



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

KEILA CRISTINA RAUSCH PEREIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Josimari Telino Lacerda

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª. Sonia Natal

Florianópolis
2015

KEILA CRISTINA RAUSCH PEREIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Josimari Telino Lacerda

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Natal

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Keila Cristina Rausch
Avaliação da atenção à saúde do Idoso / Keila Cristina
Rausch Pereira ; orientadora, Profa. Dra. Josimari Telino
Lacerda ; coorientadora, Profa. Dra. Sonia Natal. -
Florianópolis, SC, 2015.
191 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

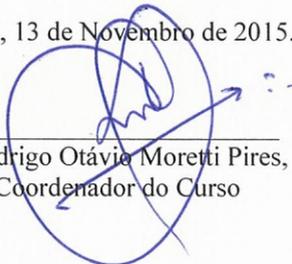
1. Saúde Coletiva. 2. Atenção à saúde. 3. Avaliação. 4.
Idoso. I. Lacerda, Profa. Dra. Josimari Telino . II.
Natal, Profa. Dra. Sonia . III. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
IV. Título.

Keila Cristina Rausch Pereira

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local, 13 de Novembro de 2015.



Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

BANCA

Profª. Josimari Telino de Lacerda, Drª.
UFSC (Orientadora)



Prof. Jefferson Luiz Traebert, Dr.
Univ. do Sul de Santa Catarina
(UNISUL)



Profª. Ana Lúcia Schaefer Ferreira
de Mello, Drª.
UFSC



Prof. André Junqueira Xavier, Dr.
Univ. do Sul de Santa Catarina
(UNISUL)



Prof. Oswaldo Yoshimi Tanaka, Dr.
Univ. de São Paulo (USP)



Profª. Maria Cristina Marino Calvo,
Drª.
UFSC

Dedicatória

Alceu e Mariah

*O amor não faz o mundo girar . O
amor é o que faz o giro valer a pena''
(Franklin P. Jones)*

AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu a benção da vida.

Ao meu marido, parceiro de todas as horas, meu grande cúmplice de decisão, meu porto seguro. Minha amada filha pela doçura e orgulho que me dá.

A minha vó e a minha mãe que me mostraram que envelhecer é um ato de sabedoria. Minha família, por serem minha referência e fortaleza.

A minha orientadora, Josimari Telino de Lacerda, pela oportunidade de sua orientação, pela amizade e pelos ensinamentos durante esses quatro anos de convívio.

A minha co-orientadora, Sonia Natal, pelo incentivo, ensinamentos que me mostraram a sempre ter “outro ponto de vista”.

A banca examinadora, agradeço pela disponibilidade em participar desse momento importante e pelas contribuições.

Aos colegas e professores do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) pela convivência agradável e enriquecedora. Amigos são fortalezas em nossas vidas. Meu especial agradecimento a Paula Vitali Miclos., “há amigos que são mais achegados que irmãos”.

Aos colegas da turma de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva 2011/2 da UFSC.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC pelos conhecimentos repartidos.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

A UFSC por todas as oportunidades que me disponibilizou neste período.

Aos meus amigos e familiares que mesmo na minha ausência, me apoiaram, incentivaram e se fizeram presentes com gestos tão preciosos de carinho e amor.

A todos que de alguma forma contribuíram para a execução desse trabalho.

RESUMO

O envelhecimento é um processo que, de diferentes maneiras, fragiliza o indivíduo em vários aspectos. A saúde do idoso necessita de uma atenção que considere as peculiaridades do ser envelhecido. Esta pesquisa teve como objetivo realizar uma avaliação da atenção à saúde do idoso sob responsabilidade da gestão municipal. Foi uma pesquisa avaliativa realizada em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de caso. Na primeira etapa obteve-se o modelo teórico-lógico da atenção à saúde do idoso e a matriz avaliativa, construídos por uma revisão de literatura, discutida em oficinas de consenso com especialista seguindo a técnica do Comitê Tradicional. Um estudo piloto foi realizado com o objetivo de explorar a realidade e adequação do modelo. O modelo foi ajustado, submetido a novo consenso com a validação dos modelos e instrumentos de coleta de dados. O modelo avaliativo é composto por 16 indicadores agregados em 6 subdimensões e duas dimensões. A dimensão Político-Organizacional apresenta as subdimensões: recursos humanos, infraestrutura e articulação. A Técnico-Operacional agregou as subdimensões: promoção e prevenção, diagnóstico e tratamento e manutenção e reabilitação. Na segunda etapa foi realizado um estudo de caso em 5 municípios catarinenses. As informações foram coletadas por entrevistas, observação direta e documentos oficiais. A análise das informações foi orientada pela matriz avaliativa. No julgamento final nenhum município foi considerado “bom” quanto à gestão da atenção ao idoso. A subdimensão com melhor resultado foi a promoção e prevenção – SUBPP, na qual 2 municípios foram classificados como “bom”; a com pior resultado foi a articulação – SUBAR, com 3 municípios avaliados como “ruim”. Identificou-se que o ponto frágil da atenção está na dimensão Político-Organizacional, condição que envolve decisões coletivas, de inserção da sociedade. O envelhecimento precisa ser amplamente discutido com a sociedade. O modelo avaliativo desenvolvido demonstrou que os indicadores são viáveis para avaliar a atenção ao idoso por contemplar as atribuições municipal e contextualizar o processo, podendo ser aplicado em outros contextos.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Avaliação. Idoso.

ABSTRACT

Aging is a process that, in different ways, weakens the individual in several aspects. The elderly health requires special attention in the peculiarities of being aged. This research aimed to carry out an assessment of health care for the elderly under the responsibility of municipal management. Was an evaluative research conducted in two stages: evaluability study and case study. In the first stage we obtained the theoretical and logical model of health care for the elderly and evaluative matrix, built by a literature review, discussed in workshops with expert consensus following the Traditional Technical Committee. A pilot study was conducted in order to explore the reality and adequacy of the model. The model was adjusted, subjected to a new consensus with the validation of the models and data collection instruments. The evaluation model is composed of 16 indicators aggregated in 6 sub-dimensions and two dimensions. The Political and Organizational size has the sub-dimensions: human resources, infrastructure and management. The Technical and Operational added the sub-dimensions: promotion and disease prevention, diagnosis and treatment and maintenance and rehabilitation. In the second stage it conducted a case study in 5 municipalities of Santa Catarina. Information was collected through interviews, direct observation and official documents. The analysis of information was guided by evaluative matrix. In the final judgment no municipality was considered "good" as the management of care for the elderly. The sub dimension with best result was the promotion and prevention - SUBPP, where two municipalities were classified as "good"; with the worst result was the articulation - Subar, with three municipalities assessed as "bad." It was found that the weak point of attention is the Political and Organizational size, condition involving collective decisions, integration of society. Ageing needs to be widely discussed with society. The evaluation model developed showed that the indicators are feasible to evaluate the care for the elderly by contemplating the municipal duties and contextualize the process and can be applied in other contexts.

Keywords: health care. Evaluation. Elderly

LISTA DE FIGURAS

Parte I

Figura 1: Componentes da revisão integrativa da literatura **52**

Parte II - 1º artigo

Figura 1: etapas metodológicas do EA..... **65**

Figura 2: Esquema do MT validado. **70**

LISTA DE QUADROS

Parte I

Quadro 1: Resgate histórico dos dispositivos legais e movimentos da sociedade que orientaram as políticas públicas para pessoas idosas, a partir de 1973.	34
Quadro 2: Dispositivos legais referentes à saúde ao idoso.....	40
Quadro 3: Estudos avaliativos que incluíram integralmente ou parcialmente a saúde do idoso.....	43
Quadro 4: Indicadores utilizados para seleção dos casos.	57

Parte II - 1º artigo

Quadro 1: Dispositivos legais referentes à saúde do idoso.	67
Quadro 2: Modelo lógico final.	71
Quadro 3: Dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, fontes e parâmetros do modelo avaliativo.	75

Parte II - 2º artigo

Quadro 1: Elementos da Matriz de análise e Julgamento nas dimensões da Gestão da Atenção a saúde do Idoso	91
Quadro 2: Forma de Agregação e Juízos de Valores	95
Quadro3: Característica sócio demograficas dos municípios participantes.	97
Quadro 4: Análise dos Casos estudados.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
AVD	Atividades Diárias de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
ICF	International Classification of Functioning
SUS	Sistema Único de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
HIV/AIDS	Síndrome da Imuno Insuficiência Adquirida
AVC	Acidente Vasculocerebral
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DALYS	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PIB	Produto Interno Bruto
SESC	Serviço Social do Comercio
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
ANG	Associação Nacional de Gerontologia
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional de Imunização
AB	Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
IVAV	Idosos vítimas de Acidentes e Violência
SISPAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROADESS	Projeto de Avaliação do desempenho do sistema de saúde
EA	Estudo de Avaliabilidade
ML	Modelo Lógico
MT	Modelo Teórico
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
NEPAS	Núcleo De Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SES	Secretária de Saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geográfica
FAPESC	Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
APS	Atenção Primaria a Saúde
RH	Recursos Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
CMS	Conselho Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Parte I

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3.REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS REFLEXOS NA SAÚDE	29
3.2 O ESTADO E O ENVELHECIMENTO	31
3.2.1 A construção da política pública gerontológica	31
3.2.2 Resgate histórico da construção da política pública gerontológica	32
3.2.3 Política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI)	36
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	38
3.3.1 Avaliação em saúde – Idoso	39
3.3.2 Considerações sobre as avaliações em saúde	48
4 Metodologia	51
4.1. ESTUDO DE AVALIABILIDADE: ELABORAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO	51
4.1.1 Determinação do objeto	51
4.1.2 Construção do modelo teórico e lógico	53
4.1.3 Elaboração da matriz de análise e julgamento	55
4.1.4 Estudo piloto	55
4.2 ESTUDO DE CASO: LOCAL DA PESQUISA	56
4.2.1 Seleção dos casos	56
4.2.2 Técnica para coleta dos dados	58
4.2.3 Sistematização dos dados e escala de valor para a avaliação .	58
4.3 QUESTÕES ÉTICAS	59

Parte II

ARTIGO 1.....	62
ARTIGO 2.....	88

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE.....	123
APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO DIRETA.....	125
APÊNDICE 2 - CONVITE AO GESTOR.....	127
APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO PARA A GESTÃO.....	129
APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO PARA A UBS.....	133
APÊNDICE 5 – RATIONALES.....	137
APÊNDICE 6: ESTUDOS AVALIATIVOS QUE INTEGRAL OU PARCIALMENTE INCLUÍRAM A TEMÁTICA DA SAÚDE DO IDOSO E SEUS INDICADORES.....	145
ANEXOS.....	187
ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO –CEP UNISUL.....	189

1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu envelhecimento como

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (OPAS, 1993, p. 6).

