos (CP) como uma abordagem que melhora a qualidade da vida dos pacientes e suas famílias diante do problema associado à doença potencialmente fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO,2004).

Segue detalhamento realizado pela OMS, em virtude de reconhecermos sua importância e atualidade:

“Cuidado Paliativo:
Proporciona alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
Afirma a vida e considera a morte como um processo normal;
Não pretende nem acelerar nem adiar a morte;
Integra os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente;

⁵² Exigência do Sistema de Regulação Estadual.

Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte;
Oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar durante a doença do paciente e em seu próprio luto;
Usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
Irá melhorar a qualidade de vida, e também pode influenciar positivamente o curso da doença;
É aplicável no início da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para compreender melhor e gerenciar complicações clínicas angustiantes (WHO, 2007, p. 3).

O desafio mais importante está em determinar como as necessidades dos pacientes são definidas e avaliadas. Os cuidados paliativos começam a partir do entendimento que cada paciente tem sua própria história, relacionamentos e cultura, e é digno de respeito como um indivíduo único. Este respeito inclui dar o melhor da assistência médica disponível, para que possam utilizar de seu próprio tempo de forma adequada, e pressupõe a ação interdisciplinar de uma equipe, para que se possa assisti-lo de forma integral, compartilhando demandas e responsabilidades (WHO,2004; HERMES; LAMARCA,2013; CATANIA et al.,2015;BURLÁ; PY,2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Após dois meses, no final da tarde, alguém bate na porta do consultório. Ao atender à porta, reencontramos Débora. Ela veio comunicar o falecimento da mãe, ocorrido há cinco dias antes. Ela nos falou um pouco de sua experiência de cuidar de sua mãe, dos sentimentos contraditórios que experimentou e de como isto afetou sua vida. Ela nos contou que era a filha caçula, e que tinha mais seis irmãos. Ela não foi criada por D. Geralda que, por entender não ter condições de criar tantos filhos, a “havia dado” para ser criada pela sua madrinha. Aos quinze anos, Debora descobriu o fato e sempre se sentiu muito magoada pela “rejeição da mãe”. Quando recebeu o telefonema das irmãs, confessou que “pensou duas vezes” antes de socorrer a D. Geralda, mas “acabou indo buscá-la porque não se nega ajuda a quem sofre”. Quando a trouxe para cuidar e morar com ela, no início ficou muito confusa em ter que conviver com uma pessoa que era praticamente uma estranha. Entretanto, aos poucos foi percebendo a “grande oportunidade de fazer as pazes com o seu passado”. Disse-nos muito emocionada que teve a chance de conhecer, perdoar e amar sua mãe, e que também percebeu que D. Geralda se “perdoou a si mesma e se permitiu amar”

Débora. Que apesar da dor da perda, estava “feliz pela oportunidade do reencontro com a mãe”.

O processo de morrer ocorre de diferentes modos e, embora certos aspectos da assistência, incluindo o controle da dor e a autonomia percebida, sejam importantes, outros aspectos psicossociais da morte podem ser considerados igualmente importantes para os pacientes (CATANIA et al.,2015; BURLÁ; PY, 2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Algumas pessoas estão mais preocupadas sobre sintomas físicos como dor; outros, pelo efeito que a doença tem sobre sua vida cotidiana. Outros podem ficar angustiados pela incerteza da sua situação, por motivos religiosos ou espirituais, ou pelos efeitos de sua doença em sua família. Outros aspectos de uma boa morte, do ponto de vista do paciente e de seus cuidadores, incluem resolver as pendências e frustrações, estar em paz com Deus, ter família presente e estar mentalmente consciente. (HERMES; LAMARCA,2013; CATANIA et al.,2015; BURLÁ; PY, 2005; 2014; FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Assim, os Cuidados paliativos se configura como um complexo sistema de cuidados multidisciplinares e interdisciplinares que envolvem o manejo de questões biomédicas, psicológicas, sociais e espirituais para o idoso e sua família/cuidador, cuja importância reconhecemos, mas que não iremos aprofundar neste trabalho.

A preparação de profissionais da saúde para atuar com Cuidados Paliativos na Atenção Primária é necessária, se desejamos que esses pacientes sejam atendidos da forma mais íntegra e da melhor maneira possível.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de caso analisou a atenção à saúde do idoso em uma unidade de Atenção Primária no Rio de Janeiro, no ano de 2016. A estratégia utilizada para conduzir a pesquisa partiu da construção do protocolo com procedimentos, instrumentos e regras que guiaram a pesquisadora em todas as escolhas realizadas (questões a serem investigadas, pesquisa bibliográfica, sujeitos, dados relevantes).

Existem vários instrumentos propostos para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde de atenção primária (FRACOLLI et al, 2014), e identificamos que o modelo teórico proposto por Donabedian vem sendo utilizado para avaliar e gerenciar unidades de saúde. (SHEAFF, 2013; NUCKOLS; ESCARCE; ASCH, 2013; GARDNER; GARDNER; O'CONNELL, 2014; BUWALDA, 2015; HOVLID et al.,2015; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN, 2015; ZHAO et al., 2015; AYANIAN; MARKEL, 2016; JOHANSSON et al.,2016).

A opção por analisar os serviços e as práticas de saúde, considerando os elementos “estrutura”, “processo” e “resultado” (DONABEDIAN, 1988;1993;2001) surgiu da constatação de que PMAQ-AB que vem sendo utilizado pelos municípios brasileiros devido ao apoio institucional e financeiro do MS para avaliação e qualificação das equipes de Saúde da Família tem suas bases teóricas no modelo proposto por Donabedian (BRASIL, 2011c, 2013).

A unidade CMS MAE localizada na Grande Tijuca foi inaugurada em 1965, tinha como responsabilidade sanitária uma grande área territorial (1.288,48ha) com 189.310 habitantes em 76.125 domicílios (IBGE, 2010). O modelo assistencial da unidade sempre seguiu as recomendações da SMSRJ, que iniciou a implantação de unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro após 1999 de forma lenta e pouco resolutiva até 2008, embora o Ministério da Saúde tenha proposto o modelo de atenção, tido como estruturante do sistema de atenção da Saúde em 1994 (BRASIL/ MS,1994).

Após a entrada de novo governo municipal em 2009, iniciou-se a expansão de ESF associado a um processo de redirecionamento dos usuários, vinculando-os às unidades próximas a seus domicílios e a reorganização dos serviços oferecidos de acordo com o grau de complexidade.

O processo de reorganização de serviços que foi estabelecido pelas diretrizes organizativas do SUS - regionalização e a hierarquização dos serviços (BRASIL,1988), reforçado pelas NOBs de 1991, 1993, 1996, pela NOAS de 2000 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO,2001), pelo Pacto da Saúde (BRASIL,2006c) e pela Política de Atenção Básica (BRASIL,2006a) foi organizando, tardiamente os serviços e/ou unidades de saúde entre si no município do Rio de Janeiro e em particular a área da CAP 2.2.

Também devemos ressaltar que o município do RJ recebia recursos para o financiamento da Atenção Básica, pois a transferência de recursos federais a estados e municípios, iniciou com a habilitação pela NOB-SUS n.º 01/96 e NOAS-SUS n.º 01/2002, depois foi ratificada pelo Pacto de Atenção Básica, e instituiu dois componentes para financiamento da Atenção Básica baseados no número de habitantes do município: o Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e o Piso da Atenção Básica (PAB Variável) (BRASIL, 2006b, 2009, 2011).

O PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde; já o PAB Variável é constituído por recursos destinados ao financiamento de estratégias específicas⁵³ realizadas no âmbito da atenção básica em saúde. Ambos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, e independentemente da produção de serviços. Assim, fica claro o despreparo e a falta de atualização sobre o SUS e seu financiamento, por parte de profissionais e gestores da unidade e o descompromisso de gestores municipais anteriores em ampliar as ações específicas e previstas de Atenção primária.

A unidade possui os espaços adequados para a realização das ações e serviços de Atenção Primária, porém são apertados, com ambientes não receptivos, com barreiras arquitetônicas para idosos e cadeirantes e em condições de higiene e limpeza precárias.

Existe um número significativo de profissionais, embora mal distribuídos, com sobrecarga de trabalho e vivendo em um ambiente hostil, onde os conflitos

⁵³ Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Bucal; Compensação de Especificidades Regionais; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário; Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; E outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (incentivo ao P.

