Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Lívia Pereira Coelho

Limites e potencialidades da assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde: o caso de Piraí, Rio de Janeiro, RJ

Rio de Janeiro

2015

Lívia Pereira Coelho

Limites e potencialidades da assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde: o caso de Piraí, Rio de Janeiro, RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.ª Dra. Luciana Branco da Motta

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

C672 Coelho, Lívia Pereira.
Limites e potencialidades da assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde: o caso de Piraí, Rio de Janeiro, RJ / Lívia Pereira Coelho. - 2015.
124 f.

Orientadora: Luciana Branco da Motta.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde - Teses. 2. Saúde da Família- Piraí (RJ) - Teses. 3. Idosos – Cuidados médicos - Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. I. Motta, Luciana Branco da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial de dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Lívia Pereira Coelho

Limites e potencialidades da assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde: o caso de Piraí, Rio de Janeiro, RJ

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 20 de maio de 2015.

Orientadora: Prof.ª Dra. Luciana Branco da Motta
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Denizar Vianna Araújo
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

_____
Prof.ª Dra. Célia Pereira Caldas
Universidade Aberta da Terceira Idade - UERJ

_____
Prof.ª Dra. Rosana Chigres Kuschnir
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a você, minha companheira de estações, que tanto do seu tempo ofereceu para me ajudar. A você, amante do mar e poesia, por inspirar a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por me amparar nos momentos difíceis, me dar amor e suporte para superar as dificuldades.

À minha orientadora, Luciana Motta, pela amizade, disponibilidade, incentivo e confiança no meu trabalho.

À Kylza Estrella, pelo apoio incondicional, por compartilhar seus conhecimentos e me ajudar a trilhar os caminhos da pesquisa.

Às professoras Mary Rangel, Stella Taquete e Luciana Borges por me apresentarem as maravilhas da pesquisa qualitativa.

À Célia Caldas, por sempre me incentivar e ter me convidado para o projeto.

Aos amigos, Ana Luiza Saenger, Alice Pissialli, Danilo Pancote e Liziene Arruda pela companhia das idas e vindas de Piraí, pelo apoio da coleta de dados e por acreditar no nosso projeto.

O que o vento não levou

No fim tu hás de ver que as coisas mais leves
São as únicas que o vento não conseguiu levar

Um estribilho antigo
Um carinho no momento preciso
O folhear de um livro de poemas
O cheiro que tinha um dia o próprio vento...

Mário Quintana

RESUMO

COELHO, Lívia Pereira. *Limites e potencialidades da assistência ao idoso na Atenção Primária à Saúde*: o caso de Piraí, Rio de Janeiro, RJ. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

A Atenção Primária é a principal porta de entrada do idoso no Sistema Único de Saúde e deve estar vinculada à rede de forma que se garanta a atenção integral a todos os indivíduos. Os idosos representam um grupo populacional emergente que possui um perfil de múltiplas comorbidades e de alta utilização dos recursos de saúde. Neste contexto, a avaliação do modelo de produção do cuidado ao idoso realizado pela atenção primária surge como um subsídio para a implementação de estratégias para melhorar a qualidade dos serviços prestados a esta população. O presente estudo tem por objetivo analisar os limites e potencialidades da assistência ao idoso realizado pela Atenção Primária do município de Piraí, Estado do Rio de Janeiro, a partir da percepção dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família e do gestor municipal sobre as dificuldades e os pontos de sucesso da atenção ao idoso no município. Foi utilizada a metodologia mista com ênfase na abordagem qualitativa, onde foram articulados de três conjuntos de dados: percepções de 108 profissionais de saúde distribuídos em 10 grupos focais; relato do gestor de saúde, pela entrevista semiestruturada; e dados quantitativos abrangendo indicadores sociodemográficos, epidemiológicos e administrativos que integram bases de dados pré-existentes. Os relatos foram submetidos à analise de conteúdo na modalidade temática e complementados com os dados quantitativos, que corroboravam ou confrontavam as informações colhidas. Os resultados revelaram que a lógica atual do processo de trabalho da ESF não diferencia a assistência ao idoso à do adulto. A deficiência na capacitação dos recursos humanos para o acompanhamento ao idoso dificulta o planejamento do cuidado e a identificação dos recursos necessários para o tratamento e reabilitação do idoso com perda funcional. Associado a isso, as dificuldades de atuação com idosos dependentes são agravadas pelo cenário de desvalorização social da velhice e pela falta de recursos sociais disponíveis na comunidade. Por fim, a fragmentação do sistema de saúde e a dificuldade de acesso aos níveis de atenção secundário e terciário, identificadas no município estudado, pode tornar este grupo ainda mais vulnerável à perda funcional devido à ruptura da continuidade do cuidado. Em contraposição, a abrangência de 100% da população pela Atenção Primária e a forte atuação dos agentes comunitários de saúde foram vistos como pontos positivos da assistência. Espera-se que os conhecimentos gerados possam se transformar em subsídios para a implementação de um modelo de atenção à saúde do idoso adequado à realidade local.

Palavras chave: Idoso. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso. Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

COELHO, Lívia Pereira. *Limits and potentials of elderly care in Primary Health Care:* the Piraí case, Rio de Janeiro, RJ. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Primary health care is the major acess point into Brazilian National Health System. It must be aligned with the healthcare network in order to guarantee comprehensive care to all individuals. The elderly represent an emerging group which owns the characteristic of having multiple comorbidities and high use of health resources. In this context, the evaluation of health care delivery for the elderly conducted by primary care arises as a subsidy for the implementation of strategies to improve the quality of services provided to this population. This study aims to analyze the limits and possibilities of the services delivered to elders conducted by Primary health care in the city of Pirai, state of Rio de Janeiro. It was carried out based on the analysis of perceptions of manager and family health professionals about the difficulties and the points of success of assistance to the elderly. A mixed methods design was chosen, with an emphasis on qualitative approach. In this study, three sets of data were articulated: perceptions of 108 health professionals distributed in 10 focus groups; semi-structured interview with the health manager; and quantitative data including demographic, epidemiological and administrative indicators that integrate pre-existing databases. The reports were submitted to theme-based content analysis. Quantitative data was used to complement the information gathered, corroborating or confronting them. The results revealed that the current logic of work process in Family Health Strategie does not differentiate the care delivered to the elderly from those delivered to the adult. Deficiency in training of human resources hinder care planning and represents an obstacle to identification of the resources needed for treatment and rehabilitation of frail elders. In addition, difficulties arisen from work with frail elders were aggravated by the scenario of devaluation of old age as well as by the lack of community resources available in this city. Finally, the fragmentation of the health system and the difficulty of access to secondary and tertiary levels of care, identified in this study, can make this group more vulnerable to functional loss due to loss of continuity of care. In contrast, universal primary care coverage and the strong support of community health workers were seen as the strengths of the health system. It is expected that the knowledge generated by this study can turn into subsidies for the implementation of a model of care for the elderly suitable to local conditions.

Keywords: Aged. Primary Health Care. Health of the Elderly. Health Services for the Aged.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo de Atenção à Saúde do Idoso proposto por Moraes (2012).....	39
Figura 2 –	Representação da metodologia aplicada	45
Figura 3 –	Símbolos gráficos aplicados no fluxograma descritor.....	48
Figura 4 –	Mapa de Piraí, divisão por distritos e municípios que fazem divisa.....	54
Figura 5 –	Estrutura do Sistema de Saúde e Assistência Social - Atenção Primária, Secundária e Terciária. Piraí, 2012.....	61
Figura 6 –	Estrutura dos Sistemas de Apoio e Logístico do Sistema de Saúde. Piraí, 2012.....	64
Figura 7 –	Fluxograma resumido de uma USF. Piraí, 2012.....	66
Figura 8 –	Fluxograma de entrada de novo usuário. Visita domiciliar do ACS. Piraí, 2012.....	67
Figura 9 –	Fluxograma de entrada de novo usuário. Demanda espontânea. Piraí, 2012	68
Figura 10 –	Fluxograma de entrada de usuário já cadastrado. Piraí, 2012.....	69
Figura 11 –	Fluxograma de acesso a materiais e medicamentos. Piraí, 2012.....	71
Figura 12 –	Fluxograma de acesso a exames. Piraí, 2012	73
Figura 13 –	Fluxograma de referência a serviços ambulatoriais especializados. Atenção secundária e terciária. Piraí, 2012	75
Figura 14 –	Fluxograma de Urgências na USF. Piraí, 2012	76
Figura 15 –	Fluxograma de assistência domiciliar na USF. Piraí, 2012	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População residente maior que 60 anos portadora de alguma deficiência, visual, auditiva, motora ou mental. Piraí, 2010..... 55

Gráfico 2 – Relação entre o número de consultas a maiores de 60 anos e o número total de encaminhamentos médicos para atendimento especializado. Período de 2002 a 2012, Piraí. 95

Gráfico 3 – Proporção de internações de idosos por causas consideradas evitáveis. Comparação entre o município de Piraí, a Regional de Saúde do Médio Paraíba e o Brasil, 2012..... 97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tema *população*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde. Piraí, 2012 86

Quadro 2 – Tema *estrutura operacional*, categoria *estrutura da Atenção Primária*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde. Piraí, 2012 93

Quadro 3 – Tema *estrutura operacional*, categoria *comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde. Piraí, 2012 100

Quadro 4 – Tema *estrutura operacional*, categoria *Sistemas de Apoio e Logístico*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde. Piraí, 2012 104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente, total e respectiva distribuição percentual, segundo grupos de idade, Brasil e grandes regiões, 2010..... 20

Tabela 2 – Percentual de pessoas maiores de 60 anos que tinham pelo menos pequena dificuldade na realização de atividades de vida diária. Comparação entre grande regiões do Brasil, 2008..... 22

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de saúde que participaram dos grupos focais segundo USF..... 47

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo por faixa etária. Comparação entre Piraí, Região Sudeste e Brasil, 2010..... 56

Tabela 5 – Situação de saneamento dos domicílios. Comparação do município de Piraí com a Regional de Saúde do Médio Paraíba e Brasil, 2012..... 56

Tabela 6 – População adscrita por Unidade de Saúde da Família. Piraí, 2011..... 57

Tabela 7 – Quantidade de profissionais de saúde inscritos em Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde. Piraí, junho de 2012..... 58

Tabela 8 – Rede de Serviços de Saúde Próprios e Contratados. Piraí, 2012 59

Tabela 9 – Consultas realizadas na Atenção Primária, comparação entre os anos de 2002 e 2012, Piraí..... 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Assistência Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEMO	Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRASI	Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistencial Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GRACE	*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders*
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDS	*Integrated Delivery Systems*
IDSUS	Índice de Desenpenho do SUS
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ISUS	Projeto Idosos no Sistema Único de Saúde
MAC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
mat/med	Meteriais e Medicamentos
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde

PACE	*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRISMA	*Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy*
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESDEC	Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPA	Sistema de Atenção Integrada para Pessoas Idosas
SISAP-Idoso	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMAF	Sistema de Medida da Autonomia Funcional
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USF	Unidades de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	**O DESAFIO DA ATENÇÃO AO IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**	19
1.1	**O envelhecimento populacional e suas repercussões no Brasil**	19
1.2	**O papel da Atenção Primária a Saúde no SUS**	25
1.2.1	A estratégia saúde da família na Atenção Primária à Saúde	27
1.2.2	Críticas ao atual modelo da Atenção Primária à Saúde	30
1.3	**O idoso na Atenção Primária**.....	33
2	**AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**.....	35
2.1	**As redes de atenção à saúde**	35
2.2	**Os modelos de Atenção à Saúde do Idoso**	38
3	**TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**	44
3.1	**Técnicas de coleta de dados**	46
3.1.1	Grupos focais.....	46
3.1.2	Entrevista com o gestor	49
3.1.3	Coleta de dados quantitativos	49
3.2	**Análise dos dados**	50
3.3	**Limitações do estudo**	52
4	**CENÁRIO DO ESTUDO**	53
4.1	**A População de Piraí**	53
4.2	**A estrutura operacional do Sistema de Saúde**	57
5	**RESULTADOS**	65
5.1	**Descrição do processo de trabalho da Atenção Primária**.....	65
5.1.1	Entrada de novo usuário.....	66
5.1.2	Atendimento na USF de usuário idoso já cadastrado.....	68
5.1.3	Assistência domiciliar	77
5.2	**Limites e potencialidades à assistência ao idoso na APS**	78
5.2.1	População	79
5.2.2	Estrutura Operacional	86

6 **DISCUSSÃO** 105
6.1 **O idoso não é simplesmente um adulto de cabelos brancos** 105
6.2 **A desvalorização social da velhice e a violência velada** 109
CONCLUSÕES 111
REFERÊNCIAS 115
ANEXO A – Roteiro das reuniões do grupos focais 121
ANEXO B – Roteiro da Entrevista com o gestor de saúde 122

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem experimentando um processo de envelhecimento rápido e inexorável que repercute em um cenário de sobrecarga social e econômica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (VERAS et al., 2014). Estudiosos buscam hoje estratégias que possam atender às demandas deste grupo populacional emergente que apresenta um perfil de múltiplas comorbidades e de alta utilização dos recursos de saúde, onde o declínio funcional se apresenta como a mais relevante manifestação a ser combatida, uma vez que leva ao aumento da vulnerabilidade à institucionalização, hospitalização e morte (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATI, 2003; VERAS et al., 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal resposta que tem sido oferecida no âmbito da assistência pelos órgãos governamentais à atual crise do modelo assistencial e está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, denominado Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012a). A APS representa o primeiro contato da população idosa com o serviço de saúde e deve estar vinculada à rede de forma que se garanta a atenção integral aos idosos e sejam asseguradas as referências e contrarreferências para os diversos níveis de atenção do sistema (BRASIL, 1997).

No entanto, a lógica atual do processo de trabalho da ESF e a deficiência dos recursos humanos voltados ao cuidado ao idoso não criam as condições para que a assistência realizada pela APS seja efetiva nas ações preconizadas de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e coordenação do cuidado ao idoso (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; FRANCO; MERHY, 2007). Além disso, os profissionais de saúde e gestores enfrentam desafios diários na prática do trabalho ao se defrontarem com um sistema de saúde fragmentado e desorganizado, gerado pelas deficiências de condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre a Saúde da Família e os demais níveis de atenção. Esta realidade prejudica ainda mais o bom desempenho das ações em saúde para esta população quando há necessidade de utilização de recursos de maior complexidade (SERRA; RODRIGUES, 2010; FRANCO; 2007). Neste contexto, estudos que avaliam a atenção ao idoso no Brasil ganham especial relevância onde o fortalecimento da APS surge como uma oportunidade de mudança de paradigma para reorientação do SUS. Diante das adversidades encontradas pela APS ao que se refere à

assistência da população idosa, cabe a pergunta: quais os elementos que facilitam e dificultam a atenção ao idoso na prática do trabalho da APS?

Com o objetivo de fortalecer a rede de cuidados à população idosa através da capacitação dos recursos humanos da APS, surgiu o Projeto ISUS – idosos no SUS. Este projeto foi executado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com financiamento da FAPERJ, atendendo ao Edital FAPERJ/ SESDEC/ MS/ CNPq/ N.º 18/2009 e possui acordo de colaboração internacional com o Centro de Especialização em Saúde da Universidade de Sherbrooke (*Centré d'expertise em santé de Sherbrooke*) – Quebec, Canadá. O presente estudo é um subprojeto do ISUS. Trata-se de um estudo de caso realizado no Município de Piraí, Estado do Rio de Janeiro. Este município conta com uma cobertura de toda a população residente pela ESF, sendo este o critério de escolha para a implementação do projeto, uma vez que a avaliação do cenário do acompanhamento do idoso na atenção primária se torna mais fidedigna a real necessidade da população local.

Considerando a APS como responsável pela coordenação do cuidado e que encaminha e orienta o fluxo dos idosos no SUS, este estudo busca discutir os limites e potencialidades da atenção ao idoso na APS na visão dos profissionais de saúde da ESF e do gestor de saúde do município. Como objetivos específicos, este estudo pretende mapear o processo de trabalho dos profissionais da ESF para a identificação dos problemas e oportunidades encontradas por estes profissionais na atuação junto aos idosos e contextualizar o sistema de saúde onde os sujeitos de pesquisa atuam e onde o idoso é atendido, através do levantamento de dados quantitativos e da entrevista com o gestor municipal.

Foi utilizada a metodologia mista com ênfase na abordagem qualitativa, com a articulação de três conjuntos de dados: percepções dos profissionais de saúde da ESF coletada pela técnica dos grupos focais com elaboração dos fluxogramas descritores; percepções do gestor de saúde, pela entrevista semiestruturada; e dados quantitativos abrangendo indicadores sociodemográficos, epidemiológicos e administrativos que integram bases de dados pré-existentes. Os dados qualitativos foram sistematizados em ideias centrais que serviram de base para pesquisa de dados quantitativos apresentados junto à análise de cada tema, corroborando ou confrontando as percepções dos sujeitos.

Busca-se com este estudo colaborar para a implementação de um modelo de atenção à saúde do idoso adequado à realidade local, contribuindo assim para a estruturação de uma Rede de Atenção à Pessoa Idosa no município estudado.

A dissertação está estruturada em seis capítulos. Na introdução são encontrados resumidamente o tema de estudo, a justificativa da a sua escolha e apresentação dos objetivos de pesquisa. Os Capítulos 1 e 2 são resultantes de uma revisão bibliográfica sobre os temas pertinentes à pesquisa, onde, no Capítulo 1, são discutidas as repercussões do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde brasileiro e o papel da APS na assistência ao idoso no SUS e no Capítulo 2 é apresentado o conceito das Redes de Atenção à Saúde, são discutidos os modelos de atenção ao idoso e a estruturação das redes de atenção como proposta de cuidado integral à população idosa. No Capítulo 3 é feita a apresentação e detalhamento da metodologia utilizada na pesquisa. O Capítulo 4 apresenta o cenário da pesquisa com a descrição do contexto sócio demográfico municipal e a estrutura organizacional da rede de serviços públicos de saúde onde os sujeitos da pesquisa estão inseridos. No Capítulo 5 são apresentados e analisados os resultados da pesquisa, com a demonstração dos fluxogramas descritores e os principais temas resultantes da análise qualitativa dos relatos, relacionando-os com os dados quantitativos coletados. No Capítulo 6 é apresentada a discussão do estudo, onde os principais resultados são sintetizados e discutidos à luz do conhecimento teórico desta área. E ao final, são abordadas as conclusões do estudo, com a apresentação das contribuições do trabalho e as perspectivas futuras.

1 O DESAFIO DA ATENÇÃO AO IDOSO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 O envelhecimento populacional e suas repercussões no Brasil

Os países em desenvolvimento têm experimentado um processo de transição demográfica[1] mais acelerado do que nos países europeus (WHO, 2005). A cada ano no Brasil, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas (VERAS, 2009; 2011). Em função das pressões colocadas sobre o sistema de saúde em relação ao aumento dos custos, esta realidade faz com que, cada vez mais, se torne mais difícil fornecer ao usuário a intervenção teoricamente mais eficaz e no tempo certo (VERAS, 2009).

O processo de transição demográfica no Brasil se evidencia pela rapidez com que o aumento absoluto e relativo da população idosa vem alterando a pirâmide etária brasileira. Contudo, cabe ressaltar que o Brasil é marcado por grandes desigualdades sociais, territoriais e econômicas e, desta forma, o processo de envelhecimento apresenta especificidades variadas, reforçando as desigualdades no que diz respeito à qualidade de vida e saúde das diferentes classes da população (VERAS, 2009). Além de ocorrer de forma mais rápida quando comparada aos países desenvolvidos, esta mudança nos padrões etários ocorre de maneira heterogenia no território brasileiro. Entre as regiões, destacam-se o Sul e o Sudeste como aquelas que experimentam um processo mais rápido de envelhecimento (MONTEIRO, 2000).

Confirmando o que foi salientado por Monteiro (2000), pode-se observar na Tabela 1 a diferença significativa entre o percentual de idosos residentes nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico, Sul e Sudeste, respectivamente 12,0 e 11,9%, e as menos desenvolvidas, destacando-se neste caso a região Norte com um percentual de 6,8% de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2010). No Brasil, de acordo com o último censo demográfico realizado em 2010, a população idosa representava 10,8% do total da população (IBGE, 2010).

[1] A transição demográfica é representada pela redução dos índices de mortalidade e fecundidade que modificam significativamente a estrutura etária da população, levando a um processo de envelhecimento populacional (MONTEIRO, 2000).

Tabela 1 - População residente, total e respectiva distribuição percentual, segundo grupos de idade, Brasil e grandes regiões, 2010

Brasil e Grandes Regiões	População residente						
	Total absoluto	Distribuição percentual, por grupos de idade (%)					
		0 a 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Brasil	**190 755 799**	**8,8**	**15,3**	**18,0**	**24,5**	**22,7**	**10,8**
Norte	15 864 454	11,9	19,4	20,2	24,3	17,5	6,8
Nordeste	53 081 950	9,7	16,9	19,2	23,9	20,1	10,3
Sudeste	80 364 410	7,8	13,9	16,9	24,9	24,6	11,9
Sul	27 386 891	7,8	14,0	17,1	23,7	25,3	12,0
Centro-Oeste	14 058 094	9,2	15,3	18,3	26,2	22,2	8,8

Fonte: IBGE, 2010.

Conforme Gordilho et al. (2000), o envelhecimento não é homogêneo na maneira como se manifesta. Envelhecer não é um processo cronológico simplesmente, mas um fenômeno biopsicosocial, marcado por enormes variações. No que concerne ao sexo, as mulheres representam a maioria dos idosos, sendo esta uma característica universal marcando ainda mais a heterogeneidade da população idosa (GORDILHO et al, 2000).

Paralelamente ao aumento dos anos de vida, o país se depara com um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais pelo menos uma doença ou condição crônica é referida por quase 8 em cada 10 idosos brasileiros (IBGE, 2008). Veras (2011) e Gordilho et al. (2000) destacam ainda que a própria idade avançada é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. Envelhecer sem alguma doença crônica é uma exceção. No entanto, a presença de uma ou mais doenças crônicas não implica na inabilidade do idoso gerir sua própria vida e realizar as atividades do cotidiano de forma totalmente independente. A maioria dos idosos, principalmente os idosos mais jovens, é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem a necessidade de terceiros (VERAS, 2011; GORDILHO et al., 2000).

Em um cenário de aumento da longevidade, pode-se esperar que um número crescente de pessoas em idades avançadas progrida com incapacidades e que necessite de cuidados prolongados e por mais tempo (VERAS et al., 2001). Envelhecer é parte do ciclo de vida de cada indivíduo, cabendo aos cuidados inerentes à Atenção Primária a promoção de um envelhecimento saudável, buscando a manutenção da independência e autonomia (WHO, 2005; 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a *capacidade funcional* é definida como a capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio, isto é, a ausência de dificuldades no desempenho das atividades da vida cotidiana. A incapacidade é referida como a restrição ou falta de habilidade ou limitação no desempenho de atividades cotidianas e a autonomia tem como conceito a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver o cotidiano, de acordo com suas próprias regras e preferências (WHO, 2005)**.** Neste contexto, considera-se o *idoso robusto* aquele que possui plena capacidade de gerir sobre a sua própria vida e cuidar de si mesmo e o *idoso frágil*, o portador de declínio funcional estabelecido (MORAES, 2012).

A incapacidade funcional e a consequente perda de autonomia é uma condição multifatorial ainda pouco compreendida pela saúde pública e requer informações sistematizadas e indicadores fidedignos mensurados a partir de escalas e instrumentos validados para este fim (MORAES, 2012)**.** Isto posto, a avaliação funcional surge como uma forma sistematizada de avaliar de maneira objetiva os níveis em que uma pessoa está desempenhando atividades em uma variedade de áreas que requerem diferentes habilidades. Seja por observação direta nos testes de desempenho ou por questionários sistematizados por meio de uma série de escalas, aferem os principais componentes desta dimensão da saúde do idoso (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Em um estudo transversal, integrante de uma pesquisa multicêntrica da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Rosa et al. (2003) avaliaram os fatores determinantes da perda de capacidade funcional em uma amostra representativa da população idosa do município de São Paulo. A capacidade funcional foi avaliada por meio da escala de atividades da vida diária pessoal e instrumental e investigada como variável dicotômica: ausência de dependência – incapacidade/ dificuldade em nenhuma das atividades *versus* presença de dependência moderada/ grave – incapacidade/ dificuldade em 4 ou mais atividades (ROSA et al., 2003). Os idosos com nível mais baixo de escolaridade (apenas lê e escreve/ analfabetos) apresentaram chance cerca de cinco vezes maior de ter dependência moderada/grave. Notou-se também um claro efeito sobre o faixa etária e a presença de incapacidade. Entre 65 a 69 anos a chance de perda funcional moderada a grave foi de aproximadamente 1,9 vezes, aumentando gradativamente até cerca de 36 vezes entre os indivíduos de mais de 80 anos. A variável sexo foi fortemente associada à ocorrência da dependência, sendo mais de duas vezes

maior a chance de desenvolver incapacidades para as mulheres em relação aos homens (ROSA et al., 2003).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é um inquérito de base populacional com abrangência nacional desenvolvido pelo IBGE e tem por objetivo obter informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho, rendimentos e saúde da população (IBGE, 2014). A PNAD de 2008 avaliou o acesso, utilização dos serviços e fatores de risco e proteção à saúde em uma amostra representativa da população brasileira, sendo 20.828 indivíduos com 60 ou mais anos de idade entrevistados sobre indicadores sociais, condição de saúde, capacidade funcional e utilização de serviços de saúde. Esta pesquisa identificou que 13,5% dos idosos brasileiros e 14,6% dos idosos da Região Sudeste moram sozinhos. O percentual de mulheres acima de 65 anos que apresentaram restrições em suas atividades habituais nas duas semanas anteriores a da entrevista, 15,7%, foi superior ao verificado para os homens, 14,7% (IBGE, 2008).

A Tabela 2 sintetiza os dados sobre a capacidade funcional dos idosos entrevistados. Sobre a dificuldade na realização das atividades de vida diária, a impossibilidade de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro foi relatada por 15,5% dos indivíduos maiores de 60 anos no Brasil e 13,9% idosos da Região Sudeste. A impossibilidade de abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se foi relatada por 53,8% dos idosos e a impossibilidade para caminhar por pelo menos 100 metros, por 27,8%. As prevalências de incapacidade para realizar essas atividades aumentaram com a idade em ambos os sexos e foram maiores na Região Nordeste (IBGE, 2008).

Tabela 2 - Percentual de pessoas maiores de 60 anos que tinham pelo menos pequena dificuldade na realização de atividades de vida diária

Atividades	Percentual de pessoas maiores de 60 anos que tinham pelo menos pequena dificuldade na realização de atividades de vida diária (%)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro	15,5	15,6	17,5	13,9	15,4	15,2
Dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos	46,9	53,0	49,7	45,2	45,1	48,5
Dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se	53,8	55,8	56,8	51,6	54,7	55,1
Dificuldade para andar 100 metros	27,8	29,1	28,6	27,5	27,6	26,6

Fonte: IBGE, PNAD, 2008.

Nota: Comparação entre grande regiões do Brasil, 2008.

O declínio funcional gera o aumento das necessidades, tanto para o indivíduo dependente e sua família, quanto para os serviços de saúde na avaliação, tratamento, reabilitação e suporte social do usuário (MOARES, 2012). Apesar da perda da capacidade funcional estar presente em uma proporção relativamente pequena da população idosa, o comprometimento dos principais sistemas funcionais deste grupo portador de incapacidades leva ao aumento significativo das demandas em saúde, gerando uma pressão sobre o nosso sistema que ainda responde de forma fragmentada e voltada principalmente para o atendimento às condições agudas e agudizações de condições crônicas (MORAES, 2012; MENDES, 2011). Dessa forma, a prevenção da perda funcional deve ser o foco da prática da assistência ao idoso que deve estar integrada com as diversas esferas do cuidado, sendo a fragilidade[2] a principal manifestação de vulnerabilidade a ser evitada (MORAES, 2012; VERAS, 2011).

O processo de envelhecimento populacional colocou em pauta a questão das medidas de proteção aos idosos nos aspectos legislativo, de saúde e previdenciário. A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, estreou o ciclo de debates sobre este assunto em nível mundial, sendo considerado um marco para a discussão de políticas direcionadas a população idosa (ONU, 2003). No Brasil, estas discussões repercutiram na elaboração da Política Nacional do Idoso, criada em 1994, que definiu o idoso como o individuo acima de 60 anos e teve o objetivo de assegurar os direitos sociais aos idosos, visando à garantia de autonomia, integração e participação na sociedade. Ela reconhece a importância da intersetorialidade[3] para o enfrentamento das questões relativas ao envelhecimento na sociedade e o trabalho conjunto entre as três esferas do governo, no acompanhamento, controle e avaliação das ações (BRASIL, 1994).

Sancionado em 2003, o Estatuto do Idoso consolida os direitos fundamentais ao idoso garantidos pela Constituição Federal[4] e, com o intuito de reforçar as diretrizes contidas na Política Nacional do Idoso (1994), incorpora novos elementos relativos a pensões, aposentadoria e, principalmente, à proteção ao idoso em situação de risco social, colocando isto sob a responsabilidade no Estado (BRASIL, 2003).

---

[2] O termo fragilidade é utilizado para descrever uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo a estressores, resultando em um declínio cumulativo em múltiplos sistemas e levando a maior vulnerabilidade a institucionalização, hospitalização e morte. (FERRIOLLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI *in* FREITAS et al., 2011).

[3] A intersetorialidade pode ser definida como a integração de objetivos, estratégias, atividades e recursos entre os diversos setores: saúde, trabalho, renda, transporte, habitação, entre outros (OPAS, 1992).

[4] Entretanto, na Constituição Federal, o idoso é definido como indivíduo acima de 65 anos, o que gera uma controvérsia nas discussões sobre os direitos aos idosos (BRASIL, 2012c).

Considerando a necessidade do setor de saúde em reduzir as pressões exercidas pelo envelhecimento populacional, em 2006, o documento Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, publicado pelo Ministério da Saúde, determinou a Saúde do Idoso como prioridade para a implantação de ações estratégicas através do compromisso de gestores do SUS. Entre outras prioridades pactuadas estavam: o fortalecimento da APS; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e a Promoção da Saúde (BRASIL, 2006).

Ainda em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta, por sua vez, preconiza o planejamento de ações no acompanhamento do idoso na APS, da alocação dos recursos disponíveis da saúde e da organização e hierarquização da necessidade do cuidado (BRASIL; 2006b). A PNSPI assume que a perda da capacidade funcional é o principal problema que pode afetar o idoso, introduzindo a ideia da necessidade da realização ações preventivas e abordagem terapêutica baseadas na identificação de risco de perda funcional (BRASIL, 2006b). Neste sentido, com o propósito de ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade, sustenta a ideia de manutenção ou melhoria da capacidade funcional por meio da reabilitação, prevenção de doenças, promoção do envelhecimento saudável, com a melhora da saúde e inclusão dos idosos portadores de incapacidades (BRASIL, 2006b; 2006c).