Neste pressuposto, envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos nomeado como senescência. Em condições de sobrecarga, podem ocorrer condições patológicas caracterizando-se, assim, a senilidade. Entretanto, em ambas as situações, o indivíduo envelhecido necessita de algum tipo ou grau de atenção à sua saúde.

O desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, o indivíduo possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa coloca como um novo paradigma de saúde o conceito de capacidade funcional, traduzido pela autonomia, que se refere à capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões, e pela independência, definida como a capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (MORAES, 2012).

Portanto, é necessário refletir sobre o conceito de “doença” e “saúde e funcionamento” neste cenário de capacidade funcional. Suas definições não se esgotam na visão clínica necessária às condutas médicas, muito menos na visão da própria pessoa sobre o efeito da doença em sua saúde. Mas se complementa considerando o impacto

sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos.

Esta é uma das contribuições importantes do modelo de Evans e Stoddart (1994): medir a capacidade funcional. O nível funcional pode ser usado como marcador de existência, gravidade e impacto de doenças cuja etiologia e patogenicidade não sejam conhecidas ou estejam em um estágio em que não é possível medi-las. A investigação do estado funcional também é uma forma conveniente de comparar o impacto de diversas doenças em diferentes populações ao longo do tempo, e se mostra associada ao nível de consumo de serviços de saúde e prognóstico para a sobrevivência.

O documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), *International Classification of Functioning Disability and Health (ICIDH-2)*, define uma nomenclatura de classificação funcional, a *International Classification of Functioning – ICF*, para ser usada em associação ao Código Internacional de Doenças (CID). Normalmente as alterações no estado funcional são medidas em três estágios sequenciais denominados pela OMS (2011) como *impairment* (deficiência), *disability* (incapacidade) e *handicap* (desvantagem):

Deficiência: significa uma redução na capacidade física ou mental e geralmente consiste em distúrbios de algum órgão, não sendo necessariamente visível e nem sempre tem consequências adversas.

Incapacidade: se os efeitos da alteração não são corrigidos, pode ocorrer uma restrição na capacidade da pessoa para realizar uma função de maneira considerada normal. A incapacidade pode ou não limitar o papel social do indivíduo dependendo da sua gravidade e do que ele deseja fazer.

Desvantagem: refere-se à desvantagem social que pode ocorrer devido a uma deficiência. Uma pequena lesão pode tornar um atleta incapaz, mas não restringir notavelmente outra pessoa. Vertigem pode ser uma incapacidade para um trabalhador na construção civil, mas não para um escritor (OMS, 2011, p. 20).

Nesses termos, a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um contexto criado pelo ambiente social. A solução da incapacidade referenciada ao idoso requer uma ação social e é de responsabilidade coletiva da sociedade em todas as dimensões.

A atenção à saúde do idoso deve ser um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento, e envolve políticas públicas que promovam a independência ou a redução da vulnerabilidade em todas as instâncias da sociedade. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde (OMS, 2011).

Este processo de ações sociais deve garantir a corresponsabilidade entre os atores envolvidos. O apoio dos gestores na viabilização do plano de cuidados, na perspectiva da linha de cuidados, é condição fundamental em qualquer sistema de saúde, público ou privado. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Cabe ao gestor conectar todos os componentes da rede de atenção à saúde para garantir a integralidade do cuidado (MORAES, 2012).

Nesta perspectiva, os gestores do SUS assumiram o compromisso público, por meio do Programa Pacto pela Saúde, de articular uma gestão com ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicaria no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes do pacto: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O componente Pacto pela Vida foi expresso por um conjunto de compromissos sanitários, significando uma ação prioritária no campo da saúde que deveria ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Uma das prioridades estabelecidas foi a Saúde do Idoso com a meta de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

A atenção à saúde integral ao idoso necessita de um modelo pró ativo, integrado, contínuo, focado na promoção e manutenção da saúde, com estímulo ao autocuidado, que adote diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, educação permanente dos profissionais de saúde, desenvolvimento de projetos intersetoriais, implantação de sistemas de informações potentes, investimentos pesados na tecnologia da informação e organização dos recursos comunitários (grupos de apoio, voluntários, ONGs) (MENDES, 2011).

As decisões organizativas devem estar pautadas em instrumentos que, além de identificarem os pontos fortes e fracos da gestão, emitam um juízo de valor. Neste contexto, a avaliação constitui-se em um dos melhores mecanismos de resposta às necessidades e argumentações dos gestores (BROUSELLE et al., 2011). Com os seus métodos científicos,

a avaliação é capaz de fornecer informações válidas, socialmente legítimas sobre o objeto e suas peculiaridades, e ajudar o gestor no planejamento de suas estratégias gerenciais.

Desta maneira é importante não somente identificar as ações que são de responsabilidade da gestão local mas avaliar se elas estão asseguradas no serviço, contribuindo para que o idoso tenha acesso a um serviço adequado as suas condições. O objetivo deste trabalho foi identificar as ações de atenção à saúde do idoso que são de responsabilidade da gestão municipal; desenvolver e/ou identificar os componentes da avaliação: modelo teórico, lógico, matriz de análise e julgamento (MAJ), segundo suas dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, fontes e parâmetros. Elaborou ainda os instrumentos e estratégias de coleta de dados necessários e pertinentes.

A pergunta norteadora foi: A gestão municipal assegura condições para uma adequada atenção a saúde do idoso?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações para a atenção à saúde do idoso sob responsabilidade da gestão municipal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor um modelo de avaliação da atenção à saúde do idoso enquanto ferramenta de gestão da política pública.
- Aplicar o modelo proposto em municípios catarinenses.
- Identificar aspectos facilitadores e dificuldades da gestão municipal na atenção à saúde do idoso.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS REFLEXOS NA SAÚDE

A esperança de vida média da população mundial, que estava em torno de 30 anos em 1900, ultrapassou os 60 anos no ano de 2000 (ALVES, 2014). Em cem anos, o tempo médio de vida das pessoas dobrou e este fato não tem equivalência no passado (ALVES, 2008). O século XXI será marcado pelas consequências deste aumento de vida. As mudanças do perfil populacional mundial são eminentes quando, em uma rápida análise, observa-se que, nenhum país no mundo ficou alheio à transição demográfica, apesar de heterogênea (CAMARO, 2014).

Em 2050, cerca de 1,5 bilhão de pessoas, o que corresponde a 16,3% da população do mundo, terá 65 anos ou mais, números superiores aos 420 milhões (6,9%) em 2000, em termos absolutos e percentuais. (OECD, 2012).

Segundo o UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas e *Help Age International* (2012), no mundo, a cada segundo, duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário – em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos. Uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos de idade ou mais e estima-se um crescimento de um a cada cinco por volta de 2050.

As mudanças demográficas podem levar décadas para serem processadas, ainda que possam ser previstas com margens pequenas de erro (BRITO, 2007), mas inevitavelmente alteram a sociedade em suas várias dimensões (IPEA, 2014). As implicações fiscais e sociais destas tendências demográficas podem impactar os sistemas públicos de pensões e os custos crescentes dos cuidados de saúde (BRITO, 2008).

O envelhecimento populacional, no Brasil, tem um cenário em que grande parte da morbimortalidade se concentra em doenças crônico-degenerativas (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes, doenças respiratórias, demências), que demandam assistência de alta complexidade e de alto custo (IPEA, 2014).

O crescimento da população idosa no Brasil situará, em 2050, o país como o sexto país em termos de número de idosos. Isto ocorrendo, o consumo de serviços de saúde irá aumentar, considerando que as condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes (OMS, 2005). Consequentemente modifica-se paulatinamente o perfil de saúde da população: ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente

por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que muitas vezes significam longos períodos de utilização dos serviços de saúde (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008; KANAMURA; VIANA, 2007). E, em geral, estes indivíduos envelhecidos apresentam uma ou mais doenças crônicas (CARDOSO; COSTA, 2010).

A OMS tem alertado todos os países para o fato de que as doenças crônicas serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo em 2020 (TANNURE et al., 2010). O termo “condições crônicas” engloba tanto as “doenças não transmissíveis” (ex: do coração, diabetes, câncer e asma) quanto inúmeras transmissíveis, como o HIV/AIDS, doença que há dez anos era sinônimo de provável óbito. Portanto, a distinção de transmissível e não transmissível pode não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever os problemas de saúde. A inclusão de distúrbios mentais e deficiências físicas ampliou os conceitos tradicionais de condição crônica (OMS, 2003).