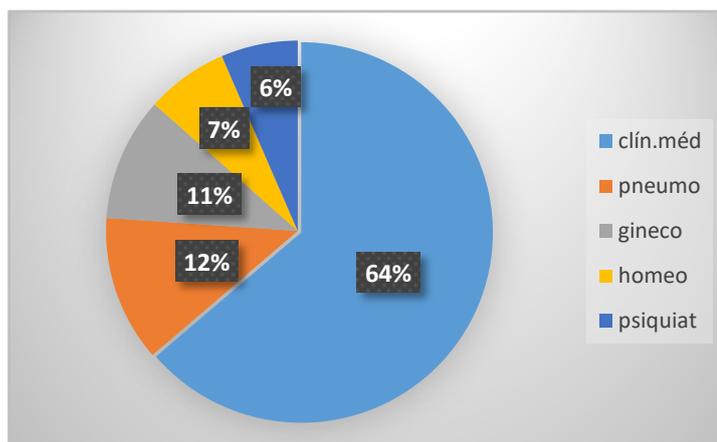
abertos, mágoas e ressentimentos guardados se expressam por uma apatia e/ou revolta. Estes acabam sendo descarregados nos usuários que demandam por cuidados, sobretudo os idosos, porque não entendem suas prioridades, de certa forma admitem o receio e a falta de conhecimento para lidar com esse específico grupo populacional. Agrega-se a estes fatos a insuficiência de treinamentos ou capacitações, necessárias e nem sempre oferecidas. Estas situações acabaram por impactar negativamente a qualidade da atenção prestada a todos, sobretudo aos idosos.

Essa organização de saúde também foi palco de uma série de disputas por espaço, poder, respeito e privilégios. Eles se manifestaram no cotidiano de várias maneiras diferentes e nas falas dos sujeitos envolvidos, sendo lógico supor que existiam conflitos por prioridades diferentes, tendo em vista a multiplicidade de objetivos que a organização apresentava para a coletividade.

As evidências apresentadas nos permitiram afirmar que no caso do CMS MAE, a estrutura presente para ofertar a atenção primária no território de sua responsabilidade sanitária não acompanhou o processo de transição demográfica, a desestabilização do crescimento populacional e o envelhecimento da população (CAMARANO et PASINATO,2010; CAMARANO & MELLO,2010; ALCÂNTARA, CAMARANO et GIACOMIN, 2016)

Assim, as características existentes não estavam adequadas e até prejudiciais, e se apresentaram como prova de qualidade da atenção insatisfatória. Entretanto, a avaliação da estrutura se mostrou um instrumento parcial para a avaliação da qualidade do cuidado. Era uma condição necessária, mas não suficiente para a qualidade do cuidado, porque apesar destas condições ambientais não satisfatórias o CMS MAE respondeu por um grande número de consultas e procedimentos assistenciais de grande diversidade e complexidade para os usuários idosos.

No gráfico a seguir, são apresentadas as proporções de consultas oferecidas aos usuários idosos no período relatado.

Gráfico 2. Consultas realizadas para maiores de 60 anos no CMS MAE

Fonte: elaboração própria

A maioria dos atendimentos demandados pelos idosos foi realizada pelos profissionais da clínica médica (3.411 consultas - 64% das quais 668 (19,58%) eram para idosos frágeis, seguidos pelas consultas em pneumologia (664 consultas - 12%), ginecologia (562 consultas - 11%), homeopatia (372 consultas - 7%) e psiquiatria (347 consultas - 6%).

Em relação aos dados referentes às produções das equipes da ESF: As equipes contabilizaram um total de 10.204 consultas, das quais 3020 (29,59%) foram destinadas para maiores de 60 anos.

Apesar da percentagem significativa de idosos, as ações de saúde destinadas aos idosos e aos adultos⁵⁴ foram realizadas sem distinção de idades/ou prioridades, e não foram prejudicadas pelos momentos de desabastecimento da SMSRJ, devido a manutenção constante do estoque e a estratégia de informar estoques menores dos que os existentes e solicitar cotas maiores do que as previstas. Assim, conseguiram atender às demandas dos usuários da própria unidade e de outras unidades SUS da área (destacam Hospital Universitário Pedro Ernesto e PAM São Francisco Xavier).

As ações de saúde mais específicas – como promoção de envelhecimento saudável, prevenção de quedas, identificação e acompanhamento do idoso em

⁵⁴ Acompanhamento nutricional, acompanhamento de situações de violência, emissão de atestado médico e demais documentos, rastreamento de HAS, DM e dislipidemia, manejo de doenças crônicas prevalentes, rastreamento de câncer de colo uterino, rastreamento de câncer de mama, manejo de problemas ginecológicos, ações de reabilitação, ações de práticas integrativas e complementares e prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV.

processo de fragilização, prestação de apoio/orientação aos cuidadores – foram feitas de forma “casual”, não se observando uma rotina estabelecida. O que estava em desacordo com o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c) e as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006b; 2011a), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a; 2007a), Promoção da Saúde e Humanização no SUS (BRASIL, 2004).

Os principais instrumentos específicos recomendados para avaliação, acompanhamento e registro de condições de saúde da pessoa idosa⁵⁵ não existiam e/ou não eram conhecidos pelos profissionais que atuam na unidade, e os registros existentes eram incompletos e/ou ilegíveis, o que contrariava as recomendações e propostas para uma atenção qualificada e um cuidado diferenciado para idosos. Desta forma a inexistência deles acabou por desqualificar o cuidado ao idoso (BRASIL, 2011b; 2013; 2014a; 2014b; CALDAS et al, 2015; MORAES, 2010; 2011; 2012).

O reconhecimento de quais são os tipos de idosos que estavam sob a responsabilidade daquela unidade de saúde e de que serviços essas pessoas idosas necessitavam deveria ser sua primeira responsabilidade. Reconhecendo essa demanda e estabelecendo um diagnóstico/estratificação, o profissional e as equipes poderiam ter planejado as ações de atenção à saúde e orientado o cuidado (CALDAS et al, 2015; MORAES, 2010; 2011; 2012).

Também verificamos que a implantação de ESF não foi, por si só, suficiente para alterar todo um modelo de atenção que foi construído e reforçado por décadas no local. Os conflitos interpessoais começaram a surgir justamente no estranhamento e no confronto das ações de saúde baseadas em modelos de assistência bem diferentes. Faltou o entendimento ao modelo paradigmático do PSF, que pretendeu reorganizar a atenção com base na promoção de saúde e na prevenção de doenças (BRASIL, 2000; 2005; 2006b; 2011b; 2013). Este modelo que tinha como responsabilidade um território bem definido, com foco na família e na comunidade, e com profissionais que encontravam-se disponíveis durante todo o

⁵⁵ Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, formulário para Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e formulário para o Miniexame do Estado Mental.

tempo que a unidade estivesse aberta, cumprindo horário e com salários bem superiores aos dos servidores, trouxeram muitos questionamentos.

Após cinco anos de implantação e expansão das equipes de SF, ainda, podia-se identificar uma “dupla identidade do local”, representada por espaços e responsabilidades correlatas aos funcionários municipais não-PSF e aos profissionais do PSF. A identidade posto-convencional podia ser observada nos outros serviços prestados pela unidade (Clínica Médica, Ginecologia, Pediatria, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria, Homeopatia) e nos setores que eram utilizados por todos os usuários, sejam oriundos dos territórios cobertos pela Estratégia ou da área de abrangência da unidade sem cobertura PSF (salas de vacinação, de curativos, de esterilização, na vigilância epidemiológica, almoxarifado, farmácia). Esta “identidade” se manteve muito forte nas questões relacionadas ao fluxo dos serviços, processos de trabalhos e, conseqüentemente, se exteriorizavam no momento de atendimento ao usuário. A oferta de ações e serviços foi orientada pela lógica de “profissional centrado”, no caso dos espaços/profissionais não Saúde da Família, tornando-se pouco resolutiva e desgastante para idosos e outros usuários.

O próprio integrante das ESF também teve dificuldade de estabelecer um processo de trabalho que fosse usuário-centrado, na medida em que precisou responder às metas estipuladas pela SMS, agir como unidade preceptora (ritmo de trabalho diminuído em função da necessidade do processo ensino-aprendizagem), administrar uma equipe de profissionais que era heterogênea e oriunda do modelo tradicional e que também lutou por espaços e legitimidade.

A visita domiciliar se apresentou como uma das principais atividades que permitiu às ESF o conhecimento das condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabeleceram no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família e os determinantes do processo saúde-doença. As VDs geralmente eram solicitadas pelos ACS e foram (na maioria das vezes) planejadas durante as reuniões, em concordância com os achados de Kebian et Acioli (2015). Nas ocasiões, foram traçados os seus objetivos e estratégias para que elas pudessem ser realizadas de forma a atendê-los. Apesar de ser uma estratégia muito potente, nem sempre foi priorizada pelas equipes, que estavam sobrecarregadas de tarefas,

em algumas circunstâncias (acesso geográfico difícil, violência), as ESFs foram impedidas de realizá-las.

Em relação à Assistência farmacêutica, observamos que ela não se fazia somente pela administração de estoques e pela dispensação adequada para atender às necessidades de cuidados técnicos. Fazia-se, também, pela boa recepção, acolhimento, criação de vínculos, respeito ao ser humano idoso e que repercutia numa confiança e na adesão ao tratamento.