Entretanto, segundo a própria PNSPI, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, sua prática ainda é insatisfatória. Dessa, forma, salienta a necessidade da ampliação da ESF como estratégia para a identificação de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade e a estruturação das redes de assistência a Saúde do Idoso como imperiosas para a implementação da PNSPI (BRASIL, 2006b). A atual conjuntura justifica a realização de estudos de avaliação da prática do atendimento ao idoso no SUS, como é o caso do presente estudo, que tem por objetivo realizar um diagnóstico dos elementos que dificultam e contribuem para a assistência ao idoso na APS.

1.2 **O papel da Atenção Primária a Saúde no SUS**

No Brasil, as décadas de 70 e 80 foram marcadas por mudanças políticas e econômicas que se culminaram com o esgotamento do modelo sanitário vigente. Após décadas de investimentos públicos voltados primordialmente à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994 e posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), foi a principal resposta oferecida no âmbito da assistência à saúde pelos órgãos governamentais contra a crise do modelo assistencial. Visava à reorganização da Atenção Primária no país incorporando os preceitos do Sistema Único de Saúde de universalidade, equidade e integralidade e das diretrizes organizacionais de descentralização e participação social (BRASIL, 1997; 2007). Inicialmente direcionado para a cobertura assistencial de áreas de alto risco social, passou a ser considerada estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, voltada para a mudança da dinâmica de organização destes serviços (BRASIL, 1997).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a Atenção Básica e para o PSF, ampliando o escopo deste nível de atenção e reafirmando a Saúde da Família como estratégia prioritária (Brasil, 2007). A definição da Atenção Básica foi consolidada como "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (Brasil, 2007, p.12). De acordo com o mesmo documento, esta seria orientada "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, 2007, p.12). Dentro dessa lógica, a ESF foi reafirmada como modelo da Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Esta política firma o compromisso de gestores e determina a Saúde do Idoso como uma área estratégica de atuação da Atenção Básica, tendo como fundamento a valorização os profissionais de saúde e o acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2007).

Revisada em 2012, a PNAB considera os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde* como equivalentes (BRASIL, 2012a). O termo Atenção Primária a Saúde, utilizado

pela OPAS, foi optado por este estudo. Foi tomado como base a definição de ser o primeiro nível de atenção onde o usuário tem contato com o sistema de saúde e que atua como centro organizador das redes de atenção à saúde, coordenando os fluxos e contrafluxos entre os diferentes níveis de atenção - primário, secundário e terciário (MENDES, 2011). Além disso, reconhece-se o papel que o contexto internacional exerce nas definições das políticas de saúde e seu poder de influência na determinação de conceitos, modelos e práticas assistenciais. Assim, a utilização da expressão Atenção Primária a Saúde estaria mais de acordo com a tradução do termo *Primary Health Care*, adotado pela *World Health Organization* (WHO, 2008).

Uma vez que identificada a necessidade de acompanhamento do usuário por serviços de maior complexidade, como consultas e exames especializados, é de responsabilidade da APS a ordenação do fluxo de usuários, visando a referência a serviços e ações de saúde da atenção secundária e terciária (BRASIL, 2012a). Como apontado por Serra e Rodrigues (2010):

> O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos (SERRA; RODRIGUES, 2010, p. 3580).

A integração da APS com os serviços de saúde de maior complexidade pressupõe a utilização de mecanismos que permitam a comunicação entre os níveis de atenção, para a referência e contrarreferência de usuários entre os serviços. De acordo com a PNAB, "a nova política de regulação aponta para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário que precisa da atenção especializada" (BRASIL, 2012a).

A implantação do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) em alguns municípios brasileiros permitiu o agendamento de exames e consultas especializadas assim como o acompanhamento do percurso do usuário no sistema de saúde (GIOVANELA et al., 2009). Entretanto, a efetividade desta ferramenta de integração é condicionada pela oferta dos serviços e pela concordância com as necessidades do usuário, além de depender da sua correta utilização pelos profissionais de saúde assim como dos gestores que a operam. Com isso, problemas como a limitada oferta de consultas e exames, má organização das atividades de regulação, elevado tempo de espera do usuário para acesso à rede de referência e inexistência ou precariedade da contrarreferência, são descritos em alguns estudos como elementos que

dificultam a assistência e a integralidade da atenção (GIOVANELA et al., 2009; SERRA; RODRIGUES, 2010).

Em um cenário de envelhecimento populacional, com consequente aumento do número de usuários idosos portadores de múltiplas doenças crônicas e com alta demanda dos serviços de saúde, é de se esperar que este grupo esteja mais sujeito aos problemas relacionados à continuidade da atenção.

1.2.1 A Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde

A PNAB preconiza a implantação das Unidades de Saúde da Família (USF) como local de primeiro contato da população com o serviço de saúde, que deve estar vinculado à rede de forma que se garanta a atenção integral aos indivíduos e sejam asseguradas as referências para os diversos níveis de atenção do sistema, sempre que requerida maior complexidade técnico-assistencial para a resolução de problemas (BRASIL, 2007). Em 2012, 54,8% da população brasileira estava coberta pela ESF, sendo que a proporção de cobertura estimada no Estado do Rio de Janeiro era de apenas 44,5%. Hoje, a ESF abrange 4.878 municípios no Brasil, com a extensão a 105.504.290 habitantes, mas é ainda marcada por grandes disparidades inter e intraregionais (DATASUS/DAB, 2014).

Sob essa lógica, atuam as equipes de saúde da família responsáveis por um território de abrangência definido, pela adscrição[5] de usuários, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. A organização da prática do trabalho estaria baseada na criação de vínculos e laços de compromisso entre a equipe de saúde e a população acompanhada pela USF, com foco na humanização do cuidado, incluindo também no rol de atividades dos profissionais de saúde a visita domiciliar e a participação em grupos comunitários (BRASIL, 2012a).

A recomendação pela PNAB (2012a), é que cada equipe de saúde da família seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média sugerida de 3.000 pessoas. As equipes devem ter caráter multiprofissional, sendo compostas por agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos

[5] O termo adscrição é empregado para descrever a relação serviço-território-população, que diz respeito a um número de usuários, de um território pré-definido, sob responsabilidade da equipe de saúde da família (Brasil, 1997).

generalistas ou especialistas em Saúde da Família, cirurgiões dentistas generalistas ou especialistas em Saúde da Família, auxiliares ou técnicos de saúde bucal. O mesmo documento recomenda também o número máximo de 750 pessoas para acompanhamento por agente comunitário de saúde (ACS) e a presença de um médico com carga horária semanal de 40h ou dois médicos com 30h para uma equipe de saúde da família, ou 2 médicos com carga horária de 40h semanais ou 3 médicos 30h para as USF com 2 equipes de saúde da família (BRASIL, 2012a).

A PNAB atribui ao ACS a tarefa de vigilância à saúde[6], com a identificação de riscos à população e a integração com a equipe de saúde da família, para que sejam organizadas as visitas com maior frequência às famílias com maiores critérios de riscos ou vulnerabilidade. Além disso, também cabe a este profissional a realização de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças e agravos, sendo ele o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família e o responsável pelo controle de situações e comportamento de risco por meio de ações individuais e coletivas (BRASIL, 2012a).

Apesar da Saúde do Idoso constar na PNAB de 2006 como área estratégica de atuação, esta observação não consta na sua revisão de 2012. A ESF ainda trabalha com as sete áreas estratégicas definidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002: a saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 2002; CAVALCANTI et al., 2006).

De acordo com a PNAB, entre as atividades listadas que competem às equipes de saúde da família, estão incluídos também o atendimento às demandas espontâneas e a primeira assistência às urgências na USF. Este documento foca a importância do acolhimento e avaliação de necessidades do usuário, assim como o encaminhamento à rede de urgências, caso necessário (BRASIL, 2012a). O acolhimento, apresentado como diretriz operacional, é baseado no atendimento a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, na reorganização do processo de trabalho com eixo na equipe multidisciplinar e na humanização do cuidado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O processo de trabalho da ESF também deve incluir o acompanhamento às pessoas portadoras de incapacidades com a priorização dos cuidados domiciliares (BRASIL, 2012a). Recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Portaria Nº 963/2013 que redefiniu a Atenção

[6] A vigilância em saúde constitui "um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública [...] a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças." (BRASIL, 2013b).

Domiciliar no SUS (BRASIL, 2013a). Considerando os princípios de universalidade de acesso e integralidade do SUS e o Estatuto do Idoso, o documento define a Atenção Domiciliar como:

> Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Como requisitos para a implementação do Serviço de Atenção Domiciliar estão: possuir a população igual ou superior a 20.000 habitantes, isoladamente ou por agrupamento de Municípios conforme pactuação prévia; a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra (BRASIL, 2013a).

O Caderno de Atenção Domiciliar volume 1, intitulado "Melhor em Casa", indica como responsabilidade das equipes da APS a identificação de usuários com perda funcional e dependência para a realização das atividades da vida diária para a inclusão na modalidade da Assistência Domiciliar (AD) (BRASIL, 2012b). Apesar disso, o documento não descreve a utilização de um instrumento de avaliação funcional para ser realizada pelas equipes da APS a fim de definir a inclusão de um usuário, sendo preconizada a inclusão na modalidade AD1 aqueles que possuem incapacidade de locomoção até uma unidade de saúde e necessitam de cuidados de baixa complexidade. O Ministério da Saúde chama também a atenção ao problema social do idoso que reside sozinho, ficando a sua inclusão a critério da equipe de saúde da família após avaliação. São preconizadas as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em domicílio com participação ativa do usuário e sua família e a articulação com outros níveis de atenção (BRASIL, 2012b).

Como se pode observar, as responsabilidades atribuídas às equipes de saúde de família são múltiplas e complexas. O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de valorização da formação de competências e qualificação da força de trabalho da ESF e, na PNAB de 2006, enfatiza o acompanhamento da formação e capacitação dos profissionais de saúde da ESF, com estímulo e viabilização da educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007). Cabem a estes profissionais a captação de usuários, a organização do cuidado com encaminhamentos à rede de referência e contrarreferência, a promoção da saúde e ações de prevenção de riscos, a produção de indicadores de saúde, a participação no planejamento das ações e organização do processo de trabalho das unidades

de Saúde da Família (BRASIL, 1997; MOTTA, 2008). Isto implica a necessidade de uma gama de conhecimentos e habilidades que devem ser incorporados pelos profissionais de saúde para a sua prática de trabalho.

1.2.2 Críticas ao atual modelo da Atenção Primária à Saúde

Depois de 20 anos da sua concepção, ainda são muitas as discussões sobre o atual modelo assistencial e a organização do processo de trabalho da ESF (FRANCO; MERHY, 2007; GIOVANELLA et al., 2009;). Paradoxalmente ao aumento da sua cobertura de atuação, especialmente a partir de 1998, com a ampliação quantitativa e geográfica, a ESF continua sendo criticada por muitos estudiosos como sendo um programa limitado, com significativos problemas no que se refere ao acesso, estrutura física, integração e capacitação de recursos humanos (ESCOREL; GIOVANELLA; SENNA, 2007; MOTTA; AGUIAR 2011). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema ao qual a ESF está inserida. A lógica quantitativa da produção em saúde, a rigidez dos processos de trabalho, a fixação das equipes, a normatização excessiva, a baixa capacidade de inovação gerencial e a grande dependência dos serviços secundários e terciários, de referência e contrarreferência, tem sido vistos como equívocos deste novo modelo, evidenciando a fragilidade do seu processo de construção (MERHY et al., 2007).

Um estudo multicêntrico coordenado pelo Ministério da Saúde avaliou os fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos brasileiros (Camaragibe/PE, Palmas/TO, Vitória da Conquista/BA, Vitória/ES, Aracajú/SE, Goiânia/GO, Manaus/AM, Brasília/DF) no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de referência e contrarreferência (BRASIL, 2005). Este estudo mostrou uma grande variação de cobertura populacional pela ESF, entre 11 e 80% dos habitantes dos municípios, constatando-se ainda a necessidade de implantação de grande número de ESF para alcançar faixas de cobertura razoáveis sugeridas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; 2012a). Na avaliação da porta de entrada no serviço de saúde, apenas 4 dos 10 municípios apresentaram uma procura maior da ESF como primeiro contato no caso de necessidade de atendimento por profissional de saúde. Em geral,

nos municípios em que o PSF foi concebido e implantado como programa paralelo com outros programas, a USF não se constituía como porta de entrada, como foram os casos de Manaus, Brasília e Goiânia. Apesar disso, a média percentual de famílias que relataram que após a consulta no PSF procuram menos hospitais e especialistas foi 56,4% (BRASIL, 2005).

Com relação à integração da APS com os outros níveis de atenção, foram observadas menores dificuldades para agendamento de serviços de média complexidade pelos médicos da ESF e grandes dificuldades para agendamento de serviços da grande complexidade. Entre estes, a dificuldade no agendamento de internações foram os mais citados, com um maior tempo de espera para acesso do usuário (BRASIL, 2005).

Já Serra e Rodrigues (2010) realizaram um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa sobre o sistema de referência e contrarreferência em apoio à Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado do Rio de Janeiro. Neste estudo, os principais fatores relatados pelos médicos entrevistados que levavam a uma maior dificuldade de acesso dos pacientes e prejudicavam o funcionamento dos sistemas de referência e contrarreferência nas áreas pesquisadas são citados a seguir: (1) a limitada oferta de consultas e exames; (2) a inexistência ou precariedade da contrarreferência; (3) a má organização das atividades de regulação; (4) a baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; (5) a precariedade em termos de sistemas de informação e comunicação; (6) a significativa influência política na gestão das unidades; (7) grande diversidade na denominação das unidades de saúde e multiplicidade das grades de oferta de serviços.

Os autores Franco e Merhy (2007 *in* MERHY et al., 2007) apontam questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde e à proposta do ESF como um dos grandes desafios na organização da assistência dentro dos princípios do SUS. Segundo os autores, o cuidado recebido pelo paciente, na sua forma idealizada, é o somatório de um grande número de ações que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários atores que circulam e o produzem. Entretanto, o modelo vigente ainda possui um fluxo assistencial centrado na consulta médica que, como ação única, gera produtos fragmentados do cuidado (FRANCO; MERHY *in* MERHY et al., 2007).

Introduzindo a ideia da necessidade de se interpretar a essência do processo de trabalho da ESF como necessária para decifrar os ruídos da assistência[7] identificados no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, Franco e Merhy (2007) propõem a utilização

[7] Merhy et al (2007) utilizam a expressão "ruídos da assistência" como pontos onde há descontinuidade da assistência ao usuário, considerando a assistência à saúde como um fluxo que o usuário percorre em resposta às suas demandas em saúde.

de ferramentas analisadoras na avaliação do fluxo da assistência ao usuário, entre elas, o fluxograma descritor[8]. Na sua concepção, a organização dos processos de trabalho surgiria como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades (MERHY et al., 2007).

Em um estudo de um serviço de atendimento ao adulto localizado no município de Luz, Estado de Minas Gerais, Franco (2007 *in* MERHY et al., 2007) utilizou o fluxograma descritor para análise do processo de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Neste estudo, o autor identificou que a assistência se mantinha centrada na consulta médica e que os profissionais de equipe multidisciplinar, enfermeiros e técnicos de enfermagem, não atuavam diretamente assistência ao usuário, refletindo na baixa capacidade de resposta do serviço às suas demandas. Além disso, o estudo demonstrou que a pouca escuta às solicitações do usuário, a formação de filas de espera na unidade e o excesso de burocratização do serviço levavam a um grande problema de acesso dos usuários aos produtos da consulta médica, como medicamentos, exames e encaminhamentos a especialistas (FRANCO *in* MERHY et al., 2007).

As críticas atuais, portanto, se baseiam em um modelo teórico onde a ESF deve constituir um serviço acessível de primeira procura do paciente para que esta possa servir de porta de entrada do fluxo de usuários para rede de atenção à saúde (BRASIL, 2005; 2006b). A sua integração com os outros níveis assistenciais pressupõe a oferta organizada de serviços preventivos, curativos e de reabilitação. Devem garantir aos usuários os mecanismos de referência e contrarreferência em uma rede articulada entre os diversos níveis da atenção primária, secundária e terciária, "com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território" (BRASIL, 2005).

Merhy et al. (2007) apontam primordialmente a necessidade de articulação de todos os atores que atuam a lógica da produção em saúde, como gestores de sistemas de saúde e profissionais de saúde, de modo que a assistência garanta: a gestão do projeto terapêutico com a análise permanente das prioridades assistenciais dos usuários para orientar fluxos e encaminhamentos na rede de serviços de saúde; a disponibilidade de recursos que devem alimentar os diversos níveis de atenção; instrumentos que garantam uma referência e contrarreferência segura e eficaz; a busca da garantia da intersetorialidade como política

[8] O conceito e a forma de aplicação do fluxograma descritor serão detalhados no Capítulo 4.

estruturante; e a gestão colegiada envolvendo os diversos gestores que controlam os recursos em todo o processo terapêutico.

1.3 **O idoso na Atenção Primária**

Apesar dos avanços legislativos e da elaboração de políticas públicas voltadas para a população idosa, a realidade da assistência ao idoso na APS ainda está muito aquém de tais garantias. Questiona-se a qualificação dos profissionais para a prática dirigida ao cuidado ao idoso, a efetiva implementação de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças voltadas para este público na ESF, o acesso do idoso à rede de serviços de saúde e a capacidade da APS em absorver as demandas do idoso dependente (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011; ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008). Diante deste quadro, os debates sobre a assistência ao idoso ganharam nuances qualitativas, possibilitando a avaliação de cenários e experiências com potenciais para reconstrução das práticas da assistência no âmbito da APS.

Um estudo de abordagem qualitativa que avaliou as dificuldades da atuação do enfermeiro na atenção ao idoso na ESF e sua capacitação profissional em um município do Estado Minas Gerais, realizado por Oliveira e Tavares (2010), apontou que os principais desafios para a assistência de enfermagem ao idoso seriam a falta de inclusão dos familiares e cuidadores na atenção prestada pela ESF, a maneira como os serviços de saúde e a sociedade estavam organizados no local e a falta de qualificação profissional para a atuação com o idoso. Além disso, os enfermeiros descreveram dificuldades na realização da consulta de enfermagem pela baixa assimilação das orientações pelo idoso; pelo pouco acompanhamento dos familiares; pela escassa resolutividade dos problemas de saúde, em decorrência do sistema de referência e contra-referência; pela impossibilidade de oferecer respostas às necessidades sociais; e, finalmente, pela necessidade de melhoria da capacitação profissional para a atuação com este público (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Neste estudo, fica evidente a ênfase dada a temas relacionados às carências sociais do idoso como fator complicador da atenção prestada.

Motta, Aguiar e Caldas (2011) avaliaram o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde da ESF de três municípios o Estado do Rio de Janeiro sobre a atenção ao idoso. Neste estudo de abordagem qualitativa, foi identificado que as maiores diferenças

nas percepções destes profissionais sobre a atenção ao idoso estavam ligadas à qualificação profissional – profissionais de nível fundamental e médio *versus* profissionais de nível superior. Os ACS atribuíram como maior dificuldade para o seu trabalho as distâncias a serem percorridas nas visitas domiciliares e o restrito entendimento da comunidade a cerca das necessidades do idoso. Já para médicos e enfermeiros, destacou-se nos três municípios a falta de suporte da rede de saúde para esta população. Os autores chamaram a atenção também para o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os usuários idosos no seu cotidiano de trabalho e a falta de ações programáticas voltadas ao idoso na ESF, uma vez que os municípios avaliados trabalhavam com as ações voltadas somente à saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão e diabetes (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

A mudança do perfil da população atendida pela ESF, gerada pelo envelhecimento populacional, traz novos desafios aos profissionais de saúde que devem, na dinâmica do seu trabalho, ser capazes de perceber e trabalhar com a multicausalidade dos processos mórbidos e com a abordagem de idosos portadores de múltiplas comorbidades. No que concerne à atenção ao idoso, a PNSPI define como item prioritário para assegurar a qualidade da atenção à pessoa idosa "o provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa" (BRASIL, 2006b). Como apontam Motta e Aguiar (2007):

> A atenção básica já é oferecida aos idosos pelos clínicos e médicos de família nas suas práticas. Nela, a capacitação de recursos humanos ganha especial relevância quando o sujeito da atenção é o idoso, sendo necessário problematizar os valores e atitudes dos médicos frente a esta população, a (pouca) importância que lhe é socialmente atribuída, a falta de suporte social para grande número de idosos, os recursos comunitários inadequados e a necessidade de trabalhar em cenários distintos (MOTTA, AGUIAR, 2007, p. 366).

No entanto, a atual escassez dos conteúdos relativos ao envelhecimento na formação destes profissionais de saúde faz com que muitos não disponham das competências mínimas para operacionalização assistência ao idoso na APS, o que implica, entre outros fatores, um obstáculo à identificação precoce das situações de risco de declínio funcional, assim como a maior dificuldade do profissional em acompanhar o idoso em toda sua complexidade, gerando frustração ao profissional e favorecendo a descontinuidade do cuidado (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Apesar do apresentado, ainda são poucos os estudos avaliativos sobre atenção ao idoso na APS, o que dificulta o desenvolvimento de ações de aprimoramento nesta área. Estando em consonância com o momento histórico atual, o presente estudo visa agregar conhecimento e

apontar aspectos relevantes para a melhoria da atenção à população idosa, buscando nos relatos de profissionais de saúde e gestor local, os pontos de sucesso e de dificuldade na produção do cuidado ao usuário idoso no município estudado.

2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

2.1 As redes de Atenção à Saúde

Problemas relacionados à continuidade da atenção comprometem a acessibilidade e a eficiência dos serviços de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Como exemplos estão as múltiplas portas de entrada, numerosas e redundantes avaliações dos usuários, ferramentas inapropriadas de avaliação e uso inapropriado dos recursos em saúde, como emergências e hospitais terciários. Estes obstáculos levam à resposta fragmentada e muitas vezes insuficiente das demandas do usuário, pois aumentam o tempo de espera para os serviços de saúde e geram a transmissão inadequada de informação (HÉBERT; TOURIGNY; RAICHE, 2008). Assim sendo, não há como pensar na consolidação de um modelo eficiente de atenção ao idoso sem a implantação de ferramentas capazes de superar a fragmentada organização dos serviços de saúde atuais.

Diante da imposição desta uma mudança de paradigma na Saúde, recentemente emergiram no Brasil debates sobre a necessidade da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com Mendes (2010), as RAS são definidas como:

> 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 (MENDES, 2010, p.2300).

Na verdade, no âmbito internacional, a proposta de uma rede coregionalizada e integrada de saúde é bastante antiga. O Relatório Dawson, publicado em 1920 na Inglaterra, já definia formas para a organização e a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. Na sua idealização, previa a porta de entrada por um serviço de atenção primária, baseado na atuação de um médico generalista, e a interligação com serviços de Atenção Secundária e Terciária, de forma integrada, de acordo com a necessidade do usuário

(MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA, 1964 *apud* KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Na década de noventa nos Estados Unidos da América (EUA), a fim de superar a fragmentação e os elevados custos existentes no sistema de saúde do país, Shortell et al. (1993) propuseram a instituição de sistemas integrados de serviços de saúde com o objetivo de prover o cuidado coordenado e continuado, para a promoção e manutenção da saúde, a uma população definida. Estes sistemas, denominados genericamente de *Integrated Delivery Systems* (IDS, em português, Serviços Integrados de Saúde), teriam um maior potencial para redução dos custos em saúde, com melhores resultados sanitários e melhor relação custo/efetividade para pessoas maiores de 65 anos, que possuem perfil de alta utilização de serviços e recursos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011).

Entre as experiências bem sucedidas, a mais conhecida é a da Kaiser Permanente, uma organização americana de integração vertical[9], que adota modelos de atenção às condições crônicas e opera a maior parte dos seus serviços sob uma gestão única, com quadro próprio de profissionais, baseando sua integração na comunicação entre as diferentes unidades produtivas da rede (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011). Os fatores que possibilitaram a eficiência desta e de outras experiências de sistemas integrados nos EUA estavam: a ênfase na APS e na medicina preventiva; o foco no acompanhamento de condições crônicas; a eficiência dos sistemas de informação na integração entre os níveis da rede; o alinhamento de incentivos financeiros para profissionais e serviços com melhores respostas aos objetivos predefinidos; e a não realização do pagamento por procedimentos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011). No Brasil, apesar da instituição do SUS na década de noventa, foi apenas a partir da publicação do documento *Pactos pela Vida* que a necessidade da regionalização foi definida como eixo estruturante da gestão do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2006).

Kuschinir e Chorny (2010) ao contextualizar historicamente a criação das redes regionalizadas e dos sistemas integrados de saúde, colocam em debate a integração e coordenação do cuidado com a reforma dos sistemas de saúde nacionais e sugerem a elaboração das RAS como "única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária". Da mesma forma, em publicação da OPAS, Mendes (2011) defende mudanças profundas no SUS como forma a superar o sistema fragmentado vigente através da implantação das RAS.

[9] A integração vertical nas RAS se faz através de uma completa integração "por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede" (MENDES, 2011).

Segundo o Mendes (2010; 2011), as RAS constituem-se de três elementos: a *população*, a *estrutura operacional* e o *modelo de atenção à saúde*. A população de uma RAS deve ser de responsabilidade fundamental da APS que tem por atribuição:

> O processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificaçãodas subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011, p.85)

A integração de um serviço a uma RAS pressupõe que muitas vezes este, sozinho, não conseguirá resolver de forma completa as demandas de seus usuários. Assim, ele deverá ser articulado com outros serviços para o seu suporte educacional, tecnológico, estrutural, logístico, entre outros. Dessa forma, os serviços de menor complexidade e baixa densidade tecnológica, como os da APS, devem estar ligados aos outros componentes da estrutura operacional das RAS (MENDES, 2011). Segundo o autor:

> A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2011, p.86).

A APS tem papel fundamental nas RAS sendo o ponto de comunicação e ordenação do fluxo de usuários na rede, por isso deve ser estruturada de forma dispersa a fim de que sua capilaridade atinja toda a população definida (MENDES, 2011). Como mencionado anteriormente, há evidências de que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentam menor custo e maior efetividade na resolução das necessidades de saúde da população que acompanham (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Assim, para a obtenção destes resultados, Mendes (2011) propõe o que a APS deva ser estruturada para cumprir os papeis de capacidade de resolução de mais de 85% dos problemas de saúde da população, a coordenação de fluxo e contrafluxos de usuários e informações e o acolhimento e responsabilização pela população que assiste.

Os sistemas de apoio (serviços de diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde) e logístico (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulados) são serviços que percorrem longitudinalmente a rede, sendo de fundamental importância na ligação da APS aos pontos de atenção secundários e terciários, onde se ofertam serviços especializados de média e alta

complexidade (MENDES, 2011). Entretanto, a dinâmica das RAS só faz sentido se orientada por um modelo de atenção adequado à população assistida.

> Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p.209).

2.2 **Os modelos de Atenção à Saúde do Idoso**

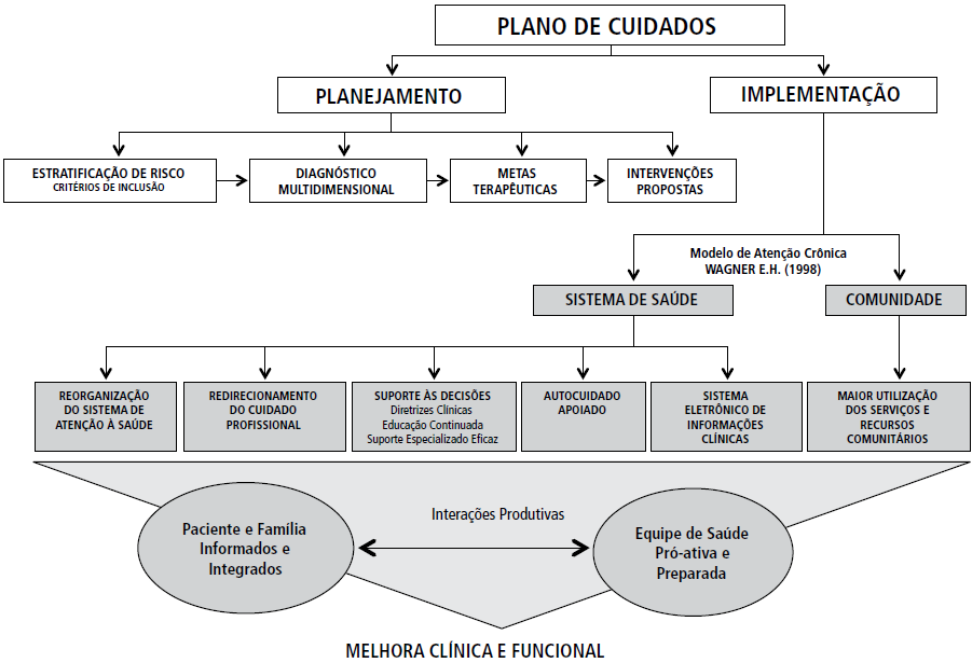
Apesar de ainda muito distante das metas para a efetiva implantação de uma Rede de Atenção ao Idoso como parte estruturante do SUS, as possíveis ações de melhoria para a atenção prestada ao idoso se encontram como foco das discussões no Brasil. Em 2002, a Portaria SAS/MS Nº 249/2000 (BRASIL, 2000) definiu os critérios para a organização dos Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso (CRASI)[10] como estrutura chave para a implementação das Redes Estaduais de Saúde do Idoso. Segundo o documento, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deveriam adotar as providências necessárias para organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, atuar na organização, habilitação e cadastro dos CRASI. Neste contexto, caberia ao gestor estadual a avaliação e vistoria dos serviços que fazem parte da rede. Além disso, enfatiza a necessidade da definição dos fluxos assistenciais, mecanismos de referência e contrarreferência e a articulação dos centros cadastrados com a rede de Atenção Básica e o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2000). Ainda que se tenha empregado a nomenclatura de "rede de atenção", o documento explicita apenas a estruturação de um dos componentes da atenção especializada para a saúde do idoso, deixando de fora outras estruturas dos diferentes níveis de atenção e não explicitando o modelo que deve ser utilizado para direcionar o fluxo de idosos nesta rede.

[10] O CRASI é definido pela Portaria SAS/MS Nº 249/2000 como um hospital com, no mínimo, cem leitos, responsável pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar (BRASIL, 2000).