As condições crônicas estão aumentando em ritmo acelerado no mundo, sem distinção de região ou classe social. Até o ano 2020, as condições crônicas, incluindo lesões (como as causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez permanente). Em 2010 os transtornos mentais representaram a maior proporção de Anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (56,7%), seguido por doenças neurológicas (28,6%) e transtornos por uso de substâncias (14,7%)(WHITEFORD, 2015). O Brasil acompanha esta tendência mundial, com aumento da morbimortalidade das condições crônicas, tendo como destaque as doenças do aparelho circulatório, com mais de 37% do número de mortes nos agravos de infarto, AVC e hipertensão arterial. Em seguida estão as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, especialmente pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica (BRASIL, 2012).

Segundo a OMS (2003), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda. A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos é a insuficiência cardíaca, 12,1% para mulheres e 14,7% para os homens. Pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as seis causas de internação mais importantes, tanto para homens quanto para mulheres. Diabetes e hipertensão figuram entre as seis principais causas somente entre as mulheres, enquanto hérnia inguinal somente entre os homens (IBGE, 2009).

O declínio funcional é um processo progressivo que está

associado ao crescimento da carga de morbidade e que aumenta com a idade, componente intrínseco do processo de envelhecimento. Uma população mais envelhecida, com maior predominância de pessoas com 80 anos ou mais, tem probabilidade de desenvolver comorbidade e incapacidade em maior proporção do que a verificada em áreas cuja concentração de idosos se situa em uma faixa etária mais jovem (VERAS; PARAYBA, 2007).

Os avanços na tecnologia médica, em conjunto com o aumento da expectativa social de cuidado e cura, projetam que os gastos com a saúde de todas as faixas etárias vão continuar a crescer mais rapidamente do que a economia (BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008). Dos países que compõem a OECD (18 da Europa, os Estados Unidos da América e o Canadá), os gastos com a saúde aumentaram 5,7% entre 1960 e 1995 em termos reais, enquanto o PIB cresceu no mesmo período 3,4%.

Kilsztajjn et al. (2002), em seu estudo sobre o custo do envelhecimento na saúde, projetou para o ano de 2050 que no Brasil os gastos com a saúde corresponderiam a 25% do PIB. Esta tendência de custo é especialmente crítica para os idosos. Os autores demonstraram que, enquanto ocorria em média cinco internações para cada cem habitantes de 5 a 44 anos em 2002 no Brasil, para a faixa de 80 anos ou mais ocorreu uma média de 32,3 internações. Além disso, os mais velhos necessitam de mais cuidados de saúde e a população de longevos está crescendo (KANAMURA; VIANA, 2007; BERENSTEIN; WAJNMAN, 2008). Esta dinâmica fará com que os custos das internações com os idosos em 2050 aumentem 40%, já na população total o aumento projetado é de 25%.

3.2 O ESTADO E O ENVELHECIMENTO

3.2.1 A construção da política pública gerontológica

O conceito clássico de política é derivado do termo *politikos*, que significa tudo o que se refere à cidade e, portanto, tudo o que é urbano, público, sociável e social (SECCHI, 2011). A construção de uma política pública requer um momento social crítico no qual um ato ou uma situação controversa indique um conflito de interesse entre diferentes indivíduos ou grupos (SACCHETT, 2012). Estes conflitos devem ser então reconhecidos, e os esforços resultam na construção social da resolução política por meio de linhas de condutas (*policies*) coletivas, dentro de um

quadro de cooperação / integração reciprocamente reconhecido (HEIDEMANN; SALM, 2009).

Os grupos envolvidos com essas ideias neste processo fazem uso de seus poderes, chegando às decisões que irão governar a sociedade e tendo como produto parâmetros pré-definidos. A política refere-se a estes parâmetros discutidos em sociedade, na medida em que intervém ou trata de intervir nos processos que permitem chegar a decisões de governo e planos governamentais, condições pelas quais podem ser exercidas a liberdade individual, a justiça e a cidadania (TEIXEIRA, 2007).

A política é definida, então, como um projeto para a sociedade que lhe confere a direção e, finalmente, o sentido de programas e serviços. Neste sentido, as políticas públicas gerontológicas podem ser entendidas como um conjunto de intervenções públicas que estruturam as relações de gestão da velhice na sociedade (NERI, 2005).

O acelerado processo de envelhecimento no Brasil dificultou que o Estado adotasse antecipadamente medidas para assegurar aos idosos melhores condições de vida. Nos países desenvolvidos, este processo se deu de uma maneira lenta, possibilitando políticas estatais que garantissem a qualidade do processo social de envelhecimento (BRASIL, 2003).

Somente em 1994, quando o Brasil já possuía uma população de idosos significativa, é que uma política nacional versando sobre os direitos desta população foi promulgada (Lei nº 8.842/94). Decorridos cinco anos, foi então editada uma política nacional que asseguraria a saúde dos idosos e as responsabilidades da sociedade (Portaria MS nº 1395/99).

Os atores que participaram neste processo de construção das políticas gerontológicas no Brasil emergiram de setores não governamentais (Serviço Social do Comércio - SESC; Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBBG; Associação Nacional de Gerontologia - ANG; Universidades da Terceira Idade, entre outros) e governamentais (Ministério da Previdência Social; Ministério do Trabalho; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde, entre outros).

3.2.2 Resgate histórico da construção da política pública gerontológica

A implantação no Brasil de uma política nacional para as pessoas idosas é recente (1994). O que ocorreu anterior a este ano foram pontuais termos de proteção a esse segmento populacional, como alguns

artigos no Código Civil (1916), Código Penal (1940) e Código Eleitoral (1965) (FERNANDES; SOARES, 2012).

O movimento de formulação de uma política gerontológica inicia-se timidamente em 1973 com o dispositivo legal do Ministério do Trabalho e da Previdência Social que regulamentou a aposentadoria por idade (Quadro 1). A década foi marcada por movimentos que buscavam o provimento financeiro da velhice, culminando em 1977 com as Políticas para a terceira idade. Movimentos sociais (SESC, NETI, SBGG, Rotary Internacional) se intensificaram durante a década de 80, momento em que a constituição brasileira era debatida. Os direitos sociais dos idosos foram discutidos e alguns benefícios regulamentados, como a gratuidade de ingressos, e o dever dos filhos de amparar os pais idosos.

No Brasil, em 1994, considerando a necessidade do setor da saúde, foi estabelecida uma política relacionada à saúde do idoso. A aprovação da proposta da Política Nacional da Saúde do Idoso foi pactuada na Comissão de Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Com essa política, os órgãos e as entidades do Ministério da Saúde que tinham ações relacionadas com o tema promoveram a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas (BRASIL, 1999). Tal política assumiu que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 1999, consolidou-se a Política Nacional do Idoso, que direcionaria as ações da sociedade para o envelhecimento. Durante este período, a sociedade, representada por organismos governamentais e não governamentais, movimentava-se em seminários e congressos com o objetivo de pressionar o Governo não somente na regulamentação do amparo jurídico da velhice, mas no planejamento para o enfrentamento da modificação social advinda do envelhecimento.

A Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, reconhece que o idoso necessita de atendimento preferencial em todos os setores da sociedade.

Com a aprovação do Estatuto do Idoso pela Lei nº 10.741/03 e a publicação da Portaria nº 399/GM, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, foi necessário revisitar as políticas anteriores objetivando o cumprimento das legalidades. O Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) na Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

Para responder às necessidades complexas do idoso, a Portaria MS/GM nº 702 dispõe sobre as redes de assistências que devem contemplar a atenção integral ao idoso. No Brasil, os problemas básicos, como infância e infraestrutura, ainda não foram resolvidos, porém o país está envelhecendo.

Os movimentos para a proteção da velhice continuam ativos e um exemplo é a criação do Fundo Nacional do Idoso, organismo para financiamento de programas e ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Quadro 1: Resgate histórico dos dispositivos legais e movimentos da sociedade que orientaram as políticas públicas para pessoas idosas, a partir de 1973.

1970-1980	<p>Regulamentação da aposentadoria por velhice, instituindo como beneficiário o “segurado que completar 64 anos ou mais de idade, se do sexo masculino, ou 60 ou mais anos, quando do sexo feminino” (Ministério do Trabalho e da Previdência Social, Portaria nº 3.286, de 27 de setembro).</p> <p>A Lei nº 6.243 (24 set.) possibilitou a vinculação ao sistema previdenciário de cidadão que já tinha completado 60 anos de idade.</p> <p>O Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, coordenou a execução de programas de treinamento de profissionais na área de atendimento ao idoso.</p> <p>“Políticas para a 3ª Idade – Diretrizes Básicas” (Ministério da Previdência e Assistência Social).</p>
1981-1990	<p>I Encontro Nacional de Idosos, SESC/São Paulo. Movimento da sociedade para discutir os problemas do envelhecimento e da velhice.</p> <p>Lei nº 6.320, de 20 de dezembro de 1983 - Dispõe sobre Normas Gerais de Saúde. Estabelece penalidade e dá outras providências.</p> <p>II Encontro Nacional de Idosos, promulgação da “A Carta de Declaração dos Direitos dos Idosos Brasileiros” (1984).</p> <p>A SBGG realiza no Rio de Janeiro o VII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia e elabora um documento contendo recomendações ao Governo e à Sociedade (1985).</p> <p>Entra em vigor a nova Constituição Brasileira, que pela primeira vez aparece explicitamente a atenção à velhice. “A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Artigo 230) (1988).</p> <p>O Ministério da Saúde - MS -, pela Portaria nº 810/89, cria</p>

