

ESTUDO DE CASO: OS IDOSOS NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**CASE STUDY: THE ELDERLY IN THE PRIMARY HEALTH CARE SERVICE****Márcia Constância Pinto Aderne Gomes**UNIGRANRIO
marconstanci@hotmail.com**Michel Jean Marie Thiollent**UNIGRANRIO
m.thiollent@gmail.com**RESUMO**

O envelhecimento da população ocorre processualmente, não é homogêneo e tem grande impacto nos sistemas de saúde. O cuidado e a assistência devem ser organizados de forma a atender tanto à senescência quanto à senilidade. Esta pesquisa qualitativa buscou conhecer e relatar o cotidiano das práticas de saúde de uma unidade de atenção primária à saúde do SUS para pacientes idosos. Optamos pela Metodologia do Estudo de caso para compreender a demanda e oferta de ações e serviços de saúde, organização da assistência, infraestrutura, processo de trabalho e produção de cuidado como aconteceram na prática, tendo como base a carteira de serviços de atenção primária e o modelo teórico de Donabedian. Diferentes tipos de dados foram coletados e apresentados sob a forma de relatório. A unidade foi palco de um grande número de consultas e procedimentos de complexidade variável para idosos, embora apresentasse uma estrutura não amistosa e inadequada para idosos. Os processos de trabalho foram impactados pela formação e qualidade técnica e pelas relações interpessoais estabelecidas, surgindo iniciativas que superaram as dificuldades e mesmo em condições adversas foi possível oferecer um cuidado diferenciado para o idoso. Conviver e acompanhar idosos nas suas necessidades por saúde apresentou diversos desafios, entre os quais se destacaram os cuidados no momento da terminalidade da vida.

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

ABSTRACT

The aging of the population occurs procedurally, is homogeneous and has a major impact on health systems. Care and care should be organized to meet both senescence and senility. This qualitative research sought to know and report the daily health practices of a unit of primary health care of SUS for elderly patients. We chose the methodology of the case study to understand the demand and supply of health services and actions, organization of care, infrastructure, work process and care production as they happened in practice, based on the primary care services portfolio and the theoretical model of Donabedian. Different types of data were collected and presented as a report. The unit was the site of a large number of consultations and procedures of varying complexity for the elderly, although it presented an unfriendly and inadequate structure for the elderly. The work processes were impacted by the training and technical quality and interpersonal relationships established, appearing initiatives that overcome the difficulties and even in adverse conditions it was possible to offer a differentiated care for the elderly. Living with and accompanying the elderly in their health needs presented several challenges, among which care was emphasized at the time of termination of life.

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

Recebido em: 10/01/2018

Aceito para publicação em: 21/11/2018

INTRODUÇÃO

O rápido crescimento da população de idosos brasileiros tem grande impacto nos sistemas de saúde, e a estrutura necessária para responder a suas demandas ainda é precária. Os idosos consomem mais serviços de saúde, as taxas de internação são mais elevadas quando comparadas a outros grupos etários e a taxa de permanência no leito é também maior. Seus problemas de saúde geralmente são crônicos e múltiplos, e requerem tratamentos longos e onerosos. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da sociedade contemporânea e das políticas públicas (VERAS, 2014; BRASIL, 2007a; FANTINO, 2011; CAMARANO, 2010; ALCÂNTARA, CAMARANO et GIACOMINI, 2016; BEARD; BLOOM, 2014; ALVES et al.,2016). O envelhecimento ocorre processualmente e não é homogêneo, devendo ser compreendido como parte de um processo natural de diminuição da reserva funcional do indivíduo – senescência –, o que não deve provocar nenhum problema em si, quando apenas esteja relacionado à diminuição da capacidade adaptativa do indivíduo aos estresses e agressões. Porém, em circunstâncias de aparecimento de alguma sobrecarga por estresse emocional, doença crônica e acidentes, esse envelhecimento passa a ser acompanhado de condições que requeiram assistência – senilidade. E o cuidado e a assistência devem então ser organizados de forma a atender tanto à senescência quanto à senilidade (CIOSAK et al., 2011).

São utilizados vários instrumentos para a avaliação funcional em gerontologia. A capacidade funcional está relacionada com a preservação do desempenho nas atividades de vida diária (AVD), que se subdividem em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado, como mobilizar-se, locomover-se, alimentar-se, arrumar-se, banhar-se, vestir-se, usar o banheiro e manter controle sobre suas eliminações. E as AIVD estão relacionadas com funções mais complexas e que permitem ao indivíduo levar uma vida independente na comunidade, incluindo preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; CALDAS et al., 2013; MORAES,2010). “É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários” (CALDAS et al., 2013, p. 775), e o cuidado, com o objetivo de prevenção de risco de fragilidade.