Utilizando a construção teórica de Mendes (2011) sobre as RAS, Moraes (2012) propõe a estruturação de uma Rede de Atenção ao Idoso, com forte regulação pela APS, onde há a comunicação vertical e horizontal entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), seus programas e profissionais. A partir da gestão dos sistemas de saúde e da gestão da saúde individual, discute a implantação de um modelo de planejamento de cuidados baseado na estratificação de risco, utilizando o diagnóstico multidimensional com o objetivo de definir a estratégia terapêutica e intervenções propostas dentro dos serviços de saúde e na comunidade (MORAES, 2012).

O modelo de atenção à saúde do idoso, baseado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MAC) apresentado por Wagner (1998 *apud* MORAES, 2012) e modificado por Moraes (2012), defende o redirecionamento do cuidado pautado nas demandas e não na oferta dos serviços, elaborado de forma compartilhada entre os profissionais de saúde, o usuário e sua família (autocuidado apoiado); a integração dos recursos de saúde e da comunidade; o suporte às decisões por meio de diretrizes clínicas apoiadas na medicina baseada em evidências; e o apoio de um sistema de informações robusto, com a implantação do prontuário eletrônico único, a fim de garantir a continuidade da informação clínica e do plano de cuidados (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de Atenção à Saúde do Idoso proposto por Moraes (2012)



Fonte: MORAES, 2012.

Cientes dos benefícios, diversos países estão experimentando modelos de assistência coordenada e integrada direcionados à população idosa. Uma revisão de literatura sobre os modelos de atenção à pessoa idosa, cuja efetividade tenha sido avaliada, foi realizada recentemente por Veras et al. (2014). Este estudo identificou cinco modelos de assistência coordenada e integrada para a pessoa idosa que apresentaram avaliação da efetividade, com resultados significativos a respeito da integração dos serviços de saúde. São eles - o Sistema de Atenção Integrada para Pessoas Idosas (SIPA); o *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE, em português, Programa de Cuidados Integrais a Idosos); o *Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA, em português, Programa de Pesquisa para a Integração de Serviços para a Manutenção da Autonomia); o *Guided Care*; e o *Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders* (GRACE, em português, Recursos Geriátricos para Avaliação e Cuido a Idosos). Os objetivos dos programas variavam desde ações menos abrangentes, como melhorar o processo de encaminhamento e transferência dos pacientes idosos entre os serviços, até a efetiva estruturação das redes de atenção, com a integração do cuidado abrangendo ações intersetoriais e um sistema de financiamento diferenciado, com o orçamento não baseado na produção, mas na captação (VERAS et al., 2014). Abaixo são apresentados três modelos internacionais de maior abrangência populacional e que apresentaram desfechos positivos nas avaliações acadêmicas.

O *Guided Care* é um modelo de atenção à saúde do idoso desenvolvido pela divisão de geriatria da *Johns Hopkins School of Medicine*, em 2006, nos EUA. Consiste na prestação de serviços à população idosa baseado no apoio de práticas da APS para atender as necessidades de idosos portadores de múltiplas doenças crônicas (BOUT et al., 2001). Neste modelo de foco na atenção primária, um enfermeiro treinado, o gerenciador de caso, é responsável pelo vínculo e gerenciamento do cuidado de até 50 idosos frágeis, apoiado por uma equipe composta por médicos generalistas e profissionais de equipe multidisciplinar da APS. O planejamento da assistência é baseado na avaliação multidimensional do idoso para a construção de um plano de cuidado, onde o enfermeiro atua na orientação do fluxo do idoso na rede de serviços, nas ações de cuidado transicional[11] e no suporte ao cuidador, com incentivo ao autocuidado apoiado. Utiliza como recursos o prontuário eletrônico único, o

[11] No cuidado transicional, o profissional de saúde coordenador de caso participa ativamente em toda linha de cuidados do usuário, coordenando, informando e orientando todas as ações desenvolvidas ao longo dos diversos níveis de atenção (MORAES, 2012).

monitoramento telefônico, para detectar novos problemas e orientar soluções, e a apresentação dos recursos existentes na comunidade (BOUT et al., 2001). O *Guided Care* não exige mudanças profundas do sistema de saúde vigente, fortalecendo o papel do gerenciador de caso (em inglês, *case manager*) que guia a utilização dos serviços de saúde e de assistência social disponíveis (MORAES, 2012; VERAS et al., 2014). As análises do modelo *Guided Care*, resultantes do ensaio clínico realizado por Bout et al. (2001, 2008 *apud* VERAS et al., 2014), sugerem a redução do uso hospitalar, do atendimento nos serviços de emergência, da utilização de recursos para reabilitação e serviços domiciliares e melhora na percepção da qualidade dos cuidados oferecidos aos idosos frágeis. Entretanto, este benefício não persistiu após os 18 meses de seguimento (WOLFF et al., 2009 *apud* MORAES, 2012).

Ainda nos EUA foi desenvolvido o PACE que oferece serviços sociais e de saúde a pessoas portadoras deficiências e idosos frágeis com baixa renda. Estes programas são construídos em torno de Centros Dia[12], onde os membros da uma equipe multidisciplinar avaliam e acompanham os usuários selecionados de acordo com critérios estritos de inclusão. O PACE funciona de forma integrada com as estruturas de suporte social e de saúde prestados por estruturas operadas pelo sistema ou por estruturas externas ligadas através de contratos (hospitais, atendimento médico especializado, cuidados de longa duração) tendo como objetivo a manutenção da autonomia dos usuários (CHATTERJI et al., 1998). Os recursos oferecidos são baseados na necessidade do paciente, podendo ser realizados em domicílio ou ambulatorialmente e incluem serviços médicos e multidisciplinares tanto da atenção primária, quanto secundária e terciária, como a internação hospitalar, a consulta a especialistas, serviços de urgência e emergência e o hospital dia. Além disso, contam com um sistema logístico de transporte do paciente para o centro dia, onde é realizado o suporte social do usuário com alimentação, lazer e apoio para a família e o cuidador. Estudos que avaliaram o desfecho de usuários do PACE demonstraram um maior uso ambulatorial, menor incidência de internações, menor tempo de permanência em instituições de longa permanência para idosos, melhor percepção de saúde e do estado funcional pelo usuário e melhor satisfação com o cuidado (CHATTERJI et al., 1998).

Muitas das experiências já realizadas são de pequena escala e muito poucas delas têm sido tão exaustivamente descritas ou academicamente avaliadas quanto o modelo PRISMA (STEWART; GEORGIOU; WESTBROOK, 2013; VERAS et al., 2014). O PRISMA é um

[12] O Centro Dia é descrito como uma estrutura da rede de assistência social, onde o idoso permanece durante um período do dia, sendo prestados serviços de atenção à saúde, reabilitação, apoio psicológico, atividades ocupacionais, lazer e outros, de acordo com as necessidades dos usuários (MORAES, 2012).

modelo de IDS baseado na coordenação de cuidados integrados para pessoas idosas, implementado desde 2005 em Quebec, no Canadá. O objetivo é melhorar a continuidade e aumentar a eficiência dos serviços, especialmente para as populações idosas e portadoras de dependência funcional (HÉBERT; TOURIGNY; GAGNON, 2005). Neste modelo, todas as organizações públicas, privadas e filantrópicas de saúde e de serviço social, responsáveis pelo acompanhamento de pessoas idosas em uma determinada área, são coordenadas sob uma organização guarda-chuva. Baseia-se em uma única porta de entrada onde é realizada uma triagem rápida de risco de fragilidade por um questionário simples, o PRISMA-7, e na avaliação da capacidade funcional dos idosos pelo Sistema de Medida da Autonomia Funcional (SMAF). A aplicação do SMAF resulta em um plano de cuidado individualizado que guia a assistência e a utilização dos serviços, sendo também um instrumento de integração, juntamente com o prontuário eletrônico único. Os usuários que apresentam maior complexidade de saúde ou social identificada pelo SMAF são direcionados a um gerenciador de caso que avalia e acompanha o idoso em todo o seu fluxo pela rede. Um estudo longitudinal, quasi-experimental, randomizado, realizado em Québec com 920 participantes acima de 75 anos, sendo 501 no grupo experimental e 419 no grupo controle, sem diferença significativa de declínio funcional entre os grupos, avaliou o impacto da implantação do modelo PRISMA em diversas variáveis clínicas de utilização de serviços e na satisfação do usuário e cuidador. Em 2 anos houve redução significativa na utilização de serviços de emergência, sobrecarga do cuidador e melhora da satisfação dos usuários ($p<0,001$). Entretanto, não houve diferença significativa na mortalidade e na taxa de internações, o que pode ser relacionado à idade avançada dos participantes selecionados para o estudo (HÉBERT et al., 2009). Uma revisão de literatura sobre a estrutura de implementação e desfechos do programa PRISMA apontou estudos que evidenciam a redução estatisticamente significativa na evolução de incapacidades no grupo experimental após 2 anos do programa e a redução de consultas a especialistas após 4 anos do estudo (STEWART; GEORGIOU; WESTBROOK, 2013).

Em síntese, os três modelos apresentados possuem as seguintes características em comum: realizam o planejamento do cuidado baseado na estratificação de risco e no diagnóstico multidimensional; preconizam o fortalecimento da APS na coordenação do cuidado e; valorizam a utilização de recursos tanto do sistema de saúde quanto comunitários e de assistência social para o atendimento integral das necessidades do usuário. A sua dinâmica se apoia em um sistema de informação integrado entre os níveis de atenção com a elaboração

de um prontuário eletrônico único e na definição de metas terapêuticas baseadas em intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, associadas ao autocuidado apoiado.

Diante da heterogeneidade dos cenários sociodemográficos dos territórios brasileiros e de modelos assistenciais operantes no SUS, com diferenças marcantes entre os estados e até entre municípios, torna-se necessário conhecer a realidade do local a fim de orientar práticas e propor a resolução de dificuldades. Para o gestor, o diagnóstico situacional é essencial, na identificação de um conjunto de problemas relevantes, a fim de estabelecer prioridades para que se possam introduzir mudanças (KUSCHNIR; CHORNY; LIMA E LIRA, 2010). Para os profissionais atuantes, a discussão e a análise de percepções e vivências permitem que a sua participação se torne ativa no processo de construção de um novo modelo a fim de reorientar os processos de trabalho (FRANCO, 2007). Assim sendo, o presente estudo buscou identificar junto a estes atores da produção da assistência os elementos que facilitam e dificultam a atenção ao idoso na prática do trabalho da APS.

3 **TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Frente aos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde advindos do envelhecimento populacional, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) elaborou o Projeto ISUS – Idosos no SUS. Este projeto tem como eixo o matriciamento de equipes de Saúde da Família e capacitação dos profissionais da ESF como base para a organização das práticas, dentro de uma perspectiva de cuidados progressivos e integrados. Seu objetivo principal é fortalecer a rede de cuidados à população idosa em um município do Estado do Rio de Janeiro, através da capacitação de recursos humanos. Este projeto obteve financiamento da FAPERJ, atendendo ao Edital FAPERJ/ SESDEC/ MS/ CNPq/ N.º 18/2009 e possui acordo de colaboração internacional com o Centro de Especialização em Saúde da Universidade de Sherbrooke (*Centré d'expertise em santé de Sherbrooke*) – Quebec, Canadá.

Como mencionado anteriormente, diferente da grande maioria dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, o município de Piraí possui a característica de ter 100% da população coberta pela ESF (SIAB, 2011), sendo este e o aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí os critérios de escolha deste município para a realização do projeto. Isto possibilita a redução elementos que poderiam interferir na interpretação de resultados. Além disso, o fato de Piraí possuir uma população idosa totalmente coberta pela ESF também facilita futuras intervenções objetivando a integralidade do cuidado ao idoso (HÉBERT; TOURIGNY; RAICHE, 2008).

O Projeto ISUS está de acordo com as normas internacionais para pesquisas com seres humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, sob o protocolo de nº: 014.3.2010. Após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Comitê de Ética, foram efetuadas reuniões com os profissionais de saúde da ESF de Piraí contando com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de nível médio e superior e gestores locais a fim de esclarecer os objetivos do Projeto ISUS e seus subprojetos.

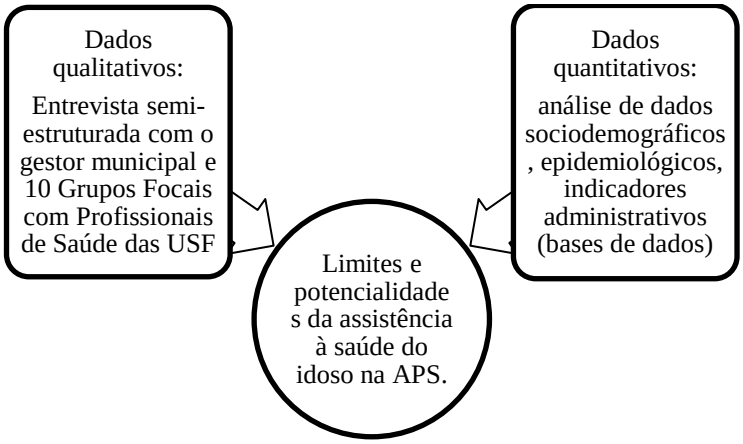
O presente estudo é um subprojeto do ISUS e a coleta de dados qualitativos com os grupos focais, junto aos profissionais de saúde da ESF, foi executada previamente ao matriciamento proposto pelo Projeto ISUS. Trata-se de um estudo de caso conduzido no município de Piraí, Estado do Rio de Janeiro, que visa discutir os limites e potencialidades da assistência à saúde do idoso pela APS a partir da análise de dados qualitativos e quantitativos. A proposta é a compreensão da realidade da assistência ao idoso como construída, múltipla e complexa, a qual este estudo buscou compreender e interpretar a partir da visão dos atores que articulam e decidem a produção do cuidado, os profissionais de saúde e o gestor de saúde.

Segundo Clark e Plano (2008), a metodologia mista se baseia no uso de pelo menos dois métodos de pesquisa para abordar o mesmo problema de pesquisa. Os estudos metodológicos mistos envolvem a integração de dados qualitativos e quantitativos na análise de um único objeto de estudo ou investigação. Partindo da lógica da triangulação na metodologia mista, existe uma interação limitada durante a coleta dos conjuntos de dados, mas os achados se complementam ao final do estudo (CLARK; PLANO, 2008). Na ótica de Minayo (2013):

> A Triangulação de Métodos pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico. (...) A triangulação de métodos é particularmente recomendada para estudos de avaliação (MINAYO, p. 361, 2013).

Desta forma, este estudo utilizará três diferentes fontes de dados para chegar aos objetivos finais: análise de dados secundários abrangendo informações sociodemográficas e epidemiológicas do município estudado e estatísticas de produção e indicadores da Atenção Primária; grupos focais com os profissionais de saúde da ESF; e entrevista semiestruturada com o gestor de saúde (Figura 2). Neste estudo de base qualitativa (QUAL+quant), um peso maior foi dado à avaliação da prática da assistência ao idoso na Atenção Primária pela análise das percepções dos profissionais de saúde e do gestor de saúde, de forma que os dados quantitativos serão utilizados de maneira a complementar as informações qualitativas.

Figura 2 - Representação da metodologia aplicada



FONTE: A autora, 2014.

3.1 **Técnicas de coleta de dados**

3.1.1 Grupos focais

Segundo Merhy e Onocko (1997), para modificar comportamentos é necessário primeiro que se entenda o contexto no qual ocorrem os significados e a importância a eles atribuída pelos seus atores. Parte-se do pressuposto de que, para se formar sujeitos no processo de trabalho, a análise do serviço deve ser feita de forma coletiva, envolvendo gestores e trabalhadores (MERHY; ONOCKO, 1997).

O grupo focal envolve uma discussão organizada com um grupo selecionado de indivíduos para obter informações sobre as suas opiniões e experiências sobre determinado tópico (MORGAN, 1997). O principal benefício do grupo focal é a produção de dados de percepções que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Estes dados levam em conta a interação do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo. Os participantes devem ser selecionados por apresentar características em comum ao tópico que está sendo pesquisado (LERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Na primeira etapa deste estudo, foi adotada a estratégia qualitativa a fim de avaliar as opiniões e vivências dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao idoso na ESF. Foram realizados 10 grupos focais contando com 108 profissionais de saúde nas 10 principais USF do município de Piraí, entre os meses de maio a setembro de 2012. Para a formação dos grupos focais, foram selecionados agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, auxiliares de saúde bucal, dentistas, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. A escolha dos sujeitos foi feita por conveniência, sendo selecionados 8 a 15 profissionais de saúde de ensino médio e superior, por grupo focal, que atuavam nas USF avaliadas. As reuniões foram realizadas durante o horário de trabalho, para aumentar a adesão ao grupo, com o aceite da gestão municipal e da gerência da unidade.

No total participaram dos grupos focais 58 ACS, 6 médicos, 11 enfermeiros, 8 técnicos/auxilares de enfermagem, 5 auxiliares de consultório dentário, 11 estagiários de medicina, 6 dentistas, 3 profissionais de equipe multidisciplinar. Para a descrição dos resultados, as USF foram numeradas de G1 a G10, em ordem aleatória, a fim de preservar o sigilo da identidade dos sujeitos que se manifestaram durante os grupos focais (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de saúde que participaram dos grupos focais segundo USF

USF	Nº profissionais de saúde
G1	8
G2	8
G3	10
G4	15
G5	13
G6	10
G7	11
G8	9
G9	10
G10	14
Total	**108**

As reuniões foram conduzidas dentro das USF por um moderador e um relator, onde foram feitas anotações dos relatos dos profissionais sobre processo de trabalho da USF e dos problemas encontrados. Todos os encontros foram gravados por meio de um gravador eletrônico para facilitar a posterior análise das informações e evitar a perda de dados. A duração média das gravações dos grupos focais foi de 62 minutos. Além disso, foram também feitas e analisadas as observações de campo, realizadas durante os grupos focais.

Após a apresentação dos pesquisadores, o moderador explicou o motivo da reunião e a forma de funcionamento do grupo focal. Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a participação no grupo focal consentindo a utilização das informações adquiridas e a gravação do encontro. A garantia do sigilo da identidade dos participantes está descrita no TCLE.

No início da discussão, foi realizada uma nova explanação sobre o Projeto ISUS e os objetivos do presente estudo. A técnica foi aplicada utilizando um roteiro com tópicos pré-estabelecidos (ANEXO A). A questão inicial utilizada foi: “Um usuário com mais de 60 anos se muda para esta área (nome do bairro de Piraí). Como ele se insere na ESF ou consegue atendimento junto à ESF?”. Posteriormente foram abordadas dentro dos tópicos entrada de novo usuário, atendimento domiciliar e atendimento na USF (usuário já cadastrado) as situações-problema, de forma a mapear o processo de trabalho dos profissionais de saúde no atendimento ao usuário e os obstáculos e facilitadores da assistência à saúde do idoso. As experiências vividas nas USF pelas equipes foram discutidas com o olhar do Fluxograma Descritor no coletivo dos profissionais de saúde, como proposto por Merhy et al (2007).

O fluxograma descritor, descrito por Merhy e Onocko (1997), representa uma ferramenta usada para a análise qualitativa do modelo de atenção. Constitui uma representação gráfica das etapas do processo de trabalho, permitindo a melhor percepção da micropolítica de sua organização na prática da assistência à saúde. Este diagrama exprime todas as ações que compõem as intervenções em saúde e permite analisar o caminho percorrido pelo usuário, discriminando as ações que traduzem na produção de serviços e ações do cuidado (MERHY; ONOCKO, 1997; MERHY et al., 2007). A construção se dá de forma coletiva, buscando no registro de memória e vivências da equipe que faz o atendimento ao usuário, em busca da resolução de seu problema, nos diversos espaços produtores de assistência. Como afirma o autor:

> O processo de construção coletiva, além de apresentar um produto rico, permeado por múltiplos saberes, tem o efeito de formar opinião entre os trabalhadores em torno de uma realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, consequência da organização do processo de trabalho (Merhy et al, 1997, p. 65).

O fluxograma descritor se organiza a partir de três símbolos: a elipse que representa a entrada ou saída; o losango que representa o momento de decisão; e, o retângulo, que representa o momento de intervenção ou de ação sobre o processo assistencial (Figura 3) (MERHY et al, 2007).

Figura 3 - Símbolos gráficos aplicados no fluxograma descritor

FONTE: Merhy et al, 2007.

A condução dos grupos focais foi realizada com solicitação de esclarecimentos e aprofundamentos sobre pontos específicos que levaram à elaboração de 10 fluxogramas descritores, um para cada grupo focal. Estas discussões permitiram identificar tendências e padrões no processo de trabalho nas diferentes USF e a compreensão da percepção dos profissionais de saúde sobre ruídos existentes na assistência ao idoso e os pontos de sucesso

neste acompanhamento. O desafio proposto, portanto, foi fazer uma análise situacional do acompanhamento ao idoso no serviço de saúde local na percepção dos profissionais de saúde.

3.1.2 Entrevista com o gestor

A fim de compreender do ponto de vista do gestor como se organiza o sistema de saúde do município de Piraí e os desafios encontrados na gestão dos recursos de saúde para atendimento à população idosa, foi realizada uma entrevista semiestruturada com um gestor de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí, utilizando um roteiro de entrevista específico disposto em anexo (ANEXO B). A conversa inicial foi realizada relembrando os objetivos e as ações do Projeto ISUS no município, justificando a escolha do entrevistado e garantindo o sigilo do nome do entrevistado nas publicações. A entrevista, de duração de 57 min, foi gravada em gravador eletrônico e posteriormente transcrita na íntegra. O entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.1.3 Coleta de dados quantitativos

Inicialmente, este estudo buscou identificar os estabelecimentos de saúde da APS no Município de Piraí. Posteriormente, foram coletados dados sobre os serviços de maior complexidade, da atenção secundária e terciária, e de assistência social que compõem a rede de recursos ofertados a partir da consulta do idoso na ESF. Essas informações permitem compor um panorama quantitativo da rede assistencial no município que pode ser utilizada pela população idosa local.

As ideias centrais, sistematizados a partir da avaliação dos dados qualitativos, serviram de base para pesquisa de dados quantitativos apresentados junto à análise de cada tema, corroborando ou confrontando as percepções dos sujeitos. Foram coletados os dados sociodemográficos e epidemiológicos referentes à população acima de 60 anos do município de Piraí, além de dados do Estado do Rio de Janeiro e brasileiros para permitir a comparação dos indicadores.

A coleta de dados quantitativos utilizou como fonte as bases de dados oficiais descritas abaixo:

a) Informações de Saúde do Departamento de Informática do SUS (TABNET/ DATASUS): Foram realizadas consultas a dados demográficos; indicadores e dados básicos (IDB); indicadores da rede assistencial pelo acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Indicadores da Assistência à Saúde;
b) Sistema de Informação da Atenção Básica do Departamento de Informática do SUS (SIAB/DATASUS): Foram acessados dados sobre o cadastramento familiar, produção e marcadores da Atenção Básica e Situação de Saúde;
c) Índice de Desempenho do SUS (IDSUS): estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 e 2011 que contém uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, onde os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS no Estado ou Município considerado;
d) Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios;
e) Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso): utiliza como fonte os registros de internações do Sistema Único de Saúde por maus tratos em pelo menos uma das causas, negligência e abandono (CID 10 Y06) e síndrome de maus tratos (CID-10 Y07) da população maior de 60 anos residente de Piraí no período selecionado.

Além das fontes supracitadas, também foram coletados dados documentais disponibilizados pela Secretaria de Saúde Municipal que continham informações não disponíveis nas bases de dados públicas, como o *Relatório de Gestão da Saúde* (2009) e no *Plano Municipal de Saúde, 2010-2013* (2011).

3.2 **Análise dos dados**

A fim de contextualizar o cenário onde os sujeitos de pesquisa constroem e descrevem significados, foram descritos inicialmente os microprocessos do atendimento ao usuário idoso na ESF do município de Piraí traduzidos no fluxograma descritor. Como houve dificuldade pelos profissionais de saúde em diferenciar o fluxo para atendimento ao idoso de outros usuários adultos, optou-se por utilizar o termo "usuário" ao invés de "idoso" na descrição dos fluxogramas. Os relatos foram sintetizados em um fluxograma descritor único e as diferenças na descrição dos processos entre as USF foram descritas durante a análise.

Para atingir mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos nos grupos focais, as transcrições produzidas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. Bardin (1977) configura a análise de conteúdo como:

> (...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Segundo Minayo (2013), a análise temática consiste "em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado" (MINAYO, 2013, p.316).

Seguindo as técnicas de análise de dados propostas por Bardin (1977) e Minayo (2013), as transcrições dos grupos focais e da entrevista com o gestor de saúde foram organizadas e analisadas considerando-se eixos temáticos. As informações foram sistematizadas em dois eixos temáticos pré-definidos baseados nos referenciais teóricos de Mendes (2011) e Moraes (2012), que orientaram a análise quali e quantitativa: (1) *população:* as percepções sobre as características da população assistida pela Atenção Primária do município, a identificação de riscos sociossanitários e territorialização. Abrange as interações dos profissionais de saúde com o idoso e a sua família, dificuldades encontradas no atendimento ao idoso e as ações efetuadas ante as situações identificadas; (2) *estrutura operacional*: contendo os relatos sobre os componentes do sistema de saúde do município e as ligações materiais e imateriais que comunicam os pontos da atenção a partir da Atenção Primária. Abrange as percepções sobre as dificuldades encontradas no fluxo do idoso entre os

níveis de Atenção Primária e Secundária e Terciária, além dos Sistemas de Apoio e Logístico que perpassam os três níveis de atenção.

As informações foram sistematizadas em ideias centrais[13] dos relatos dos profissionais de saúde e do gestor de saúde nos temas referidos, sendo identificados os núcleos de sentido e elaboradas subcategorias dentro de cada tema. As ideias centrais serviram de base para pesquisa de dados quantitativos que são apresentados junto à abordagem qualitativa de cada tema, corroborando ou confrontando as percepções dos sujeitos.

Na leitura compreensiva do material gerado, não foi possível identificar diferenças marcantes nos discursos entre os profissionais de saúde de nível superior e dos profissionais de nível médio, mas sim entre o gestor e os profissionais de saúde da APS, o que pode ser explicado pelo próprio processo de construção do discurso na coletividade dos grupos focais. As falas foram apresentadas na íntegra, apresentadas na formatação em itálico, como gravadas e transcritas, independente dos possíveis equívocos da língua portuguesa, que foram apresentados entre aspas simples para evitar que as correções pudessem alterar os sentidos. Os nomes de profissionais ou de moradores mencionados foram modificados para *X*, com o objetivo de preservar a identidade do sujeito citado.

3.3 **Limitações do estudo**

Apesar da tentativa de se realizar as reuniões em um ambiente mais próximo do adequado, parte das transcrições das gravações foi prejudicada por ruídos externos, uma vez que 3 das 10 USF não possuem sala para reuniões, ou Salas de Educação em Saúde, e tiveram que ser conduzidas em outros ambientes das unidades. Além disso, muitas Salas de Educação em Saúde também estavam sujeitas a ruídos externos. Para reduzir as perdas pela redução da qualidade das gravações, os áudios foram tratados para redução de ruídos, permitindo assim uma melhor transcrição das gravações.

A presença do gerente da unidade nas reuniões dos grupos focais pode ter ocasionado inibição dos outros participantes. Entretanto, como estes atuam ativamente na assistência como enfermeiros, foi optado pela sua permanência.

[13] Segundo Minayo (2013), as ideias centrais descrevem da maneira mais sintética e precisa os sentidos presentes no conjunto de discursos dos sujeitos que permite identificar e distinguir os vários sentidos ou posicionamentos contidos nos depoimentos.

Ainda que selecionados para grupo e liberados pela gerência local, alguns profissionais de saúde, principalmente profissionais de equipe multidisciplinar (nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos), não participaram do grupo focal porque estavam em atendimento no momento da reunião, não se encontravam na unidade ou não aceitaram participar.

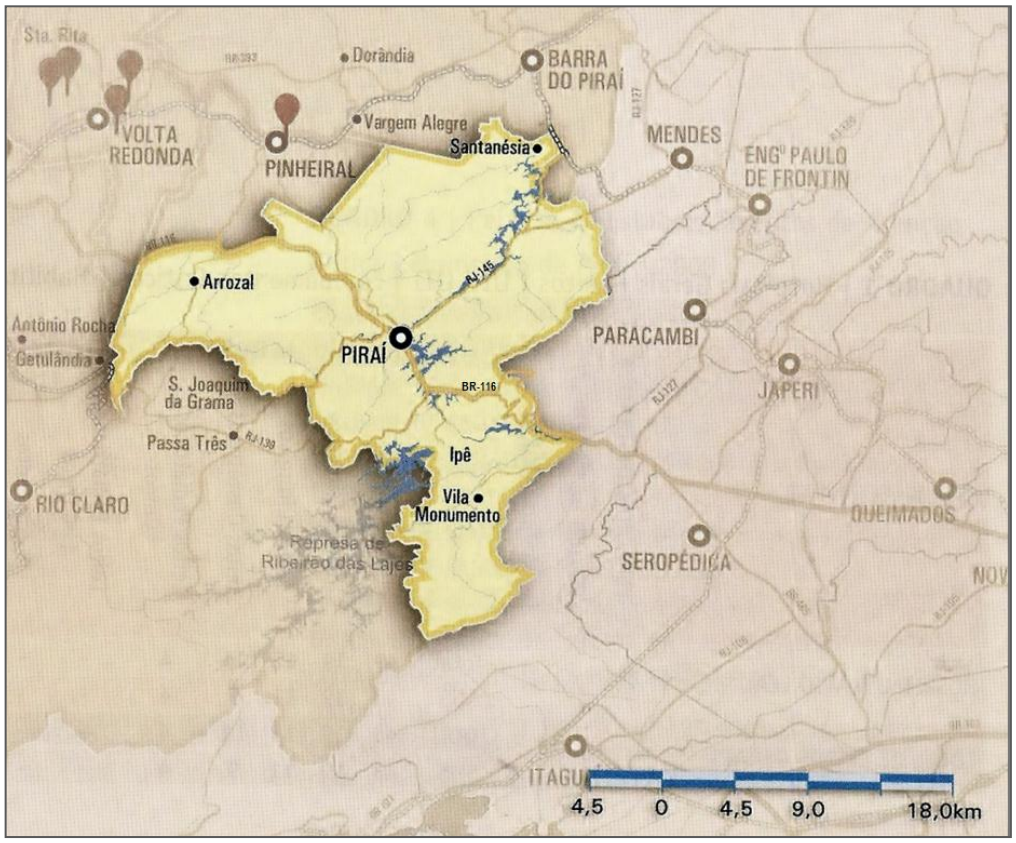
4 **O CENÁRIO DO ESTUDO**

A fim de se compreender o contexto natural onde os sujeitos desta pesquisa construíram significados, são descritos a seguir as características principais do município de Piraí e a organização do seu serviço público de saúde e assistência social voltada à assistência ao idoso, a partir da coleta de dados quantitativos e de observações de campo. Partindo do conceito de Rede de Atenção à Saúde e de seus elementos constitutivos propostos por Mendes (2011), as informações relativas ao município e seu sistema de saúde foram divididos em 2 componentes – *população* e *estrutura operacional*.