	<p>normas para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos (1989).</p>
1991-2000	<p>Políticas para a terceira idade em Santa Catarina, de 27 de setembro de 1992. Dia Nacional do Idoso – Florianópolis/SC. Lei nº 8.648/93 – “É dever dos filhos maiores de sustentar e amparar pais idosos sem condições de sustento próprio”. Lei nº 1.161/93 - Dispõe sobre a outorga da gratuidade de ingressos nos eventos. É sancionada a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Portaria Ministerial da Saúde nº 280, de 07 de abril de 1999 – Valoriza meios que permitem a presença de acompanhante de pacientes maiores de 60 anos de idade quando internadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria Interministerial nº 5513/99 – MPAS/MS. Programa de cuidadores de idosos. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000 – Dispõe sobre atendimento prioritário aos idosos (também às pessoas portadoras de deficiência física, às gestantes e às crianças de colo) nas repartições públicas, nas empresas concessionárias de serviços públicos e nas instituições financeiras. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, Madrid, 2002) - Garantir que, em todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos possam continuar participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos. Plano de ação sobre a saúde das pessoas idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, 2009) – Incentiva a melhora das políticas públicas que afetam a saúde das pessoas idosas, equipando os sistemas de saúde e capacitando os recursos humanos para satisfazer suas necessidades especiais. São estabelecidas prioridades para o período de 2009 a 2018.</p>
2001-2010	<p>Portaria MS/GM nº 702 – Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, que devem ser integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso. Lei nº 10.741/03 - Estatuto do Idoso. Decreto nº 5.109 – Cria a Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Portaria nº 399/GM - Pacto pela Saúde - Priorização da saúde do idoso. Portaria nº 2.528/06 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde</p>

	<p>para a população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Lei nº 11.433 - Estabelece o Dia Nacional do Idoso.</p> <p>Decreto-Lei nº 6.214/07 – Benefício de prestação continuada da assistência social.</p>
2011-2014	<p>Fundo Nacional do Idoso - Financiamento de programas e ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.</p> <p>Pacto pela Vida Biênio 2010-2011 - Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes pela Vida e de Gestão.</p>

Fonte: Políticas Públicas em Gerontologia: estudo introdutório (adaptado de Seiffert, 2009).

3.2.3 Política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI)

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Está norteada por nove diretrizes (BRASIL, 2006): 1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; 2) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; 3) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; 4) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; 5) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; 6) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; 7) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; 8) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; 9) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Os gestores do SUS deverão, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito da PNSPI.

A normatização pode se dar em âmbitos federal, estadual e municipal, contemplando o provimento de recursos, a implantação de ações de educação permanente e a qualificação profissional no campo de saúde da pessoa idosa. Os três níveis de governo devem trabalhar de

forma associada, visando à obtenção de resultados mais efetivos quanto à qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa, avaliando resultados.

A PNSPI deve ser divulgada por todas as esferas de governo, permitindo o amplo conhecimento da população sobre seu conteúdo. Ao gestor federal cabe estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes dessa política.

Cabe aos gestores estaduais discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa política a cada ano na sua região de abrangência. Tais pactuações devem ser apresentadas e aprovadas pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

É responsabilidade do gestor municipal a elaboração de normas técnicas, a definição de recursos orçamentários para viabilização da política, a pactuação com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) das estratégias e metas para cada ano, promover articulação intersetorial, qualificar os profissionais, estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação, divulgar a PNSPI, apresentar e aprovar a inclusão da PNSPI no Conselho Municipal de Saúde.

As diretrizes da PNSPI requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer processos de articulação permanente em suas respectivas áreas de abrangência, visando ao estabelecimento de parcerias e à integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

A participação de diferentes segmentos da sociedade que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente política também deve ser buscada para fortalecer as diretrizes.

A PNSPI é alinhada aos Princípios Doutrinários do Sistema de Saúde pois é universal; embora voltada para uma população específica, não restringe o acesso dos demais grupos ao contemplá-los em sua potencial velhice. Esta concepção do envelhecer pode ser exemplificada com o texto da política, quando menciona que “*Não se fica velho aos 60 anos*”.

A PNSPI considera que os idosos são uma população em maior vulnerabilidade, seja pelo maior risco de adoecer, seja pela interdependência deste fator com outros que ameaçam a condição de cidadania, como a gradual redução da capacidade produtiva e negação social da velhice.

Assim, a PNSPI, em conjunto com outros mecanismos legais, busca a garantia de cidadania a todos os sujeitos, em toda a sua extensão

de vida. O enfoque dado à garantia de direitos na PNSPI demonstra sua adequação ao Princípio da Equidade, não se esgotando neste item.

A partir de um entendimento que o grupo de idosos também não é homogêneo, havendo os que necessitarão de mais atenção, a PNPSI lança mão do critério de funcionalidade como estratégia para verificar quais serão os idosos que precisarão de mais suporte em saúde.

Os critérios de funcionalidade são uma forma de interpretar o processo de saúde doença ampliada, uma vez que este conceito abarca desde a dimensão orgânica até a presença de redes de apoio. Neste sentido, observa-se também nesta política a efetiva incorporação do princípio de integralidade, com proposição de recursos de cuidado voltado para as várias dimensões do humano.

Quanto à integralidade, a PNPSI estabelece ações articuladas da promoção da saúde até o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde, inclusive lançando mão de ações intersetoriais.

Em relação aos princípios organizativos, a política prevê responsabilidades para cada esfera de governo, em consonância com a Legislação do Sistema de Saúde. As redes previstas, ainda que longe de serem efetivadas, devem ser regionalizadas e hierarquizadas, havendo ações na Atenção Primária e oferta de atenção especializada, em especial por intermédio de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

A PNSPI, assim como as demais políticas do idoso, busca uma maior participação dos idosos na sociedade e também o faz pelo fortalecimento da participação popular.

Quanto à interface entre setores público e privado, o texto da PNSPI não faz qualquer menção direta. A ação privada aparece de forma mais indireta, atrelada à responsabilização familiar e pela filantropia, muitas vezes associadas à precariedade da política pública voltada a este grupo. Observa-se, porém, que algumas das legislações recentes visam normatizar a ação privada na área de saúde do idoso.

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Apesar de se reconhecer a polissemia do conceito avaliação, no campo da saúde ele se limita ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção. Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios organizados de tal forma que sejam capazes de produzir bens e serviços que objetivam modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Um dos produtos da avaliação é a ampliação da consciência sobre determinado programa ou projeto, na medida que instrumentaliza as escolhas e decisões acerca de ações que possam ser feitas com objetivos de mudanças. A avaliação é um instrumento investigativo capaz de produzir conhecimento sobre a ação social. Os estudos avaliativos têm como um dos objetivos fundamentais a produção de conhecimento sobre as intervenções sociais (LAPPIS, 2007).

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático vinculado ao tempo. A temporalidade estabelece um limite à avaliação, não sendo exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente. A característica primordial da avaliação é o contínuo processo de negociação e pactuações entre atores sociais que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005).

A avaliação como componente da gestão em saúde tem o reconhecimento traduzido na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS (BRASIL, 2005).

Para a efetivação da avaliação, são necessários métodos de pesquisa e julgamento, entre os quais a determinação de padrões de julgamento da qualidade e conclusões dos padrões, se relativos ou absolutos, a coleta de informações relevantes e a aplicação dos padrões resultantes com o objetivo de determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância (COLUSSI, 2010).

O ato de avaliar um dado objeto, sob a ótica do método científico, implica invariavelmente medir e emitir um julgamento de valor sobre um objeto determinado, com base em um recorte de pesquisa e um modelo teórico (MATIDA; CAMACHO, 2004). As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas e desempenho da gestão.

3.3.1 Avaliação em saúde – Idoso

As práticas, os serviços e as assistências podem modificar uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população, ou seja, refere-se à discussão sobre suas características e seus efeitos. Nesta última perspectiva, a temática da

avaliação ganha relevância: por um lado é associada à possibilidade e às necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários; por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias.

A saúde do idoso é permeada pela complexidade do processo de envelhecimento. Neste contexto, a saúde emerge como um pilar central e exerce um forte impacto sobre a qualidade de vida (BRASIL, 2005). Assim, o conceito de saúde para o indivíduo terá a tradução na sua condição de autonomia e independência, não estando vinculado à presença ou ausência de doenças (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso, em seu artigo 15, em conjunto com o Sistema de Saúde brasileiro, garante ao idoso uma atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis de atenção. O provimento desta atenção é responsabilidade do gestor municipal por ser o ente federativo mais próximo deste indivíduo. As ações que devem ser objetos desta atenção integral, no entanto, estão explicitadas em várias políticas (Quadro 2).

Quadro 2: Dispositivos legais referentes à saúde ao idoso.