A partir dessas avaliações, é possível identificar o idoso robusto, o idoso em risco de fragilização, o idoso frágil e o idoso frágil de alta complexidade. O idoso robusto é aquele que controla sua vida de forma autossuficiente e independente e não é portador de nenhuma condição crônica de saúde que seja relacionada com vulnerabilidade. O idoso em risco de fragilização é aquele que possui uma ou mais condições crônicas de saúde que possam resultar em dependência, incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Destacando-se a polipatologia (cinco condições crônicas de saúde), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos por dia para problemas diferentes), sarcopenia e/ou emagrecimento significativo, história de internações recentes e/ou pós-alta hospitalar e risco psico-sociofamiliar elevado (insuficiência familiar). O idoso frágil é incapaz de controlar sua vida, depende de outros, pois possui declínio funcional estabelecido por incapacidades, únicas ou múltiplas, tais como: Incapacidade cognitiva (demência, depressão e “doença mental”), instabilidade postural (quedas e/ou dificuldades da marcha), Imobilidade parcial ou completa, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa (distúrbio de fala, visão ou audição). E os idosos frágeis de alta complexidade são aqueles que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho. (MORAES; LANNA, 2014).

A partir dos resultados da avaliação, é possível caracterizar os idosos, avaliar a assistência e o cuidado que eles estão (ou não) recebendo e pensar/discutir estratégias para uma assistência adequada, englobando o que fazer, como fazer e onde realizar.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DA QUALIDADE DO CUIDADO

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

No caso particular da Rede de Atenção à Saúde da População Idosa, as unidades envolvidas são as unidades de atenção primária ou com equipes de Saúde da Família (“porta de entrada” preferencial), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), os serviços de atenção domiciliar,² as unidades de urgência e emergência, as unidades de atendimento ambulatorial especializado, as unidades de reabilitação,³ as Unidades de Atendimento Odontológico Especializado (CEOs),⁴ os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)⁵ e as unidades de atenção hospitalar, além das unidades de proteção social (FIOCRUZ, 2008).

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

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

A avaliação da de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir de informações produzidas no cotidiano da atenção. (DONABEDIAN, 1988, 2001; BRASIL, 2005, 2007a, c, 2010a, 2011b, 2014b; SERAPIONI, 2009; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; REEVE; HUMPHREYS; WAKERMAN, 2015; GARDNER et al, 2014; MICLOS, 2015; HOVLID et al.,2015; JOHANSSON et al.,2016; AYANIAN; MARKEL, 2016).

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

O modelo teórico que avalia os elementos supracitados foi inicialmente proposto por Avedis Donabedian (1919-2000), baseado na Teoria Geral de Sistemas e que é norteador de diversos modelos avaliativos em saúde. (SHEAFF, 2013; NUCKOLS et al, 2013; GARDNER et al, 2014; BUWALDA,2015; HOVLID et al.,2015; REEVE et al., 2015; ZHAO et al., 2015; AYANIAN; MARKEL, 2016; JOHANSSON et al.,2016).

O Modelo conceitual desenvolvido por Donabedian (1988, 2001) para a avaliação da qualidade de serviços de saúde está fundamentado a partir das definições de estrutura, processo e resultado.

²Os serviços de atenção domiciliar são vinculados à rede de atenção às urgências e emergências.

³ As unidades de reabilitação são um tipo de unidade ambulatorial especializada.

⁴ Os CEOs são um tipo de unidade ambulatorial especializada.

⁵ Os Centros de Atendimento Psicossocial são pontos de atenção compostos de equipe multiprofissional com o objetivo de oferecer atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento à família, bem como ações envolvendo as comunidades, promovendo a inserção familiar e social.

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

Quando estas características estruturais estão disponíveis de forma adequada, podem ser consideradas como prova indireta de qualidade. Quando as características existentes são aquelas que se sabe que são prejudiciais, são tomadas como prova da má qualidade. Ou seja, a estrutura é importante na medida em que aumenta ou diminui a probabilidade da boa atenção. A estrutura, entretanto, é um instrumento precário para a avaliação da qualidade, pois se pode propiciar ou restringir uma boa atenção, não a condiciona por si só. É uma condição necessária, mas não suficiente para a qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1988, 2001).

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

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

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

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

Por outro lado, o modelo de cuidados de saúde apresenta crescentes custos, relacionados à qualidade, especialmente na prestação de cuidados de saúde, para contribuir para uma longevidade que alguns podem acreditar ser improdutiva. Portanto, este modelo, ao contrário do industrial, é muito mais orientado para equilibrar custos e benefícios, porque quando os cuidados são aumentados, eles têm a potencialidade de melhorar a qualidade de vida e a própria longevidade. Ele também pode ser atribuído, no âmbito da assistência ao paciente, a uma menor influência das forças do mercado e maiores imperativos éticos e sociais (DONABEDIAN, 2001; NUCKOLS et al., 2013; ZHAO et al., 2015; HOVLID et al., 2015; SHEAFF, 2013).

Ao adotar a Atenção Primária à Saúde como recorte das práticas cotidianas de Atenção à Saúde do Idoso como categoria central para a coordenação do cuidado, pelo menos sob a ótica do Ministério da Saúde, pretendeu-se observar e anotar questões na relação entre sujeitos e espaços institucionais/comunidade no interior de uma unidade de atenção primária tipo “B” (unidade mista em que parte do território é coberto pela ESF).