4.1 **A População de Piraí**

O município de Piraí está localizado no Estado do Rio de Janeiro, na regional de saúde do Médio Paraíba que engloba 12 municípios: Volta Redonda, Barra Mansa, Resende, Barra do Piraí, Valença, Itatiaia, Piraí, Pinheiral, Rio Claro, Porto Real, Quatis e Rio das Flores. Piraí é composto por 4 distritos: Piraí (distrito-sede), Santanésia, Arrozal e Vila Monumento (Figura 4). Sua área geográfica representa 505.375 Km², com uma densidade demográfica de 52,07 (Hab/ Km²) (IBGE, 2014). O município possui a característica de abranger uma zona rural de grande extensão, com um terreno irregular composto de montanhas, vales, rios e pela represa de Ribeirão das Lages. O município é cortado pela Rodovia Presidente Dutra (BR-116) com 42 Km de extensão dentro do seu território, como evidenciado na Figura 4.

Figura 4 - Mapa de Piraí, divisão por distritos e municípios que fazem divisa



Fonte: KUSCHNIR, 2009.

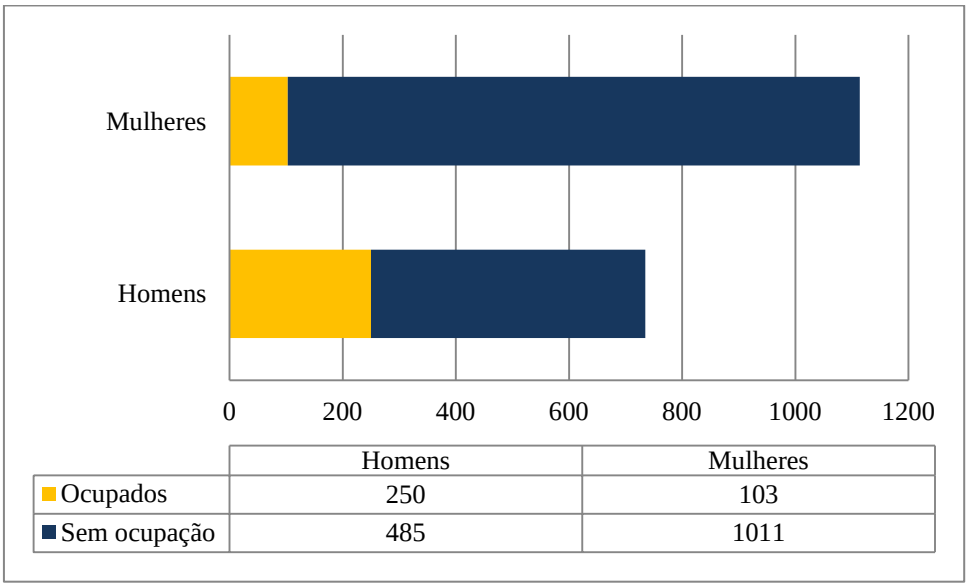
Como apontam os dados de cadastramento familiar do SIAB, no ano de 2012, Piraí possuía uma população predominantemente urbana, com 65,0% da população total e 69,8% de idosos residentes na zona urbana (SIAB/DATASUS, 2012). Esta população se dividia de forma heterogênia pelos seus 4 distritos (PIRAÍ, 2009).

Segundo dados do DATASUS, em 2012, a população de Piraí era de 26.948 habitantes, sendo 3.358 maiores de 60 anos. A transição demográfica em estágio mais avançado pode ser demonstrada neste município pela maior porcentagem de indivíduos idosos residentes de 12,5%, quando comparada à média brasileira de 10,7% no mesmo ano (DATASUS, 2012). De acordo com dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a esperança de vida ao nascer[14] em Piraí aumentou 5,3 anos nas últimas duas décadas, passando de 67,9 anos em 1991 para 70,0 anos em 2000, e para 73,2 anos em 2010 (PNUD, 2010).

[14] O indicador esperança de vida ao nascer é definido como o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (DATASUS/IDB).

O número de idosos residentes de Piraí que relatou possuir alguma deficiência auditiva, visual, motora ou mental no Censo de 2010 totalizou 1.849 pessoas. Isto representa que, em termos percentuais, 57,3% da população idosa de Piraí declararam possuir algum fator deflagrador de dependência funcional. Destes, as mulheres representaram a maioria (IBGE, 2010). Esta população mais envelhecida e portadora de incapacidades pode ter influenciado o aumento da utilização dos recursos em saúde no município, determinando impacto socioeconômico para a região.

Gráfico 1 - População residente maior que 60 anos portadora de alguma deficiência, visual, auditiva, motora ou mental. Piraí, 2010



	Homens	Mulheres
Ocupados	250	103
Sem ocupação	485	1011

Fonte: IBGE, 2010.

Dados do censo de 2010 do IBGE mostram que a renda média do domicílio per capta do município de Piraí correspondia a R$625,70, estando abaixo da renda média brasileira de R$767,02, e muito abaixo da média da Região Sudeste de R$943,34 no período. A taxa de analfabetismo (Tabela 4) do mesmo ano mostra que a população idosa de Piraí apresentava índices mais elevados que a Região Sudeste (DATASUS, 2010).

Tabela 4 - Taxa de analfabetismo por faixa etária. Comparação entre Piraí, Região Sudeste e Brasil, 2010

Área	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Piraí	0,9	3,2	7,4	19,4	38,9	39,9	8,0
Região Sudeste	1,0	2,3	5,8	13,2	19,4	25,1	5,3
Brasil	2,2	5,4	11,3	22,1	28,8	36,3	9,4

Fonte: IBGE, 2010.

Com relação à situação de saneamento da população, 78,4% dos domicílios tinham ligação direta com a rede de esgotos, 82,9%, possuíam água encanada e 96% tinham acesso à luz elétrica, em 2012 (SIAB/DATASUS, 2012). Apesar de apresentar índices melhores que a média nacional, estes números se encontravam aquém das taxas da Regional de Saúde do Médio Paraíba, como é demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Situação de saneamento dos domicílios. Comparação do município de Piraí com a Regional de Saúde do Médio Paraíba e Brasil, 2012

Área	Esgoto	Água encanada	Luz elétrica
Piraí	78,4%	82,9%	96,0%
Regional de Saúde do Médio Paraíba	90,5%	91,9%	99,2%
Brasil	43,0%	78,0%	95,3%

Fonte: DATASUS, SIAB, 2012.

Mesmo com indicadores sociodemográficos abaixo do esperado para a região Sudeste e para a regional de Saúde onde o município se insere, Piraí se diferencia de muitos municípios brasileiros por possuir um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Entre 2000 e 2010, pôde-se observar uma melhora no IDHM do município que passou de 0,612 em 2000 para 0,708 em 2010, uma taxa de crescimento de 15,69%. As melhoras foram identificadas na Educação, Longevidade e Renda (PNUD, 2010).

4.2 **A estrutura operacional do Sistema de Saúde**

De acordo com dados do SIAB de 2012, a APS do município possui a característica de possuir uma cobertura de 100% da população pela ESF desde 2008. A ESF conta com 10 Unidades de Saúde da Família - Arrozal, Cacaria, Caiçara, Casa Amarela, Centro, Jaqueira, Ponte das Jaranjeiras, Rosa Machado, Santanésia e Varjão, e mais 2 subunidades - Serra do Matoso e Ribeirão das Lages, que são ligadas administrativamente e respondem à gerência de Cacaria e Caiçara, respectivamente.

De acordo com informações documentais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Piraí (PIRAÍ, 2011), em 2011, as unidades Centro, Arrozal e Casa Amarela contavam com duas equipes de saúde da família cada e possuíam o maior número de usuários cadastrados, com o maior número absoluto de idosos (Tabela 6). Dados de 2012 não foram disponibilizados pela SMS de Piraí e não estavam disponíveis com a especificação da USF nas bases de dados públicas.

Tabela 6 - População adscrita por Unidade de Saúde da Família. Piraí, 2011

USF	**Nº de Equipes de Saúde da Família**	**Nº de famílias cadastradas na ESF**	**Nº de habitantes**	**População acima de 60 anos**	**% da população acima de 60 anos**
Arrozal	2	1929	6013	677	11%
Cacaria/Serra do Matoso	1	374	1126	179	16%
Caiçara/Ribeirão das Lages	1	586	1815	186	10%
Casa Amarela	2	1321	4066	472	12%
Centro	2	1903	5905	944	16%
Jaqueira	1	567	1644	195	12%
Ponte das Jaranjeiras	1	488	1537	206	13%
Rosa Machado	1	431	1340	174	13%
Santanésia	1	548	1651	298	18%
Varjão	1	618	1918	212	11%
PIRAÍ	**13**	**8765**	**27026**	**3543**	**13%**

FONTE: PIRAÍ, 2011.

Em junho de 2012, a ESF do município possuía 13 equipes de saúde da família com 197 profissionais de saúde distribuídos entre as USF. O número de profissionais de saúde cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde por ocupação é mostrado na Tabela 7. Ressalta-se que parte destes profissionais da ESF é "itinerante", trabalhando em mais de uma USF de acordo com o dia de semana, principalmente fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Tabela 7 - Quantidade de profissionais de saúde inscritos em Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde. Piraí, junho de 2012

Ocupações	Quantidade
Agente comunitário de saúde	88
Assistente Social	2
Atendente de consultório dentário	4
Auxiliar de Enfermagem	9
Bioquímico/farmacêutico	1
Enfermeiro	18
Fisioterapeuta	4
Fonoaudiólogo	3
Ginecologista Obstetra	2
Médico Clínico Geral	5
Médico de Família	6
Nutricionista	4
Odontólogo	23
Outras especialidades médicas	4
Outras ocupações de nível superior relacionadas à Saúde	2
Pediatra	2
Protético Dentário	1
Psicólogo	7
Psiquiatra	1
Técnico de Enfermagem e Socorrista	4
Visitador Sanitário Auxiliar	7
Total	**197**

FONTE: TABNET/ CNES/ Recursos Humanos, junho 2012.

A estrutura física das USF de Piraí, na maioria dos locais, refletiu a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, contando com uma recepção e consultórios, seguidos de salas de preparo, vacinas, curativo e local de armazenamento e dispensação de medicamentos (PIRAI, 2009). As USF Arrozal e Centro eram as que apresentavam a maior estrutura física no período do estudo, com 6 e 8 consultórios,

respectivamente, e a que unidade que possuía a menor estrutura física contava com apenas 1 consultório. 80% das unidades, possuíam Sala de Educação em Saúde destinadas a reuniões, 9 tinham uma Sala de Preparo, para a primeira avaliação do usuário e Sala de Vacina. Entretanto, foi possível notar diferenças estruturais em algumas unidades que independiam do tamanho do território de abrangência, quantidade de pessoas atendidas ou número de profissionais atuantes, como é o caso de Casa Amarela que, no período do estudo, contava somente com 3 consultórios.

A rede pública do sistema de saúde de Piraí era composta de serviços pertencentes à rede própria do SUS e à rede conveniada com este (Tabela 8). Os serviços da atenção secundária e terciária e de apoio diagnóstico e terapêutico, como consultas ambulatoriais a especialistas, exames e procedimentos, eram oferecidos nos Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas, no Hospital Flávio Leal e nos estabelecimentos acordados pelos consórcios intermunicipais, primordialmente nos municípios da Regional de Saúde do Médio Paraíba.

Tabela 8 - Rede de Serviços de Saúde Próprios e Contratados. Piraí, 2012 (continua)

Tipo	**Prestador**			
	Público	Privado Local	Privado Extra Municipal	**Total**
Equipe de PSF	13	0	0	**13**
Unidades Básicas de Saúde	14	0	0	**14**
Centro Ambul. Especial	2	1	0	**3**
Unid. de Emerg. Hospitalar	0	1	0	**1**
Unididade de Urgência com Leito de Observação	1	0	0	**1**
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1	0	0	**1**
Labor. de Patol. Clínica	1	1	0	**2**
Labor. de Anat. e Cito Patolog.	0	0	2	**2**
Raios-X	0	1	1	**2**
Ultrassonografia	0	2	0	**2**
Eletrocargiograma	3	1	0	**4**

Tabela 8 - Rede de Serviços de Saúde Próprios e Contratados. Piraí, 2012 (conclusão)

Tipo	**Prestador**			
	Público	Privado Local	Privado Extra Municipal	**Total**
Endoscopia	0	1	0	**1**
Tomografia	0	0	2	**2**
Medic. Nuclear	0	0	2	**2**
Cicloergometria	0	1	0	**1**
Ecodopller	0	1	0	**1**
Eletroencefalograma	0	0	1	**1**
Quimiot. e Radioterapia	0	0	1	**1**
Mamografia	0	0	2	**2**
Terapia Renal Substitutiva	0	0	1	**1**
Fisioterapia	1	1	0	**2**
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial	1	0	0	**1**
Laboratório de Prótese Dentária	1	0	0	**1**

Fonte: DATASUS/TABNET/CNES, 2012.

Sob a gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS), o município contava com: um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) localizado no centro do município; uma Unidade de Atendimento no bairro do Vale Verde, a sudoeste do município; e o Centro de Referência Especializado de Assistencial Social (CREAS) no bairro de Casa Amarela. O Conselho Municipal do Idoso, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, atuava no município desde 2010, sendo o centro de referência para a notificação de denúncias de violência contra a pessoa idosa. O Conselho também atuava na elaboração e implantação de projetos voltados à qualidade de vida do idoso no município. Entre os projetos coordenados pela Assistência Social em atividade durante a pesquisa estavam: ginástica, em 9 bairros; yoga, em 2 bairros; biodanza, em 2 bairros; hidroginástica, no centro; dança de salão, 3 bairros (PIRAÍ, 2012).

As informações pertinentes à assistência social foram levantadas por terem impacto direto à saúde do idoso e por serem pontos de dificuldade na atenção, na percepção dos profissionais de saúde, como será visto a seguir. A Figura 5 mostra os serviços de saúde e assistência social disponibilizados no município.

Figura 5 - Estrutura do Sistema de Saúde e Assistência Social - Atenção Primária, Secundária e Terciária. Piraí, 2012

Legenda:
△ Unidades de Saúde da Família
△ Subunidades de Saúde da Família
⬟ Centro de Especialidades Médicas
⬟ Fisioterapia Municipal de Arrozal
✚ Pronto Socorro de Arrozal
○ Centro de Atenção Psico Social - Reviver
○ Centro de Referência de Assistência Social
○ Centro de Referência de Assistência Social
○ Secretaria Municipal de Saúde
● Unidade de Atendimento de Assistência Social
H Hospital Municipal Flávio Leal

Fonte: Elaboração própria. Baseado no mapa de Piraí do Atlas de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (KUSCHNIR, 2009).

O avanço na regulação das referências e no monitoramento das filas de espera com a implantação de ferramentas informatizadas de regulação no município possibilitou a parcial descentralização da marcação de exames e consultas especializadas. Segundo o Relatório de Gestão de Saúde (2009), todas as USF estavam ligadas a um sistema informatizado com acesso a internet, o que permitia o agendamento e regulação de procedimentos, exames,

consultas e encaminhamentos por meio do Sistema de Regulação (SISREG). Apesar de todas as USF possuírem computadores nos consultórios, o prontuário eletrônico unificado não era recurso ainda implantado no período do estudo e as filas de espera eram reguladas em nível central pela Central de Regulação localizada na SMS.

Para o apoio logístico, as USF contavam com veículos utilizados para transporte de profissionais para as visitas domiciliares, transporte de pacientes e transporte de materiais biológicos das unidades para o laboratório e de materiais não biológicos. Nem todas as USF possuíam este recurso todos os dias da semana. Também eram disponibilizadas 2 ambulâncias, sendo uma localizada no Pronto Socorro de Arrozal e outra no Hospital Municipal Flávio Leal. Apesar da meta de construção de um plano específico para a eficiência do sistema de transporte da SMS, com aquisição, modernização e manutenção de veículos, descrita no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (PIRAÍ, 2011), maiores informações não foram disponibilizadas pela SMS e não foram encontradas nas bases de dados públicas sobre a quantidade de veículos disponibilizadas para as USF.

Durante o ano de 2012, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) passou a atuar no município. Localizado também no centro, ao lado do Hospital Flávio Leal, este serviço ficou responsável pelo atendimento das urgências em todo o território municipal. Isto modificou o fluxo de atendimento a urgências nas USF e de transporte ao paciente com condições agudas e necessidade de atendimento de maior complexidade.

O sistema de assistência farmacêutica era composto pela Farmácia Central, localizada no centro de Piraí, que regulava, comprava, armazenava e distribuía as medicações para as USF. O sistema de patologia clínica era centralizado no Laboratório Central, também localizado no bairro de Piraí, que realizava a análise dos materiais biológicos encaminhados pelas USF.

Como se pode verificar nas Figuras 5 e 6, os pontos de atenção secundária, terciária e os principais pontos de apoio e logístico, se encontram concentrados nos bairros de Piraí (centro) e Arrozal. A USF Centro encontra-se situada próxima dos pontos de atenção secundários, como o Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO), ao lado do ponto de atenção terciário, o Hospital Flávio Leal, e da Farmácia Central do município. Já a USF de Arrozal possui a particularidade de ter uma Unidade de Pronto Atendimento e um Centro de Especialidades Médicas (CEM) próximas, unidades da atenção secundária. Estas especificidades foram ressaltadas, pois determinaram uma mudança no fluxo de atendimentos a usuários e na percepção dos profissionais de saúde, como será visto nos capítulos a seguir.

Assim, de modo geral, para que a população tivesse acesso aos serviços especializados, havia necessidade de deslocamento para os bairros de Piraí, no centro, e de Arrozal.

Figura 6 - Estrutura dos Sistemas de Apoio e Logístico do Sistema de Saúde, Piraí, 2012

Legenda:
Rede de Informática
Central da Tecnologia de Informação (SMS)
Farmácia Central
Laboratório Central
SAMU
Ambulância

Fonte: Elaboração própria. Baseado no mapa de Piraí do Atlas de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (KUSCHNIR, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde de Piraí é habilitada no regime de Gestão Plena do Sistema Municipal (NOB 01/02), de 13 de outubro de 2003, pelo qual o município se recebe um montante definido de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (PIRAÍ, 2009). Em 2008, assinou o Pacto pela Saúde junto a Região do Médio Paraíba e, desde esse ano, as formas de transferência dos recursos federais para o município passaram a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média

e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) (PIRAÍ, 2009).

Segundo o Relatório de Gestão (2009), a operacionalização da gestão pela SMS evidencia a participação de diversos atores nos processos decisórios - representantes da população, profissionais de saúde, gerentes de unidades de saúde da família e gestores, através das seguintes instâncias participativas: Conselho Municipal de Saúde, com reunião mensal; o Fórum de Gerentes de Unidade, instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações que reúne mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento; a Reunião de Polo de PSF, que reúne a coordenação do PSF, coordenação de Odontologia, Médicos, Enfermeiros e os Cirurgiões Dentistas para avaliação de resultados trimestrais para cada uma das Equipes de Saúde da Família, com apresentação de dados do polo Piraí e do polo Arrozal; a Plenária de Planejamento, que reúne anualmente todos os gerentes da SMS para planejamento da agenda municipal de saúde; os Conselhos Gestores de Unidade, organizados em cada unidade da ESF, compostos por representação da população local, a gerência da unidade e um representante dos funcionários; as Conferências Locais e Municipais de Saúde que discutem as questões de cada área de abrangência do PSF para a Conferência Municipal e tem caráter deliberativo sobre as diretrizes e operação do Plano Municipal de Saúde; e o Colegiado de Gestão da Saúde, com reuniões mensais e participação dos serviços e coordenações ligadas diretamente a Secretária de saúde (PIRAÍ, 2009).

A articulação com outros setores ocorre no Fórum Permanente de Ações Intersetoriais, com participação da APS, Saúde Mental, Promoção Social e Educação.

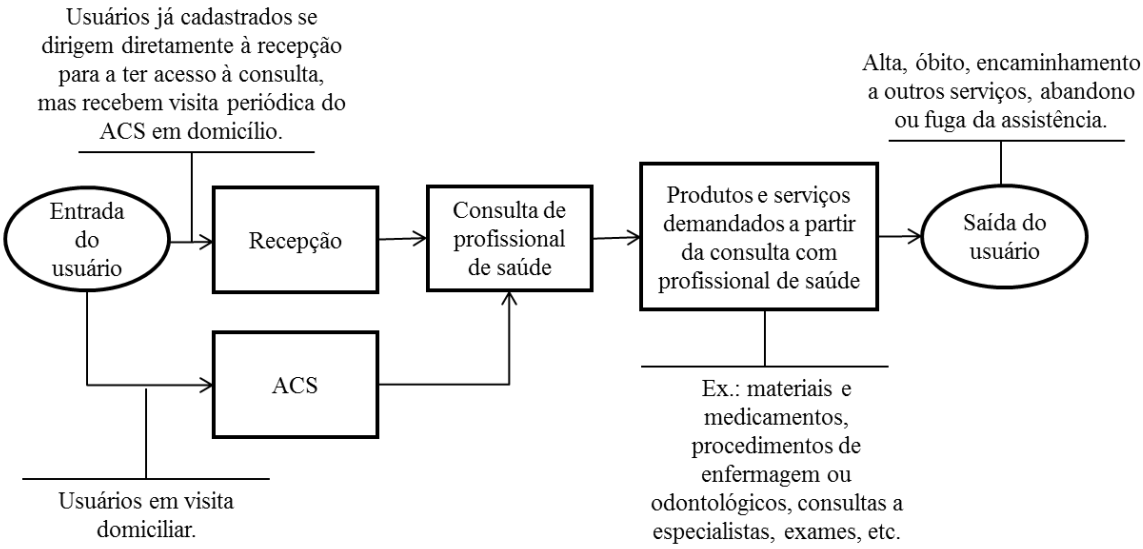
5 **RESULTADOS**

5.1 **Descrição do processo de trabalho da Atenção Primária**

O processo de trabalho das USF de Piraí é dividido entre uma equipe composta por agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem e dentista. Os profissionais de equipe multidisciplinar, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e educador físico, muitas vezes não se encontram fixos em uma só unidade, percorrendo diversas USF de acordo com o dia da semana. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, atendimentos no consultório e ações programáticas fora das USF. Excepcionalmente no município de Piraí, apesar de não ser requisito do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), todos os ACS e alguns profissionais da recepção das USF possuem a formação de técnicos ou auxiliares de enfermagem, tendo sido esta uma escolha da Secretaria Municipal de Saúde de Piraí para melhorar a qualidade da atenção prestada.

A fim de esquematizar todos os processos que caracterizam o atendimento ao usuário em uma USF, é exemplificado abaixo um fluxograma resumido (Figura 7) comum a todas as USF avaliadas. Cada ponto determina uma janela do processo de produção do cuidado onde o usuário pode ou não ter acesso, sendo dependente das decisões geradas pelos profissionais de saúde no seu trajeto e de outros fatores sociais e burocráticos. É importante registrar que, apesar da saída do usuário estar representada ao final do fluxo, parte dos usuários pode se perder entre os processos intercessores do cuidado ou mesmo não conseguem acesso ao primeiro atendimento, sendo então excluídos da assistência.

Figura 7 - Fluxograma resumido de uma USF. Piraí, 2012



Fonte: Elaboração própria.

5.1.1 Entrada de novo usuário

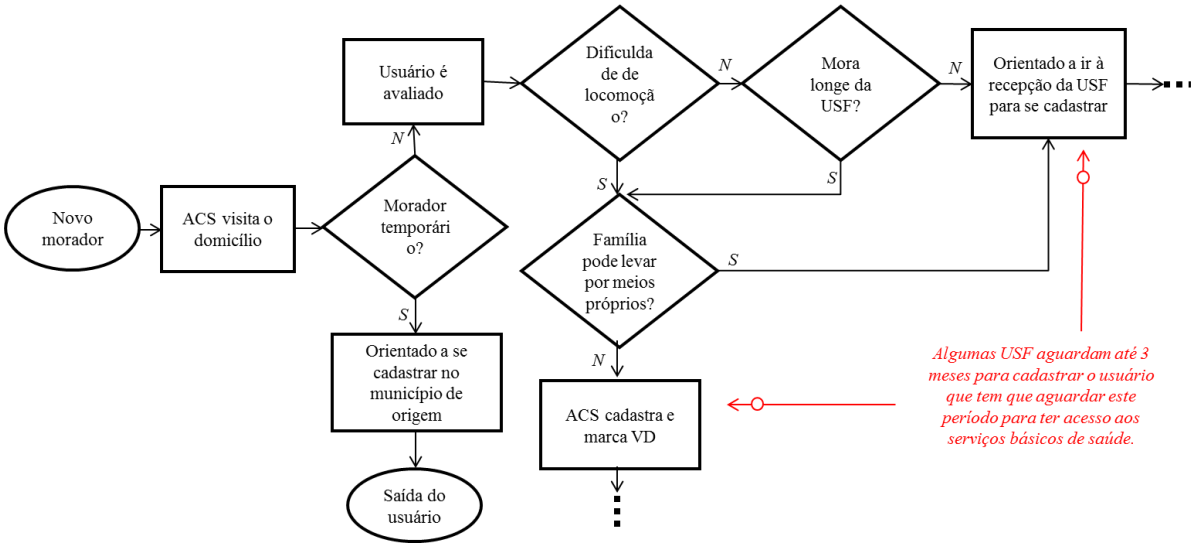
Em todo o município, a entrada de novo usuário pode ser feita de duas formas: o usuário se encaminha à recepção de uma USF e solicita o cadastro ou o ACS identifica o novo morador e realiza a primeira visita.

Um ponto chave na definição das necessidades de saúde da população do município é feita pelos ACS. Durante a primeira visita domiciliar, este avalia as condições de renda e moradia (saneamento básico, número de cômodos e etc) e se há o relato de algumas condições de morbidade como: *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, sequela de acidente vascular cerebral, "problema cardíaco", insuficiência renal, obesidade, tabagismo, neoplasia, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a presença de doenças de notificação compulsória (tuberculose, malária e hanseníase). Além disso, também é de responsabilidade do ACS a identificação de sinais de violência – tópico presente em sua ficha de evolução de visita domiciliar.

A avaliação dos riscos estabelecidos pelo Caderno de Atenção Primária Nº 19 (BRASIL, 2006c) orientados para assistência ao idoso, como risco de queda e de fragilidade,

assim como o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, não são práticas realizadas pelos ACS no município.

Figura 8 - Fluxograma de entrada de novo usuário



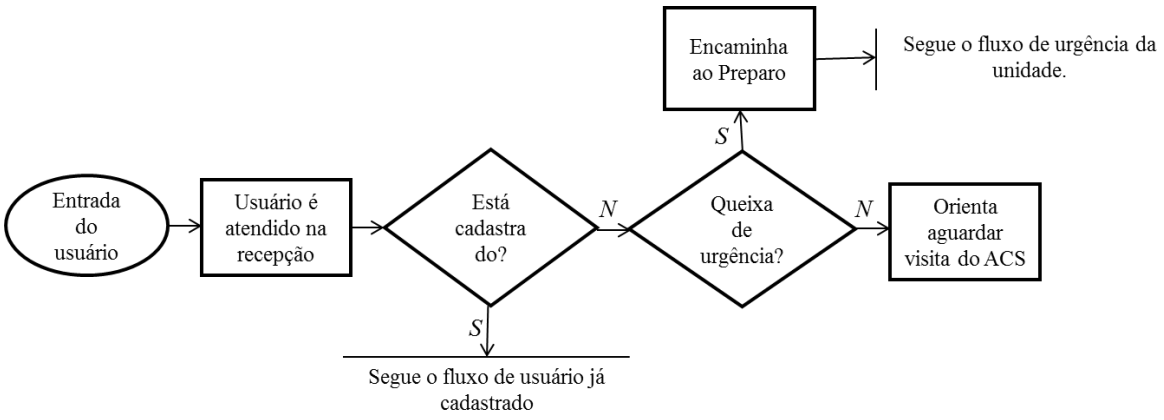
Fonte: A autora, 2015.
Nota: Visita domiciliar do ACS. Piraí, 2012.

Durante a construção dos fluxogramas verificou-se uma dificuldade na definição de quando deve ocorrer o cadastramento de novo usuário. 4 USF unidades realizam o cadastramento imediato da família e idoso já na primeira visita do ACS, enquanto 6 aguardam o período entre 45 dias a 3 meses, para a realização do cadastramento, após visitas repetidas do ACS. Estas USF possuem como etapa de decisão a "checagem" da moradia do usuário, mesmo que este informe que reside no local (Figura 8). Segundo os profissionais, isto se deve à elevada frequência de usuários de outros municípios que tentam se cadastrar nas USF de Piraí.

Caso o usuário se dirija diretamente à USF, sem aguardar o cadastramento pelo ACS, para que este tenha acesso à consulta médica, existe uma primeira escuta realizada pela recepção para a avaliação da necessidade imediata de atendimento (Figura 9). Se o usuário se queixar de sintomas chamados de urgência pelos profissionais, este passa a uma pré-consulta onde ocorre uma segunda escuta ao usuário. Não há critério descrito para o encaminhamento do usuário à pré-consulta ou definição dos sintomas chamados de urgência, cabendo esta decisão à avaliação subjetiva da Recepção ao pedido do usuário. Nesta etapa, chamado diferentemente nas USF como Preparo ou Triagem, o usuário relata novamente suas queixas a

um técnico de enfermagem que mede seus sinais vitais, sendo este um novo ponto decisório se o usuário receberá ou não a consulta médica. O acolhimento foi citado em algumas USF como parte do processo do Preparo nas situações de urgência, enquanto outras não citaram esta prática.