ANO	Dispositivo	Nome/Objetivo
1994	Lei nº 8.842	Política Nacional do Idoso - Assegurar os direitos sociais do idoso.
2001	Portaria MPAS/SEAS nº 73	Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil - Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.
2003	Lei nº 10.741	Estatuto do Idoso - Regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania.
2004	Decreto nº 5.109	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).
2006	Portaria MS/GM nº 2.528	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.
2006	Portaria MS/GM nº 399	Pacto pela Saúde 2006 - Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis

		prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.
2006	Portaria MS/GM nº 648	Política Nacional de Atenção Básica – PNAB - A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégica para a operacionalização da atenção básica no que se refere à atuação em todo o território nacional.
2009	Portaria MS/GM nº 2.669	Pacto pela Saúde - biênio 2010-2011 - Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.
2009	Organização Pan-Americana da Saúde, Washington	Plano de ação sobre a saúde das pessoas idosas, incluindo o envelhecimento ativo e saudável - Incentiva-se que os países membros da OPAS e os organismos de cooperação internacional se concentram em melhorar as políticas públicas que afetam a saúde das pessoas idosas, equipando os sistemas de saúde e capacitando os recursos humanos para satisfazer suas necessidades especiais e melhorando as capacidades dos países de gerar a informação necessária a fim de apoiar e avaliar as medidas empreendidas nesse sentido.
2010	Portaria nº 3.318	Programa Nacional de Imunizações - Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, integrantes do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Fonte: Elaborado pela autora

Estando estabelecidas as políticas, elas passam a ser objeto de avaliação. Vários estudos avaliativos, com diferentes perspectivas, envolveram temáticas acerca do idoso. Para subsidiar a discussão da avaliação das ações na atenção à saúde do idoso, realizou-se no mês de junho de 2014 uma revisão da literatura, a fim de identificar os estudos publicados e indexados sobre o assunto. Foram pesquisadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs e Medline) e Scielo. Foram utilizados os descritores de assunto “Avaliação”, “Atenção à

saúde ao idoso”, “Avaliação da saúde do idoso”, sem restrição de data de publicação.

Dos estudos encontrados, foram selecionados apenas os artigos brasileiros, totalizando 79 trabalhos. A partir dos resumos dos trabalhos, foram identificados 49 estudos de avaliação, que foram assim classificados: 34 estudos de avaliação clínica e 15 estudos de avaliação nos quais idoso e/ou envelhecimento estavam presentes.

Dos 15 estudos, alguns avaliaram na perceptiva de políticas e programas, outros avaliaram observando os níveis de atenção, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, mas apenas três foram específicos para o idoso (Quadro 3).

Quadro 3: Estudos avaliativos que incluíram integralmente ou parcialmente a saúde do idoso

Estudos Específicos - Idoso				
AUTOR/PESQUISA	ANO	Objetivo	O que Avaliam / Interface com o idoso	
ASSIS, M. et al. Evaluation of a health promotion project at the Elderly People's Care Center: an exploratory study. Interface.	2009	Análise de implantação do Projeto de Promoção da Saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do estado do Rio de Janeiro,	Avaliação de um programa específico para idoso.	
LIMA, et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil).	2010	Análise normativa dos serviços de saúde com relação à atenção aos idosos vítimas de acidentes e violência (IVAV) no Recife (Pernambuco, Brasil) com base nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.	Avaliação de cumprimentos de normas específicas para idosos vítimas de acidentes e violência (IVAV).	
ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas do idoso.	2011	Análise de indicadores para monitoramento e acompanhamento das metas e diretrizes pactuadas pelas políticas e programas nacionais e internacionais.	Avaliação dos indicadores para idoso. Políticas: PNAB, PNSPI, Saúde da Mulher, PNI, Saúde do Homem. Programas: Imunização, Controle do tabagismo, Assistência aos portadores da Doença de Alzheimer. Planos: Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes, Direitos da Pessoa com Deficiência, Ação Internacional para o Envelhecimento. E: Estatuto do Idoso, Pacto pela Vida, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da Osteoporose, Lista de internações por condições sensíveis a AP.	
Estudos Parciais - Idoso				
I	Ministério da Saúde. PMAQ. Avaliação externa da atenção básica.	2013	Programa de ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica.	Atenção básica – indicadores para o idoso.

N S T I T U C I O N A I S	Ministério da Saúde. PMAQ. Avaliação externa para as equipes de saúde bucal.	2013	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade das Equipes de Saúde Bucal.	Política Nacional de Saúde Bucal- indicadores para o idoso.
	Ministério da Saúde. PMAQ. Avaliação externa para os Núcleos de Apoio à saúde da Família - NASF.	2013	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade das Equipes NASF.	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
	Ministério da Saúde. PMAQ. Avaliação externa para os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO.	2013	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).	Centro de Especialidades Odontológicas – Indicadores para o idoso.
	Santa Catarina. PROESF.	2012	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.	Gestão Municipal na Atenção Básica à Saúde - Indicadores para o idoso.
Atenção básica	SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde.	2012	Gestão municipal da atenção básica à saúde.	Qualidade da Gestão Municipal - Indicadores para o idoso.
	ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde.	2012	Análise de desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental.	Avaliação da AB – Indicadores para o idoso.
Sistema	PROADESS - Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.	2011	Análise do desempenho dos sistemas.	Avaliação do desempenho com indicadores para o idoso.
Hipertensão	RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica.	2011	Análise da eficiência da estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão.	Avaliação do programa – Indicadores para o idoso.
	COSTA, J. M. B. S; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil).	2011	Análise normativa da estrutura e do processo de trabalho da implantação da atenção à hipertensão arterial.	Avaliação de um programa que contempla idoso – Indicadores para o idoso.
Medicamentos	SARTOR, V. B. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS.	2010	Análise da eficácia do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS.	Avaliação do programa – Indicadores para o idoso.
Saúde bucal	COLUSSI, C. F. Avaliação da atenção em saúde bucal em Santa Catarina (Tese).	2010	Análise da Política de saúde bucal na atenção básica.	Avaliação da política – Indicadores para o idoso.

Fonte: Elaborado pela autora

O estudo realizado por Assis et al. (2009) caracterizou-se por ser uma avaliação na perspectiva de promoção de saúde quando avalia o Projeto de Promoção da Saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Orientada pela análise de implantação, concluiu que o projeto contribuiu com a reorientação das práticas de saúde em direção à atenção integral, pautada na humanização e no fortalecimento da participação dos sujeitos sobre questões que afetam a saúde e bem-estar, nos planos individual e coletivo. Neste estudo, o idoso foi o objeto central, no entanto, apenas as ações de promoção de saúde foram o foco avaliativo.

O estudo de Lima et al. (2010), que avalia uma política direcionada ao idoso, utiliza indicadores normativos dos serviços de saúde relacionando-os com a atenção aos idosos vítimas de acidentes e violência (IVAV) no Recife. Em dois domínios, “atendimento pré-hospitalar” e “recuperação e reabilitação”, o estudo monitora as ações desenvolvidas para o idoso vítima de acidente ou violência sem, contudo, emitir um juízo de valor sobre essas ações.

O Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISPAP- FioCruz, 2011) analisa um conjunto de indicadores para monitoramento e acompanhamento das metas e diretrizes pactuadas pelas políticas e programas nacionais e internacionais. Propõe uma dimensão relacionada às Condições de Saúde dos Idosos e se subdivide em: qualidade de vida associada ao bem-estar dos idosos (indicadores de bem-estar); limitações no desempenho das funções corporais e da realização de atividades cotidianas típicas (indicadores de estado funcional); perfil das internações e dos óbitos na população idosa por diversas causas e a desigualdade segundo o sexo (indicadores de morbidade e mortalidade). Sua finalidade principal foi o monitoramento das diferentes dimensões da saúde dos idosos relacionando-os com políticas públicas. Porém, neste estudo, não existiu uma emissão de juízo de valor.

Nos estudos que incluem parcialmente a temática idoso, são avaliados: perspectiva das ações que ocorrem na atenção básica (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; SCARATTI; CALVO, 2012); tratamento de agravos, como hipertensão (COSTA; SILVA, 2011; RABETTI; FREITAS, 2011); provimento de atenção medicamentosa (SARTOR, 2010); especificações de tratamento, por exemplo, de saúde bucal (COLUSSI, 2010).

Estudos institucionalizados, como o PMAQ em seus ciclos e o PROESF, olharam parcialmente para o idoso. O PMAQ é um programa

de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Em seus vários desdobramentos (atenção básica, saúde bucal e NASF) nas suas matrizes de avaliação, em algum momento, quer direta ou indiretamente, as ações voltadas para o idoso foram consideradas. Na atenção básica, para as dimensões "desempenho" e "monitoramento", a participação do idoso foi por meio dos indicadores "doenças crônicas" e "produção geral". Para a perspectiva da saúde bucal, o idoso compôs a avaliação de uma maneira indireta refletida nas medidas "proporção de instalação de prótese dentária" e "taxa de incidência de alteração da mucosa oral". Da mesma forma, na avaliação do NASF, as medidas que refletiram a participação do idoso foram as visitas em domicílio.

Outro estudo institucional realizado em Santa Catarina como parte do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF (2012), propôs em seu modelo avaliativo duas dimensões de avaliação: as ações de gestão do sistema municipal de saúde e as ações de gestão do provimento da atenção básica. Na segunda dimensão, o idoso foi contemplado com três indicadores na subdimensão "promoção, prevenção e diagnóstico precoce" e três indicadores na subdimensão "diagnóstico e tratamento".

Nos estudos não institucionais, Scaratti e Calvo (2012) desenvolveram um indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. O modelo de avaliação apresentado pelos pesquisadores observou aspectos da gestão do sistema de saúde. Foram utilizados 55 indicadores de desempenho, classificados sob os seguintes critérios: relevância, efetividade, eficácia e eficiência e suas medidas agregadas por meio de aplicação de análise envoltória de dados de modelo aditivo, em medidas de valor, mérito e qualidade. Neste estudo, o idoso participou na composição da dimensão "gestão das ações de provimento" por meio das expressões: cobertura vacinal, internação hospitalar, acesso a procedimentos odontológicos e detecção precoce de câncer.