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, que teve como objetivo conhecer e relatar as relações estabelecidas pelos usuários idosos, familiares e/ou acompanhantes, profissionais de saúde assistentes e gestores, entre acesso e consumo de serviços de saúde/ cuidado da pessoa idosa.

Para alcançar os objetivos, identificamos “o estudo de caso” como espaço privilegiado para discutir o cotidiano das práticas de atenção à saúde do idoso e sua participação no entendimento de uma nova lógica que deve orientar a organização da atenção à saúde. (BARRETO et al., 2012; KÜCHEMANN, 2012; YIN, 2015).

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

A estratégia adotada para este estudo de caso partiu da construção de um protocolo para conduzir a pesquisa, em todas as escolhas realizadas (questões a serem investigadas, sujeitos, dados relevantes, assim como estes seriam coletados, analisados e posteriormente interpretados). O protocolo contém os procedimentos, instrumentos e regras gerais para aplicação e uso, sendo uma tática para aumentar a fidedignidade da pesquisa (YIN, 2015).

A seguir, apresentamos o quadro-resumo do Protocolo criado. Está dividido em quatro seções: visão geral do estudo de caso; procedimentos de coletas de dados; questões de coleta de dados; e guia para relatório do estudo de caso (YIN, 2015).

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

De acordo com a recomendação de Yin (2015), foram utilizadas diversas fontes de dados: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante, artefatos físicos, fotos, filmes e o conteúdo do blogue da unidade para este estudo de caso, o que permitiu múltiplas fontes de evidências.

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

Por fim, utilizou-se as observações diretas e as observações participantes. Como profissional de saúde da unidade, o trânsito em toda a unidade foi possível e, em alguns momentos, a pesquisadora esteve na unidade de saúde fora do horário de trabalho para entrevistas agendadas ou observações de espaços de trabalho de outros profissionais (observação direta, sem interferência na cena). Mas como médica clínica atuando diretamente com a assistência, foi possível também notar e anotar alguns casos/questões (observação participante) e que, após o devido pedido de consentimento⁶ e preservando a identidade dos sujeitos, foram trazidos para discussão.

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

⁶ Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido.

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

1- VISÃO GERAL DO ESTUDO DE CASO			
Questões	Se o envelhecimento populacional é fato, e a demanda por serviço de saúde desses idosos tende a aumentar em função das progressivas limitações que os idosos sofrem, como poderemos ampliar o acesso e garantir uma assistência de saúde adequada para a população idosa? O SUS elege a atenção primária como coordenadora e gerenciadora do cuidado. Na proposição expressa nas diretrizes da atenção primária, o cuidado e a assistência devem ser organizados de forma a atender tanto a senescência quanto a senilidade. Como realizar esta mudança de lógica do procedimento para centrar a organização da atenção em saúde na produção do cuidado?		
Tese	As necessidades e demandas por saúde das pessoas idosas não estão integradas nas ofertas de ações e assistência em saúde na Atenção Primária à Saúde.		
Hipóteses/Suposições	A atenção à saúde de idosos não está adequada. Os profissionais de saúde não têm formação/capacitação para lidar com os idosos. Existem dois modelos de gestão na unidade, e isto resulta em perda da efetividade, eficácia e eficiência do cuidado. Os usuários idosos e seus familiares, profissionais de saúde e gestores desconhecem as leis que priorizam o atendimento.		
Estrutura teórica / considerações (temas)-chave	Considerações-chave	Principais autores	
	Envelhecimento, idoso	Debert (1999a, b); Elias (2001)	
	Demografia e conceitos	Camarano (2010); IBGE (2010); IPEA (2016)	
	Necessidades de assistência à saúde do idoso	Caldas et al. (2013); Fantino (2011); Freidson (2009); Fried et al. (2001, 2004); Lima-Costa et al. (2011); Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003); Maia (2011); Moraes (2010a, 2010b, 2011, 2012); OPAS (2009); Piccini et al. (2006); WHO (2005); Veras (2003,2002, 2006)	
	Organização e Políticas do SUS	Brasil (2006 a,b, c, 2007 b, 2009,2010, 2011a,b, 2014); Fadel (2009); Mendes (2009, 2010)	
	Atenção básica – PSF	Brasil (2006 b, c, 2007a); Starfield (2002).	
	Cuidado	Ayres (2001, 2005, 2009); Merhy & Figueiredo (2012); Boff (1999,2012); Heidegger (2013); Küchemann (2012); São Paulo (2015)	
	Avaliação da qualidade em saúde	Donabedian (1988, 1993, 2001)	
Metodologia	Yin (2015); Gaskel (2013); Santos (2000); Spink (2000); Waldow (2004); Lefèvre & Lefèvre (2005).		
Fase preparatória do projeto de pesquisa			
Escolha metodológica	Estudo de caso		
Escolha do lugar	Unidade de atenção primária tipo B no Rio de Janeiro		
Identificação dos sujeitos da pesquisa	Definição dos sujeitos da pesquisa, identificação de informantes-chave e agendamento de entrevistas		
Proteção de sujeitos humanos	Cadastro do projeto na Plataforma Brasil para ser analisado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Unigranrio e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.		
2 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS			
Antes de iniciar a coleta de dados, prepararam-se uma série de questões e uma lista de fontes prováveis, incluindo o nome de possíveis entrevistados, documentos, fotos, mapas ou observações. Os roteiros de entrevistas e as questões foram agrupadas em “tipos” ou níveis” relacionados aos temas: Estrutura, Processos e Resultados.			
Estrutura (condições físicas, humanas e organizacionais em que o cuidado se dá)	Recursos	Indicadores	Estratégias metodológicas
	Área física	Espaços/ambiente	Observação, fotos, documentos e entrevistas
	Equipamentos	Presença e adequação	Observação, entrevistas, consultas a documentos e fotos
	Insumos	Presença e adequação	
	R.H.	Capacitação	
Processo	Processos	Indicadores	Estratégias metodológicas