Figura 9 - Fluxograma de entrada de novo usuário



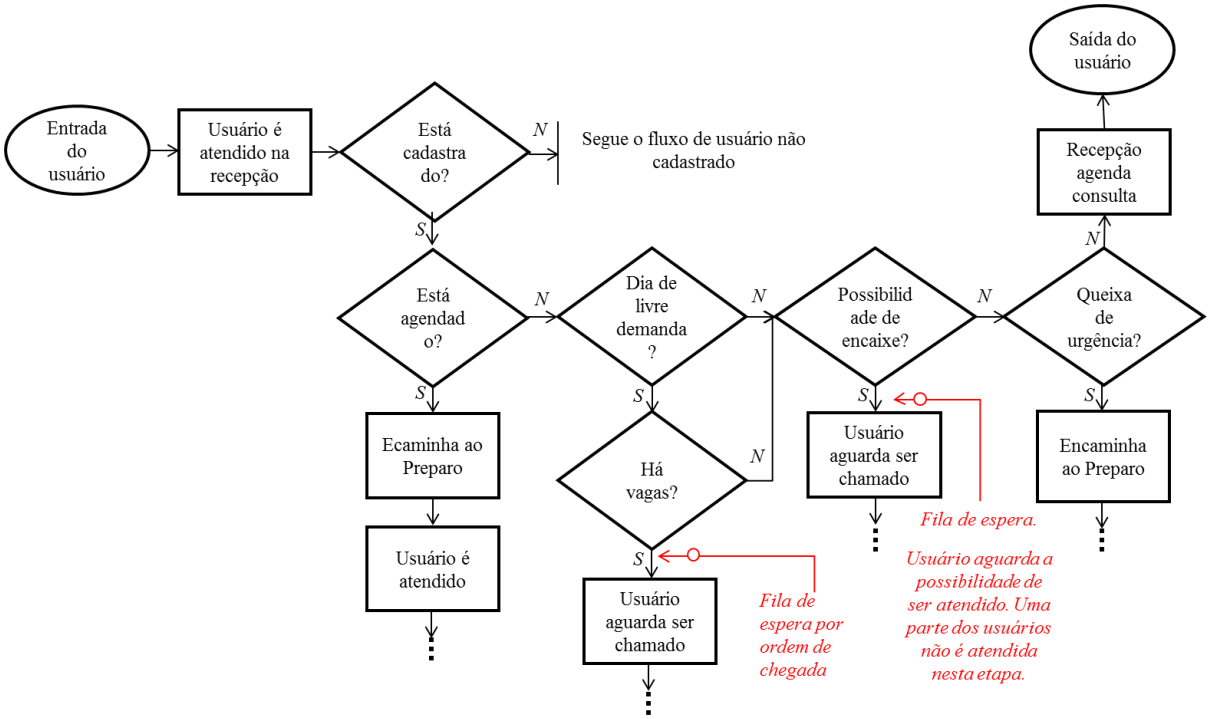
Fonte: A autora, 2015.
Nota: Demanda espontânea. Piraí, 2012.

5.1.2 Atendimento na USF de usuário idoso já cadastrado

As agendas de atendimento das USF, onde as consultas para os idosos podem ser alocadas, são divididas em: Livre Demanda, Atendimentos de Hipertensão e Diabetes e Visita Domiciliar (VD).

A Figura 10 retrata o fluxo de atendimento ao usuário já cadastrado comum a 8 entre as 10 USF avaliadas. A diferença entre as unidades se encontra no seguimento do fluxo de atendimento às urgências.

Figura 10 - Fluxograma de entrada de usuário já cadastrado



Fonte: A autora, 2015.
Nota: Piraí, 2012.

O fluxograma demonstra que, para que o usuário seja atendido, ele deve passar por uma abordagem inicialmente administrativa, com verificação de documentos e de agendamento de consulta feita na recepção. Confirmado o agendamento, o usuário é encaminhado para o Preparo, onde é verificada a pressão arterial, feito um teste rápido de glicose e avaliadas as principais queixas por um técnico de enfermagem.

Nos dias de livre demanda, os usuários são agendados conforme solicitação e agendamento prévios ou podem aguardar consulta no próprio dia de acordo com a disponibilidade de vagas. Além disso, há a possibilidade de "encaixes" na agenda caso o indivíduo prefira aguardar uma desistência para um dia específico. Os encaixes e o dia de livre demanda geram uma fila de espera na unidade onde os idosos possuem prioridade no atendimento. Não foi identificada a separação de um dia específico para atendimento ao idoso, de forma que as consultas de idosos concorrem com o atendimento a crianças, gestantes e homens e mulheres adultos.

A consulta pelo profissional de saúde, seja ele médico, dentista ou enfermeiro, gera a demanda de serviços específicos que poderão ser ofertados ao usuário entrega de materiais e medicamentos (mat/med), realização de exames, encaminhamento a especialistas e

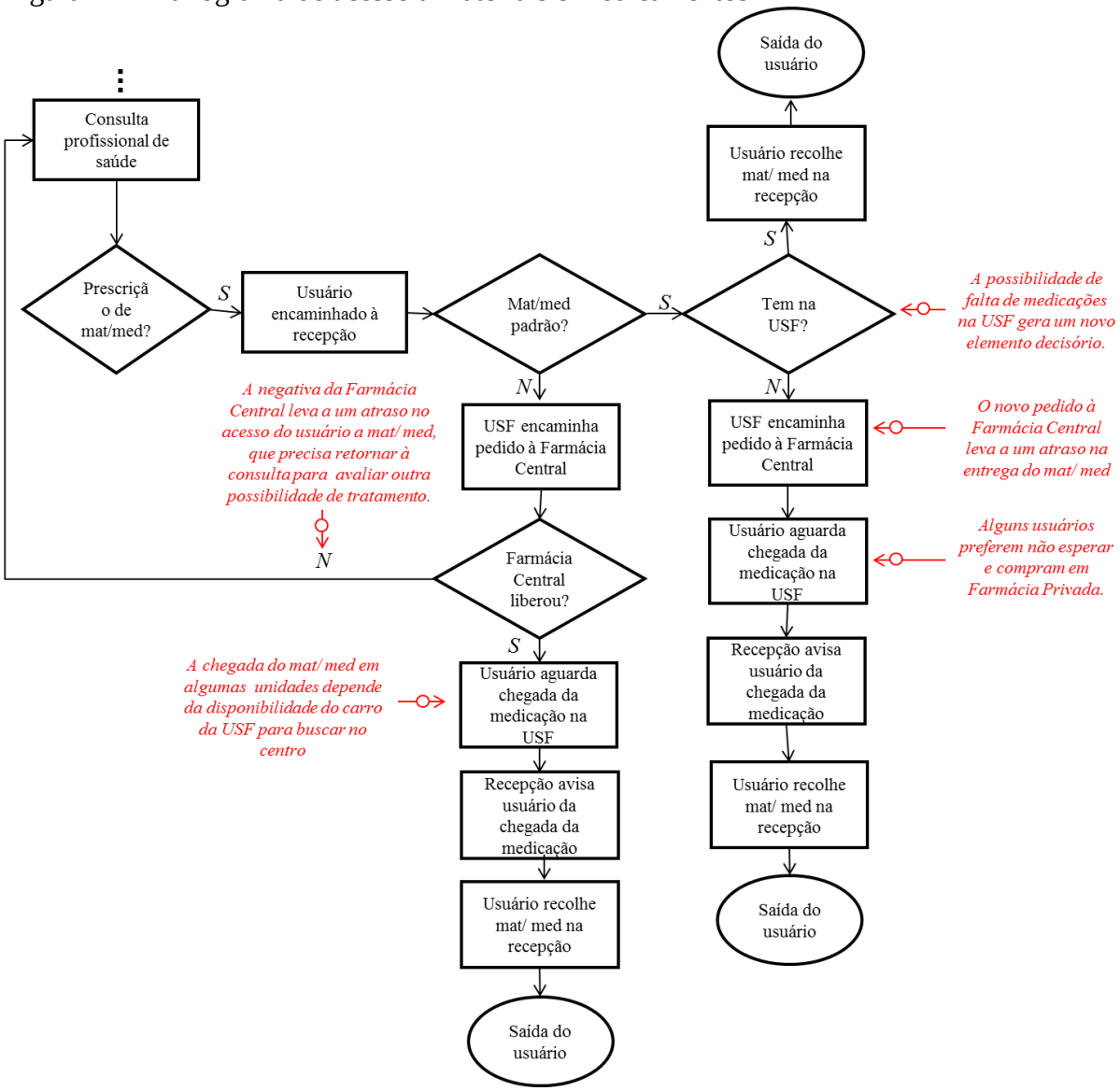
necessidade de encaminhamento à equipe multidisciplinar. A partir deste ponto é encontrada a maior parte dos problemas relatados pelos profissionais de saúde no fluxo do idoso.

Como mostram as Figuras 11 a 14, o acesso aos serviços oferecidos ao usuário depende de uma série de variáveis que afetam diretamente a assistência. A disponibilidade de vagas no SISREG, a resposta da SMS no caso de procedimentos, exames ou mat/med, o transporte do usuário no caso de usuários com dependência ou exames e consultas fora do município, a logística de suprimentos do Sistema de Saúde e, finalmente, a presença ou não de uma rede social de apoio ao idoso dependente, determinam a possibilidade de acesso aos serviços ofertados. Um ruído existente em qualquer um destes pontos no fluxo do usuário resulta em um atraso ou impossibilidade de realização desta etapa do processo de cuidado.

Na Figura 11 está representado o fluxo de acesso do usuário a materiais e medicamentos (mat/med), resultado de uma consulta Médico, de dentista ou enfermeiro.

Após verificar a prescrição, a recepção checa a existência do mat/med em estoque da farmácia da USF. Estando o mat/med presente no estoque, este é fornecido ao usuário que tem por encerrado seu trajeto na Unidade. Nesta etapa, entretanto, 80% das USF referem dificuldades no recebimento e estoque de medicações, informando a necessidade de pedidos extras à Farmácia Central. Nesta etapa do fluxo, 2 USF informam que o usuário algumas vezes é orientado a comprar a medicação, na falta desta na unidade e/ou na negativa da SMS.

Figura 11 - Fluxograma de acesso a materiais e medicamentos



Fonte: A autora, 2015.
Nota: Piraí, 2012.

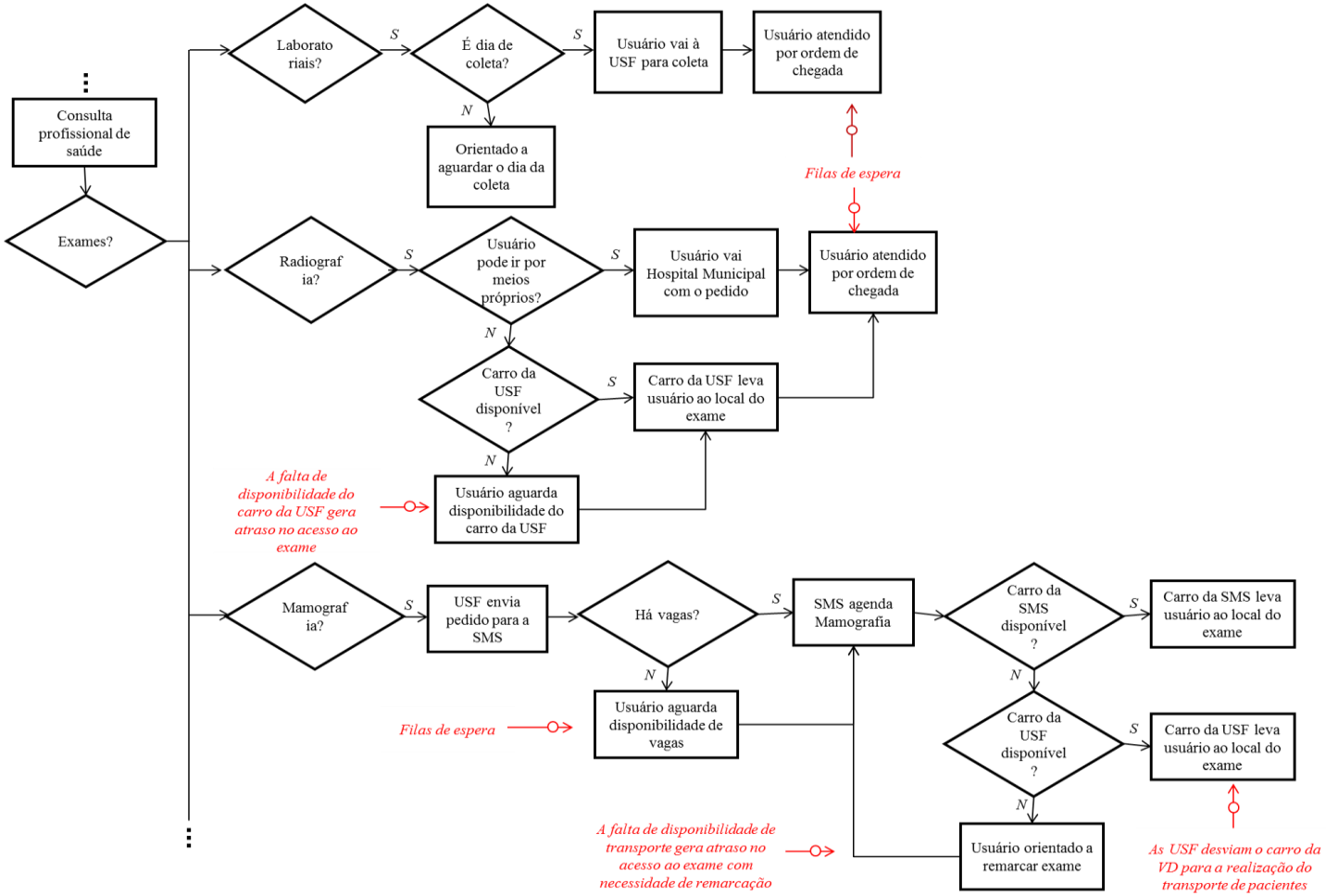
Os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar são ainda mais tortuosos sendo dependentes da disponibilidade de vagas no SISREG, da oferta deste serviço no município e na regional de saúde e da disponibilidade de transporte ao paciente. A oferta de vagas é controlada pela SMS que estabelece uma cota de agendamento no SISREG para cada USF de acordo com o número de famílias cadastradas. Entretanto, para acesso a serviços terapêuticos, exames e especialidades de alta complexidade ou aqueles que possuem baixa disponibilidade de vagas na regional de saúde, o pedido é encaminhado diretamente à SMS.

A regulação da fila de espera dos encaminhamentos feitos pelo SISREG e dos pedidos encaminhados diretamente à SMS é feita por uma central reguladora presente na SMS de Piraí que organiza a fila de acordo com as necessidades clínicas. Esta regulação, segundo o gestor municipal, é compartilhada com os gerentes de unidades em reuniões periódicas que podem solicitar prioridades de alguns casos ou discutir a necessidade de vagas além da cota disponibilizada.

Na Figura 12 está representada a etapa de acesso aos exames laboratoriais simples, radiografia e mamografia aqui tratados separadamente, pois possuem fluxos diferenciados de outros exames de média e alta complexidade.

A coleta de exames laboratoriais ocorre em dias específicos nas USF, exceto na USF Centro, onde a coleta é diária por se encontrar ao lado do Laboratório de Análises Clínicas. A restrição de exames a horários específicos faz com que parte dos usuários não tenha acesso à coleta de exames ou tenha que se deslocar à USF do Centro para que este seja realizado, gerando uma fila de espera nesta USF que tenta absorver as demandas das outras.

Figura 12 - Fluxograma de acesso a exames



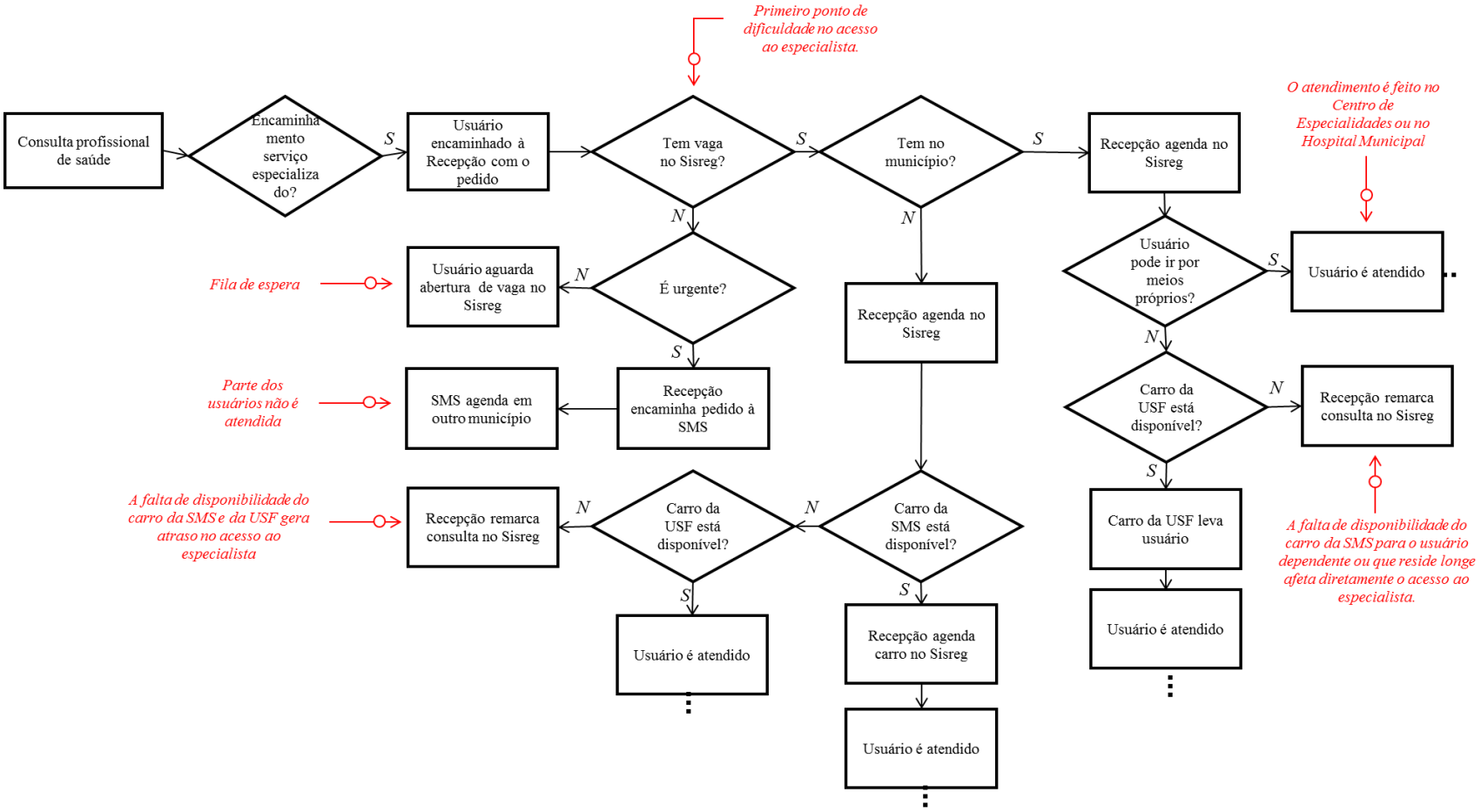
Fonte: Elaboração própria.
Nota: Piraí, 2012.

Como demonstrado na Figura 12, para a realização de radiografia não há agendamento prévio e o usuário deve se deslocar para o Hospital Municipal Flávio Leal, no centro do município, e aguardar por ordem de chegada. Isto faz com que ocorra uma fila de espera dentro do Hospital Municipal que funciona como sede de realização exames e consultas a especialistas, além de abrigar uma estrutura de urgência e de internação. Não houve relatos pelos profissionais de saúde de dificuldades nesta etapa da assistência.

A oferta aos exames mamográficos é controlada diretamente pala SMS que recebe o pedido das USF e faz o agendamento. Sendo um exame realizado fora do município, além da disponibilidade de vaga, o acesso do usuário a este exame está sujeita à oferta de transporte da SMS quando o usuário não pode ir por meios próprios. Caso não haja carro disponível, a SMS é obrigada a remarcar o exame, vaga que concorre com o agendamento de usuários de outros municípios da região de saúde do Médio Paraíba. O fluxo a outros exames de média e alta complexidade ocorre de forma semelhante ao fluxo de referência às unidades de atendimento ambulatorial da atenção especializada representado na Figura 13.

Se há necessidade de encaminhamento a serviços ambulatoriais especializados (Figura 13), como procedimentos especializados realizados por profissionais médicos e outros profissionais de saúde de nível superior com o objetivo propedêutico ou terapêutico, ou seja, em policlínicas, ambulatórios, centros especializados, entre outros, 100% das unidades referem que recorrem ao SISREG para seu agendamento. 1 USF possui uma Central de Agendamento de Exames com profissionais que realizam os agendamentos no SISREG de consultas a especialistas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, carro para transporte de pacientes e, além disso, fazem o serviço de orientação ao usuário.

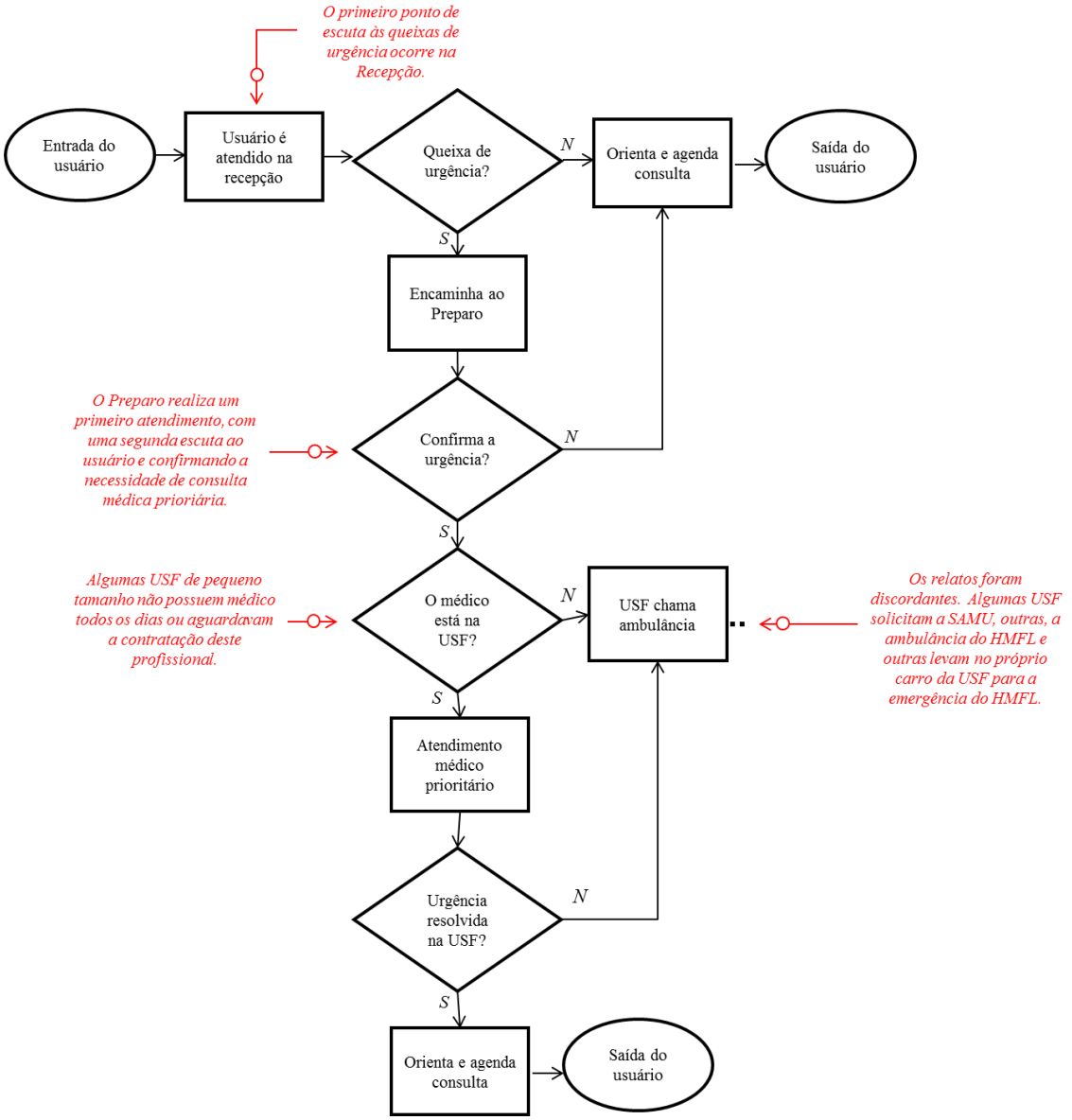
Figura 13 - Fluxograma de referência a serviços ambulatoriais especializados



Fonte: Elaboração própria.
Nota: Atenção secundária e terciária. Piraí, 2012.

O atendimento às urgências merece destaque, pois representou um dos principais problemas relatados pelos sujeitos desta pesquisa, sendo mencionado em 80% das unidades como elemento dificultador da assistência. Um ponto que chama atenção é a necessidade de confirmação da presença do médico na unidade para que seja definido o fluxo que o usuário seguirá a partir da entrada na USF sintomas de urgência. Apesar da maioria dos gerentes informarem que o atendimento às urgências não é papel da ESF, 100% das USF informam como uma etapa do processo decisório a definição se há necessidade de atendimento de urgência.

Figura 14 - Fluxograma de Urgências na USF



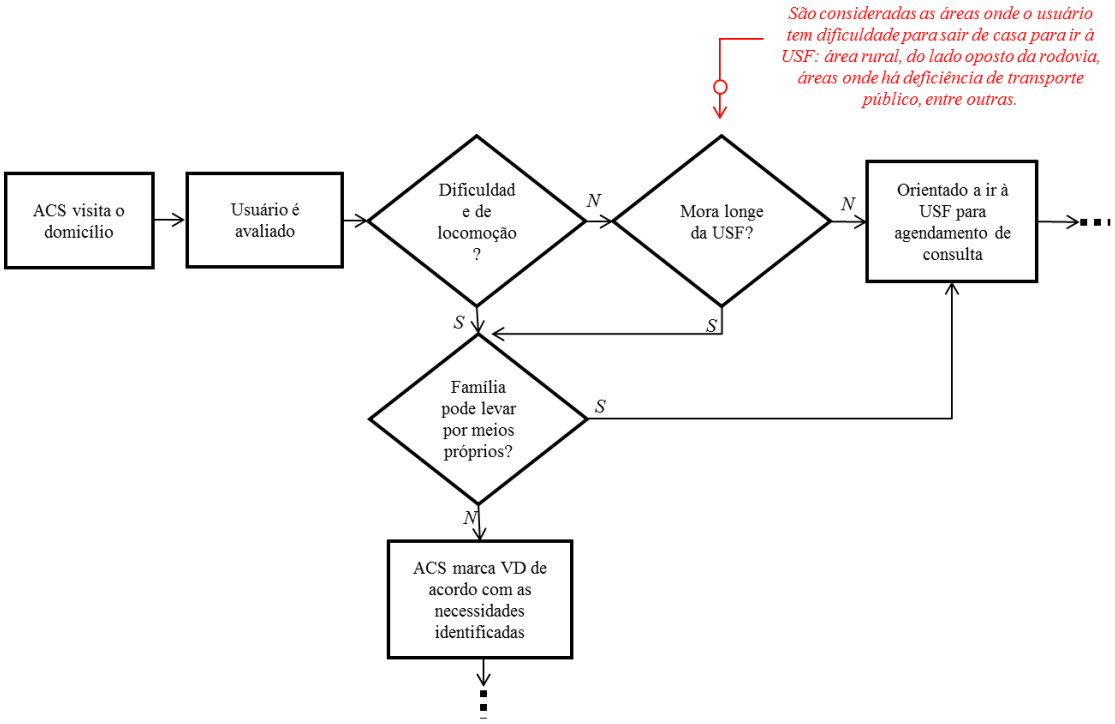
Fonte: Elaboração própria.
Nota: Piraí, 2012.

No seguimento do processo de atendimento, houve uma discordância no que se refere ao encaminhamento ao Hospital Flávio Leal no caso de uma situação de gravidade com necessidade de internação. Com a implantação do SAMU no município no mesmo ano da realização da pesquisa, apenas 40% das USF informaram que solicitavam o SAMU para o atendimento e transporte de urgências, sendo que destas, 1 informou que, se o SAMU demorasse, o transporte era realizado pelo carro na USF; 5 informaram que solicitavam a ambulância do HMFL diretamente e, se não estivesse disponível, levavam o paciente para a emergência do hospital no carro da USF; 1 relatou que orientava aos usuários a chamada do SAMU apenas fora do horário comercial, direcionando ao atendimento às urgências para a USF e o transporte do usuário, se necessário, para a ambulância do HMFL. Das unidades avaliadas, 90% estavam cientes da implantação do SAMU, mas apenas 40% relataram ter sido orientadas a como utilizar este sistema.

5.1.3 Assistência domiciliar

Como mencionado anteriormente, o alicerce da prática da assistência domiciliar da Atenção Primária no município de Piraí é o ACS. Este é quem sinaliza para a sua unidade de origem a necessidade de inclusão de um usuário nos agendamentos das visitas domiciliares (Figura 15). São considerados elegíveis para a visita domiciliar aqueles pacientes que possuem dificuldade de locomoção – acamados ou com mobilidade prejudicada de forma que não consigam sair de seu domicílio. Não obstante, 7 USF referem incluir em suas visitas domiciliares usuários, idosos ou não idosos, que residem em área rural, que moram longe da USF ou em área de difícil acesso. Não há critério específico para considerar o local longe da unidade ou de difícil acesso.

Figura 15 - Fluxograma de assistência domiciliar na USF



Fonte: A autora, 2015.
Nota: Piraí, 2012.

A logística das visitas domiciliares possui particularidades em cada unidade pesquisada: a quantidade de dias na semana que a USF possui carro para transporte de profissionais; os profissionais de equipe multidisciplinar que se pode dispor; e a liberação de dias na agenda de visita médica e de enfermagem para VD.

Não existe um critério descrito para o agendamento de VD para profissionais de nível superior. Uma vez optada pela inclusão do usuário em VD pela avaliação subjetiva do ACS, sua frequência depende primordialmente da liberação de agenda e da disponibilidade do carro para transporte da equipe. Assim, a frequência ou priorização de atendimento pela equipe de saúde da família depende mais da disponibilidade para oferta destes profissionais de saúde do que da demanda do usuário avaliado.

5.2 **Limites e potencialidades à assistência ao idoso na APS**

Para que fosse possível a melhor compreensão dos significados e facilitar a triangulação dos resultados, as informações foram sistematizadas em duas categorias temáticas pré-definidas: *população* e *estrutura operacional*. Os resultados foram

agregados pelos aspectos destacados por profissionais de saúde e pelo gestor de saúde nos referidos temas, sendo identificadas as ideias centrais e apresentados dados quantitativos que corroboram ou contrapõem as ideias levantadas.

5.2.1 População

Após a leitura compreensiva do material gerado, os depoimentos sobre o tema *População* foram agregados em 3 categorias: risco sociossanitário, territorialização e excesso de demanda.