A disputa por “vagas/senhas” de atendimento/consultas, no entanto, pareceu-nos desigual, pois idosos possuem maiores dificuldades de mobilidade ou outras situações que limitam sua disposição ou possibilidade de enfrentar filas longas, muitas vezes iniciadas na madrugada, e evidenciou o desconhecimento e/ou não cumprimento das diretrizes colocadas pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c) e as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006b; 2011a), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a; 2007a), Promoção da Saúde e Humanização no SUS (BRASIL, 2004).

Um dos grandes desafios a ser enfrentados para que a Atenção Primária assumisse seu papel de coordenação do cuidado estava provavelmente relacionado ao encaminhamento para consultas de especialidades e exames. O critério de inclusão de pedidos no sistema SISREG era diferente para os pacientes vinculados à ESF e para os outros não vinculados, assim como não existiam critérios que priorizassem a inclusão de pedidos de consulta e de exames para idosos, o que trazia um impacto muito negativo e aumentava a probabilidade de agravamento das doenças e das perdas funcionais, o que contrariava as próprias diretrizes do sistema (BRASIL, 2008).

A instituição de redes de serviços em saúde estava presente em todas as diretrizes organizativas desde o início da Reforma Sanitária do sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2009) mas a utilização inadequada ou a não-utilização do sistema trouxe um impacto muito negativo na coordenação do cuidado, contrariando os objetivos da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Aproveitando que a unidade se encontrava em processo de reorganização para abrigar novas ESFs, seria interessante que ela pudesse ter passado por um processo de readequação espacial, com sinalização apropriada para os setores.

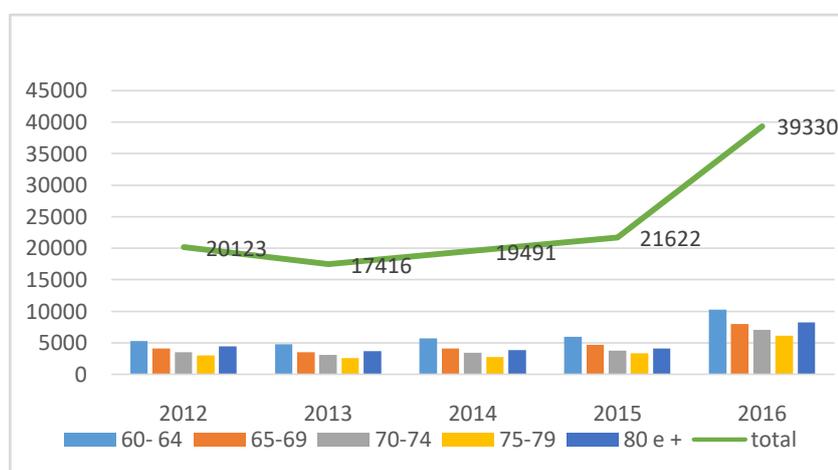
Também, podia-se pensar em destinar um espaço para acolher e escutar os idosos, tendo um membro da equipe de profissionais sempre presente em sistema de rodízio, para evitar que a ausência por motivo de férias, ou licença médica interrompesse o fluxo das atividades de acolhimento aos idosos.

Nossa análise identificou que dois elementos impactaram os processos de trabalho: os procedimentos técnicos e as relações interpessoais. O conhecimento técnico do procedimento ou da rotina de trabalho feitos pelos profissionais para atingir uma assistência adequada e de qualidade dependeu da formação/qualificação dos profissionais e das habilidades para sua realização.

Em relação ao relacionamento interpessoal, que é o principal veículo para uma convivência harmoniosa, para o trabalho em equipe e para evitar o sofrimento no trabalho (DAL PAI et LAUTERT, 2011) se fazia necessário e urgente que as pessoas pudessem ser ouvidas nas suas expectativas, que pudessem ser respeitadas e que ajustes na equipe tivessem acontecido visando ao coletivo, inclusive com troca de chefias mais preparadas com conhecimentos técnicos e habilidades de comunicação.

Um dos achados relevantes desta pesquisa estava relacionado às campanhas de vacinação anti-influenza para idosos. No CMS MAE, verificamos que o resultado ficou mais próximo da meta, devido ao aumento significativo de adesão de idosos mais jovens (60-64) à vacinação, embora não houvesse expressiva diferença entre as faixas etárias dos idosos, conforme se observa no gráfico 3.

Gráfico 3. Cobertura vacinal de idosos – vacina influenza



Fonte: elaboração própria.

Os dados apresentados foram discordantes dos achados de Moura et cols (2015). No trabalho citado, os autores observaram maior prevalência de adesão à vacinação nos idosos mais jovens.

Outro item que nos chamou a atenção estava relacionado ao serviço de ouvidoria que deveria contemplar o direito do usuário de se expressar e reivindicar seus direitos.

Além de definir e avaliar a qualidade do atendimento, as informações da Ouvidoria tinham como objetivo contribuir com informações para que outros pudessem julgar experiências, expectativas e fornecer outras informações quanto ao processo técnico de cuidados. Com a redemocratização do país e a reforma sanitária, iniciou-se no Brasil a discussão de um novo modelo de Ouvidoria, um serviço para receber as reclamações dos usuários, dúvidas, solicitações de informação, elogios, sugestões e outros, através de canais de comunicação. (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013; MARTINS et al., 2015; 2016; LIMA NETO; DURÁN,2016).

Podemos observar que os servidores da unidade desconheciam o teor dos chamados feitos à Ouvidoria e as expectativas e percepções do paciente; assim, não poderiam ser sensibilizados a trabalharem no sentido de um "resultado de cuidados" que estaria a favor de um aspecto do bem-estar psicológico do paciente.

Além de definir e avaliar a qualidade do atendimento, os dados da Ouvidoria poderiam ter contribuído com informações para que outros pudessem julgar experiências, expectativas e fornecer outras informações quanto ao processo técnico de cuidados. Esses dados, se tivessem sido apresentados e refletidos junto a todos os profissionais, poderiam ter ajudado a monitorar a assistência e contribuir para a correção de disfunções administrativas ou de cunho interpessoal que impactaram o cuidado. Desta forma, o serviço de ouvidoria contemplaria o direito do usuário de se expressar e reivindicar seus direitos (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013; MARTINS et al., 2015; 2016; LIMA NETO; DURÁN,2016).

Algumas evidências apresentadas no item "*produto da assistência*" demonstraram que, mesmo no cenário não tão amistoso aos idosos, podia-se encontrar algumas iniciativas que extrapolaram as questões estruturais e de processo de trabalho para oferecer um cuidado diferenciado.

Ficou evidente que o maior desafio para o ser humano, que é combinar trabalho com cuidado, foi vencido, e expectativas foram atendidas e muitas vezes foram superadas. Os ingredientes do cuidado estiveram muito presentes e representados por: conhecimento de quem necessitou ser cuidado, as estratégias assumidas para melhor ajudar, o tempo de ajuste, a visão do outro como ele era, a confiança, a esperança, a coragem e, por último e não menos importante, o exercício da humildade em reconhecer suas limitações e procurar ajuda e/ou aprender.

Os cuidadores informais ou familiares, geralmente mulheres casadas ou filhas, cônjuges ou mulheres de seus filhos, muitas vezes estavam sobrecarregadas e precisavam que a equipe desse apoio e ensinasse o manejo de alimentação, higiene e outras questões. Estes achados estiveram de acordo com as referências bibliográficas⁵⁶ citadas neste trabalho.

Os dados de fala foram sistematizados para construção de discursos coletivos de sujeitos ou foram utilizados na íntegra para dar ênfase a determinadas situações descritas. Os discursos de idosos e familiares e os de profissionais de saúde não se mostraram concordantes, evidenciando uma diferença entre desejos, ofertas e demandas por atenção à saúde. Os discursos de quem demandava por cuidado e de quem deveria ofertá-lo foram muito diferentes. A falta de reconhecimento de prioridade para idosos pelos profissionais também foi compartilhada por usuários não idosos, que não entendiam as fragilidades inerentes a este grupo etário.

Os desafios postos frente à terminalidade de vida também estiveram presentes na Atenção primária e exigiram que os profissionais de saúde estivessem preparados para identificar as necessidades dos idosos e de seus familiares para que pudessem oferecer cuidados com dose extra de solidariedade e respeito, garantindo dignidade e atenção nesta fase especial da existência de idosos.

⁵⁶CAMARANO;PASINATO, 2004;ANDRADE, 2009; CAMARANO; MELLO,2010; PASINATO;KORNIS, 2010; NERI,2010; KÜCHEMANN,2012.