É onde se dá a inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados	Acesso	Porta de entrada preferencial	Observação, entrevistas, consulta a documentos e fotos
	Fluxos / rotinas	Existem? Quais padrões?	
	Cuidado	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
	Atendimento demanda espontânea	Estratégias de atendimento	
	Atendimento agendado	Estratégias de atendimento	
	Regulação	Existência de ferramenta	
	Monitoramento de fila	Existência de ferramenta	
	Apoio diagnóstico		
	Internação		
Resultado Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. É a mudança no estado de saúde do paciente que pode ser atribuída a esse cuidado	Resultados	Indicadores:	Observação, entrevistas, consulta a documentos, dados oficiais epidemiológicos e fotos
	Cura / doença sob controle	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
	Estado funcional	Escore dependência/ autonomia	
	Adaptação ao meio	Escore dependência/ autonomia	
	Morbidade	Incidência de doenças	
	Mortalidade	Taxa de mortalidade	
	Qualidade de vida	Fato, opinião, queixa, representação, percepção, crença, sugestão de ação	
Organização dos dados em arquivos informatizados			
Análise dos dados			
Modelos lógicos	Seu ingrediente-chave é a existência alegada de sequências repetitivas de causa-e-efeito de eventos.		
3 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO			
Organização	Dados organizados em arquivos eletrônicos e em anotações		
Apresentação	As evidências são organizadas de acordo com os principais tópicos e mantendo o encadeamento entre elas.		
Estratégias de Análise	Construção de explicação Confrontar reflexões com explicações de sujeitos de pesquisa.	Construção de modelos lógicos Mapas, fluxogramas	
Discussão e resultados			
4- CONCLUSÃO			
Sugestões e encaminhamentos			

Na construção do relatório, foram apresentadas as evidências organizadas de acordo com os principais tópicos cobertos pelo estudo de caso, e utilizamos como técnica analítica: a construção de explicação.

A construção de explicação é um tipo especial de combinação de padrão com o objetivo de analisar os dados do estudo de caso, construindo uma explicação sobre este. Assim para “explicar o fenômeno, é necessário estipular um conjunto presumível de elos causais sobre o que aconteceu” (YIN, 2015, p.150). A construção de explicações ocorre na forma de narrativa, e pode refletir os

insights críticos sobre o processo. E a explicação final é resultado de uma série de interações entre as descobertas.

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

Para construir o modelo avaliativo, os baseamos em uma publicação da SMS denominado “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde”. Identificamos que esse modelo, foi vantajoso para o estudo, na medida em que possibilitou sistematizar e objetivar as evidências encontradas, trazendo para discussão questões estruturais, aspectos organizacionais e gestão de processos. Entretanto, a sistematização do item “Resultado” apresentou algumas diferenças por implicar os efeitos no *status* de saúde do paciente e da população. Decidiu-se, então, renomear o item para “Produto da assistência”, na medida que os dados coletados extrapolaram os indicadores propostos inicialmente e mostraram haver outras evidências expressas nas relações estabelecidas entre os idosos, seus familiares e os profissionais de saúde, que de certa forma ilustravam a questão do que é “cuidar e ser cuidado” que extrapolavam os efeitos das dimensões de infraestrutura e processo e suas interações.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A unidade possui ampla responsabilidade sanitária para uma área territorial de 1.288,48ha com 189.310 habitantes em 76.125 domicílios (IBGE, 2010), incluindo populações de diferentes níveis socioeconômicos e a convivência de dois modelos de atenção primária diferentes, oportunizando uma diversidade de dados, experiências e investigações. Ela está localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro e foi inaugurada em 1965, seu modelo assistencial sempre seguiu as recomendações da respectiva secretaria de saúde, que iniciou a implantação de unidades de saúde da família no município do Rio de Janeiro após 1999 de forma lenta e pouco resolutiva até 2008, embora o Ministério da Saúde tenha proposto o modelo de atenção, tido como estruturante do sistema de atenção da Saúde em 1994 (BRASIL/ MS,1994).

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

O processo de reorganização de serviços que foi estabelecido pelas diretrizes organizativas do SUS - regionalização e a hierarquização dos serviços (BRASIL,1988), reforçado pela Política de Atenção Básica (BRASIL,2006a) foi organizando, tardiamente os serviços e/ou unidades de saúde entre si no município do Rio de Janeiro.