A. Territorialização

A característica da territorialização, aqui representada como a distribuição da população adscrita no município, é colocada como fator de grande dificuldade para a assistência tanto pelos profissionais de saúde quanto pelo gestor de saúde. Como apresentado no Capítulo 5, a população de Piraí se divide de forma heterogenia pelos 4 distritos e sua população de idosos residentes na área rural se dispersa em um território de grande extensão, em um terreno geograficamente acidentado e cortado pela Represa Ribeirão das Lages e pela Rodovia Presidente Dutra. Estas áreas, como evidenciados nos relatos dos sujeitos, são carentes de transporte público e infraestrutura urbana, determinando uma dificuldade de locomoção dos idosos aos serviços comunitários e de saúde, principalmente se portadores de alguma deficiência motora.

Tanto as equipes quanto o gestor salientaram que a existência de muitos moradores residentes em áreas rurais e remotas seria um aspecto de dificuldade de acesso aos serviços de saúde e diretamente relacionado a uma maior demanda para visitas domiciliares. Além disso, tarefas *a priori* consideradas simples para adultos saudáveis, como atravessar a rodovia para se chegar à USF, se transformam em grandes obstáculos de acesso pela população idosa. Tomando-se a dificuldade de se locomover dentro do território municipal, para garantir o acesso à APS, é discurso da maioria a necessidade de se fornecer atendimento em domicilio, mesmo para aquele usuário que não possui qualquer limitação motora.

> [A residência de alguns usuários] *Se você ver, é um sítio, é um lugar que só se acessa de barco . (...) Tem que ter medidas individuais porque não tem... Não dá pra ser da forma coletiva. A população é rarefeita mesmo, a própria Serra das Araras, aquilo ali é uma tragédia!* (Gestor de saúde)

> *A dona X, por exemplo, é VD* [visita domiciliar] *por causa da rodovia.* (ACS, G3)

> *É mais de uma hora de estrada de chão pra chegar lá. Só indo de carro* [da USF] *mesmo, senão esse povo não tem atendimento* (ACS, G2)

B. Risco sociossanitário

Na subcategoria risco sociossanitário, é senso comum[15] a responsabilização da família pelo cuidado ao idoso, principalmente daquele portador de alguma dependência. Os sentidos em torno da negligência do cuidado pela família, a falta de uma família ou impossibilidade da família de cuidar do idoso por problemas financeiros, aparecem na maioria dos relatos dos grupos focais e na fala do Gestor de saúde.

A alusão à falta de estrutura familiar como o principal fator deflagrador de maus tratos e o abandono ao idoso como a situação mais frequente, foi predominante nos discursos. Todavia, foi possível notar uma dificuldade dos profissionais em classificar tais situações como maus-tratos, negligência ou violência contra o idoso, expressões que surgiram em apenas um grupo focal, mas se encontravam latentes nas falas de todos os grupos.

> *A falta de apoio familiar é o maior problema. Muitas vezes a família não está nem aí...(Gerente, G3)*

> *Tem idoso aqui em condição precária. A casa é horrorosa, toda suja... O Sr. X, toda vez que vou lá, 'tá' todo 'mijado', todo sujo. E tem família...* (ACS, G2)

Em todos os grupos focais, as discussões sobre os maus-tratos à pessoa idosa e outros riscos sociossanitários foram levantadas espontaneamente durante a descrição do fluxo de atendimento domiciliar. Apesar de em nenhuma das discussões terem surgido as expressões "idoso dependente" ou "idoso frágil", os sentidos permeados pelo termo "idoso" foram mais comumente ligados àquele que necessita de cuidados de terceiros. O

[15] O senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida, se constituindo de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir (MINAYO, 2013).

idoso robusto que era atendido na USF não era diferenciado dos adultos e os termos a este direcionados foram, com raras exceções, "usuário" ou "paciente". De acordo com a opinião dos profissionais, o idoso que dependia do cuidado de terceiros estaria mais sujeito à negligência e maus tratos.

De acordo com dados do Censo de 2010, 10,5% dos idosos de Piraí residem na condição de outro parente, ou seja, dependem financeiramente, residindo em domicílios como outro parente ou como agregado, não chefiam, nem são cônjuges do chefe do domicílio em que residem. Esta proporção é maior entre as mulheres, 13,1% contra 7,4% de homens, e aumenta progressivamente com a idade (DATASUS, 2010). Vale lembrar que estes números não contabilizam alguns idosos que residem sozinhos e que, independentemente de sua capacidade funcional, não contam com uma estrutura de apoio social ou familiar. Da mesma forma, os domicílios onde a renda do idoso é o pilar da família, sendo este idoso portador ou não de incapacidade funcional, também não estão incluídos nesta variável, o que dificulta a análise do cenário social de dependência.

Apesar da questão dos maus tratos aos idosos ter sido tema de grande destaque nos grupos focais, não foram mencionadas pelos sujeitos de pesquisa realizações de denúncias junto ao Conselho do Idoso ou à Delegacia ao Idoso. Também não foram identificados registros de internações por maus tratos contra a pessoa idosa no período de 2007 a 2012, na consulta ao SISAP Idoso (BRASIL, 2012). No entanto, o histórico do número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada disponível nos Indicadores de Transição Pacto pela Saúde e COAP – 2012 (DATASUS), mostra a implantação de 9 unidades no período de 2008 a 2011 em Piraí, a fim de viabilizar a identificação e a notificação de abusos contra idosos. Dados sobre denúncias e ocorrências policiais sobre maus tratos contra os idosos não foram analisadas, pois não se encontravam no escopo deste projeto.

Destaca-se assim o papel social que os ACS assumiram no cotidiano de seu trabalho. Existe uma tentativa de suprir a carência do apoio social por meio das ações dos agentes comunitários, tarefa tal que é naturalizada por estes profissionais que entendem como sua competência uma vez que a família não pode assumir.

> *Tem família que nem pra ir para os exames, vai... O agente tem que ir com ele* [o idoso]. (ACS, G4)

> *Ah, eu levo a medicação, sim... Tem família que não vem de preguiçosa mesmo, mas tem umas que têm dificuldade mesmo. Aí nesse caso eu levo... Mas só nesse caso.* (ACS, G8)

> *(...) mas ele* [o idoso] *precisa é de um cuidador. Aqui no Asilo* [bairro], *a gente tinha uns 3 idosos onde as agentes tinham que passar pra medicar*. (Gestor de saúde)

É importante apontar que este papel "coringa" do ACS é reconhecido como ponto positivo da ESF pelos gerentes e pelo gestor de saúde, mas é também apontado como fator de sobrecarga de serviço para este profissional. Em contraposição, o "excesso de zelo" do ACS ganhou conotação negativa em algumas USF, sendo criticado por outros profissionais da mesma classe e por gerentes que atribuíram a esta causa o fato de muitas famílias deixarem a cargo da equipe de saúde o trabalho que, na percepção dos sujeitos, deveria caber a elas, como buscar medicações, receitas e pedidos de exames na unidade.

> *(...) aqueles que a família assume e traz pra unidade de cadeira de rodas, a gente não tem problema não. Mas, sinceramente, é muito raro isso acontecer. Esse povo fica muito mal acostumado! (...) O X* [ACS] *leva 'remedinho' em casa pra todos os idosos da área dele. Aí, se ele sair, o outro agente 'tá ferrado'.* (ACS, G4)

> *A gente tem que dar responsabilidade pra família, senão eles querem tudo na mão... Que leve medicamento, marcação de exame... Então, a ordem é: pode pedir* [medicação], *mas a família tem que vir aqui buscar*. (Gerente, G10)

O vínculo com o idoso, por sua vez, foi enfatizado pelos ACS como fator que contribuía para sucesso da assistência a este grupo, principalmente daqueles com falta de suporte social. Segundo estes profissionais, a construção de relações de confiança e afeto com o idoso permite a realização de ações mais efetivas nas práticas terapêuticas, como as orientações sobre o uso de medicações, cuidado e higiene pessoal no idoso dependente, o auxílio na identificação de risco e necessidade de consulta médica.

> *(...) aí um dia eu falei: 'olha, dona X, acho que isso pode ser do medicamento. Por que a senhora não vai lá* [na USF] *pra ver se não é por causa do medicamento?' Aí ela foi e o médico trocou o remédio. Se não fosse eu, ela ainda 'tava' tendo problema.* (ACS, G4)

Apesar disso, as dificuldades e os pontos positivos do vínculo do paciente com o médico e com os outros profissionais da equipe de saúde da família não foram mencionados, o que pode demonstrar que a responsabilidade da criação e manutenção do vínculo do paciente com a ESF do município encontra-se muito baseada na atuação dos ACS. Este entendimento influenciou inclusive a decisão da Secretaria Municipal de Saúde que optou pela contratação de técnicos de enfermagem para a atuação como

ACS, com o objetivo de aumentar a adesão às visitas domiciliares promovidas pelos ACS. Tal estratégia é apontada como sucesso da gestão municipal na organização da ESF.

> *Então as pessoas, quando chegava um agente que não tinha nada da saúde* [formação na área de saúde]*, as pessoas ficavam: 'Verifica minha pressão? Faz isso... me receita?'. E se não sabia: 'não serve para ser meu agente* [ACS]*'. A pessoa entende assim: 'é um profissional de saúde dentro da minha casa'. (...) Então a comunidade exigiu isso e a gente trabalhou com isso (...). Aí quem não era técnico, a gente formou...*(Gestor de saúde)

As características de trabalho, renda e escolaridade, nos depoimentos citadas com as expressões "pobre / pobreza" e "analfabeto / não sabe ler", também foram identificadas como obstáculos para o acompanhamento pela ESF.

> *Aí, quando* [o idoso] *não sabe ler, o ACS bota os remédios todos 'separadinhos' nos saquinhos com sol e lua, sabe? Arruma tudo pra ver se o idoso consegue tomar os remédios desse jeito. (...) Ah,* [o ACS] *fica muito sobrecarregado...* (Gerente, G4)

> *(...) não tem dinheiro não... Tem muita gente pobre. Aí como que a gente vai fazer alguma coisa se às vezes nem comida tem?* (ACS, G10)

Dados do censo de 2010 do IBGE sobre a renda média do domicílio per capta do município de Piraí corroboram com as percepções dos profissionais de saúde e do gestor, evidenciando um rendimento muito menor quando comparado à renda média por domicílio do Sudeste, como exposto no Capítulo 5. Apesar de um progresso de melhoria observado na educação do município de Piraí, a taxa de analfabetismo do ano de 2010 ainda mostrava índices mais elevados que a média da Região Sudeste para a população idosa (IBGE, 2010). Isto pode ter contribuído para a percepção de muitos profissionais sobre a baixa escolaridade da população idosa e para as dificuldades encontradas no processo de trabalho dos profissionais de saúde por conta desta característica do grupo etário em questão.

C. Excesso de demanda

O excesso de demanda por consultas médicas foi apontado em 7 grupos focais como problemas para a prática de trabalho, tema enfatizado principalmente nas USF de maior tamanho.

As repercussões do aumento do número de idosos no município aparecem nas falas dos sujeitos em 6 grupos focais como experiências negativas para o processo de

trabalho nas USF. Os depoimentos e as observações de campo ilustraram a ideia para os profissionais de que o aumento do número de idosos resulta em um tempo maior de consulta principalmente para os médicos, maior demanda para visitas domiciliares, aumento de trabalho para o ACS e aumento da fila de espera por consulta médica. A dificuldade no acompanhamento do idoso portador de múltiplas comorbidades e dependência, surgida na fala de alguns médicos, foi marcada pelo desconhecimento. As expressões referidas à assistência ao idoso, seja na visita domiciliar, seja na unidade, foram que a consulta "demora mais" ou que "é mais difícil" ou ainda que "o idoso tem muita coisa".

> *O atendimento ao idoso demora mais. E o idoso tem prioridade no atendimento na livre demanda. Então ficam usuários não idosos com dificuldade de serem atendidos. A própria médica sugeriu um dia específico para atendimento ao idoso.* (Enfermeiro, G5)

De fato, como mostra a Tabela 9, Piraí vem experimentando um aumento expressivo do número de total de consultas na APS e, principalmente, pela população de 60 anos ou mais. Em apenas 10 anos, o número de absoluto de consultas por idosos foi mais do que o dobro e a proporção de consultas da população com 60 anos ou mais sofreu uma elevação de aproximadamente 29%. Este aumento de consultas a idosos na Atenção Primária, quando associado ao mais elevado tempo de atendimento ao idoso, podem ter resultado em uma maior pressão sobre os profissionais de saúde que lá atuam e ter contribuído para a percepção negativa de excesso de demanda.

Tabela 9 - Consultas realizadas na Atenção Primária, comparação entre os anos de 2002 e 2012, Piraí

Ano	Consultas 60 anos ou mais	Nº total de consultas	Proporção de consultas 60 anos ou mais/total de consultas
2002	4.516	24.946	18,1%
2012	10.205	43.623	23,4%

Fonte: DATASUS/SIAB.

Já o excesso do número de usuários cadastrados por unidade não foi identificado na análise quantitativa. Como se pode ver na Tabela 6 (Capítulo 5), a recomendação da PNAB (2012) sobre a adscrição de até 4000 pessoas por equipe se saúde da família é atendida no município.

Para os profissionais de saúde, a adscrição da clientela e o cadastro familiar foram apresentados como eixo norteador do planejamento local da equipe. Contudo, houve flexibilização quanto ao entendimento de necessidade de atendimento a usuários não adscritos, sendo aceitos em todas as unidades a assistência a pacientes que solicitam

atendimento por alguma queixa de urgência, residentes de municípios próximos ou pessoas que trabalham em Piraí, mas que residem nos municípios do entorno. No conjunto dos depoimentos, tanto o Gestor de saúde quanto os profissionais de saúde reconhecem o atendimento a usuários que residem fora da área geográfica programada como um empecilho para a ESF do município. As expressões que giraram em torno do "ter que atender" receberam entonação negativa principalmente nos relatos de gerentes e médicos que consideram que, com o atendimento a usuários não adscritos, há o aumento da demanda pela consulta médica levando a uma demora no atendimento.

> *Vem as mães idosas de alguns pacientes que não moram aqui, mas 'quer' ser atendidas aqui. A gente não cadastra, mas tem que atender.(...) A gente sabe que não mora porque os agentes conhecem todo mundo.* (Gerente, G5)

> *Tem gente que vem ser atendida aqui, mas que não reside, só vem quando 'passa mal'. Isso é ruim porque a gente não consegue fazer uma assistência à saúde dela, pedir exames de rotina... Não tem prevenção, entende?* (Gerente, G3)

Na opinião dos profissionais de saúde, atendimento ao usuário externo leva a um padrão de utilização de serviço inadequado, uma vez que estes não se encontram inseridos em um programa no acompanhamento de rotina, reprimindo a demanda de um usuário local e levando à formação de filas de espera. Quando o usuário não adscrito é um idoso, as queixas são ainda maiores:

> [O idoso não adscrito] *Vem aqui só pra pedir receita e pegar remédio. Ainda mais idoso que toma muito* [medicamento] *controlado. Ou então faz pior... Tem a 'cara de pau' de trazer pedido de exame lá do Rio pra fazer de graça aqui. (...) Isso atrapalha porque eu podia estar atendendo alguém daqui. (...) Depois fica aí, essa confusão ali fora.* (Médico, G10)

O Gestor de saúde, por sua vez, também enfatiza as repercussões negativas para lógica do processo de trabalho da ESF e para os indicadores do município, já que os usuários não adscritos não participam das estratégias de prevenção e acompanhamento de rotina da Atenção Primária de Piraí.

> *A gente atende todo mundo fora da área, como o entorno não é bem organizado a gente tem um fluxo grande. A gente até atende, mas prejudica a lógica do nosso atendimento, que é a base territorial, pra fazer visita domiciliar, essas coisas. (...) Aí os nossos números ficam péssimos.* (Gestor de saúde)

Todavia, o número de consultas na Atenção Primária a residentes de fora da área de abrangência não foi evidenciada pelos dados do SIAB. De acordo com esta fonte de dados, o número absoluto de consultas a residentes de fora da área em Piraí em 2001 eram apenas 71 e aumentaram para 119 em 2011. O baixo número absoluto, quando comparado à quantidade de total de consultas realizadas (Tabela 9), pode indicar uma subnotificação, o que impediria a utilização deste dado para análise do cenário atual.

O Quadro 1 mostra uma síntese das ideias centrais contidas nos relados dos profissionais de saúde e do gestor de saúde separadas como percepções negativas ou positivas sobre o tema *população*.

Quadro 1 - Tema *população*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde

Gestor de saúde	**Profissional de saúde**
Percepções Negativas: - maus tratos pela família - baixa adesão da família ao cuidado do idoso - baixa renda familiar - atendimento à população não adscrita - atendimento à população residente em áreas de difícil acesso - sobrecarga do ACS **Percepções Positivas:** - ação dos ACS na falta de apoio social - vínculo com ACS	**Percepções Negativas:** - maus tratos pela família - baixa adesão da família ao cuidado do idoso - baixa renda e baixa escolaridade do idoso e da família - atendimento à população não adscrita - atendimento à população residente em áreas de difícil acesso - sobrecarga do ACS - aumento do atendimento a idosos - excesso de demanda **Percepções Positivas:** - ação dos ACS na falta de apoio social - vínculo com ACS

Nota: Piraí, 2012.

5.2.2 Estrutura operacional

O tema *estrutura operacional* foi dividido nas seguintes categorias: *estrutura da Atenção Primária*; *a comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária*, e *Sistemas de Apoio e Logístico*.

A. Estrutura da Atenção Primária

> [A Atenção Primária] *Funciona como porta de entrada. Isso é uma coisa que a gente trabalhou desde o primeiro momento e ficou legal. (...) Ele* [o idoso]

> *não entra em nenhuma rede especializada sem passar pela Atenção Primária.* (Gestor de saúde)

A APS de Piraí é considerada como porta de entrada da população idosa no serviço de saúde, como evidenciado tanto no relato do gestor, quanto nos grupos focais. Para os profissionais de saúde, a ideia de acesso à APS como ponto positivo do município pode ser percebida na descrição dos fluxogramas de entrada de novo usuário, com a busca ativa de novos moradores para cadastramento na USF, e nas percepções sobre as visitas domiciliares, motivos de orgulho de ACS e gerentes das unidades. A espera de até 3 meses para cadastramento em algumas USF não foi vista como entrave para a assistência uma vez que o usuário poderia ser atendido antes deste prazo nos casos de urgência.

> *Aqui não tem essa de não conseguir atendimento no posto [USF]. Até porque se o idoso não consegue vir, a gente vai até ele. (...) Por isso um monte de gente quer ser atendida aqui [em Piraí]*. (ACS, G2)

Com relação ao atendimento ao idoso pela ESF, o depoimento do gestor confirma a descrição do processo de trabalho traduzido pelo fluxograma descritor (Figura 10) de que a população idosa, quando atendida na USF, é encaixada nos programas de hipertensão e diabetes, ou são atendidos por livre demanda. Neste ponto, a fala do gestor mostra que a ideia inicial de que os programas de hipertensão e diabetes seriam suficientes para assistir ao idoso nas USF é contraposta na afirmativa de há a necessidade de implementação de outras ações para o melhor atendimento a este grupo etário. Como exemplo, cita-se a percepção de ineficiência da prática das equipes de saúde da família no acompanhamento das demências que, entre as pessoas idosas, faz parte do grupo de doenças que aumentam a sua prevalência com a idade e que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia (BRASIL, 2006c).

> *Ele* [o idoso] *como que é atendido? Muito dentro dos programas de diabetes e hipertensão. Acho que uma vez bem treinados para atender diabetes as cardiovasculares, você acaba atingindo o idoso. O que pega um pouco são as patologias tipo as demências, Alzheimer, e outras patologias que aí começa o povo a ficar sem ação... Mas acho que a gente ainda precisa incluir muita coisa aí pra falar que a gente atende bem ao idoso.* (Gestor de saúde)

Ainda que levantadas diversas dificuldades pertinentes à assistência ao idoso nos grupos focais, não houve ênfase à necessidade de implementação de ações específicas

para a Saúde do Idoso na Atenção Primária do município. A questão da ausência destas ações surgiu em apenas uma USF e o questionamento se resumiu à ideia de separação de um dia específico para atendimento ao idoso.

Ao que compete à Atenção Primária, em geral, os relatos dos sujeitos dos grupos focais oscilaram entre ideias de excesso de demanda, descritos anteriormente, e a queixa de deficiência de recursos humanos, principalmente da categoria médica.

Seguindo esta lógica, por um lado, trazem em suas falas que o grande número de usuários cadastrados na unidade, o atendimento a usuários não adscritos e o maior tempo de atendimento despendido ao idoso prejudicam a produção de consultas. Por outro, a falta de médicos dificulta a organização das USF para realizar o acompanhamento de usuários de forma adequada. A assistência, como mostrada previamente no fluxograma descritor, continua centrada na consulta médica e, desta forma, a baixa disponibilidade de horas do médico determina um problema crítico na organização do processo de trabalho, expressa pelos outros profissionais de saúde com sinais de insatisfação durante os relatos.

> *A agenda do médico é muito restrita. Se desmarcar um paciente, pra remarcar fica muito difícil.* (Gerente, G6)

> *Aqui tem fila de espera. Quem chega aqui pra marcar a primeira consulta só consegue pra daqui a 3 meses.* (Gerente, G5)

A falta de médico também foi colocada em questão como fator complicador nos atendimentos às urgências:

> *Tudo depende se o médico 'tá' ou não. Quando não 'tá', a gente tem que levar direto para o hospital, do jeito que dá. (...) Às vezes ele [o usuário] nem passa aqui na unidade. A gente já fala para ele ir para o centro.* (ACS, G2)

Já na análise da fala do gestor, chama a atenção o enfoque dado à alta rotatividade da categoria médica e a associação deste fato à baixa efetividade da assistência e à sobrecarga de trabalho atribuída aos gerentes de USF. Esta dificuldade foi levantada em apenas um grupo focal, onde o gerente ponderava que a falta de médicos relatada pelo ACS da unidade na verdade estaria relacionada ao baixo tempo de permanência desta categoria no local, uma vez que o bairro era longe do centro de Piraí.

> *A categoria médica, mesmo com salário bom, não fixou. (...) E hoje a gente tem 2 problemas na rede, a rotatividade médica e a falta de técnico de enfermagem.* (Gestor de saúde)

De fato, a rotatividade de profissionais de nível superior foi percebida pela própria equipe de pesquisadores, uma vez que o rol de profissionais que participou da reunião inicial para orientação sobre o projeto ISUS sofreu grande mudança em relação ao período realização dos grupos focais, o que levou à necessidade de nova explanação sobre os objetivos do projeto no início dos grupos focais. No entanto, dados quantitativos sobre a contratação e rotatividade de médicos e profissionais de saúde nível superior não foram disponibilizados pela SMS.

O gestor também levanta a questão da baixa capacitação dos médicos contratados e das consequências da rotatividade na tentativa de implementação de estratégias de capacitação profissional. Além de afetar o processo de trabalho dentro da USF, a escassez de mão de obra e a falta de qualificação dos recursos humanos comprometem também as ações de promoção à saúde e prevenção doenças, a assistência domiciliar e a atenção às urgências.

> *Mas o grande problema nosso, rotatividade de médico... Cai a qualidade da assistência. É horrível! Esse médico novo, ele não entra capacitado. E como roda muito, você não tem tempo de preparar esse profissional. Então hoje, na realidade, fica incompleto esse corpo médico e ele repete o modelo, ele não vem preparado.* (Gestor de saúde)

> *Eu pedi até a capacitação dos profissionais para o pessoal da triagem. Elas precisam de capacitação. Como não tem protocolo fixo ainda e aí tudo é sintoma de urgência, fica a sensibilidade de cada um para o que é urgente.* (Gerente, G7)

Um fato interessante a se considerar foi que em nenhum grupo focal os saberes e práticas médicas foram contestados, tanto pelos próprios médicos, quanto pelos profissionais que com ele compartilhavam a rotina de trabalho. Os sentidos atribuídos ao acompanhamento ao idoso foram, em sua maioria, permeados pelo desconhecimento do processo do envelhecimento e suas implicações às demandas de saúde desta população. Apesar disso, é necessário considerar que, além da questão do saber, o ato de produção do cuidado ao idoso muitas vezes era negligenciado devido à falta de recursos essenciais na micropolítica do processo de trabalho ou das dificuldades advindas de como este processo está desenhado.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no município são promovidas por atividades itinerantes organizadas pela Atenção Primária e pela Assistência Social. Eventos comunitários com a presença dos profissionais de saúde nas quadras dos bairros, as campanhas de vacinação contra influenza e os grupos de

caminhada e ginástica da terceira idade foram as ações de promoção e prevenção apontadas pelos profissionais de saúde como capazes de atingir a população idosa. Entretanto, a dificuldade para a realização das ações de promoção da saúde foram queixas explícitas tanto nos grupos focais quanto na entrevista com o gestor.

> *Ah, aqui tem o grupo de caminhada que é muito legal. Tem também o grupo de hipertensão e diabetes. Pena que vem pouca gente.* (ACS, G7)

A baixa adesão dos idosos aos programas de promoção da saúde promovidos pela Saúde da Família de Piraí e a dificuldade de transporte para o idoso, principalmente o portador de dependência, foram as principais ideias presentes nos grupos focais. A pouca diversidade de ações de promoção da saúde relatadas pelos profissionais de saúde e a pouca informação a respeito destas atividades no município, sinalizam uma baixa valorização deste tipo de ação para a saúde da população idosa e a pouca comunicação dos serviços vinculados à Assistência Social com a APS. Dos projetos coordenados pela Assistência Social em atividade durante a pesquisa dispostos no Capítulo 5, apenas a ginástica foi citada em 2 grupos focais. Como explícito no relato abaixo, o foco da atenção não é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, mas a assistência médica:

> *Por que a gente não tem mais idosos nos programas de promoção da saúde? É realmente é a locomoção. Não tem carro, é a distância, não tem ônibus... Alguns são sozinhos, então eles continuam excluídos. Eles querem, mas não tem como vir. Acaba o PSF não funcionando porque a gente não faz prevenção, faz pronto atendimento, basicamente.* (Médico, G7)

No ponto de vista gestor, a necessidade do deslocamento do gerente da unidade para a assistência, em consequência à falta de médicos no serviço de saúde, seria o principal motivo de dificuldade para a priorização das ações de promoção à saúde. Em sua opinião, como a assistência deve ser priorizada, as atividades que demandam a saída dos profissionais de saúde das USF precisam ser passadas para segundo plano até que a assistência esteja com atividade normalizada.

> *(...) mas isso tudo fica comprometido na hora que tem rotatividade de médico. Elas* [as gerentes] *levam pras quadras nos bairros todos e levam tudo que tem na unidade. (...) Aí dali você começa a fazer as ações, agendar, travar uma relação, pra pessoa poder ouvir e trazer para a unidade. Mas isso tudo você tem que estar com a rede rodando 'bonitinho', porque na hora que fica 'capenga'*...(Gestor de saúde)

Como visto no fluxograma descritor, às equipes de Atenção Primária recai a responsabilidade da realização das visitas domiciliares para usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. O Caderno de Atenção Primária Nº 19 do Ministério da Saúde atribui ao ACS a identificação de idosos frágeis ou em processo de fragilização para encaminhamento à unidade de saúde e priorização de atendimento domiciliar (BRASIL, 2006c). Este processo é realizado de maneira praticamente intuitiva pelos ACS de Piraí que apontam a maior necessidade de cuidado da equipe àqueles idosos "muito adoecidos" ou "acamados".

Foi possível notar um desconforto principalmente nas falas dos profissionais de saúde de nível superior, entre eles médicos e profissionais de equipe multidisciplinar, quando levantadas as questões sobre a frequência de suas visitas domiciliares.

> *A gente marca o que dá.* (Médico, G10)

> *É difícil porque eu tenho que rodar nas unidades, né... Mas se chamar, eu vou.* (Fisioterapeuta, G7)

As falas dos profissionais refletiram uma insatisfação quanto ao acúmulo de serviço para a realização das atividades de dentro e fora da USF. Como se a atribuição de uma atividade externa, dificultasse ainda mais a carga de trabalho nas USF. Ressalta-se que o município de Piraí, por ter menos de 40.000 habitantes, não se encaixava nos critérios da Portaria Nº 2.527/2011 que definia os critérios para a inclusão do Serviço de Assistência Domiciliar em vigor no período do estudo (BRASIL, 2011). Desta forma, a atenção domiciliar estava a critério da disponibilidade e liberação da equipe interna pela gerência para atendimento dos pacientes incluídos nas visitas domiciliares. Em algumas unidades, uma vez existindo uma restrição de horários do médico, sua liberação só era feita se houvesse alguma prioridade para atendimento nas visitas domiciliares. Não sendo possível a visita pelo médico, o gerente da unidade assumia um papel assistencial para cobrir a ausência do médico. A análise dos depoimentos evidenciou a ideia de valorização do esforço da equipe em atender os usuários em visita domiciliar diante das adversidades encontradas.

> *Pra zona rural eu vou com a ambulância, mas na zona urbana eu vou no meu próprio carro. As meninas* [ACS] *também sofrem muito atrás da ambulância, que é um negócio desconfortável e não tem ar condicionado. Aí eu levo no meu mesmo* (Médico, G1)

> *Aqui as visitas domiciliares são uma vez por semana, então a gente sempre tenta encaixe. Se não dá 'pro' médico, o enfermeiro vai.* (Gerente, G10)

As ações educativas nas visitas domiciliares foram destacadas como ponto de êxito na atuação dos ACS tanto pelos profissionais quanto pelo gestor de saúde. Já na operacionalização da atenção domiciliar pela ESF, emergiram principalmente as dificuldades resultantes da falta de apoio logístico, como será visto no item Sistemas de Apoio e Logístico.

Os ruídos na organização do atendimento às urgências pela ESF também foram colocados como obstáculos da atenção em 80% dos grupos focais. Apenas as unidades que possuem um Pronto Atendimento próximo relataram que não tinham dificuldades neste ponto e apontaram esta proximidade a um fator de facilitador da assistência. Apesar da PNAB (2012) atribuir como parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família o atendimento prioritário às urgências, a queixa de falta de estrutura para o suporte às condições agudas, assim como para o transporte de urgências, foram apontados como principais problemas. Esta questão, por sua vez, não foi reconhecida pelo gestor como uma dificuldade da atenção primária após a implantação do SAMU no município.