Onocko-Campos et al. (2012) avaliaram a atenção básica na perspectiva da resolatividade da clínica, articulação entre as redes de atenção primária e saúde mental e implantação de estratégias de promoção à saúde. Apesar dos autores relatarem que o estudo é de natureza avaliativa com o objetivo de avaliar o desempenho, os componentes básicos do estudo de avaliação (modelo teórico e lógico, matriz avaliativa e emissão de juízo) não foram explicitados no artigo. Os idosos fizeram parte do estudo representados pelo segmento "hipertensão".

O modelo conceitual de avaliação do PROADESS considerou que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deveria ser analisado no contexto político, social e econômico. A avaliação considerou quatro dimensões: condições de saúde, determinantes não médicos da saúde (sociais, biológicos e comportamentais), desempenho do sistema de saúde e características da comunidade e desse sistema. Todas essas dimensões foram examinadas sob a ótica da equidade. O idoso especificamente figurou nesta matriz no indicador “aceitabilidade”.

Com relação à hipertensão, evento de alta prevalência nos idosos, Rabetti e Freitas (2011) avaliaram a eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à pressão alta. Participaram deste estudo 66 municípios catarinenses de pequeno porte, com cobertura potencial máxima de 100% em 2007. Foram avaliados indicadores de insumos, produtos e resultados. Nota-se que neste estudo o idoso aparece de forma indireta nos indicadores, considerando que a hipertensão não é um agravo exclusivo da terceira idade.

O estudo de Costa, Silva e Carvalho (2011) foi uma avaliação normativa da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do município do Recife (PE). Esta é uma enfermidade crônica para a qual não existe cura, mas há a possibilidade de prevenção e de controle efetivo com a adoção de medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas ESF. Portanto, caracteriza-se como um evento crônico e, de igual forma, este estudo está aqui classificado como uma avaliação na qual o idoso foi avaliado de forma parcial.

Sartor (2010) considerou que os medicamentos assumem um papel importante nos serviços de saúde pública, constituindo-se no principal instrumento terapêutico utilizado na sociedade atual. Logo, a pesquisadora propôs um modelo de avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS pelo caráter essencial dos medicamentos terapêuticos. A autora coloca ainda que os serviços de saúde devem orientar os usuários do medicamento para o uso correto, para aderirem ao tratamento e prevenirem os agravos, ao mesmo tempo em que o medicamento deve ser entregue com boa qualidade, na dose e na quantidade necessárias para o tratamento prescrito, além de estar embalado de forma a preservar a sua qualidade. Bortolon et al (2008) afirma que na observação da dispensação de medicamentos, os idosos são os grandes consumidores.

O estudo de Colussi (2010) apresentou um modelo de avaliação da qualidade da atenção básica em saúde bucal nos municípios catarinenses. A qualidade da gestão municipal na atenção básica foi

avaliada sob duas dimensões: gestão da saúde bucal e provimento da atenção básica em saúde bucal. Na dimensão do provimento, considerando os princípios de universalidade e integralidade, foram apresentadas duas subdimensões: promoção e prevenção e diagnóstico e tratamento, nas quais o idoso figurou-se em uma das categorias dos ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso).

3.3.2 Considerações sobre as avaliações em saúde

Hartz (1997), baseada nas reflexões de Pabon (1950), define um estudo avaliativo como uma sistematização para medir e julgar um fenômeno ou o desempenho de um processo analisando os resultados obtidos por intermédio dos critérios claramente pactuados e refletir os achados criticamente, permeados pelas diferenças encontradas. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ, 2010).

A perspectiva avaliativa pressupõe, em seu processo, trocas e tomadas de decisões compartilhadas entre os avaliadores e os envolvidos na intervenção. Sem perder seu caráter científico, ela não se distancia de sua função social e política, considerando não somente os fatos, mas também contextualizando a realidade do objeto (GUBA; LINCOLN, 2011).

A análise da revisão de literatura demonstrou que os estudos acerca da avaliação da atenção à saúde do idoso são escassos. As investigações elucidam qualidade, equidade, acesso. As características próprias da saúde do idoso são parcialmente avaliadas ora por apenas a observação de programas ou políticas, ora por estarem incluídas em estudos em que o objeto não é o idoso. Existe uma necessidade eminente de pesquisas que avaliem sob a ótica da atenção à saúde do idoso.

A população idosa é uma grande consumidora de serviços de saúde e, por suas singularidades, está se tornando uma assídua frequentadora dos serviços públicos . A atenção básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006). Neste contexto, é importante realizar um estudo de avaliação que investigue a atenção à saúde do idoso.

Para se efetivar a avaliação, é necessário identificar e caracterizar o objeto. A avaliabilidade caracteriza-se por ser um conjunto de

procedimentos que antecede a avaliação propriamente dita e que busca identificar as características do objeto, que neste estudo serão as ações de responsabilidade do gestor municipal na atenção à saúde do idoso, e em que medida pode ser avaliado (BEZERRA et al., 2010). A descrição do objeto identifica suas metas, objetivos e composição (NATAL et al., 2010). Propicia ainda a identificação dos fatores de contexto político-organizacionais relevantes para o objeto e as influências que podem modificar os resultados esperados (MEDINA et al., 2005). Um estudo de avaliação que considera as singularidades da saúde do idoso pode contribuir com a gestão na identificação dos pontos fortes e mostrar os pontos fracos nos quais o gestor deve direcionar sua atenção.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa (HARTZ; SILVA, 2010) realizada em duas etapas: um estudo de avaliabilidade e um estudo de caso.

O estudo de avaliabilidade (EA) caracteriza-se por ser um conjunto de procedimentos que precedem a avaliação propriamente dita. É considerado fundamental no processo de avaliação, pois colabora para a determinação dos propósitos e do foco avaliativo, permitindo um entendimento aprofundado sobre o objeto e a apreciação prévia acerca das possibilidades de avaliação (NATAL et al., 2010). O produto dessa etapa foi o modelo avaliativo, os instrumentos e estratégias de coleta de dados, apresentados no artigo 1.

O estudo de caso (YIN, 2009) teve como objeto de avaliação as ações para a atenção à saúde do idoso, visando verificar se a gestão municipal assegura condições para que o serviço disponibilize ao idoso uma atenção, respeitando as peculiaridades inerentes ao envelhecimento. Os resultados estão apresentados no artigo 2.

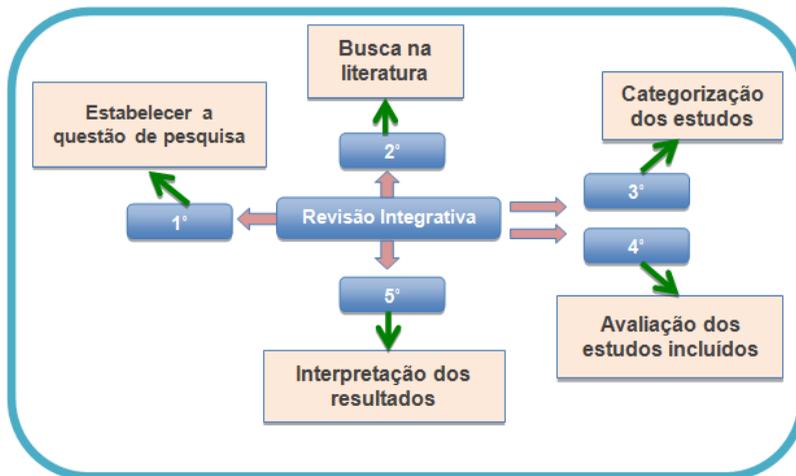
4.1. ESTUDO DE AVALIABILIDADE: ELABORAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

O EA das ações de saúde voltadas ao idoso sob responsabilidade da gestão municipal foi desenvolvido nas etapas que identificam o objeto, seus movimentos, suas relações e os fatores relevantes nos contextos político e organizacional no qual se desenvolve, descrevendo seus potenciais em seus movimentos e suas relações. Foi possível identificar as ações e estabelecer uma matriz de análise e julgamento (THURSTON; RAMALIU, 2005).

4.1.1 Determinação do objeto

Para a identificação das ações que devem ser realizadas na atenção ao idoso, realizou-se uma revisão integrativa com o levantamento dos estudos. O processo de elaboração da revisão integrativa percorreu etapas distintas, representadas na Figura 1.

Figura 1: Componentes da revisão integrativa da literatura



Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, adaptado.

1º passo: questão da pesquisa.

O que é necessário para qualificar atenção à saúde do idoso?

Para responder à pergunta, foi definido os descritores: “assistência integral à saúde do idoso”; “atenção à saúde ao idoso” e “atenção integral à saúde do idoso” em português, "Integral health care for the elderly", "Health care for the elderly" e "Integral health care for the elderly" em inglês, "La atención de la salud integral de las personas mayores", "La atención de salud para las personas mayores" e "La atención de la salud integral de las personas mayores" em espanhol.

2º passo: busca da literatura.

a) As bases de dados investigadas foram:

- **Science Direct** (<http://www.sciencedirect.com>).
- **Medline** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).
- **Scielo** (<http://www.scielo.org/php/index.php>).
- **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde** (<http://lilacs.bvsalud.org>).
- Leis, normas, decretos e afins (www.planalto.gov.br).

b) Os critérios de inclusão e exclusão adotados nesta etapa da pesquisa foram:

- **Desenho dos estudos**: avaliativos, observacionais e descritivos de natureza quantitativa e qualitativa. Também foram investigadas as publicações legais pertinentes ao

tema.

- **População:** idosos.
- **Desfechos:** 1) Avaliações sobre a saúde do idoso. 2) Gestão municipal da atenção à saúde do idoso.
- **Período:** últimos 10 anos.
- **Idiomas:** português, inglês e espanhol.