Também devemos ressaltar que o município do RJ recebia recursos para o financiamento da Atenção Básica, pois a transferência de recursos federais a estados e municípios, iniciou com a habilitação pela NOB-SUS n.º 01/96 e NOAS-SUS n.º 01/2002, depois foi ratificada pelo Pacto de Atenção Básica. O Piso da Atenção Básica (PAB Fixo) e o Piso da Atenção Básica (PAB Variável) foram transferidos mensalmente, de forma regular e automática e independentemente da produção de serviços. Assim, fica claro o despreparo, a falta de conhecimento sobre o SUS e seu financiamento, por parte de profissionais e gestores da unidade, além do descompromisso e falta de monitoramento de gestores municipais anteriores em ampliar as ações específicas e previstas de Atenção primária que reforçam os princípios constitucionais do SUS.

O princípio da universalização está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal e sua ideia central é o direito à saúde como direito de cidadania, para todos que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, e que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde e assegurar seu acesso ao sistema de saúde.

Com base nas observações e entrevistas, identificamos como um problema importante o cenário não amistoso ao acesso e a uma boa qualidade de assistência ao idoso. São questões relacionadas aos profissionais de saúde (capacidade técnica e/ou empatia), ou seja, relativas aos que deveriam ser os provedores de cuidado. Esta inter-relação vai configurando novas situações de risco, que vão se agravando, com potencialidade de gerar mais incapacidades e morbidades e que acabam resultando em atendimentos de urgência ou internações.

Em relação à integralidade, partilhamos da ideia de Mattos (2001), de que esse princípio do SUS, definido no texto constitucional, deva constituir uma bandeira de luta, repleta de valores que devem ser defendidos, e cujo conceito continua em construção. O autor reúne três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas; e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. Assim, este princípio abarca uma mudança no processo de trabalho, substituindo o foco da doença para atenção à pessoa em seu contexto social, bem como a organização da oferta de serviço em todos os níveis do sistema (GOMES, 2005).

A mudança proposta é um grande desafio na direção da Integralidade e depende muito da relação que se estabelece entre o profissional e o paciente. Em geral, o idoso apresenta um histórico de vários acompanhamentos por profissionais das mais variadas especialidades, múltiplas prescrições e recomendações conflitantes. Não é raro que ele, ou seu familiar acompanhante, traga uma lista com uma grande variedade de demandas por especialidades e exames. Acostumados a uma atenção fragmentada executada por muitos profissionais diferentes e uma variedade de prescrições de medicamentos, apresentam certa rejeição à ideia de que ele terá como referência um clínico ou um médico generalista que será quem supostamente deverá coordenar seu cuidado. Por outro lado, a maioria dos profissionais de saúde (inclusive dos serviços públicos) compartilha um valor comum que enfatiza o modelo biomédico, que elege os especialistas para realizar a modalidade assistencial em saúde.

A organização da assistência, em geral, foi organizada considerando prioritariamente a relação de oferta de serviços e apresentou significativa dificuldade em aceitar como a prioridade, o atendimento para idosos. Retornando aos critérios de fragilidade já expostos neste trabalho, as necessidades de intervenção nas perdas e diminuições de suas capacidades funcionais podem limitar muito a qualidade de vida do idoso, sua independência e autonomia, assim como inserção social. A organização da assistência não contemplou o princípio da Equidade. Este princípio, por sua vez, leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas; sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea incorporando o parâmetro de justiça à distribuição igualitária. “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo ‘iniquidade’ tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, 2008).

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

Existe um número significativo de profissionais, embora mal distribuídos, com sobrecarga de trabalho e vivendo em um ambiente hostil, onde os conflitos abertos, mágoas e ressentimentos guardados se expressam por uma apatia e/ou revolta. Estes não entendem as prioridades dos idosos que demandam por cuidados, de certa forma admitem o receio e a falta de conhecimento para lidar com esse específico grupo populacional. Agrega-se a estes fatos a insuficiência de treinamentos ou capacitações, necessárias e nem sempre oferecidas. Estas situações acabaram por impactar negativamente a qualidade da atenção prestada a todos, sobretudo aos idosos.

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

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

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

A maioria dos atendimentos demandados pelos idosos foi realizada pelos profissionais da clínica médica (3.411 consultas - 64% das quais 668 (19,58%) eram para idosos frágeis, seguidos pelas consultas em pneumologia (664 consultas - 12%), ginecologia (562 consultas - 11%), homeopatia (372 consultas - 7%) e psiquiatria (347 consultas - 6%) no ano de 2016.

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

Apesar da percentagem significativa de idosos, as ações de saúde destinadas aos idosos e aos adultos⁷ foram realizadas sem distinção de idades/ou prioridades, e não foram prejudicadas pelos momentos de desabastecimento de insumos pela secretaria municipal, devido a manutenção constante do estoque e a estratégia de informar estoques menores dos que os existentes e solicitar cotas maiores do que as previstas. Assim, conseguiram atender às demandas dos usuários da própria unidade e de outras unidades SUS da área.