> *Eles* [a SMS] *falam que aqui não é pra ter urgência, mas chega. Já tive que atender AVC, infarto, edema agudo e aqui a gente não tem nada. Não tem ambu, nada... Aqui a ambulância demora pra chegar, tem que pegar a Dutra.* (Médico, G10)

Foi possível notar a clara angústia de médicos e enfermeiros ao relatar as vivências de atendimentos às urgências em unidades que se encontravam mais distantes do centro de Piraí, onde está localizado o Hospital Flávio Leal. Segundo dados do SIAB, em 2012, foram registradas 3.531 urgências realizadas pela Atenção Primária do município, o 3º maior número do Médio Paraíba. De acordo com a mesma fonte de dados, destes, apenas 522 foram encaminhadas a serviços de urgência e emergência, um número baixo quando comparado a outros municípios da Regional de Saúde (SIAB, 2012). Isto pode significar que a Atenção Primária, dada a sua característica de grande capilaridade na extensão territorial do município, acaba por absorver grande parte das pequenas urgências que são resolvidas na própria USF, mesmo considerando as queixas de falta de estrutura mencionadas pelos profissionais de saúde da Saúde da Família.

As ações do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), órgão público municipal que oferece serviços continuados de proteção básica de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, foram questionadas

pelos profissionais de saúde. Diante dos problemas sociais apresentados anteriormente, a população idosa de Piraí possui uma grande demanda destes serviços que não conseguem responder de forma rápida e efetiva. O gestor de saúde, por sua vez, discutiu a falta valorização da gestão municipal e de outras esferas de governo para o financiamento da Secretaria Municipal de Assistência Social que, na sua opinião, deveria receber mais recursos para a atuação no município.

"Quando a gente precisa do apoio do CRAS, a gente não tem. (...) A gente comunica por telefone, mas nada acontece" (Gerente, G6).

> *A gente tem a Secretaria da Assistência Social, mas muito incipiente. (...) Eu acho que a Assistência Social* [SMAS] *tinha que ser alguma coisa do porte da Saúde* [SMS]. *Mas não é... está longe de ser.* (Gestor de saúde)

Apesar de todas as limitações levantadas, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) (BRASIL, 2012c) mostra que o município de Piraí apresentava a nota máxima em 2011 nos itens Acesso potencial ou obtido à Atenção Primária, baseado na cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde e Saúde Bucal. Apresentava também, segundo a mesma referência, uma nota alta na Efetividade da Atenção Primária. Isso pode ser explicado pelo fato deste último indicador englobar somente taxas de cura de hanseníase, tuberculose, vacinação de crianças e ações de saúde bucal, não sendo baseado em ações para o idoso. Segue abaixo síntese das ideias centrais dos relatos sobre a Atenção Primária do município (Quadro 2).

Quadro 2 - Tema *estrutura operacional*, categoria *estrutura da Atenção Primária*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde

Estrutura da Atenção Primária

Gestor de saúde	Profissionais de saúde
Percepções Negativas: - deficiência de recursos humanos - dificuldade na realização das ações de promoção da saúde - sobrecarga do ACS e enfermeiros - Pouco financiamento para SMAS	**Percepções Negativas:** - deficiência de recursos humanos - dificuldade na realização das ações de promoção da saúde - dificuldade nos atendimentos às urgências - alta demanda para VD - falta de resposta do CRAS - acúmulo de serviços (visita domiciliar e consultas ambulatoriais)
Percepções Positivas: - Atenção Primária como porta de entrada - ações educativas dos ACS nas VD	**Percepções Positivas:** - acesso da população - ações educativas dos ACS nas VD - trabalho em equipe - Unidade de Pronto Atendimento próximo

Nota: Piraí, 2012.

B. A comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária

Apesar de definidos e conhecidos os pontos de apoio secundários e terciários pela gestão municipal e pelas gerências das USF, como os Centros de Especialidades e o Hospital Flávio Leal no município e os pontos de referência de especialidades, exames e procedimentos na Regional de Saúde do Médio Paraíba, o encaminhamento aos serviços especializados é considerado um gargalo na assistência.

Como comentado no capítulo anterior, o controle das filas de espera para consultas com especialistas, exames e procedimentos é realizada por uma central de regulação situada na SMS que avalia os pedidos realizados pelo SISREG pela interpretação do encaminhamento médico e, se necessário, pela discussão do caso com o gerente de unidade. A reunião mensal da central de regulação com os gerentes das unidades foi apontada como êxito pelo gestor de saúde para o redimensionamento de cotas de vagas para encaminhamento à rede de referência, mas não foi mencionada nos grupos focais, evidenciando a abaixa percepção da efetividade desta estratégia pela ESF na tentativa de melhoria da integração entre a APS com a rede secundária e terciária.

> *Até dia 20 de cada mês a menina da regulação daqui do nível central entra e vê onde tá sobrando vaga. As meninas* [as gerentes de unidade] *começam a ligar também, que elas já sabem que pode sobrar em outro lugar: 'Ah, esse mês eu tenho mais paciente do que da minha cota. Tem vaga pra me arrumar?' Aí faz a gestão.* (Gestor de saúde)

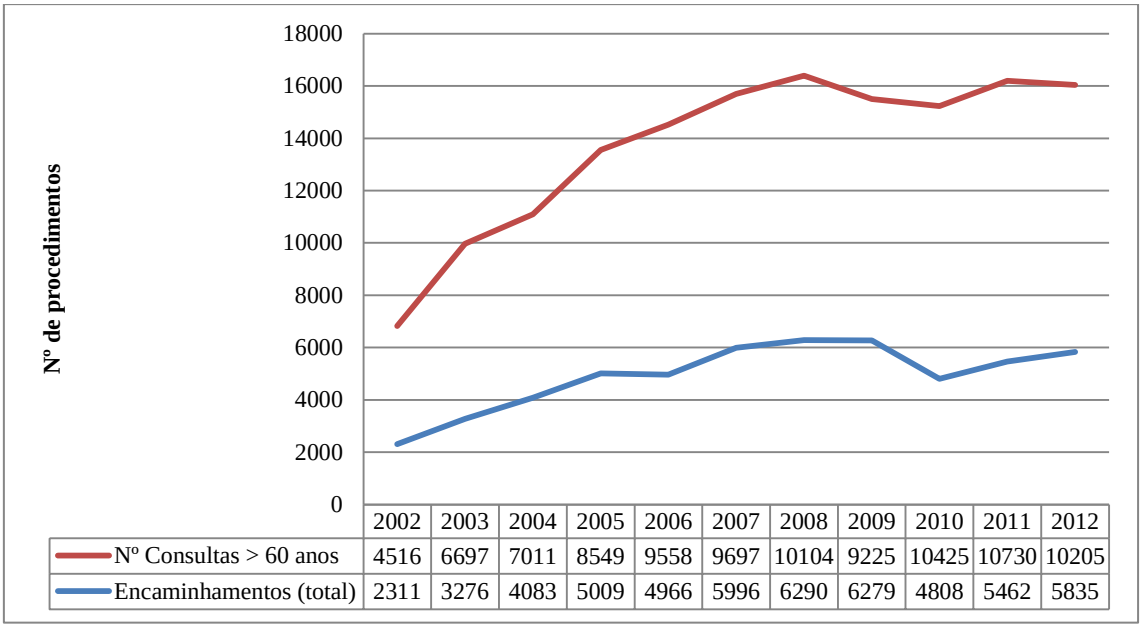
Entre as USF avaliadas, 80% referiram dificuldades no acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais especializados, com geração de uma fila de espera. Dentre as dificuldades relatadas nos grupos focais, a principal queixa foi a pouca disponibilidade de vagas resultando em uma demora no agendamento pelo SISREG a médicos especialistas e especialidades odontológicas. Além disso, a falta dos usuários às consultas agendadas também foi criticada em 5 USF, sendo atribuídas à falta de compromisso do usuário, à ausência de acompanhante para o idoso dependente e à dificuldade de acesso por falta de transporte da rede pública ou da SMS.

> *Temos dificuldade no atendimento de 'neuro', 'oftalmo'... Na verdade, o que a gente não tem demanda reprimida é cardiologia. Tem dificuldade tanto pra dentro do município quanto pra fora* [do município]. (Gerente, G5)

> *Já demora pra conseguir* [agendamento da consulta com especialista]... *Aí ele* [usuário] *vai e falta. Poxa, aí a gente tem que fazer tudo de novo. E o usuário ainda reclama.* (Técnico de enfermagem, G2)

Como evidenciado dos dados do SIAB, de 2002 a 2012, junto com a elevação do número de consultas a idosos na Atenção Básica, aumentou também o número de encaminhamentos para atendimento ou tratamento em qualquer especialidade, incluindo as consultas de equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia) e todas especialidades médicas (Gráfico 2). Com relação ao número de ambulatórios da atenção secundária e terciária para suprir esta demanda, houve o incremento no município de 2 ambulatórios de atenção secundária, ou média complexidade, 2005 para 2012, passando de 18 a 20 ambulatórios, e a criação de um ambulatório de atenção terciária, ou alta complexidade, no período (CNES/DATASUS, 2012).

Gráfico 2 - Relação entre o número de consultas a maiores de 60 anos e o número total de encaminhamentos médicos para atendimento especializado



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Consultas > 60 anos	4516	6697	7011	8549	9558	9697	10104	9225	10425	10730	10205
Encaminhamentos (total)	2311	3276	4083	5009	4966	5996	6290	6279	4808	5462	5835

Fonte: DATASUS/SIAB.
Nota: Período de 2002 a 2012, Piraí.

Um ponto de sucesso segundo os profissionais de uma USF foi a presença nesta unidade de uma Central de Exames que é responsável pelo agendamento de exames, procedimentos e especialistas no SISREG, agendamento de transporte ao paciente fornecido pela SMS, o contato com o usuário para avisar sobre a data agendada e

explicações sobre o procedimento agendado. Foi consenso entre profissionais neste grupo focal que esta estratégia aumenta o vínculo da unidade com o usuário e diminui as faltas nos procedimentos agendados.

> *A Central de Exames facilita muito porque ela ainda avisa o paciente de quando foi marcada a consulta. Ainda mais idoso, que esquece muito... Eles explicam como é o exame, liga pro paciente 'pra' lembrar do exame: 'olha dona Fulana, tem exame amanhã, hein!'* (ACS, G1)

A presença dos Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas próximos a algumas USF também foi apresentado como facilitador da assistência ao idoso na opinião dos profissionais de saúde, ideia sustentada pelo senso comum de que a maioria idosos precisa ser acompanhada por especialistas.

> *Aqui* [ao lado da USF] *no Centro de Especialidades tem geriatra, então os idosos vem ser atendidos no centro.* (ACS, G5)

O relato da existência de uma fila de espera para especialistas também está presente no depoimento do gestor de saúde. Neste ponto, diferentemente dos profissionais de saúde, o gestor ressalta o encaminhamento desnecessário a especialistas como causa da geração de fila de espera e reforça a necessidade de treinamento médico para a transmissão de uma informação mais completa, a fim de permitir a regulação de vagas por critérios clínicos.

> *Aí o que a gente pede é o seguinte, 'pro' profissional médico: 'Faça uma referência bem feita. Escreva as principais coisas do paciente, para que ela* [a reguladora] *possa tomar uma decisão correta.' Aí ela vai dar 'pro' colega médico, orientações, pra, naquele momento, ele não vir a engrossar a fila.* (Gestor de saúde)

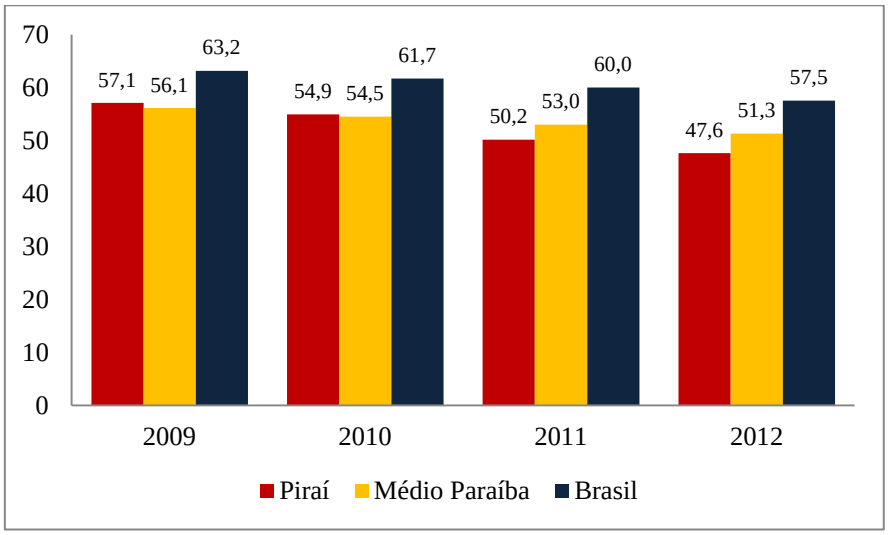
Além disso, o gestor também salienta a retenção de pacientes pela assistência especializada. Segundo seu relato, os usuários encaminhados à rede especializada não retornam para a Atenção Primária após a consulta com especialista por não serem reencaminhados por contrarreferência para as USF de origem a fim de dar seguimento ao tratamento, o que resulta na redução a oferta de vagas de especialistas para novos usuários.

> *Aí começam os fantasmas... A gente abriu acesso à subsequente, um acesso imenso, mas agora começou a acumular de novo, porque aquele paciente que ela considera grave ela não libera, fica com ela, aí você fala: devolve!* (Gestor de saúde).

Contrariando os pressupostos, o acesso a serviços hospitalares de internação e procedimentos eletivos disponíveis no Hospital Municipal Flávio Leal não foram citados nos grupos focais e na entrevista com o gestor como problemas na assistência. Segundo os dados do DATASUS, das 448 internações de habitantes maiores de 60 anos residentes de Piraí no ano de 2012, 95% foram realizadas no Hospital Flávio Leal. As principais causas de internação no município nesta faixa etária foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças respiratórias, ambas causas de internação consideradas evitáveis e sensíveis à atuação da Atenção Primária (DATASUS/SIAB, 2012).

No entanto, foi possível constatar uma redução da proporção de internações de idosos por causas consideradas evitáveis entre os anos de 2009 e 2012 em Piraí e um percentual menor de internações quando comparado a Regional de Saúde e ao Brasil, o que pode indicar uma melhor atuação da Atenção Primária na prevenção destas doenças (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Proporção de internações de idosos por causas consideradas evitáveis



Fonte: DATASUS/SIH, 2012.
.Nota: Comparação entre o município de Piraí, a Regional de Saúde do Médio Paraíba e o Brasil, 2012.

Duas USF informaram que seus ACS e gerentes realizavam busca ativa de informações sobre pacientes cadastrados que foram internados no Hospital Flávio Leal com o objetivo de organizar suas visitas domiciliares e orientar retorno à USF. Estas unidades ressaltaram esta comunicação com o hospital como ponto positivo das ações da equipe de saúde da família, o que fortaleceria o vínculo com o paciente. Tal processo

não foi demonstrado como padrão nas USF durante a elaboração dos fluxogramas descritores.

Em um grupo focal, no entanto, o médico presente reclamou da falta de informações no momento da alta hospitalar, relatando que o paciente é na maioria das vezes liberado com encaminhamento de retorno à USF de origem sem qualquer dado sobre a internação.

> *Vem escrito: 'encaminho para retorno à Saúde da Família'. E ponto. Não vem mais nada. E aí eu tenho que tentar saber o que aconteceu pelo paciente.* (Médico, G7)

Apesar dos esforços pontuais de se tentar superar os problemas da articulação entre a Atenção Primária e o serviço de média e alta complexidade hospitalar, o sistema de saúde do município ainda depende de uma linha frágil de comunicação entre estes pontos. A integração, de fato, não existe e a transferência de informações, como demonstrado nos grupos focais, não é ainda consolidada como processo nas USF e no hospital municipal.

No caso de procedimentos e consultas da Atenção Secundária e Terciária não disponíveis em Piraí, o gestor de saúde relatou a sua dificuldade em fazer a coordenação destes processos pela pouca oferta de serviços na regional de saúde do Médio Paraíba e por problemas com o sistema de financiamento de procedimentos realizados fora do município ou que não constam no rol de procedimentos do SUS. Segundo o gestor, não há como identificar a necessidade de um determinado serviço se este não se encontra cadastrado no SUS. Também protesta contra a dissonância entre os protocolos clínicos atuais e a disponibilidade de procedimentos pelo SUS. A ação de contratação destes serviços, apesar de não ressarcidos pela política de financiamento do Ministério da Saúde, é enaltecida pelo gestor.

> *Aí o sistema não tem, o SUS não tem, não aparece em lugar nenhum (...). Mas todos os médicos atualizados que chegam pedem litotripsia percutânea, que é 8.000* [reais]. *A gente* [a SMS] *compra, faz e não aparece em lugar nenhum. Porque tinha que começar a aparecer para* [o governo federal] *começar a perceber a necessidade.* (Gestor de saúde)

A necessidade de unidades de proteção social ao idoso de média e alta complexidade foi percebida pelo gestor. Este aponta necessidade de melhoria das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e cita ideias que podem ser relacionadas ao conceito dos Centros Dia. Entretanto, nota-se nas suas falas um sentido de utopia na concepção destes serviços, como um desejo muito longe de ser realizado

uma vez que não seria da competência da Secretaria Municipal de Saúde, mas sim da Secretaria Municipal de Assistência Social.

> *Você precisa de coisas comuns, lugares comuns para você botar idoso e a família ir trabalhar, onde você põe algum cuidador pra fazer comida, dar remédio, e que eles tenham um convívio. (...) Então tem que se começar a pensar políticas públicas para essa população de sozinhos. Instituição de longa permanência, mas uma coisa bonita, né, assim... Diferente do que foi feito.(...) Eu tenho 'desenhadinho' o que tem que fazer, se deixasse comigo eu faria 'direitinho'.* (Gestor de saúde)

Nos grupos focais, identifica-se a maior relevância dada à família do que às unidades de apoio social, por ser o contexto social mais próximo no qual os profissionais de saúde têm contato no seu cotidiano de trabalho. Apenas uma USF questionou a distância da ILPI presente na Regional de Saúde, no município de Pinheiral.

> *Só tem um asilo em Pinheiral* [município vizinho], *mas fica longe pra quem mora aqui. Como vão visitar ele lá? Aí nenhum idoso quer ir pra lá. Tem um aqui no bairro, por exemplo... Não tem mínima condição de ficar sozinho, não tem família, mas não quer ir pra lá de jeito nenhum.* (ACS, G6)

Na análise dos depoimentos é fácil notar que, uma vez que o processo de trabalho dos profissionais de saúde da ESF os distancia da assistência especializada, as percepções relativas a este tema apresentam diferenças marcantes quando comparadas às do gestor. As ações pontuais da SMS percebidas como positivas para o gestor não foram mencionadas nos grupos focais. Da mesma forma, os esforços dos profissionais de saúde na tentativa de melhoria do processo de trabalho também não foram percebidos pelo gestor ou então não receberam valorização a ponto de serem comentados na entrevista.

Em síntese, a lógica da assistência especializada remonta ao sistema fragmentado de saúde com o planejamento mais baseado na oferta disponível de serviços nos Centros de Especialidades Médicas e Odontológicas, no Hospital Flávio Leal e da contratação de serviços diagnósticos e terapêuticos dentro e fora do município, do que pela estratificação da real necessidade da população. A comunicação da equipe de saúde da família com o especialista se faz por meio de encaminhamentos – mecanismos de referência e contrarreferência, sem o planejamento coordenado do caso. O atendimento especializado ao usuário pode se dar de duas formas: ou por ações pontuais pouco coordenadas com a ESF; ou por acompanhamento periódico somente pela atenção especializada uma vez que o usuário não retorna à Atenção Primária. O acesso aos serviços é diretamente regulado pela Secretaria de Saúde, que determina não

só a quantidade de vagas liberadas, como a prioridade de usuários na ordenação das filas de espera.

A tentativa de integração entre os níveis de atenção do sistema de saúde do município ainda é muito incipiente, estando baseada somente na maior inclusão da Atenção Primária na discussão sobre as filas de espera para sistema de referência e pela utilização do SISREG. Com relação à população idosa, este grupo é ainda mais sujeito aos ruídos intersetoriais uma vez que possui a característica de maior demanda por serviços de secundários e terciários, além de não poder contar com o apoio social adequado. O Quadro 3 apresenta os principais aspectos levantadas sobre a categoria Comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária.

Quadro 3 - Tema *estrutura operacional*, categoria *comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde

Comunicação da Atenção Primária com a Atenção Secundária e Terciária	
Gestor de saúde	**Profissionais de saúde**
Percepções Negativas: - fila de espera para especialistas - mau preenchimento do encaminhamento pelo médico - encaminhamento desnecessário a especialistas pela AB - retenção de pacientes na Assistência Especializada - discordância entre protocolos clínicos e serviços e procedimentos oferecidos no SUS - falta de unidades de apoio de proteção social ao idoso **Percepções Positivas:** - contratação de serviços fora do município pela SMS - redimensionamento de vagas no SISREG de acordo com as demandas nas USF	**Percepções Negativas:** - fila de espera para especialistas - falta dos usuários às consultas agendadas - dificuldade de comunicação entre os níveis de atenção **Percepções Positivas:** - serviço da Central de Exames nas USF - busca ativa de informações sobre pacientes internados

Nota: Piraí, 2012.

C. Sistemas de apoio e logístico

Seguindo o referencial teórico de Mendes (2011), os sistemas de apoio e logísticos devem estar organizados de forma transversal à rede perpassando os diferentes níveis de atenção. Este tema foi tratado separadamente neste estudo devido à importância dada pelos profissionais de saúde ante as dificuldades encontradas neste setor que se voltaram principalmente aos problemas relacionados à assistência farmacêutica e ao transporte em saúde.

Com relação ao sistema de apoio, chama à atenção as dificuldades relatadas sobre a assistência farmacêutica citadas em 8 entre as 10 USF avaliadas. Os depoimentos abordaram a microgestão da assistência farmacêutica, ligada à sua logística e às intervenções assistenciais no processo de trabalho dos profissionais e na chegada da medicação ao usuário.

Como mostrado no Fluxograma de acesso a materiais e medicamentos (Figura 11), o acesso a medicamentos nas USF está sujeito a uma série de variáveis que podem acarretar no atraso ou até no não fornecimento da medicação ao usuário. Entre as limitações encontradas, os profissionais de saúde enfatizam o fornecimento inadequado de medicações pela Farmácia Central para estoque nas USF e a dificuldade de comunicação com este serviço. Segundo os gerentes das USF, os pedidos à Farmácia Central são baseados no controle de uso e do estoque do mês anterior, porém o envio da medicação muitas vezes não corresponde à solicitação realizada. Isto faz com que algumas unidades façam os pedidos de forma fracionada à Farmácia Central durante o mês, enquanto outras informam uma quantidade maior do que realmente utilizaram para poder receber uma quantidade maior de medicações e não terem o trabalho de solicitar novamente.

> *Acaba. Mas acaba o remédio porque a gente tem uma quantidade pra solicitar. Então o farmacêutico* [da Farmácia Central] *avalia. Se ele achar que no mês passado eu não usei o que eu pedi, ele não vai me mandar. Ele não manda a quantidade que eu pedi, então eu tenho que ficar pedindo 'picado'.* (Gerente, G9)

> *A gente acaba tendo que pedir muito mais porque o corte é grande.* (Gerente, G10)

Já a proximidade com a Farmácia Central é considerada como ponto positivo, o que sugere que a logística de entrega, assim como a comunicação direta com o profissional da Farmácia Central, interferem diretamente no fornecimento de medicações para as USF.

> *Aqui a gente não tem dificuldade porque a gente fica do lado da Farmácia Central.* (Técnica de enfermagem, G4)

Foi possível perceber a contradição entre o discurso hegemônico sobre o problema de fornecimento e estoque de medicações nas USF e a responsabilização do usuário quando este não consegue adquirir medicação. A lógica do fornecimento de medicações básicas foi manifestada pelos profissionais de saúde com a ideia de filantropia. Este sentido dominante presente nos discursos indica a percepção de que o acesso ao medicamento é um privilégio concedido à população, não um direito do cidadão, e por isso caberia ao usuário a obrigação de fazer todos os esforços necessários para obter este benefício.

> *'Pro' usuário não falta. Se falta na unidade, a gente pede de novo e chega mais tarde. (...) Se não tiver aqui, eu geralmente informo que ele tem que ir*

> *'pra' Farmácia Popular ou 'pra' farmácia do lado da Secretaria* [Farmácia Central]. *Só fica sem medicação quem não quer correr atrás.* (Gerente, G7)

A limitação de prescrição de medicamentos excepcionais por médicos especialistas foi entendida em 2 grupos focais como um atraso desnecessário para que o usuário consiga sua medicação. Considerando que o acesso a consulta ao especialista é um dos principais ruídos da assistência, o usuário fica sujeito ao atraso ao início do tratamento ou à descontinuidade por falta da medicação.

> *Por exemplo, eu uso medicação especial e tenho que passar por ela* [especialista]. *Eu não consegui marcação e tive que ficar sem a medicação. Aí é complexo...* (ACS, G1)

A deficiência dos sistemas de transporte foi considerada um nó crítico da assistência em todos os grupos focais, sendo citada enfaticamente no processo da construção dos fluxogramas descritores em todos os pontos da atenção: da promoção à saúde ao acesso à Atenção Secundária e Terciária. Os carros e ambulâncias disponíveis nas USF possuem a característica de serem utilizados para múltiplas funções: transporte de profissionais para visitas domiciliares; transporte de urgência; transporte eletivo de pacientes dentro e fora do município; e logística de medicamentos, exames laboratoriais e documentos. Esta característica, que foi vista como positiva pelo gestor de saúde, foi apontada como problema por muitas unidades de saúde da família uma vez que o carro, que deveria ser destinado às visitas domiciliares na concepção dos profissionais, era desviado para a realização de outras funções.

> *Tem a Serra do Matoso que é a área mais remota que a gente tem. Lá tem uma Kombi da Saúde, milenar. Ela faz tudo: ela traz paciente pra fazer exame, carrega trabalhador, ela traz idoso pra poder receber a pensão dele, ela traz paciente pro hospital... Mas na hora que tem emergência, tem a SAMU, né, que hoje cobre.* (Gestor de saúde)

> *O carro era pra ser só 'pras' visitas [domiciliares]. Acaba que leva paciente, vai pra secretaria fazer parte burocrática, é desviada para levar paciente pro Centro de Especialidades... E mesmo nos dias marcados, nem sempre o carro vem. Aí a visita [domiciliar] que estava agendada, não vai ser feita.* (Médica, G7)

Ademais, os profissionais relatam a dificuldade no atendimento pré-hospitalar pelo SAMU, na demora para a chegada da viatura quando acionada e a falta de recursos disponíveis neste transporte ao paciente em situação de urgência.

> *A SAMU demora muito porque não é gente daqui e aqui é muito longe. Então o paciente tem que ficar esperando sem assistência nenhuma. (...) Outro dia*

> *a SAMU não tinha nem oxigênio... A SAMU não está preparada para atender paciente grave.* (Médico, G2)

Em mais um quesito foi possível notar uma dicotomia entre o discurso do gestor e dos profissionais de saúde uma vez que o primeiro não via mais problemas no atendimento às urgências após a implementação do SAMU.

> *Hoje não tem dificuldade não. (...) Na hora que tem emergência, tem a SAMU, né, que hoje cobre. Se a unidade chamar a SAMU, a SAMU vai, tudo isso já aconteceu. Mas a gente não tem assim... Tem óbito mas é porque ia morrer mesmo, outro dia teve um óbito (...) tiveram dois, um infartado e uma idosa. O infartado, foi infarto fulminante. O SAMU inclusive foi. A outra... Ela já tinha uma cardiopatia grave, morava na área rural, ela já tinha recebido uma orientação de mudar para morar próximo a um lugar onde tivesse CTI, onde ela tinha outra casa, mas ela não foi...* (Gestor de saúde)

Na fala do gestor, o fato da idosa não ter aceitado o conselho de se mudar para uma área próxima eximiria a SAMU de conseguir realizar o atendimento médico de urgência. Na análise dos depoimentos, tanto do gestor quanto dos profissionais, é possível compreender que faz parte do senso comum que idosos frágeis não poderiam residir em áreas rurais, devido à precariedade para locomoção do paciente para os serviços de saúde e maior dificuldade de acesso dos profissionais de saúde.

Foi surpreendente, porém, o pouco questionamento nos grupos focais e do gestor sobre a necessidade de melhoria das condições de transporte urbano ou aperfeiçoamento da infraestrutura de desenvolvimento urbano no município de Piraí. Vale registrar que, para o paciente que reside em área rural, os horários dos serviços de saúde muitas vezes não coincidem com a oferta de transporte público local, dificultando em demasia o acesso a estes serviços. Assim como os usuários dependentes, este grupo requer a oferta do transporte em saúde que é oferecido pela SMS ou pelas USF. O gestor salienta o gasto da SMS com estes serviços:

> *É muito caro o nosso transporte sanitário. É um gasto pesado, viu? (...) Esse transporte é um nó na minha cabeça, todo planejamento ele está lá.* (Gestor de Saúde)

Como evidenciado no Quadro 4, na categoria Sistemas de Apoio e Logístico, houve uma clara divergência entre as percepções do gestor e os profissionais de saúde. Enquanto o primeiro desconhece o problema de fornecimento de materiais e medicamentos para as USF, este quesito foi mencionado como um obstáculo à assistência na maioria dos grupos focais. Os problemas na organização do transporte ao paciente e profissionais de saúde foram, sem exceções, as principais queixas presentes

em todos os grupos focais. No entanto, para o gestor, a disponibilização de um carro para as USF foi vista como ponto positivo para a APS. E finalmente, o SAMU, colocado como conquista da atual gestão municipal, não foi reconhecido como ponto de êxito da assistência para os profissionais da Atenção Primária.

Quadro 4 - Tema *estrutura operacional*, categoria *Sistemas de Apoio e Logístico*: ideias centrais dos relatos dos profissionais de saúde da Atenção Primária e do gestor de saúde

Sistemas de Apoio e Logístico	
Gestor de saúde	**Profissionais de saúde**
Percepções Negativas: - custo do transporte em saúde.	**Percepções Negativas:** - limitação de prescrição de medicamentos especializados pelos médicos da APS; - fornecimento inadequado de medicações pela Farmácia Central para estoque nas USF; - dificuldade de comunicação as USF e a Farmácia Central; - falta de responsabilização do usuário em adquirir a sua medicação; - desvio do carro para ações que não a visita domiciliar; - atendimento pelo SAMU.
Percepções Positivas: - atendimento pelo SAMU; - disponibilidade de carro para múltiplas funções.	**Percepções Positivas:** - proximidade com a Farmácia Central .

Nota: Piraí, 2012.