Os dados apresentados neste trabalho resultaram das observações e análises realizadas com base nos itens do protocolo do estudo de caso. Partimos das orientações propostas pela carteira de serviço e dos direcionadores de desempenho construídos para a avaliação do cuidado ao idoso para pensar possíveis soluções para os problemas identificados. Optamos por apresentar estas sugestões na forma de uma planilha de intervenção sistemática que explicita item a item, o cenário/diagnóstico, o problema encontrado, as metas a serem alcançadas, estratégias que deverão ser assumidas e responsabilidades.

5.1 Planilha de intervenção sistemática

A planilha de ações que propomos após a avaliação realizada neste estudo de casos se baseia nos modelos de planilha de intervenção sistemática do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UERJ, que acompanhamos desde 2011 e que tem como função de orientar a construção de projetos de intervenção, como trabalhos de conclusão de curso.

Apresentaremos o cenário, os problemas, as metas e estratégias que surgiram a partir da revisão bibliográfica e sugestões dos entrevistados. Entretanto, a planilha não apresenta o item “Prazos”. Entendemos que as responsabilidades estão relacionadas aos gestores locais (gerentes, direção e chefias) ou centrais (coordenador de CAP e secretário de Saúde), e os prazos devem ser pactuados com eles, caso acatem nossas sugestões.

Quadro 27 : Planejamento de ações de saúde para idosos no CMS MAE

Cenário diagnóstico	Problemas	Metas	Estratégias Responsabilidades e prazos
Território de abrangência e acesso geográfico	Cobertura parcial e sobrecarga	Expandir a ESF, ampliar cobertura e montar novas ESF na área da Grande Tijuca	Gerente e chefias devem preparar e apresentar estudo de demandas da população atendida no CMS no último ano para discussão na Coordenação de área e posteriormente com o secretário de Saúde. Lembrar que se trata de uma decisão política.
Acesso à unidade	Dificuldade de parar e estacionar carros para transporte de idosos	Transferência do ponto de ônibus e sua faixa de exclusividade faixa	Ação intersetorial que demanda contato e acordo entre as secretarias de saúde/transporte. Mobilizar o Conselho Distrital de Saúde e encaminhar ofício ao secretário municipal de Saúde solicitando sua intervenção.
		Liberar a calçada em frente para possível local de parada	Solicitar aos vendedores ambulantes e aos evangélicos que liberem o local para parada de carros. Chefias devem fazer contato.
	Idosos sem prioridade	Sensibilização para as necessidades de priorizar o atendimento para idosos	Rodas de conversas ⁵⁷ com usuários, vigilantes, administrativos, profissionais de saúde. Capacitações para profissionais sobre saúde do idoso. Chefias e todos os profissionais em rodízio
Instalações prediais	Sem espaço para idoso	Criação de sala do idoso para demandas e espera	Sala no andar térreo com sinalização apropriada para acolher as demandas de idosos. Definir grupo de profissionais acolhedores para em rodízio realizar uma escuta qualificada às demandas trazidas.
	Banheiros	Banheiro c/ acessibilidade	Manter limpo e disponível para utilização banheiro
	Sinalização	Placas e	Placas com nomes e figuras

⁵⁷ Roda de Conversa: metodologia de trabalho com coletivos, com referencial teórico-metodológico da Educação Popular, a partir dos escritos de Paulo Freire. São encontros dialógicos criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos participantes, onde se tenta construir relações mais horizontais e a figura do detentor do conhecimento não existe (SAMPAIO et al., 2014).

		orientações	grandes para orientação de espaços
	Manutenção	Unidade limpa, salas abastecidas de insumos, equipamentos funcionantes	Chefias disponíveis em todos os horários (rodízio) Chefias visitando salas e espaços e observando o que pode melhorar. <i>Check-list</i>
	Insumos	Adequar estoques para evitar desabastecimento	Estudo de utilização de medicamentos, insumos, impressos e formulários, especialmente a caderneta do idoso, formulários de avaliação do idoso
	Informatização e Rede lógica	Qualificar a informação	Implantação do prontuário eletrônico e utilização de computadores nas salas para preenchimento de prontuários, exames e receitas
Recursos Humanos	Distribuição	Evitar ociosidade, duplicidade de trabalho e sobrecarga	Estudo de demanda para reorganizar fluxos e redistribuir funcionários. Reunião de equipe para ajuste de processos de trabalho
	Conflitos	Ambiente respeitoso, acolhedor e produtivo.	Exonerar chefias que produzem assédio. Rodas de conversas para solucionar problemas Valorização das boas iniciativas. Valorização do servidor idoso
	Chefias	Qualificação do trabalho	Escolhas respeitando perfil e formação Cursos de atualização em SUS, processos de trabalho, saúde do idoso Comunicação efetiva com todos Reuniões semanais com registro em ata e pauta ⁵⁸
	Profissionais	Qualificação do trabalho	1. Escolher grupo inicial para trabalhar com idosos respeitando perfil e formação. 2. Ampliar para todas as possibilidades de trabalhar com idosos Cursos de atualização em SUS,

⁵⁸ Pauta com avaliação das metas pactuadas e novas proposições.

			processos de trabalho, saúde do idoso, comunicação
	Unidade educadora	Integração dos profissionais do serviço com os profissionais das entidades formadoras	Reunião de preceptores com chefias e profissionais. Pactuação do estágio visando melhor aproveitamento do aluno e cooperação nas atividades propostas da unidade
Horário	Restrição de horário para o Acolhimento, Farmácia e procedimentos	Ampliar horários	Conhecer as demandas e reorganizar os fluxos e redistribuir os profissionais
Informações	Falta sinalização e informação	Qualificar a informação	Rodas de conversas com todos. Sensibilizar e capacitar para efetiva comunicação e informação Criação de grupo de voluntários: "Posso ajudar"
Acolhimento	Acolhimento não prioriza o idoso	Ampliar o acesso e qualificar o atendimento ao idoso	Rodas de conversas Capacitação em saúde do idoso e em avaliação multidimensional do idoso. Reserva de vagas para idosos diária
Regulação	Acesso difícil para procedimentos e consultas	Priorizar as consultas e procedimentos para idosos	Mutirão administrativo para colocar pedidos no sistema. Todos os profissionais de saúde devem colocar no sistema os pedidos. O regulador deve priorizar os idosos frágeis e em seguida os outros idosos.
Grupo de idosos	Grupo "recreativo" dependente de um servidor	Alternar atividades de recreação com rodas de conversa que visam o empoderamento de idosos	Participação no grupo de idosos de outros profissionais. Rodas de conversas com reflexões sobre acesso, necessidades, direitos e etc. Incluir nos grupos, cuidadores familiares
Assistência	Falta de planejamento	Melhorar a qualidade do atendimento visando maior resolubilidade	Conhecer a demanda. Aplicar os instrumentos de avaliação multidimensional do idoso. Apresentar estudos de demandas para os profissionais.
	Idosos acamados e com dificuldade	Visitas domiciliares	Priorizar visitas domiciliares para idosos restritos ao domicílio. Leito.

	de mobilidade		<p>Conhecer o ambiente familiar do idoso e suas demandas</p> <p>Orientar familiares sobre cuidados com idosos</p> <p>Criar curso de capacitação de cuidadores de idosos. Registros das VDs e agendamento de VDs de retorno</p>
	Sem consulta de retorno	Agendamento de consultas e VDs	Realizar agendamento de consultas de retorno e VDs para idosos pelos profissionais.
	Consulta não resolutive	Qualificar atenção	<p>Consultas para idosos com 1h para avaliação multifuncional e 30min para consultas subsequentes. Preenchimento de planilhas avaliativas</p> <p>Criação de projeto terapêutico.</p>
	Falta de apoio familiar/cuidador	Criação de rede comunitária e voluntária para apoio aos idosos	<p>Identificação de usuários do CMS MAE com desejo de ser voluntário e perfil de cuidador.</p> <p>Capacitar os voluntários para atuar na rede comunitária de apoio ao idoso e seus familiares.</p> <p>Rodas de conversas com usuários para manutenção e ampliação da rede comunitária.</p>
	Atendimento de emergência	Qualificar o atendimento	<p>Capacitação de profissionais para a recepção de pacientes em estágio crítico.</p> <p>Registro sistemático das condições de emergência que acometem o idoso que chega ao MAE.</p>
	Cuidados Paliativos	<p>Sensibilizar</p> <p>Capacitar</p> <p>Qualificar</p>	<p>Escolher profissionais (perfil e formação) para criação de um grupo multiprofissional para trabalhar com idosos que estão em processo de terminalidade de vida. Capacitação em Cuidados paliativos.</p> <p>Ampliação de insumos na farmácia para esta atuação.</p> <p>Em rodas de conversa (profissionais, familiares), ampliar a discussão sobre terminalidade da vida e cuidados paliativos.</p>