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

Os principais instrumentos específicos recomendados para avaliação, acompanhamento e registro de condições de saúde da pessoa idosa⁸ não existiam e/ou não eram conhecidos pelos profissionais que atuam na unidade, e os registros existentes eram incompletos e/ou ilegíveis, o que contrariava as recomendações e propostas para uma atenção qualificada e um cuidado diferenciado para idosos. Desta forma a inexistência deles acabou por desqualificar o cuidado ao idoso (BRASIL, 2011b; 2013; 2014a; 2014b; CALDAS et al, 2015; MORAES, 2010; 2011; 2012).

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

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

⁷ Acompanhamento nutricional, acompanhamento de situações de violência, emissão de atestado médico e demais documentos, rastreamento de HAS, DM e dislipidemia, manejo de doenças crônicas prevalentes, rastreamento de câncer de colo uterino, rastreamento de câncer de mama, manejo de problemas ginecológicos, ações de reabilitação, ações de práticas integrativas e complementares e prevenção, identificação e acompanhamento das DST e HIV.

⁸ Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, formulário para Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa e formulário para o Minixame do Estado Mental.

Após cinco anos de implantação e expansão das equipes de SF, ainda, podia-se identificar uma “dupla identidade do local”, representada por espaços e responsabilidades correlatas aos funcionários municipais não-PSF e aos profissionais do PSF. Esta “identidade” se manteve muito forte nas questões relacionadas ao fluxo dos serviços, processos de trabalhos e, conseqüentemente, se exteriorizavam no momento de atendimento ao usuário. A oferta de ações e serviços foi orientada pela lógica de “profissional centrado”, no caso dos espaços/profissionais não Saúde da Família, tornando-se pouco resolutiva e desgastante para idosos e outros usuários.

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

A visita domiciliar se apresentou como uma das principais atividades que permitiu às ESF o conhecimento das condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabeleceram no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família e os determinantes do processo saúde-doença. As VDs geralmente eram solicitadas pelos ACS e foram (na maioria das vezes) planejadas durante as reuniões, em concordância com os achados de Kebian et Acioli (2015). Nas ocasiões, foram traçados os seus objetivos e estratégias para que elas pudessem ser realizadas de forma a atendê-los. Apesar de ser uma estratégia muito potente, nem sempre foi priorizada pelas equipes, que estavam sobrecarregadas de tarefas, em algumas circunstâncias (acesso geográfico difícil, violência), as ESFs foram impedidas de realizá-las.

Em relação à Assistência farmacêutica, observamos que ela não se fazia somente pela administração de estoques e pela dispensação adequada para atender às necessidades de cuidados técnicos. Fazia-se, também, pela boa recepção, acolhimento, criação de vínculos, respeito ao ser humano idoso e que repercutia numa confiança e na adesão ao tratamento.

A disputa por “vagas/senhas” de atendimento/consultas, no entanto, pareceu-nos desigual, pois idosos possuem maiores dificuldades de mobilidade ou outras situações que limitam sua disposição ou possibilidade de enfrentar filas longas, muitas vezes iniciadas na madrugada, e evidenciou o desconhecimento e/ou não cumprimento das diretrizes colocadas pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006c) e as Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006b; 2011a), Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a; 2007a), Promoção da Saúde e Humanização no SUS (BRASIL, 2004).

Um dos grandes desafios a ser enfrentados para que a Atenção Primária assuma seu papel de coordenação do cuidado estava provavelmente relacionado ao encaminhamento para consultas de especialidades e exames. O critério de inclusão de pedidos no sistema SISREG era diferente para os pacientes vinculados à ESF e para os outros não vinculados, assim como não existiam critérios que priorizassem a inclusão de pedidos de consulta e de exames para idosos, o que trazia um impacto muito negativo e aumentava a probabilidade de agravamento das doenças e das perdas funcionais, o que contrariava as próprias diretrizes do sistema (BRASIL, 2008).

Nossa análise identificou que dois elementos impactaram os processos de trabalho: os procedimentos técnicos e as relações interpessoais. O conhecimento técnico do procedimento ou da rotina de trabalho feitos pelos profissionais para atingir uma assistência adequada e de qualidade dependeu da formação/ qualificação dos profissionais e das habilidades para sua realização.

Em relação ao relacionamento interpessoal, que é o principal veículo para uma convivência harmoniosa, para o trabalho em equipe e para evitar o sofrimento no trabalho (DAL PAI et LAUTERT, 2011) se fazia necessário e urgente que as pessoas pudessem ser ouvidas nas suas expectativas, que pudessem ser respeitadas e que ajustes na equipe tivessem acontecido visando ao coletivo, inclusive com troca de chefias mais preparadas com conhecimentos técnicos e habilidades de comunicação.

Algumas evidências apresentadas no item “*produto da assistência*” demonstraram que, mesmo no cenário não tão amistoso aos idosos, podia-se encontrar algumas iniciativas que extrapolaram as questões estruturais e de processo de trabalho para oferecer um cuidado diferenciado.