3º passo: categorização dos estudos.

Os estudos foram organizados segundo os critérios sugeridos por Nobre et al. (2010), que correspondem a:

- **Características gerais:** autor, ano, local.
- **Características do estudo:** objeto, variáveis estudadas, tipos de estudo, abordagem metodológica.
- **Principais resultados:** descrição dos indicadores propostos ou utilizados na pesquisa.

4º passo: avaliação dos estudos incluídos.

A técnica adotada na investigação da literatura foi o levantamento das abordagens de atenção à saúde do idoso. Seguindo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1997), os estudos selecionados foram agregados orientados pelas categorias: assistência; atenção; linhas de cuidados; indicadores de saúde e desempenho da gestão. Esta análise de categorias respondeu às questões:

1) Como abordar o tema?

2) O que é necessário a gestão local assegurar para a atenção ao idoso?

3) Como se explicam as relações?

4) Quais os resultados?

Também foram incluídos nesta etapa documentos legais e leis acerca da saúde do idoso.

5º passo: interpretação dos resultados.

Para analisar tanto os artigos como os dispositivos legais, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1997), na qual considerou a identificação das ações que são de responsabilidade da gestão para a saúde do idoso.

4.1.2 Construção do modelo teórico e lógico

Para desenvolver o modelo avaliativo da atenção à saúde do idoso na perspectiva da gestão municipal, foram realizados nas seguintes etapas:

a) Identificação do modelo teórico: Consistiu na descrição do fenômeno abrangendo um conjunto de declarações e regras descritivas e explicativas. Para tanto foi preciso determinação do objeto, identificar os componentes e a elaborar um desenho esquemático que explique de forma sucinta os componentes e/ou pilares da Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa, do Estatuto do Idoso e do Sistema Único de Saúde.

b) Construção do modelo lógico: explica de forma sucinta as ações para a atenção ao idoso e identifica seus componentes internos, ações, atividades desenvolvidas e identificação dos efeitos desejados.

A construção dos modelos lógico e teórico foi resultado da análise advinda da revisão integrativa dos artigos e dispositivos legais.

Esta análise possibilitou a descrição das ações de atenção à saúde do idoso, a construção do modelo lógico (ML), modelo teórico (MT) e matriz de análise e julgamento (MAJ). A MAJ foi estabelecida com suas ações, índices, medidas, fontes e parâmetros. O MT das ações da gestão municipal na atenção à saúde do idoso procurou representar o objeto em seus movimentos, suas relações e os fatores relevantes no contexto político e organizacional que se desenvolve, descrevendo seus potenciais. O ML das ações de saúde voltadas ao idoso sob responsabilidade da gestão municipal deu-se por meio de uma teoria do programa que buscou identificar critérios, atividades e possíveis resultados desejados com as ações, além da especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos.

Estes modelos foram discutidos em atividades acadêmicas de disciplinas do Programa de Pós -Graduação em Saúde Coletiva e do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), bem como da banca de qualificação que envolveu pesquisadores da área da geriatria e avaliação e representante da gestão ligados à área do idoso.

Os principais referenciais que auxiliaram a elaboração do modelo teórico-lógico foram os marcos teóricos do Estatuto do Idoso , a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, a Política de Atenção Básica e a revisão integrativa da literatura.

O modelo teórico-lógico desenvolvido é composto por elementos capazes de traduzir as ações da gestão municipal na atenção à saúde do idoso na dimensão organizativa e operacional dos serviços de atenção .

4.1.3 Elaboração da matriz de análise e julgamento

A construção da MAJ baseou-se na revisão de literatura realizada para definição do modelo teórico -lógico, o que permitiu a identificação das dimensões, subdimensões, indicadores e subsequente elaboração de medidas e parâmetros específicos.

Foi elaborada uma proposta de matriz que , em conjunto com o modelo teórico -lógico, foi submetida a uma oficina de consenso com grupo de especialistas para garantir a validade do constructo. A técnica adotada para orientar a metodologia das oficinas nesta pesquisa foi a do Comitê Tradicional.

As oficinas de consenso se orientaram a partir de um modelo previamente elaborado pelas informações coletadas pela pesquisadora . Participaram destas etapas gestores estaduais que atuam na gerência e no planejamento da atenção à saúde do idoso , professores e pesquisadores da área de avaliação vinculados ao NEPAS /UFSC e professores pesquisadores da área de geriatria e/ou gerontologia da UFSC, perfazendo um total de oito participantes.

Os participantes receberam antecipadamente por correio eletrônico o convite e a proposta do modelo teórico -lógico com um resumo acerca dos objetivos e da metodologia da pesquisa (Apêndices 1 e 2). As oficinas ocorreram nas instalações da UFSC e totalizaram 20 horas, nas quais foram apresentados e debatidos os indicadores propostos, entregues previamente no formato impresso . Após ampla discussão, foram sugeridas e incorporadas sugestões de alteração e propostas de medidas, além de parâmetros para emissão de julgamento . As considerações e mudanças sugeridas permitiram a melhoria da formulação do documento, bem como a definição de parâmetros para as medidas, validando assim o constructo do matriz. A matriz avaliativa, resultado final das oficinas de consenso, apresentou 16 indicadores e 23 medidas, que foram agrupados em seis subdimensões e duas dimensões : política-organizacional e técnica-operacional.

4.1.4 Estudo piloto

Na fase de exploração da realidade do objeto de estudo, realizou-se um estudo piloto para testar a plausibilidade e viabilidade de aplicação da proposta do modelo avaliativo em um município catarinense de pequeno porte (São Pedro de Alcântara).

A escolha deste município foi por apresentar 12,8% de idosos em sua população, pela facilidade de acolhimento do gestor e pela sua

localização geográfica. O secretário municipal de saúde foi o único entrevistado com dia e hora adequados.

Após o estudo piloto, ajustes no modelo foram realizados. A nova versão foi submetida à oficina de consenso com os instrumentos de pesquisa identificados. A oficina foi realizada pela técnica do comitê tradicional com os participantes da primeira oficina. Nesta oficina também foi consensuado o plano operativo que identificou atores para a entrevista e incluiu a observação direta, assim como validou os instrumentos de coleta.

4.2 ESTUDO DE CASO: LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa avaliativa foi realizada em cinco municípios do Estado de Santa Catarina, selecionados pelo desempenho da gestão.

4.2.1 Seleção dos casos

Para a seleção dos municípios, realizou-se uma análise de indicadores utilizados em pesquisas avaliativas (SES, SISAP, NEPAS)(Apendice 6) e disponíveis em sites de informação que abordaram parcial ou integralmente questões relativas ao idoso (Quadro 4). Foram incluídos nesta etapa 293 municípios, 2 municípios foram excluídos por terem sido recentemente emancipados e as informações necessárias não estarem disponíveis nos sistemas pesquisados.

No período de março a abril de 2014, a própria pesquisadora coletou os dados nos sistemas de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que foram exportados para uma planilha Excel[®] e verificada sua consistência. No caso de identificação da inconsistência do dado, o mesmo foi substituído pela média histórica referida.

Quadro 4: Indicadores utilizados para seleção dos casos.

Indicador	ORIGEM
População total 2012 - Santa Catarina	SES/SC
População de idosos 2012	
Proporção de idosos na população	SES/SC
Cobertura equipes atenção básica 2012	SES/SC
Unidade notificação violência 2012	SES/SC
Taxa Internação fratura fêmur 2012	SES/SC
Porcentagem internação sensíveis à atenção primária 2012	SES/SC
Porcentagem idosos que moram sozinhos 2010	SISAP/FIOCRUZ
Proporção de idosos com alguma deficiência 2010	SISAP/FIOCRUZ
Taxa de internação de idosos 2012	SISAP/FIOCRUZ
Taxa de mortalidade de idosos 2011	SISAP/FIOCRUZ
Mortalidade prematura de idosos 2011	SISAP/FIOCRUZ
Proporção de óbitos de idosos por causas evitáveis por prevenção primária 2011	SISAP/FIOCRUZ
Proporção de internações de idosos por doenças preveníveis por imunização 2009	SISAP/FIOCRUZ
Cobertura vacinal dos idosos contra gripe 2012	SISAP/FIOCRUZ
Proporção de internações de idosos com acompanhante 2012	SISAP/FIOCRUZ
Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes idosos com fratura no quadril 2012	SISAP/FIOCRUZ
Proporção de idosos que recebem medicamento para tratamento de Doença de 2011	SISAP/FIOCRUZ
Cobertura da população idosa cadastrada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) 2012	SISAP/FIOCRUZ
Cobertura vacinal em idoso	NEPAS/UFSC
Qualidade de assistência aos idoso na atenção básica	NEPAS/UFSC
Acesso da população idosa a atenção básica na UBS	NEPAS/UFSC
Prevenção de queda (base 1000)	NEPAS/UFSC
Oferta de prótese dentária	NEPAS/UFSC

Fonte: Elaborado pela autora

Após isso, os municípios foram separados por porte populacional: até 10 mil, de 10 a 25 mil, de 25 a 50 mil, de 50 a 100 mil e mais de 100 mil habitantes. Em cada estrato populacional analisou-se a distribuição quartil dos indicadores e adotou-se os escore 0 para os valores do quartílico 1; 2 para os valores acima do terceiro quartil; 1 nas demais situações.

Em seguida, somaram-se os escores de todos os indicadores, identificando os três municípios com os melhores resultados. A escolha de três municípios por porte foi pensada na lógica que, no caso de

recusa, o município seria substituído pelo segundo melhor desempenho em sua categoria.