			Tema deverá fazer parte dos cursos de capacitação em saúde do idoso e cuidadores.
Cuidado Coletivo	Cobertura Vacinal baixa	Aumentar a cobertura vacinal	Vincular os idosos na unidade e ampliar a confiança nos profissionais e nas ações de saúde coletiva. Qualificar os dados Ampliar acesso para acamados e restritos no domicílio.
Ouvidoria	Queixas frequentes sobre atendimento	Criar coletivamente planos estratégicos para minimizar os problemas apresentados	Os profissionais da unidade devem conhecer o teor dos chamados da ouvidoria, para problematizar as queixas, conscientizar sobre os problemas e sugerir estratégias para qualificar a assistência.
Coordenação do cuidado	Inexistência Redes de atenção à saúde do idoso	Criação de rede colaborativa à saúde da pessoa idosa Qualificação da atenção ao idoso	Conhecer todos os parceiros /pessoas e as instituições parceiras públicas, privadas. Identificar pessoas-chaves nas instituições que possam funcionar como contato efetivo. Capacitação/ atualização em saúde do idoso. Vigiar o agendamento de consultas e procedimentos via SISREG. Agendar consultas regulares e proceder a busca ativa quando o idoso não comparecer. Criação de protocolos e fluxos.
Cuidadores	Desconhecimento de como cuidar. Inexistência de agente cuidador.	Qualificação de cuidadores para atenção ao idoso Ampliar rede de cuidadores familiares e comunitários	Capacitar familiares, acompanhantes e os voluntários para atuar na rede comunitária de apoio ao idoso e seus familiares. Criação de um grupo de apoio aos cuidadores no modelo de Roda de conversa.
Cuidado	Cuidado baseado em procedimentos	Transformação do êxito técnico para Produção do cuidado.	Obs: devido à extensão do texto, optamos por apresentá-lo abaixo.

Para que se possa superar os cuidados baseados em procedimentos, será fundamental proporcionar a todos os profissionais de saúde e cuidadores uma formação técnica diferenciada e contínua, com frequentes atualizações.

Conhecer quem são nossos idosos, com base em uma avaliação multidimensional e, a partir daí, ter a possibilidade de construir projetos terapêuticos personalizados. Entender que o cuidado é relacional e é uma atitude repleta de ética e responsabilidade, uma inter-ação, uma complexa trama de saberes, atos, procedimentos, com um profundo respeito pelo ser cuidado.

Aprender a trabalhar em equipe e tentar se colocar no lugar do outro para compreender ações, falas e limitações e, principalmente, intermediar conflitos. Conhecer como o SUS funciona, quais são os desafios que devem ser enfrentados e como praticar uma assistência pautada na capacidade técnica, resolutividade, capacidade de redução de custos, atuando com solidariedade e respeito aos direitos.

Entender que existem diversas dificuldades para serem enfrentadas e que sozinhos não conseguiremos enfrentar todos os problemas de saúde dos idosos, e que devemos envolver outros profissionais e a própria comunidade nas ações de saúde. Compartilhar informações, conhecimentos, interesses e esforços para criação de redes colaborativas e comunitárias, no cotidiano dos serviços. Criar espaços de diálogos – redes de conversas para discussão e reflexão dos temas ligados ao envelhecimento, a saúde do idoso e a terminalidade da vida.

Sonho? Utopia? Quem sabe?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer que seja o modelo de desenvolvimento, independentemente de sua ideologia, ele se fará através das pessoas e daquilo que elas forem capazes de realizar a partir de si próprias.

(Herbert de Souza/Betinho, *Escritos indignados*).

Na nova gestão municipal, com o incentivo à reorganização do modelo assistencial para ampliação de cobertura por ESF em toda área da Grande Tijuca (CAP 2.2) e implantação de ESF no MAE, pode-se observar o redirecionamento da demanda vinculado aos territórios de moradia, causando uma sobrecarga de demanda na unidade no ano em que o estudo se realizou. Agregaram-se a este desafio gestores não qualificados para a gestão e não comprometidos com usuários, a presença frequente de conflitos entre profissionais que desgastaram as equipes e refletiram em diminuição da qualidade da atenção e do acesso. Entretanto, determinadas iniciativas de alguns profissionais apresentaram-se como potenciais estratégias de cuidado.

A Atenção Primária é regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 1). Assim, todas as ações implementadas pela rede pública no atendimento à pessoa idosa, dependendo de sua abrangência, deveriam ser discutidas, acordadas e pactuadas entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal –, com participação de setores, órgãos e entidades envolvidos ou de interesse para a saúde da pessoa idosa, configurando –se em uma rede de atenção à saúde do idoso, o que não ocorreu.

Um planejamento adequado de ações de saúde para o idoso não existia, talvez porque não se conhecia que tipo de idosos estavam naquele território. Os instrumentos de avaliação multidimensional deveriam estar disponíveis para esta primeira aproximação com os idosos. Uma vez conhecidos os idosos do território, deveria-se partir para o planejamento de espaços, ações e serviços a serem oferecidos, considerando, no entanto, um olhar amplo – caleidoscópico –, que

possa perceber as mudanças e permitir ajustes necessários, sempre que necessário.

Não se pode dizer que a Atenção Primária– no caso, o CMS MAE – exerceu a coordenação do cuidado de seus pacientes idosos, pois sequer as necessidades e demandas por saúde das pessoas idosas não estiveram integradas nas ofertas de ações e assistência em saúde da unidade, e das outras que foram definidas para a formação da Rede de Atenção, confirmando-se que não há integração dos idosos na Atenção Primária - a tese deste trabalho.

Verificamos, no entanto, vários casos onde o cuidado foi coordenado por um agente cuidador da unidade, extrapolando o êxito técnico do procedimento em direção ao cuidado na sua dimensão mais ampla. Onde as atitudes de profissionais e de alguns usuários cuidadores e altruístas foram paradigmáticas de uma atitude de o-modo-de-ser-no-mundo (Boff) pelo cuidado, ficando muito clara a presença implicada, comprometida e atuante de cuidadores.

As condições de saúde apresentadas pelos idosos foram as mais variadas, e presenciamos idosos hígidos, outros com declínio da reserva funcional (senescência), outros com múltiplas comorbidades e até desenvolvimento de uma doença (senilidade), e alguns experimentando a terminalidade da vida.

Considerando a Atenção Primária à Saúde como um cuidado dispensado por profissionais de saúde de forma integral e continuada, para pessoas saudáveis e doentes, em todas as fases do seu ciclo de vida e cada vez com mais frequência, o contato de pacientes ao final de sua vida com a APS vem configurando a necessidade da preparação de profissionais para a prática de cuidado paliativo.

Os cuidadores profissionais precisavam ser cuidados também. No momento da pesquisa, eles se encontravam desmotivados, sobrecarregados e convivendo em ambientes não seguros e desagradáveis, em constante estado de estresse devido aos conflitos. Uma mudança no modo de gestão dessas pessoas, com propostas de capacitação, reorganização de espaços e tarefas, pode provocar mudanças comportamentais e técnicas que qualificarão o cuidado aos idosos.

Iniciamos este trabalho partindo de eixos muito objetivos e, à medida que avançamos, foi ficando clara a dimensão humana do cuidado. A questão central da

vida de qualquer ser humano: cuidar e ser cuidado, enquanto se vive no mundo e no tempo.

Conviver e acompanhar idosos nas suas necessidades por saúde apresenta diversos desafios. Talvez o maior deles esteja localizado no momento da terminalidade de sua vida, quando aquilo que ele é, matéria, espírito, corpo e mente, está ali presente “sendo-no-mundo”, em um tempo que vai se esgotando. E ele está ali, existindo, cheio de diferentes e novas necessidades, desejos, sonhos e medos – e precisamos (deveríamos) estar presentes, receptivos e conectados.

Nós, profissionais e gestores de sistemas de saúde, precisamos ampliar esta discussão.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMINI, K.C.(Org). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos>. Acesso em: 05 jan 2017.

ALVES, D. S. B et AL. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.24, n.1, p.63-69, jan 2016

ANDRADE, F. M. M. *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação (Mestrado em Ciências de Educação) - Universidade do Minho, Portugal, 2009. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2016.

ASSIS, M. M.; HARTZ, M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

ASSIS, M.M. A.; JESUS, L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11,n.17, p.2865-2875, 2012.

AYANIAN, J.Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *N Engl J Med*, n. 375, p. 205-207, July 21, 2016.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução de práticas de Saúde. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem. Problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem*. 16 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

BARRETO, I. C. H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 21, n. supl.1, p. 80-93, maio 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48771>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BEARD, J. R.; BLOOM, D. E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*, v. 14, p. 61461-6, 2014. Acesso em: 14 abr. 2014.

BLOG da CAP 2.2. Disponível em: <<http://cap22tijuca.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

BONARDI, G.; SOUZA, V. B.; MORAES, J. F. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Sci Med.*, v. 17, n. 3, p. 138-9, 2007.

BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. A Eficiência da Atenção Primária à saúde: avaliando discrepâncias. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 7, n. 2, p. 100-107, abr-jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde 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. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. SIAB: Manual do Sistema de Informação de atenção básica. Secretaria de Assistência a Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998

_____. Ministério da Saúde. A implantação da unidade de saúde da Família. DF: Ministério da Saúde, 1988

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf> Acesso em: 04 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. (PNSPI), Portaria GM n. 2.528, *Diário Oficial da União*. Poder Executivo. Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19, 2007 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Caderneta de Saúde da Pessoa idosa*. Brasília: Ministério da saúde, 2014 a .

_____. Ministério da Saúde. *Influenza: informe técnico 12ª campanha nacional de vacinação do idoso 2010*. Brasília (DF); 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006c – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006c. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de *Análise de Situação de Saúde. Guia Metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: ministério do Trabalho e Emprego 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/demandas/ProdutoCBOIncluir.jsf>>. Acesso em 13 de julho de 2016.

_____. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. 39. ed. Atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

_____. *O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BURLÁ, C.; PY, L. Peculiaridades da comunicação ao fim da vida de pacientes idosos. *Revista de Bioética*, v. 13, n.2, 2005.

_____. Cuidados paliativos: Ciência e proteção ao fim da vida. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1-3, jun 2014.

BUWALDA, V. Introduction principles of Donabedian and validation of the Honos and Oq-45 in the Netherlands. *European Psychiatry*, v. 30, n. 136, Mar. 28, 2015.

CALDAS, C. P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, Dec. 2013 . Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr 2015.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

_____. *Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? Visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, O. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: _____. *Novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro. IPEA, 2004.

CARRIÓ, F. B. *Entrevista Clínica. Habilidades de comunicação para profissionais de saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2012.

CARVALHO, A. S. Gestão de pessoas e envelhecimento: sentido do trabalho para o idoso. XXXIII Encontro da ANPAD-ENAMPAD, São Paulo, 19 a 23 set 2009.

CASARIN, S. T. et al. Seasonal Influenza vaccine: view of the elderly. *Revista de Pesquisa: cuidado e fundamental*, v. 2, n. 2, p. 1811-1821, abr 2011.

CASTRO, V. C. G. A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do estado do Rio de Janeiro. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N.; SILVA, P. C. Sistemas de Informação em Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 290-299, abr. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2580>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

CATANIA, G. et al. Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: a systematic review. *Palliative Medicine*, v. 29, n. 1, p. 5-21, 2015.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 197-210.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. esp 2, p. 1763-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em 14 fev 2014.

CLEGG, A. et al. Frailty in elderly people. *Lancet*, v. 8, p. 1-11, 2013.

COSTA-E-SILVA, S.P.; MENANDRO, M.C.S. Representações de idosos sobre a vacina da gripe. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2179-2188, 2013.

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

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar 2013.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 524-530, jan-mar 2011.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Fapesp, 1999a.

_____. Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, São Paulo, n. 42, p.70-83, jun/ago 1999b. Disponível em: www.usp.br/revistausp/42/06-guitagrin.pdf

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 49-67.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality in Health Care*, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.

_____. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial*, v. 16, p. S11-S27, 2001.

_____. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, 1988.

DUARTE, Y. A. de O.; ANDRADE, C. L. de; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>. Acesso em 10 abr 2015.

DUARTE, Y. A. O. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? Visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESCOREL, S. Equidade (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em : <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 10 fev 2015.

FADEL, C. B. et al. Administração pública: o pacto pela saúde e como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-56, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf> Acesso em: 12 maio 2015.

FANTINO, B. *Comprendre la santé des aînés*. Manuel pratique de recherche-action em gérontologie-gériatrie. Paris: Dunod, 2011

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. bras. Saúde matern. Infant*, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul.-set. 2004.

FIGUEIREDO, L.C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2012. 232p.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrbio Comunicação*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 129-136, abr 2013.

FIOCRUZ. Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. 340p.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

FRATEZI, F.R.; GUTIERREZ, B.A. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.7, p.3241-3248,2011.

FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP, 2009.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence of a phenotype. *J Gerontol Biol Sci Med Sci.*, v. 56A, p. 146-56, 2001.

_____. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *Journal of Gerontology*, v. 59, n. 3, 255-263, 2004.

FRENK, J. Avedis Donabedian. *Salud pública Méx*, Cuernavaca , v. 42, n. 6, p. 556-557, Nov. 2000.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). *Relatório sobre a situação da população mundial*, 2011. New York, 2011. Disponível em: <<http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2014.

GARDNER, G.; GARDNER, A.; O'CONNELL, J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, n. 1/2, p. 145-155, Jan. 2014.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 64-89.

GOMES, J. et al. Perfil do hiperfrequentador nos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*, v. 26, n. 1, p. 17-23, 2013.

GOMES, M. C. P. A. *Acolhimento, vínculo e integralidade: o poder do discurso ou o discurso sem poder? Um estudo sobre práticas cotidianas em Saúde da Família em grandes centros urbanos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.

_____. *Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica*. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. * Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013

HERMES, H.R.; LAMARCA, I. C. A.; Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Set. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2016.

HOVLID, E. et al. A retrospective review of how nonconformities are expressed and finalized in external inspections of health-care facilities. *BMC Health Services Research*, v. 15, n. 1, p. 1-11, set. 24, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 jan 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Homepage na internet. Disponível em: <www.ipea.gov.br> Acesso em: 6 jan 2014.

JOHANSSON, E. et al. Enhancing human performance for better health care outcomes. *Physician Leadership Journal*, v. 3, n. 1, p. 58, jan. 2016.

KATZ, S. et al. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*, v. 10, p. 20-30, 1970.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161-9, mar. 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>>. Acesso em: 04 set. 2016.

KOBAYASHI, H.; TAKEMURA, Y.; KANDA, K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 25, p. 419-425, 2011.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 28 set. 2012

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. C. C. *O Discurso do Sujeito Coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul-RS: EDUCS, 2005.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008) *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 35-743, mai-jun, 2003.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2010.

LIMA NETO, F.; DURÁN, P.R.F. Ouvidorias públicas e conselhos de políticas: avanços e desafios na democratização da participação social e nas relações entre

estado e sociedade. In: MENEZES, R.A.; CARDOSO, A.S. R. A. (Org.). *Ouvidoria pública brasileira: reflexões, avanços e desafios*. Brasília: IPEA, 2016. 231p

LINO, C.A. et al. Uso do Protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.52, n. 1, p. 52-57, 2011.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.p. 137-155.

LOUREIRO, I.A. *Estudo e análise crítica da política de saúde para o idoso no Brasil: o caso de Duque de Caxias*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Grande Rio. Rio de Janeiro, 2013

MAIA, F. O. M. *Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*, v 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na Mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

MARTINS, M.S. et al. Direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de ouvidoria. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste -Rev Rene*, v. 16, n. 3, p. 337-44, maio-jun 2015.

_____. A ouvidoria do HC: espaço de participação e cidadania. *Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC*, Campinas, n. 3, p. 42-43, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/simte/article/view/7622>>. Acesso em: 30 set. 2016.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MELO, M.C.B.;SILVA,N.L.C. *Urgência e emergência na atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, A.O.; OLIVEIRA,F.A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. *Rev.Bras. Med Fam e Com*. Rio de Janeiro, v.2, n.8, jan/mar, 2007.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

_____. *As redes de atenção à saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun 2015.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MICLOS, P. V. *Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros*. Tese (doutorado) – Universidade de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2015.

MORAES, E. N. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. A consulta do idoso e os Instrumentos de Rastreamento. 3ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

_____. *Estratégias de prevenção de doenças e gestão da clínica*. Belo Horizonte: Folium, 2011.

_____. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, Representação Brasil, 2012.

MORAES, E. N.; LANNA, F.M. *Avaliação multidimensional do idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MOREIRA, M. M. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. In WONG, L. R. (Org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG/ Cedeplar /ABEP, 2002, p. 25-57.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinariedade e

intersetorialidade. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

MOURA, R.F. et al. Fatores associados à adesão à vacinação antiinfluenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2157-2168, out 2015.

NERI, A. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do Fibra Campinas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

NEUBERGER, C. M. *Perfil dos hiperfrequentadores dos serviços de Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-28300>> Acesso em: fev 2016.

NOVAES, H. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 12, supl. 2, p. 7-12, 1996.

NUCKOLS, T. K.; ESCARCE, J. J.; ASCH, S. M. The effects of quality of care on costs: a conceptual framework. *Milbank Quarterly*, v. 91, n. 2, p. 316-353, June 2013.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Homepage na internet. Disponível em: www.who.org.br.