Ficou evidente que o maior desafio para o ser humano, que é combinar trabalho com cuidado, foi vencido, e expectativas foram atendidas e muitas vezes foram superadas. Os ingredientes do cuidado estiveram muito presentes e representados por: conhecimento de quem necessitou ser cuidado, as

estratégias assumidas para melhor ajudar, o tempo de ajuste, a visão do outro como ele era, a confiança, a esperança, a coragem e, por último e não menos importante, o exercício da humildade em reconhecer suas limitações e procurar ajuda e/ou aprender.

Os discursos de idosos e familiares e os de profissionais de saúde não se mostraram concordantes, evidenciando uma diferença entre desejos, ofertas e demandas por atenção à saúde. Os discursos de quem demandava por cuidado e de quem deveria ofertá-lo foram muito diferentes. A falta de reconhecimento de prioridade para idosos pelos profissionais também foi compartilhada por usuários não idosos, que não entendiam as fragilidades inerentes a este grupo etário.

Os desafios postos frente à terminalidade de vida também estiveram presentes na Atenção primária e exigiram que os profissionais de saúde estivessem preparados para identificar as necessidades dos idosos no momento da terminalidade de suas vidas e de seus familiares para que pudessem oferecer cuidados com dose extra de solidariedade e respeito, garantindo dignidade e atenção nesta fase especial da existência de idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária é regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p. 1). Assim, todas as ações implementadas pela rede pública no atendimento à pessoa idosa, dependendo de sua abrangência, deveriam ser discutidas, acordadas e pactuadas entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal –, com participação de setores, órgãos e entidades envolvidos ou de interesse para a saúde da pessoa idosa, configurando –se em uma rede de atenção à saúde do idoso, o que não ocorreu.

Um planejamento adequado de ações de saúde para o idoso não existia, talvez porque não se conhecia que tipo de idosos estavam naquele território. Os instrumentos de avaliação multidimensional deveriam estar disponíveis para esta primeira aproximação com os idosos. Uma vez conhecidos os idosos do território, deveria-se partir para o planejamento de espaços, ações e serviços a serem oferecidos, considerando, no entanto, um olhar amplo – caleidoscópico –, que possa perceber as mudanças e permitir ajustes necessários, sempre que necessário.

Não se pode dizer que a Atenção Primária – no caso, a unidade estudada – exerceu a coordenação do cuidado de seus pacientes idosos, pois as necessidades e demandas por saúde das pessoas idosas não estiveram integradas nas ofertas de ações e assistência em saúde da unidade, e das outras que foram definidas para a formação da Rede de Atenção, confirmando-se que não há integração dos idosos na Atenção Primária – a tese deste trabalho.

Verificamos, no entanto, vários casos onde o cuidado foi coordenado por um agente cuidador da unidade, extrapolando o êxito técnico do procedimento em direção ao cuidado na sua dimensão mais ampla. Onde as atitudes de profissionais e de alguns usuários cuidadores e altruístas foram paradigmáticas de uma atitude de o-modo-de-ser-no-mundo (BOFF, 1990) pelo cuidado, ficando muito clara a presença implicada, comprometida e atuante de cuidadores.

As condições de saúde apresentadas pelos idosos foram as mais variadas, e presenciamos idosos hígidos, outros com declínio da reserva funcional (senescência), outros com múltiplas comorbidades e até desenvolvimento de uma doença (senilidade), e alguns experimentando a terminalidade da vida.

Considerando a Atenção Primária à Saúde como um cuidado dispensado por profissionais de saúde de forma integral e continuada, para pessoas saudáveis e doentes, em todas as fases do seu ciclo de vida e cada vez com mais frequência, o contato de pacientes ao final de sua vida com a APS vem configurando a necessidade da preparação de profissionais para a prática de cuidado paliativo.

Iniciamos este trabalho partindo de eixos muito objetivos e, à medida que avançamos, foi ficando clara a dimensão humana do cuidado. A questão central da vida de qualquer ser humano: cuidar e ser cuidado, enquanto se vive no mundo e no tempo.

Conhecer quem são nossos idosos, com base em uma avaliação multidimensional e, a partir daí, ter a possibilidade de construir projetos terapêuticos personalizados. Entender que o cuidado é relacional e

é uma atitude repleta de ética e responsabilidade, uma inter-ação, uma complexa trama de saberes, atos, procedimentos, com um profundo respeito pelo ser cuidado.

Aprender a trabalhar em equipe e tentar se colocar no lugar do outro para compreender ações, falas e limitações e, principalmente, intermediar conflitos. Conhecer como o SUS funciona, quais são os desafios que devem ser enfrentados e como praticar uma assistência pautada na capacidade técnica, resolutividade, capacidade de redução de custos, atuando com solidariedade e respeito aos direitos.

Entender que existem diversas dificuldades para serem enfrentadas e que sozinhos não conseguiremos enfrentar todos os problemas de saúde dos idosos, e que devemos envolver outros profissionais e a própria comunidade nas ações de saúde. Compartilhar informações, conhecimentos, interesses e esforços para criação de redes colaborativas e comunitárias, no cotidiano dos serviços. Criar espaços de diálogos – redes de conversas para discussão e reflexão dos temas ligados ao envelhecimento, a saúde do idoso e a terminalidade da vida.

Sonho? Utopia? Quem sabe?