6 **DISCUSSÃO**

6.1 **O idoso não é simplesmente um adulto de cabelos brancos**

Os profissionais de saúde da ESF enfrentam desafios diários na sua prática de trabalho no atendimento ao idoso que concorre hoje com crianças, gestantes, homens e mulheres em idade fértil. Os usuários acima de 60 anos acompanhados pela ESF do município estudado, sabidamente detentores de múltiplas doenças crônicas e de maiores demandas dos serviços de saúde, não foram reconhecidos pelos profissionais de saúde como um grupo de necessidades específicas de ações de saúde e até que se tornassem dependentes. Durante a elaboração e análise dos fluxogramas descritores, pôde-se identificar que o cuidado prestado ao idoso atendido na USF não era diferenciado do acompanhamento aos outros usuários adultos. Em uma percepção hegemônica entre os grupos focais, os idosos robustos foram incluídos à nomenclatura de "usuário" e o termo "idoso" foi particularmente atribuído aos idosos que já possuíam certo grau de dependência e que, em sua maioria, eram atendidos em seus domicílios.

Ao se analisar a micropolítica do processo de trabalho na ESF e suas implicações na assistência ao idoso, foi possível identificar que as noções advindas das experiências do cotidiano do trabalho e do senso comum norteavam os conceitos do que era ideal para a atenção para a saúde da população idosa, não sendo fundamentadas nos conceitos de geriatria e gerontologia. Estes conceitos foram disponibilizados para o SUS pelo Ministério da Saúde em 2006 com a publicação do documento Cadernos de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa como parte de uma política de estruturação da saúde do idoso na APS (BRASIL, 2006c). As ideias de que os programas de hipertensão e diabetes seriam suficientes para suprir as necessidades de saúde do idoso robusto e de que a principal necessidade de um idoso frágil seria a presença de um cuidador, seja ele familiar ou contratado, apoiaram algumas atividades realizadas pelos profissionais de saúde e eram utilizadas, inclusive, para justificar as falhas da atenção e para a tomada de algumas decisões na organização do serviço.

Neste estudo, o pilar do acompanhamento do idoso na ESF era o ACS. Este profissional, de menor grau de escolaridade, sustentava a maior parte das responsabilidades do acompanhamento ao idoso frágil, justamente o grupo de maior necessidade e maior complexidade do cuidado. A esse foram atribuídas as tarefas de

identificação de fatores de risco sociais, a avaliação de necessidade de assistência domiciliar, necessidade de priorização do atendimento no domicílio e até a responsabilidade de cuidados individuais como higiene, administração de medicações e acompanhamento a consultas médicas. Apesar da fácil inclusão do ACS no contexto social do idoso contribuindo com a percepção positiva de maior vínculo deste usuário à equipe de saúde da família, estas atividades impactaram na ideia de sobrecarga de serviço pelos ACS e na sensação de impotência para a resolução das situações encontradas.

Presente na PNSPI como item prioritário para incremento à qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS, a capacitação dos recursos humanos na atenção à pessoa idosa não é ainda o cotidiano da ESF (BRASIL, 2006b; MOTTA; AGUIAR, 2011). No município estudado, as tentativas de se implementar estratégias educativas para profissionais de saúde contratados se defrontaram com a grande rotatividade dos recursos humanos. No que se refere aos conhecimentos específicos à saúde do idoso, o desconhecimento sobre o tema pode ter sido agravado pela precariedade da formação dos profissionais que atuam na ESF, principalmente no que tange à geriatria e gerontologia (MOTTA; AGUIAR, 2011). A educação permanente dos profissionais de saúde faz parte da estruturação dos modelos de atenção à saúde do idoso sendo elemento fundamental no suporte às decisões para o planejamento terapêutico do usuário (MORAES, 2012). No entanto, a capacitação por si só não é capaz de modificar a realidade da assistência ao idoso, sendo esta mudança dependente também da estruturação dos serviços de saúde.

Os serviços da atenção primária se configuraram como porta de entrada preferencial da população e a sua abrangência territorial foi percebida como o grande ponto de sucesso do sistema de saúde de Piraí. Observou-se um esforço da gestão municipal em se garantir o acesso da população por meio da ampla distribuição geográfica das USF, com foco na ação dos ACS na busca ativa e acompanhamento de usuários e com a flexibilização das visitas domiciliares para um grupo onde as condições territoriais e a carência de transporte público dificultariam a sua locomoção aos serviços de saúde.

Apesar do conceito consolidado da necessidade de implantação da APS como porta de entrada nas redes de atenção à saúde, esta não é uma realidade brasileira. Apenas 61,6% da população brasileira tem acesso à ESF e somente 35,8% dos municípios do estado do Rio de Janeiro possuem 100% de cobertura pela ESF (DATASUS/SIAB, 2014). Assim, o município estudado possui uma situação

privilegiada. A ampla abrangência populacional faz parte da lógica de organização das RAS permitindo o melhor diagnóstico para o planejamento regional de alocação de recursos em saúde a fim de garantir a equidade de acesso (MENDES, 2011; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Entretanto, ações pontuais não são suficientes para garantir uma atenção de qualidade. A formação de "ilhas da saúde", sejam elas territoriais ou com o desenvolvimento isolado de apenas um nível de atenção, não resolve o problema. Como no caso de Piraí, por um lado a migração de uma população carente de serviços de municípios vizinhos leva a uma sobrecarga do sistema de saúde local com a distorção de indicadores, prejudicando a decisão pelos gestores. Por outro lado, o grande desenvolvimento da atenção primária sem o aprimoramento dos níveis de atenção secundário e terciário e o pouco investimento de ações intersetoriais de transporte e de assistência social podem repercutir na inefetividade da assistência, uma vez que o usuário não completa o ciclo do cuidado quando este depende de ações de maior complexidade tecnoassistencial.

A fragmentação do sistema de saúde, identificada neste estudo pelos obstáculos de acesso aos níveis de atenção secundário e terciário, pela deficiência nos sistemas de apoio e logístico e pela pouca comunicação entre os serviços, faz com que o sistema seja incapaz de prestar uma atenção contínua ao usuário. A rede de atenção à saúde, da maneira como teorizada por Mendes (2011) e discutida por Moraes (2012), de fato não existe, sendo o sistema público de saúde do local estudado composto por estruturas isoladas, o que dificulta a operacionalização de um cuidado coordenado aos usuários. Como exposto por Hébert (2008), principalmente no que se refere à atenção à população idosa, a falta de continuidade da atenção leva a uma resposta muitas vezes insuficiente das demandas do idoso, gerando não somente a perda de capacidade funcional, como também o aumento da utilização dos serviços de saúde, em especial por internações evitáveis e passagens por serviços de emergência, o que reduz ainda mais a possibilidade de reabilitação.

Os profissionais de saúde do presente estudo referiram as suas maiores dificuldades durante as discussões de experiências no acompanhamento de idosos que possuem incapacidade funcional instalada que eram acompanhados pela ESF. Como apontado por Moraes (2012, p.17), "o idoso não é um adulto de cabelos brancos". As demandas de cuidado ao idoso diferem bastante do adulto e sua atenção possui especificidades que determinam a organização de um plano terapêutico baseado na estratificação de risco de perda funcional (MORAES, 2012).

As experiências internacionais, descritas no Capítulo 3, descrevem modelos de atenção ao idoso baseados na hierarquização do cuidado. Os níveis assistenciais se dividem a partir de uma porta de entrada onde é aplicado um instrumento de rastreamento de risco que orienta a necessidade de realização posterior de uma avaliação funcional do idoso. Esta última irá definir em qual ou quais níveis assistenciais o idoso será acompanhado. Assim, os idosos frágeis ou em risco de fragilização são identificados e direcionados para um segmento da atenção de maior complexidade. Os modelos incluem os recursos de assistência domiciliar, ambulatórios especializados, centros-dia, hospital de procedimentos, ILPI e instituições de cuidados paliativos de acordo com as necessidades identificadas a partir da avaliação multidimensional do idoso. Ou seja, existe uma íntima comunicação entre os recursos oferecidos da Saúde e da Assistência Social.

No âmbito do SUS, Moraes (2012) também aponta a necessidade da avaliação multidimensional do idoso para o planejamento terapêutico e defende um modelo onde os idosos robustos seriam acompanhados pelos níveis de atenção de menor complexidade, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições crônicas simples. Os idosos com declínio funcional iminente ou estabelecido deveriam ser acompanhados pelo nível de maior complexidade e por um gestor do caso, responsável pelo redirecionamento do cuidado de acordo com as metas planejadas (MORAES, 2012).

O caso de Piraí evidencia a dificuldade dos profissionais em tentar adaptar a assistência ao idoso à mesma forma que é realizada a atenção ao adulto atendido pela ESF, dentro dos programas de hipertensão e diabetes. Mesmo o idoso robusto possui necessidades específicas de prevenção, promoção e ações terapêuticas para tratamento e reabilitação que muitas vezes não são contempladas plenamente pela APS, uma vez que esta não foi preparada para realizar a avaliação multidimensional do idoso. Sem o correto diagnóstico, o planejamento terapêutico fica prejudicado. Os obstáculos identificados no cuidado do idoso frágil, além de permeados pelo desconhecimento, foram exacerbados pela falta de apoio das estruturas dos níveis de atenção secundário e terciário onde o idoso frágil deveria ser também acompanhado. A tentativa da APS em absorver grande parte do cuidado ao idoso dependente resultou na fragilidade da atenção a este grupo e na sobrecarga dos profissionais de saúde da ESF. Há necessidade, portanto, de se reconhecer os limites da APS no seu papel de acompanhamento a idosos frágeis.

6.2 **A desvalorização social da velhice e a violência velada**

As dificuldades de atuação com idosos dependentes transferiu a esfera do cuidado ao idoso a um contexto negativo da assistência na ESF do município estudado. A necessidade de se contar com os mediadores para o cuidado de idosos dependentes, como familiares e cuidadores, contribuiu para a percepção de que esta tarefa se tornasse ainda mais difícil, principalmente em um cenário de falta de apoio social. Os obstáculos decorrentes de problemas sociais presentes no cotidiano da população idosa, como o isolamento social e a violência, foram experiências frequentes relatadas nos grupos focais. Como descrito por Moraes (2012), a insuficiência familiar é uma síndrome geriátrica capaz de gerar e perpetuar a perda funcional e por isso o autor sugere a investigação detalhada de sinais de violência na prática de trabalho com o idoso, principalmente no acompanhamento de idosos frágeis.

A incumbência de identificação de casos de violência contra idosos em Piraí era colocada no ACS, informação que estava presente, inclusive, na sua ficha de visita domiciliar. Dada a capilaridade de sua ação no município e a sua penetração no convívio familiar do idoso, por um lado isto poderia contribuir para uma maior abrangência na identificação de casos, por outro atribuía mais uma tarefa a um grupo de profissionais de menor nível de escolaridade, pouco ou não capacitado para este serviço e com múltiplas funções.

No presente estudo, as percepções sobre a violência contra o idoso foram permeadas pelo pouco conhecimento sobre o Estatuto do Idoso e sobre as políticas de proteção ao idoso vítima de violência. Revelaram também o escasso desenvolvimento de competências para a atuação no caso de identificação de uma situação de maus tratos. Um estudo qualitativo realizado por Cavalcanti e Souza (2010) avaliou as percepções de profissionais de saúde e gestores de serviços de saúde sobre a violência contra o idoso. Da mesma forma que no presente estudo, houve a dificuldade pelos profissionais de saúde de reconhecimento e classificação de situações de maus tratos e abandono como situações de violência contra o idoso, na tentativa de abrandamento do cenário vivenciado. Eles destacaram o isolamento e a falta de apoio social àqueles que necessitam de auxílio para desempenharem as atividades da vida diária como os casos mais frequentes e deflagradores de violência (CAVALCANTI; SOUZA, 2010).

Motta e Aguiar (2012, p.782) também descreveram a importância da violência intrafamiliar nos relatos de profissionais de saúde da família em três municípios do

Estado do Rio de Janeiro, descrita como "dificultadora da atenção e impeditiva para a resolutividade das ações". Os autores identificaram a dificuldade dos profissionais de como agir diante de um caso de violência e o desconhecimento das determinações presentes no Estatuto do Idoso de obrigatoriedade de notificação de casos suspeitos e confirmados de maus tratos contra idosos (MOTTA; AGUIAR, 2012; BRASIL, 2003).

A família e a rede de suporte social são elementos fundamentais para a manutenção do bem estar biopsicosocial da pessoa idosa (MORAES, 2012). Dessa forma, a socialização do idoso, com a participação ativa na comunidade em associações, centros comunitários, centros-dia e em ações sociais devem ser estimuladas, sendo a integração social um fator de proteção da sua independência e autonomia (ALVARENGA et al, 2011).

Além da violência intrafamiliar, a violência institucional aparece em diversos relatos nas dificuldades vivenciadas para se conseguir as medicações ou para se ter acesso a especialistas e exames. Como destacado por um dos sujeitos de pesquisa, a exclusão do idoso se torna ainda mais evidente quanto este é sozinho e dependente e se perpetua com a falta de ações intersetoriais. Na presente pesquisa, não somente a escassez de estruturas de assistência social, transporte e de atividades de promoção da saúde pela APS pôde ser identificada, mas também a falta de reconhecimento pelos profissionais de saúde dos recursos disponíveis no município. As ações de promoção da saúde promovidas pelo Conselho do Idoso, as atividades e serviços da SMAS em raros momentos foram mencionados nos discursos dos profissionais de saúde e do gestor.

A desvalorização social da velhice[16] desestimula os profissionais e gestores a terem uma postura de maior investimento na saúde do idoso, como se o processo de evolução para incapacidade fosse inexorável no avançar dos anos e pouco poderia ser feito que pudesse repercutir positivamente no cuidado ou amenizar limitações. Há, portanto, a necessidade de se ressignificar o envelhecimento no seu contexto social com a compreensão da importância do papel do idoso na sociedade e da necessidade de se garantir os meios necessários para que ele seja capaz de exercer a sua cidadania.

Seja na violência intrafamiliar quanto na violência institucional, a dicotomia dos setores da Saúde com a Assistência Social se torna um obstáculo para o enfrentamento destas questões que requerem informação, trabalho em equipe, capacitação profissional e a articulação do sistema de saúde com outros sistemas - ações previstas na PNSPI como prioritárias para a atenção integral ao idoso (BRASIL, 2006b).

[16] Termo utilizado por Motta e Aguiar (2011, p.783).

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia mista permitiu conhecer a realidade da produção do cuidado ao idoso no município estudado. A análise dos fluxogramas descritores e a discussão de temas cotidianos na APS revelaram não só os problemas relacionados ao processo de trabalho no acompanhamento ao idoso, mas também, o uso do patrimônio de conhecimento existente nas equipes de saúde da família para resolver os problemas de saúde desta população. O método utilizado para a discussão sobre a prática do trabalho junto ao idoso estimulou a reflexão dos profissionais de saúde sobre o assunto, tema que, apesar de presente na rotina destes profissionais, era pouco questionado. Isto pôde ser evidenciado na dificuldade de se tratar da assistência a este grupo de forma separada. O método contribuiu também para que os profissionais se apropriassem do seu processo de trabalho, realizando uma participação ativa na descrição e discussão sobre as etapas do cuidado vivenciadas. A avaliação das percepções de quem coordena e decide a macrogestão do sistema de saúde local, realizada neste estudo pela entrevista com o gestor, possibilitou a verificação de um outro ponto de vista sobre os problemas encontrados, além de auxiliar na identificação dos mecanismos de governança e no levantamento das estruturas de saúde disponíveis no município para a atenção ao idoso.

Diante do panorama de envelhecimento populacional, o trabalho de avaliação da assistência ao idoso se torna imprescindível, quando ainda são escassos os modelos de atenção implementados para este grupo etário no Brasil. O diagnóstico dos pontos que limitam a assistência ao idoso, seja na APS, seja nos pontos de interseção entre este nível e os demais níveis de atenção, possibilita a implementação de estratégias visando à melhoria do cuidado prestado, contribuindo assim para a manutenção da capacidade funcional desta população. Por outro lado, o levantamento dos pontos positivos orienta a posterior análise da efetividade destas ações, com o objetivo de propagar as práticas de sucesso dentro do município e fora dele.

Entre as limitações da assistência ao idoso identificadas pelo estudo neste município, chamam atenção três questões principais: a carência de suporte social ao idoso; a fragmentação dos serviços de saúde; e a deficiência de recursos humanos. Já entre potencialidades percebidas no município estudado, foram enfatizadas primordialmente as ações do ACS junto à população idosa e o acesso à APS. As principais diferenças entre as percepções do gestor de saúde e os profissionais de saúde

foram dirigidas à comunicação da APS com a atenção secundária e terciária e ao sistema de apoio e logístico.

A falta de rede de suporte social, caracterizada principalmente pela carência de apoio da família no cuidado ao idoso e potencializada pela baixa escolaridade e renda da população local, prejudicava diversas etapas da assistência, como pôde ser visto nos fluxogramas descritores. Além disso, o baixo número de unidades de proteção social e a pouca atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Assistência Social também foram citados como limitadores da assistência pela APS e pelo gestor. Este fator é complicado pelo baixo valor social do idoso e acaba por fomentar a vulnerabilidade desta população diante das dificuldades encontradas na comunidade.

Assim, como ressaltado por Moraes (2012), para que se inicie um processo de melhoria da assistência ao idoso em Piraí, sugere-se que a gestão do cuidado para este grupo seja realizada pelo binômio saúde-serviço social. A valorização deste setor e sua plena atuação no município são imprescindíveis para definição de um modelo de atenção para o idoso. Desse modo, para a formulação das metas terapêuticas, o plano de cuidados deveria ser compartilhado entre a equipe de saúde da família, o serviço social e os familiares do idoso, na elaboração das estratégias necessárias para a realização das intervenções propostas.

Cabe ressaltar, que a escassez de ações de outros setores, como urbanização e transporte público, também pôde ser constatado como fator dificultador para acesso dos residentes de áreas rurais e portadores de incapacidade funcional aos serviços de saúde e atividades de promoção e prevenção. Entretanto, houve pouco reconhecimento da necessidade de ações intersetoriais tanto por profissionais de saúde, quanto pelo gestor. Dadas as características geográficas do município e de distribuição da população, os trabalhos intersetoriais são práticas essenciais para a criação das condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos excluídos.

Outro aspecto fundamental levantado como obstáculo para a assistência ao idoso foram os problemas relacionados à integração dos serviços. Apesar de possuir amplo acesso da população à APS, critério primordial para a implementação de uma RAS, o sistema de saúde de Piraí ainda retrata um sistema fragmentado da atenção à saúde. O fluxograma descritor e a análise dos relatos dos profissionais permitiram identificar que a continuidade do cuidado, particularmente importante ao idoso frágil, pode ser interrompida em diversos pontos da atenção. Entre os principais problemas levantados estavam a dificuldade de acesso a serviços de urgência, especialistas, exames e procedimentos de média e alta complexidade e os problemas relacionados ao sistema de

apoio e logístico, como o transporte sanitário e o sistema farmacêutico. Como mencionado nos capítulos anteriores, uma resposta reativa e fragmentada da assistência pode levar à perpetuação da perda funcional do idoso, aumentando ainda mais as suas demandas para tratamento, reabilitação e suporte social, assim como os custos a estes associados.

Um terceiro eixo limitante para a atenção ao idoso, pouco enfatizado pelos sujeitos de pesquisa, mas não menos importante, é deficiência dos recursos humanos. O pouco conhecimento dos profissionais de saúde e do gestor sobre as especificidades e necessidades do cuidado do idoso estava presente na maioria dos relatos. Parte das dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde poderia ser explicada pela limitação técnica destes profissionais no atendimento à pessoa idosa, o que contribuiu para a transferência do cuidado ao idoso a um contexto negativo do trabalho na APS. É importante também ressaltar que, além da baixa capacitação destes profissionais sobre este assunto, a deficiência de recursos humanos também pode ser estendida aos problemas relacionados à alta rotatividade de profissionais de saúde. O elevado *turnover* diminui a efetividade das estratégias de treinamento destes profissionais após a sua contratação, reduz o vínculo dos usuários à equipe de saúde e interfere na organização da assistência.

A capacitação dos profissionais sobre temas pertinentes à saúde do idoso, fugindo do conceito de acompanhamento de doença crônica, possibilita um olhar mais abrangente do paciente, o que melhora o desempenho profissional e a resolutibilidade dos problemas apresentados por este tipo de usuário. Entretanto, para que a capacitação realizada no município seja eficiente, medidas que aumentam a fidelização do profissional devem ser aplicadas. A melhor adequação da formação profissional com o cargo ocupado, a valorização do cumprimento de metas, o fortalecimento do vínculo empregatício, a concordância do salário com a carga de trabalho e, finalmente, ações de motivação profissional podem ser pontos de melhoria a serem aplicados (GUGLIELMI, 2006).

Entre os aspectos positivos identificados, a elevada abrangência populacional da APS no município certamente foi a mais relevante. A grande capilaridade da ESF no município, atingida por meio da atuação dos ACS e da construção de USF em todos os distritos de Piraí, permitiu com que 100% da população fosse cadastrada. A estratégia de utilizar técnicos de enfermagem na função de ACS foi vista como sucesso pelo gestor e pelos profissionais de saúde, aumentando o vínculo da população com a equipe de saúde da família. Esta característica do município de Piraí possibilita futuras

intervenções visando a estruturação de uma RAS, tento a APS como porta de entrada e coordenadora do fluxo assistencial.

Apesar de ter alcançado os objetivos propostos, é importante salientar que este estudo teve como limitação o fato de focar nas percepções dos profissionais de saúde e dos gestores, não agregando o olhar do usuário idoso. Dessa forma recomenda-se a realização de pesquisas que incorporem a identificação das demandas deste grupo contribuindo para a implementação de um modelo assistencial específico ao idoso.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 16, n.5, p.2603-2611, 2011.

ARAÚJO, M.A.S.; BRITO, C.; BARBOSA, M.A. Atenção básica à saúde do idoso no Brasil: limitações e desafios. *Geriatria & Gerontologia*, v. 3, n. 2, p. 122-125, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOULT, C. et al. Early effects of "Guided Care" on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*., V. 63, n. 3, p.321-327, 2008 apud VERAS, R.P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública*, v.48, n.2, p. 357-365, 2014.

BOULT, C. et al.The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Arch Intern Med.*,v. 171, n. 5, p.460-466, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. Ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012c. 454 p.

_____. Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 jan. 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*: síntese dos principais resultados. 2ª. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1ª. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.70 p.

_____. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: www.saude.gov.br/idsus. Acesso em: 14 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de junho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 jun. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 20 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 out. 2006b. p.142-148.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 mai. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso:* guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM Nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União [DOU] 2002; Seção I (40): 52-62.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; Abril, 2012b (Cadernos de Atenção Domiciliar Volume 1).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº. 19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006. 76p.

_____. Presidência da república. Decreto-lei nº. 7508. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun.2011.

CAVALCANTI, M.G.S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*., v.6, n.4, p. 437-445, out./dez., 2006.

CAVALCANTI, M.L.T; SOUZA, E.R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciên.Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6, p.2699-2708, 2010.

CHATTERJI, P.; BURSTEIN, N.R.; KIDDER, D.; WHITE, A. *Evaluation of the Program of All- Inclusive Care for the Elderly (PACE) demonstration*: the impact of PACE on participant outcomes. Cambridge: Abt Associates; 1998. 60 p.

CLARK, V.L.; PLANO, C.J. *The mixed methods reader*. Lincoln: Sage Publications Inc., 2008.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Base de dados na Internet. Informações de Saúde. Assistência à saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. Base de dados na Internet. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php. Acesso em out. 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura de Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em jan. 2015.

ESCOREL, S., GIOVANELLA, M.H.M., SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.*, v. 21, n.2., p. 164-176, 2007.

FERRIOLLI, E., MORIGUTI, J.C., FORMIGHIERI, P.F. O idoso Frágil. In: FREITAS, E. et al.*Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p.1014-1018.

FRANCO, T.B. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG. In: Merhy EE et al. *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. P. 151-198.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*., v. 15, n.2, p.345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança de um modelo assistencial. In: Merhy EE et al. *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. P. 55-124.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciên. Saúde Coletiva.*,v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI; 2000. 92 p.

GUGLIELMI, M.C. *A política pública "Saúde da Família" e a permanência fixação do profissional em Medicina:* um estudo de campo em Pernambuco. 2006. (Tese em

Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

HÉBERT, R. et al. Impact of prisma, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in quebec (canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol Soc Sci*, v. 65B, n. 1, p.107–118, may 2009.

HÉBERT, R.; TOURIGNY, A.; GAGNON, M. *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy*. Quebec: Edisem Inc., 2005.

HÉBERT, R.; TOURIGNY, A.; RAICHE, M. *Integration of services for disabled people:* research leading to action. Vol. II. Quebec: Edisem Inc., 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:* um Panorama da Saúde no Brasil acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. Base de dados na internet. *Censo 2010.* Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. Base de dados na internet. *PNAD 2008*. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 out. 2013.

JOHNSON RB, Onwuegbuzie AJ. Validity issue in mixed research. In: Clark VL, Plano CJ. The mixed methods reader. Lincoln: Sage Publications Inc.; 2008. p. 105-59.

KUSCHINIR, R.C. *Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2009. 568 p.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIMA E LIRA, AM. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília, DF: CAPES, 2010.180p.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf.*, v. 35, n. 2, p.115-121, 2001.

LIMA-COSTA, M.F.F.; BARRETO, S.M.; GIATI, 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. *Cad. Saúde Pública*., v.19, n.3, p. 735-743, 2003.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. As redes de Atenção à Saúde. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p.2297-2305, 2010.

MERHY, E.E., ONOCKO, R. *Agir em saúde*: um desafio para o público. 4ª. Ed.São Paulo: Hucitec,1997. p. 35-78.

MERHY, E.E. *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde*: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde*: um desafio para o público. 4ª. Ed.São Paulo: Hucitec,1997. p. 35-78.

MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296 p.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*., vol.17, n.3, Mar. 2012.

_____. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, M.F.G. As transições demográfica e epidemiológica no Brasil. *Acta Paul Enf.*, v.13, n., p.65-76, 2000.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do Idoso*: Aspectos Conceituais. Brasilia, DF: Organização Pan-Americana da Saude, 2012. 98 p.

MORGAN, D.L. *Focus Group as Qualitative Research*. 2nd Ed. London: Sage Publications, 1997.

MOTTA, L.B. *Atenção integral ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família:* um olhar sobre a formação e práticas médicas. 2008. 166p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciên. Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P.Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*., v. 27, n. 4, p. 779-786, Abr. 2011.

OLIVEIRA, J.C.A.; TAVARES, D.M.S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*., v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p. 86.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Promoción de la salud: una antología*. Washington: OPAS, 1992.

PAIXÃO, C.M., REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*., v.21, n. 1, p.7-19, 2005.

PIRAÍ (RJ). Conselho Municipal do Idoso. *Planejamento estratégico para 2013*. Piraí: Conselho Municipal do Idoso, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde, 2010-2013*. Piraí: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da saúde, 2009*. Piraí: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em: 10 set. 2014.

ROSA, T.E., BENÍCIO, N.H., LATORRE, M.R., RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.*, v. 37, n. 1, p.40-48, 2003.

SERRA, C.G., RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*., v. 15, n. 3, p. 3579-3586, 2010.

SISTEMA DE INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS DO IDOSO (SISAP IDOSO). Base de dados na Internet. Acesso em agosto de 2014. Disponível em: http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php.

STEWART, M.J.; GEORGIOU, A.; WESTBROOK, J.I. Successfully integrating aged care services: a review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *Int J Integr Care*, v. 13, n. 1, 2013. Disponível em: http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN:NBN:NL:UI:10-1-114280. Acesso em: 13 out. 2014.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, n. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. Estratégias para o enfrentamento de doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VERAS, R.P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública,* v.48, n.2, p. 357-365, 2014.

VERAS, R.P. et al. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2001. 144p.

WOLFF, J. L. et al. Effects of Guided Care on Family Caregivers. *Gerontologist*, v. 50, p. 459-470, 2010 apud MORAES, E.N. *Atenção à saúde do Idoso*: Aspectos Conceituais. Brasilia, DF: Organização Pan-Americana da Saude, 2012. 98 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.60 p.

_____. *The World Health Report 2008*: Primary Health Care - now more than ever. Documento eletrônico disponível em: http://www.who.int/whr/2008/08_overview_en.pdf. Acesso em: 13 set. 2014.

ANEXO A – Roteiro das reuniões do grupos focais.

Data:

Participantes:

Função:

Questão inicial: “Um usuário com mais de 60 anos se muda para esta área (nome do bairro de Piraí). Como ele se insere na ESF ou consegue atendimento junto à ESF?”

Tópico 1: Entrada de novo usuário: descrição do fluxo de entrada de um usuário idoso na ESF.

- Elementos que dificultam a assistência ao idoso.
- Pontos de sucesso da assistência ao idoso.

Tópico 2: Atendimento domiciliar: descrição do fluxo de atendimento domiciliar de um usuário idoso na ESF.

- Elementos que dificultam a assistência ao idoso.
- Pontos de sucesso da assistência ao idoso.

Tópico 3: Atendimento na USF: descrição do fluxo de atendimento na USF de um usuário idoso já cadastrado na ESF.

- Elementos que dificultam a assistência ao idoso.
- Pontos de sucesso da assistência ao idoso.

ANEXO B – Roteiro da entrevista com o gestor de saúde

Data:

Nome:

Cargo:

Função:

Tempo de atuação na função:

1. Como se organiza a Atenção Primária à Saúde no município de Piraí? Há quanto tempo ela está implantada?
2. Como é feita a gestão da ESF no município – coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação de indicadores?
3. Como se dá o acesso dos usuários idosos a ESF?
4. Quais os serviços que são ofertados na APS para idosos?
5. Existe um critério específico para adquirir o direito à visita domiciliar?
6. O município apresenta alguma rede de suporte social para idosos?
7. Quais os serviços da atenção secundária e terciária são disponibilizadas pelo SUS em Piraí e como se dá a integração da APS à rede de serviços de maior complexidade (mecanismos de referência e contrarreferência) dentro e fora do município de Piraí?
8. Na sua opinião, quais os fatores que limitam o desempenho da APS do município no atendimento ao idoso? Você percebe dificuldades no acesso e acompanhamento de idosos pela ESF?
9. Você percebe dificuldades no acesso e acompanhamento de idosos pelos serviços de atenção primária ou secundária (média e alta complexidade)? Existe fila de espera? Quem controla a fila de espera?
10. Que recursos que o município já dispõe que facilitam o atendimento de idosos, tanto pela APS quanto pelos serviços de atenção secundária ou terciária?
11. A SMS tem participação em atividades intersetoriais?
12. Existe algum protocolo assistencial, programa, rotina ou ação para a atenção ao idoso?
13. Há capacitação para o trabalho na ESF no município?