_____. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* Brasília: OPAS/OMS, 2005.

_____. *Cuidados paliativos*. (Control Del câncer: aplicación de los conocimientos; guia de La OMS para desarrollar programas eficaces. Organización Mundial de La Salud: Ministerio de Sanidad y Política Social de España/OMS, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Mundial de la Salud. *Guia Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Promoción de la Salud y Envejecimiento activo. Washington, D.C.: PAHO, 2002.

_____. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria*. Washington, D.C.: OPAS, 2009.

PASINATO, M.; KORNIS, G. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: a experiência internacional. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, Luiz Carlos. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-794, set.2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2016.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da Integralidade na gestão do Cuidado. In _____. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 65-112.

REEVE, C.; HUMPHREYS, J.; WAKERMAN, J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation & Program Planning*, v. 53, p. 91-98, dez 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de orientações para a expansão das Clínicas de Família*, 2010. Disponível em: <http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf>. Acesso em: 01 abr 2016.

_____. (cidade) Secretaria Municipal de Saúde. *Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2011

ROCHA-BARBOSA, M. *Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte*. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, 2014.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, supl 2, p. 1299-1312, 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. *Saúde da pessoa idosa: gerenciamento de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Secretaria da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa; Escola Municipal de Saúde. São Paulo: SMS, 2015. 158p.

SANTOS, B. de S. Introdução geral. Porque é tão difícil construir uma teoria crítica? In: _____. *A crítica da razão indolente*. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000. p.23-37.

SANTOS, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, S. S. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-9, nov-dez 2010.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 85, p. 65-82, jun 2009.

SHEAFF, R. Plural provision of primary medical care in England, 2002-2012. *Journal Of Health Services Research & Policy*, v. 18, n. 2 supl, p. 20-28, Oct. 2013.

SHUMAHER, M.A.;BRAZIL,E.T.V. *Dicionário Mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade*. Biográfico e ilustrado. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2000.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: conceitos, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.155-168, jan-mar 2008.

SILVA, L. M. V.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, v. 25, supl., p. 217-26, 2009.

SILVA, T. A. A. et al. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 46, n. 6, p. 391-397, nov-dez. 2006.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, set 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr 2015.

SOUZA, S.P.S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde*. Um olhar focalizado no Program Saúde da Família . Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social , Universidade do Estado do Rio de Janeiro,2001.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Aproximações teóricas e metodológicas. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

SPINK, M. J.; MENEGAN, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos in: SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Aproximações teóricas e metodológicas. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2000. p. 63-92.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: A “Porta”. In: _____. *Atenção Primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.207-246.

TEIXEIRA, C. F. *O SUS e a Vigilância da Saúde*. Proformar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

VARELA-PINEDO, L.; ORTIZ-SAAVEDRA, P.J. Síndrome de fragilidade em adultos maiores de la comunidade de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med Interna*. Lima, v. 21, n. 1, p. 11, 2008.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai-jun. 2003.

_____. *Gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

_____. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para a gestão de redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação com as novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em Saúde*. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v.45 n.1,p. 24-30, 2011

VICTORINO, A. B. et al. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-63, jun.2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2015.

WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo*. Petrópolis: Vozes, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Palliative Care: the solid facts*. Denmark: WHO, 2004. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf. Acesso em: 01 nov 2016.

_____. Millennium Development Goals: progress towards the health-related Millennium Development Goals. Fact sheet no. 290. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html>>. Acesso em: 15 fev 2013.

_____. WHO definition of palliative care. Geneva: WHO, 2007. Disponível em:<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em:01 nov.2016.

_____. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em:01 nov 2016.

YIN,R.K. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015

ZHAO, Z. G. et al. A quality assessment index framework for public health services: a Delphi study. *Public Health (Elsevier)*, v. 129, n. 1, p. 43-51, jan 2015.

APÊNDICE 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: A INTEGRAÇÃO DO IDOSOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS. Você foi selecionado por ser profissional de saúde que assiste a idosos e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é analisar como o serviço de saúde organiza a atenção à saúde do idosos de acordo com as suas demandas e necessidades e como coordena o cuidado, identificando os cuidadores.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sobre idosos e o serviço de saúde.

O risco relacionado com sua participação é o risco de constrangimento no momento da entrevista.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto, entretanto esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde para a pessoa idosa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. A sua identidade jamais será publicada. Os dados colhidos só serão analisados pela própria pesquisadora.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis.

Pesquisadora: _____

Márcia Constância Pinto Aderne Gomes – marconstanci@hotmail.com

Tel: 985377554

Orientador: _____

Pro. Dr. Michel Jean Marie Thiollentm.thiollent@gmail.com

Tel: (21) 25318804(21) 25318268

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

_____ Sujeito da pesquisa

ANEXO 1

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA – GERIATRIC
DEPRESSION SCALE (GDS) (versão de 15 questões)**

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.

Avaliações dos resultados: Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	SIM ()	NÃO ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ()	NÃO ()
3. Acha sua vida vazia?	SIM ()	NÃO ()
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ()	NÃO ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ()	NÃO ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ()	NÃO ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ()	NÃO ()
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ()	NÃO ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ()	NÃO ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	SIM ()	NÃO ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ()	NÃO ()
12. Sente-se inútil?	SIM ()	NÃO ()
13. Sente-se cheio/a de energia?	SIM ()	NÃO ()
14. Sente-se sem esperança?	SIM ()	NÃO ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	SIM ()	NÃO ()

Fonte: Brasil (2007, p. 148).

ANEXO 2

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.

Avaliações dos resultados:

Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são:

Analfabetos = 19.

1 a 3 anos de escolaridade = 23.

4 a 7 anos de escolaridade = 24

> 7 anos de escolaridade = 28.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos? O(a) Sr(a) faz cálculos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	
4. Cálculo	O (a) Sr.(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo(0 - 5 pontos) Escreva em um papel:	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se	93 86	

<p>“feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute</p> <p>Peça ao idoso para escrever uma frase completa.</p> <p>Copie o desenho:</p>	<p>tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)</p>	<p>79</p> <p>72</p> <p>65</p>	
<p>4. b</p>	<p>Solete a palavra MUNDO de trás para frente</p>	<p>O</p> <p>D</p> <p>N</p> <p>U</p> <p>M</p>	
<p>5. Memorização</p>	<p>Repita as palavras que disse há pouco</p>	<p>Caneca</p> <p>Tijolo</p> <p>Tapete</p>	
<p>6. Linguagem (0-3 pontos)</p>	<p>Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los</p>	<p>Relógio</p> <p>Caneta</p>	
<p>7. Linguagem (1 ponto)</p>	<p>Repita a frase:</p>	<p>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.</p>	
<p>8. Linguagem (0-2 pontos)</p>	<p>Siga uma ordem de três estágios:</p>	<p>Pegue o papel com a mão direita.</p> <p>Dobre-o ao meio</p> <p>Ponha-o no chão</p>	
<p>9. Linguagem (1 ponto)</p>	<p>Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute</p>	<p>FECHE OS OLHOS</p>	
<p>10. Linguagem (1 ponto)</p>	<p>Peça ao idoso para escrever uma frase completa.</p>		
<p>11. Linguagem (1 ponto)</p>	<p>Copie o desenho</p>		

NEXO 3

DESENHO DO RELÓGIO

Consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico, por exemplo, 2 horas e 50 minutos.

Objetivo: Teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais. Verifica a habilidade visuoespacial ou praxia construcional que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal). Independe da linguagem verbal e por essa razão é considerada uma prova cognitiva não-verbal. A tarefa tende a ser mais complexa e mais abstrata dada sua natureza integradora com input auditivo e output motor e maior necessidade de utilização de memória.

Avaliação dos resultados: Se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já há evidência preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldade para colocar os ponteiros. (BRASIL, 2007, p. 145)

ANEXO 4

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL POR CATEGORIAS SEMÂNTICAS

Consiste em solicitar à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em 1(um) minuto.

Objetivo : verificar declínio cognitivo.

Avaliações dos resultados: É importante verificar como a pessoa idosa utilizou o tempo disponível para a execução da tarefa. Pacientes com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após 20 segundos do teste. Pacientes deprimidos podem apresentar escores baixos, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O escore esperado é de 14 ou 15 animais citados.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica. (BRASIL,2007, p.146)

ANEXO 5

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER (QPAF)

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desse em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora(0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessidade ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

Objetivo: Verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e conseqüentemente da assistência requerida. A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados.

Avaliações dos resultados: quanto mais elevado o escore maior a dependência de assistência.

Providências com os achados/resultados: escores ≥ 6 associados aos outros testes de função cognitiva alterados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

Mostre ao informante um cartão com as opções abaixo e leia as perguntas. Anote a pontuação como segue:

SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

1. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar ofogo?
4. (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?
5. (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programade radio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
11. (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

(BRASIL, 2007, p. 146-7)

ANEXO 6

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA DE TINNETI

Realizado através de protocolo de Mary Tinneti proposto em 1986. O teste é capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha da pessoa idosa. Em 2003, esse teste foi adaptado para ser utilizado na população brasileira recebendo o nome de POMA-Brasil.