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMINI, K.C.(Org). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.pdf>. Acesso em: 05 jan 2017.
- ALVES, D. S. B et AL. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cadernos Saúde Coletiva*, v.24, n.1, p.63-69, jan 2016. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010272>
- AYANIAN, J.Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. *N Engl J Med*, n. 375, p. 205-207, July 21, 2016. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101>
- BARRETO, I. C. H. C. et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 21, n. supl.1, p. 80-93, maio 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48771>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- BEARD, J. R.; BLOOM, D. E. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*, v. 14, p. 61461-6, 2014. Acesso em: 14 abr. 2014.
- BLOG da CAP 2.2. Disponível em: <<http://cap22tijuca.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- BRAGA, G. B.; FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, B. B. A Eficiência da Atenção Primária à saúde: avaliando discrepâncias. *Administração Pública e Gestão Social*, v. 7, n. 2, p. 100-107, abr-jun 2015. <https://doi.org/10.21118/apgs.v7i2.776>
- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48.
- _____. Ministério da Saúde. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. (PNSPI), Portaria GM n. 2.528, *Diário Oficial da União*. Poder Executivo. Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19, 2007 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Brasília: Ministério da saúde, 2014 a.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006c – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 fev. 2006c. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de *Análise de Situação de Saúde*. *Guia Metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 5ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

BUWALDA, V. Introduction principles of Donabedian and validation of the Honos and Oq-45 in the Netherlands. *European Psychiatry*, v. 30, n. 136, Mar. 28, 2015. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30113-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30113-9)

CALDAS, C. P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, Dec. 2013. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr 2015.

CAMARANO, A. A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. esp 2, p. 1763-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>. Acesso em 14 fev 2014.

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

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 524-530, jan-mar 2011.

DONABEDIAN, A. Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Quality in Health Care*, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.

_____. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Rev Calidad Asistencial*, v. 16, p. S11-S27, 2001.

_____. *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, 1988.

DUARTE, Y. A. de O.; ANDRADE, C. L. de; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>. Acesso em 10 abr 2015.

ESCOREL, S. Equidade (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 10 fev 2015.

FANTINO, B. *Comprendre la santé des aînés*. Manuel pratique de recherche-action en gérontologie-gériatrie. Paris: Dunod, 2011

FIOCRUZ. Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca. Coordenação de Educação a Distância. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. 340p.

GARDNER, G. et al. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, n. 1/2, p. 145-155, Jan. 2014.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12146>

GOMES, M. C. P. A. *Acolhimento, vínculo e integralidade: o poder do discurso ou o discurso sem poder? Um estudo sobre práticas cotidianas em Saúde da Família em grandes centros urbanos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HOVLID, E. et al. A retrospective review of how nonconformities are expressed and finalized in external inspections of health-care facilities. *BMC Health Services Research*, v. 15, n. 1, p. 1-11, set. 24, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1068-9>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 6 jan 2014.

JOHANSSON, E. et al. Enhancing human performance for better health care outcomes. *Physician Leadership Journal*, v. 3, n. 1, p. 58, jan. 2016.

KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 161-9, mar. 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>>. Acesso em: 04 set. 2016.

KOBAYASHI, H. et al. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 25, p. 419-425, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00836.x>

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr 2015.

MICLOS, P. V. *Avaliação do desempenho da atenção básica nos municípios brasileiros*. Tese (doutorado) – Universidade de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2015.

MORAES, E. N. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. A consulta do idoso e os Instrumentos de Rastreamento. 3ª ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

_____. *Estratégias de prevenção de doenças e gestão da clínica*. Belo Horizonte: Folium, 2011.

_____. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, Representação Brasil, 2012.

MORAES, E. N.; LANNA, F.M. *Avaliação multidimensional do idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2014.

NUCKOLS, T. K.; ESCARCE, J. J.; ASCH, S. M. The effects of quality of care on costs: a conceptual framework. *Milbank Quarterly*, v. 91, n. 2, p. 316-353, June 2013. <https://doi.org/10.1111/milq.12015>

REEVE, C.; HUMPHREYS, J.; WAKERMAN, J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation & Program Planning*, v. 53, p. 91-98, dez 2015.

RIO DE JANEIRO. (cidade) Secretaria Municipal de Saúde. *Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2011

ROCHA-BARBOSA, M. *Análise do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte*. 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. *Saúde da pessoa idosa: gerenciamento de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Secretaria da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa idosa; Escola Municipal de Saúde. São Paulo: SMS, 2015. 158p.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 85, p. 65-82, jun 2009. <https://doi.org/10.4000/rccs.343>

SHEAFF, R. Plural provision of primary medical care in England, 2002-2012. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 18, n. 2 supl, p. 20-28, Oct. 2013. <https://doi.org/10.1177/1355819613489544>

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

WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo*. Petrópolis: Vozes, 2004.

YIN, R.K. *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. 5ed. Porto Alegre: Bookman, 2015

ZHAO, Z. G. et al. A quality assessment index framework for public health services: a Delphi study. *Public Health (Elsevier)*, v. 129, n. 1, p. 43-51, jan 2015. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.10.016>