Objetivo: avaliação de marcha e equilíbrio

Avaliações dos resultados: Quanto menor a pontuação maior o problema. Pontuação: menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas.

Providências com os achados/resultados: Escores muito baixo indicam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO E DA MARCHA DE TINNETI

EQUILÍBRIO

Comece a avaliação com a pessoa idosa sentada em uma cadeira sem braços. As seguintes manobras serão testadas:

1. Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	
2. Levantar	Incapaz Utiliza os braços como apoio Levanta-se sem apoiar os braços	
3. Tentativas para levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Tentativa única	
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável mas utiliza suporte Estável sem suporte	
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou pés afastados (base de sustentação) > 12 cm	

	Sem suporte e base estreita	
6. Teste dos três campos (o examinador empurra levemente o esterno da pessoa idosa que deve ficar com os pés juntos)	Começa a cair garra ou balança (braços) Equilibrado	
7. Olhos fechados (pessoa idosa em pé, com os pés juntos)	Desequilibrado, instável Equilibrado	
8. Girando 360°	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	
9. Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Utiliza os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	
Pontuação do equilíbrio		__/16

MARCHA

A pessoa idosa deve estar de pé, caminhar pelo corredor ou pela sala no passo normal, depois voltar com passos rápidos, mas com segurança usando o suporte habitual (bengala, andador).

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito Não ultrapassa o pé esquerdo. Ultrapassa o pé esquerdo. Não sai completamente do chão. Sai completamente do chão b) Pé esquerdo.	

	<p>Não ultrapassa o pé direito.</p> <p>Ultrapassa o pé direito</p> <p>Não sai completamente do chão.</p> <p>Sai completamente do chão</p>	
12. Simetria dos passos	<p>Passos diferentes</p> <p>Passos semelhantes</p>	
13. Continuidade dos passos	<p>Paradas ou passos descontínuos</p> <p>Passos contínuos</p>	
14. Direção	<p>Desvio nítido</p> <p>Desvio leve ou moderado ou uso de apoio</p> <p>Linha reta sem apoio (bengala ou andador)</p>	
15. Tronco	<p>Balanço grave ou uso de apoio</p> <p>Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços</p> <p>Sem flexão, balanço, não usa os braços e nem apoio</p>	
16. Distância dos tornozelos	<p>Tornozelos separados</p> <p>Tornozelos quase se tocam enquanto anda</p>	
Pontuação da Marcha		<u> </u> /12
PONTUAÇÃO TOTAL		<u> </u> /28

(BRASIL, 2007, p.149-150)

ANEXO 7

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Objetivo: Avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVDS.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções a partir da utilização de um questionário padrão.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico Singular.

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

Nome: Data da avaliação: ___/___/___

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

<p>Banho – a avaliação da atividade de “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer dessas situações. Nessa função além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberam algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.</p>		
<p>Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) ()</p>	<p>Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) ()</p>	<p>Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo ()</p>
<p>Vestir – para avaliar a função vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.</p>		
<p>Pega as roupas e se veste completamente sem assistência ()</p>	<p>Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos ()</p>	<p>Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido ()</p>
<p>Banheiro -A função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para as excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere a sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” e “comadres” também são considerados dependentes.</p>		
<p>Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) ()</p>	<p>Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite ()</p>	<p>Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar ()</p>
<p>Transferência. A função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se na cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam</p>		

uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar objeto de apoio como bengala ou andador) ()	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio ()	Não sai da cama ()
<p>Continência - “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente</p>		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar ()	Tem “acidentes” ocasionais. *acidentes= perdas urinárias ou fecais ()	Supervisão para controlar a urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente ()
<p>Alimentação – A função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepara-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.</p>		
Alimenta-se sem assistência ()	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passa manteiga no pão ()	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral ()

ANEXO 8

ESCALA DE LAWTON

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. A versão ora apresentada foi publicada por Freitas e Miranda.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

ESCALA DE LAWTON

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
1 O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
2 O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
3 O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
4 O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial	

	Não consegue	
5 O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
6 O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
7 O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
8 O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
9 O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	
Total:	_____ pontos	

Fonte: Brasil (2007, p.153-154).

ANEXO 9

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE FAMILIAR - APGAR DE FAMÍLIA

O APGAR representa um acrônimo – palavra forma pela primeira letra de cada item - derivado de: Adaptation (adaptação), Partnership (companherismo), Growth (desenvolvimento), Affection (afetividade) e Resolve (capacidade resolutiva).

Objetivo: possibilita verificar indícios de disfunção familiar permitindo a elaboração de um projeto terapêutico. É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor.

Avaliações dos resultados: Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídas valores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade).

0 a 4 = elevada disfunção familiar

5 e 6 = moderada disfunção familiar

7 a 10 = boa funcionalidade familiar

Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

Dimensões avaliadas	Perguntas a serem realizadas	Sempre	Algumas vezes	Nunca
A = Adaptation (Adaptação): Representa a	Estou satisfeito (a) pois			

<p>satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.</p>	<p>posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.</p>			
<p>P = Partnership (Companheirismo): Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.</p>			
<p>G = Growth (desenvolvimento): Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.</p>			
<p>A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor</p>			
<p>R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente</p>	<p>Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.</p>			

<p>entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço).</p> <p>Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.</p>				
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Essa segunda parte é utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias. É composta por dois itens, um relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem sós.

QUEM VIVE EM SUA CASA? Faça uma lista por relacionamento/parentesco (por exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho (a) ou amigo (a))				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou menos	Mal
		Mas	Fem			

SE VOCÊ MORA SOZINHO (A), POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM VOCÊ PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA	Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve COMO ATUALMENTE VOCÊ SE
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Faça uma lista por relacionamento (por exemplo: membro da família, amigo(a), colega de trabalho, vizinho(a), etc).				DÁ COM CADA PESSOA constante da lista		
Relacionamento Parentesco	Idade	Sexo		Bem	Mais ou menos	Mal
		Mas	fem			

Fonte: Brasil (2007, p. 174-176).

ANEXO 10

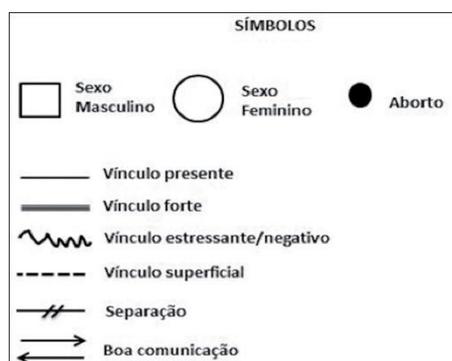
AVALIAÇÃO DOS RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS (ECOMAPA)

O ecomapa é um diagrama do contato da família com o meio externo. Representa uma visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Este procedimento de mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediação, pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para os conflitos.

Objetivo: representação dos relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Desenvolvido como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiar, pode ser utilizados para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas.

Avaliações dos resultados: Para se desenhar o ecomapa, é interessante, durante a entrevista, explorar os vínculos entre os membros da família e outras pessoas e instituições. Verifique se os mesmos participam das atividades dessas instituições e se há reciprocidade nas relações. O detalhamento do ecomapa contribui para a construção visual da rede de suporte social desse idoso o que, em muito poderá auxiliar no planejamento assistencial. Colocam-se círculos externos ao redor da família que representam pessoas ou instituições que se relacionam com essa família. Esses são ligados à família por linhas que representam os vínculos afetivos existentes.

Símbolos utilizados no diagrama de vínculos:



ANEXO 11

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA - IVCF-AB

O IVCF-AB apresenta caráter multidimensional e avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representadas por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada domínio é avaliado por meio de perguntas rápidas, que podem ser respondidas pelo idoso ou alguém que conviva com ele (cuidador ou familiar). Algumas medidas foram inseridas para aumentar o valor preditivo do instrumento, como a circunferência da panturrilha, velocidade da marcha e peso/IMC. Cada pergunta recebe uma pontuação, conforme o desempenho do idoso. A pontuação total varia de 0 a 40 pontos. Os pontos de corte estabelecidos foram:

0 a 3 pontos: não há evidências suficientes para o diagnóstico de fragilidade. O acompanhamento do idoso deve ser feito de forma rotineira.

4 a 9 pontos: há evidências suficientes para a suspeita de risco de fragilização. O idoso merece atenção diferenciada para o diagnóstico adequado das condições crônicas de saúde e deve ser submetido a intervenções capazes de evitar o declínio funcional.

≥ 10 pontos: há evidências suficientes para o diagnóstico de fragilidade. O idoso necessita de intervenções interdisciplinares concretas para a recuperação de sua funcionalidade global, preferencialmente na atenção secundária.