4.2.2 Técnica para coleta dos dados

A coleta de dados se deu por entrevista, observação direta e análise documental. Foi elaborado um instrumento para coleta das informações específico orientado pelo modelo avaliativo (Apêndice 1)

As fontes de dados deste estudo foram:

- Documental: prontuários, relatórios de reuniões, diários internos, resoluções legais que corroboraram e aumentaram as evidências das outras fontes.
- Entrevistas: constituíram a principal fonte de evidências do estudo de caso. Foi uma entrevista do tipo em profundidade, em que o informante respondeu às questões da linha de investigação, mas também foi estimulado a dar sua contribuição com opiniões e *insights* sobre o assunto. Ao entrevistado, foi permitido sugerir e/ou apresentar outro participante que poderia contribuir para o esclarecimento da pergunta de pesquisa. O roteiro da entrevista baseou-se nos resultados da matriz avaliativa e da oficina de consenso que identificou os aspectos da atuação do gestor municipal para a atenção à saúde do idoso.
- Observação direta do campo: nesta etapa também foi possível observar atitudes, relatos verbais que poderiam influenciar a avaliação, presumindo que o resultado alcançado tem componentes relevantes nas condições internas do serviço.

4.2.3 Sistematização dos dados e escala de valor para a avaliação

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra. Por meio da análise de conteúdo, efetuou-se a decomposição e agregação das informações, orientadas pelas categorias estabelecidas pela MAJ. Os dados secundários, de natureza quantitativa, também foram inseridos em planilha eletrônica e sua análise igualmente orientado pela MAJ.

Como estratégia de análise de dados, foi realizada a triangulação de dados. Portanto, houve o emprego de múltiplas fontes de evidência em relação ao mesmo fenômeno. A construção de uma base de dados,

por intermédio de notas, documentos, tabulações e narrativas (interpretações e descrições dos eventos observados, registrados etc.), estabeleceu uma cadeia de evidências e possibilitou a percepção de evidências legitimando o estudo desde as questões de pesquisa até as conclusões finais (GOMES, 2008).

O juízo de valor dos indicadores foi orientado nos parâmetros normativos e na revisão de literatura científica consultada, pactuados em oficinas de consenso com um *expert* na área de avaliação, geriatria / gerontologia e gestão. A agregação dos elementos avaliativos seguiu os condicionantes estabelecidos de modo a permitir o ajuizamento de cada um deles, possibilitando a identificação de pontos de fragilidades e fortalezas .

Os critérios foram os seguintes:

a) na agregação de três elementos avaliativos:

- i) “*Bom*”, quando mais de 50% dos indicadores foram avaliados como “*Bom*” e nenhum como “*Ruim*”.
- ii) “*Ruim*”, quando 50% ou mais indicadores foram avaliados como “*Ruim*” e nenhum como “*Bom*”.
- iii) “*Regular*” nas demais situações.

b) na agregação de dois elementos avaliativos:

- i) “*Bom*”, quando um indicador foi avaliado como “*Bom*” e nenhum “*Ruim*”.
- ii) “*Ruim*”, quando um indicador foi avaliado como “*Ruim*” e nenhum “*Bom*”.
- iii) “*Regular*” para as outras situações.

Todos os indicadores e subdimensões foram considerados com o mesmo peso. No ajuizamento final, considerou-se a dimensão TO com peso 2. Esta dimensão expressa a organização dos serviços em busca de uma atenção adequada ao idoso. Sua valoração se deu pelo fato que a disponibilidade de serviços para o idoso tem um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional e é responsabilidade da ABS/APS.

4.3 QUESTÕES ÉTICAS

Nesta pesquisa, foram observados os preceitos éticos para os estudos que envolvem seres humanos com base na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Todos os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa. Para tanto, este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Unisul e aprovado sob número

668.705, em 12 de junho de 2014.

Esta pesquisa é parte do projeto “Atenção integral à saúde do idoso - Modelo de avaliação do desempenho da gestão municipal em Santa Catarina”, aprovado no edital Chamada Pública FAPESC nº 07/2013 MS -DECIT.

ARTIGO 1

Atenção à Saúde do Idoso.

Health care of the elderly.

La atención de salud de las personas mayores.

Keila Cristina Rausch Pereira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Rua Almirante Lamego, 910/604B, Centro, Florianópolis-SC, 88015-600

(48) 9161-3804 keilarausch@gmail.com

Josimari Telino de Lacerda

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/nº, Trindade, Florianópolis-SC, 88040-900

(48) 3721-9000 jtellino@gmail.com

Sonia Natal

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/nº, Trindade, Florianópolis-SC, 88040-900

(48) 3721-9000 sonianatal2010@gmail.com

Realizou-se um estudo de avaliabilidade, primeira etapa da avaliação, da atenção à saúde do idoso para desenvolvimento do modelo lógico (ML) e teórico (MT), bem como a identificação de instrumentos e estratégia de coleta e testagem do modelo. Foram utilizadas as abordagens qualitativa e quantitativa. Para operacionalizar o estudo, fizeram-se análise documental, entrevistas e discussão com gestores da atenção primária à saúde e *expert* da área de geriatria e gerontologia. Foi realizada uma análise de conteúdo por meio das categorias definidas pelas dimensões estabelecidas no modelo lógico das ações. A proposta foi apresentada em oficinas de trabalho para a pactuação das perguntas avaliativas dos MT e ML. Um estudo piloto atestou a aplicabilidade da proposta. Concluiu-se pela avaliabilidade das ações de saúde na atenção ao idoso em nível municipal.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Avaliação. Idoso.

Were conducted a study of evaluability, the first stage of the evaluation, attention to health of the elderly to develop the logical model (ML) and theoretical (MT) and the identification of tools and strategy for the collection and testing of the model. Were used a qualitative and quantitative approaches. To operationalize the study were made documentary analysis, interviews and discussions with managers of Primary Health and expert in geriatrics and gerontology area. Content analysis was performed by means of the categories defined by the dimensions set out in the logical model of the shares. The proposal was presented in workshops for the pact of evaluation questions, MT and ML. A pilot study attested to the applicability of the proposal. It was concluded by the evaluability of Health Action in Elderly Care at the municipal level.

Key words: health care; evaluation; elderly.

Se realizó un estudio de evaluabilidad, primera etapa de evaluación, atención a la salud de los ancianos para desarrollar el modelo lógico (ML) y teórica (MT) y la identificación de herramientas y la estrategia para la extracción y verificación del modelo. Lo enfoques cualitativos y cuantitativos fue utilizados. Para operacionalizar el estudio se realizó documentales de análisis, entrevistas y conversaciones con directivos de Atención Primaria y expertos en la ára de geriatría y gerontología. El análisis de contenido se realiza por medio de las categorías definidas por las dimensiones que figuran en el modelo lógico de las acciones. La propuesta fue presentada en los talleres para el pacto de preguntas de evaluación, MT y ML. Un estudio piloto atestiguada a la aplicabilidad de la propuesta. Se concluyó por la evaluabilidad de Acción Sanitaria en cuidado de ancianos en el ámbito municipal.

Palabras clave: cuidado de la salud; Evaluación; anciano.

Introdução

O envelhecimento populacional é um evento mundial¹ e de profundas consequências na estruturação de toda a sociedade , incluindo os serviços de atenção à saúde ². Neste setor, o reflexo do processo é a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, que demandam mais serviços de saúde e risco para a independência e autonomia do idoso. A longevidade também altera a dependência no desempenho das atividades de vida diária (AVD): de 5% de dependência na faixa etária de 60 anos aumenta para cerca de 50% aos 90 ou mais anos^{3,4}.

Os serviços de saúde, de acordo com o Estatuto do Idoso e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), devem se organizar para proporcionar a manutenção da autonomia e independência do ser envelhecido: a autonomia, traduzida como sendo a capacidade individual de decisão e comando sobre suas ações, e a independência, como a capacidade de cuidar de si e de sua vida. Desta maneira, estes são conceitos incorporados à definição de saúde para o idoso^{5,6}.

Historicamente, no Brasil, os idosos, as crianças e as mulheres são a população de maior demanda e marcadores dos serviços da APS e suas necessidades estão garantidas em diferentes políticas que asseguram diversas ações^{7,8,9,10}. A organização destes serviços é constitucionalmente de responsabilidade dos municípios. É seu encargo a estruturação e organização dos serviços, pois o objetivo da atenção básica é o mesmo em todos os municípios, mas o contexto pode ser diferente de município para município, pois neles são diferentes as prioridades políticas e as necessidades da população¹¹.

Estudos que avaliam as ações na atenção à saúde do idoso são escassos. Destacam-se os que avaliam a saúde do idoso em outras perspectivas, como o monitoramento legal, os indicadores para monitoramento e acompanhamento das metas e diretrizes pactuadas pelas políticas e programas nacionais e internacionais^{12,13}, os programas de promoção de saúde¹⁴ e os que em suas avaliações usam algum indicador que inclui a saúde do idoso^{15,16,17}.

Na perspectiva de fundamentar pesquisas futuras de avaliação, este trabalho objetivou a construção e teste de um modelo avaliativo para verificar o desempenho da gestão municipal na atenção à saúde do idoso.

Metodologia

O EA caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que precedem a avaliação propriamente dita. É considerado fundamental no processo de avaliação, pois colabora para a determinação dos propósitos e do foco avaliativo, permitindo um entendimento aprofundado sobre o objeto e a apreciação prévia acerca das possibilidades de avaliação¹⁸.

O EA das ações de saúde voltadas ao idoso, sob responsabilidade da gestão municipal, foi desenvolvido por meio das etapas apresentadas na Figura 1¹⁹.

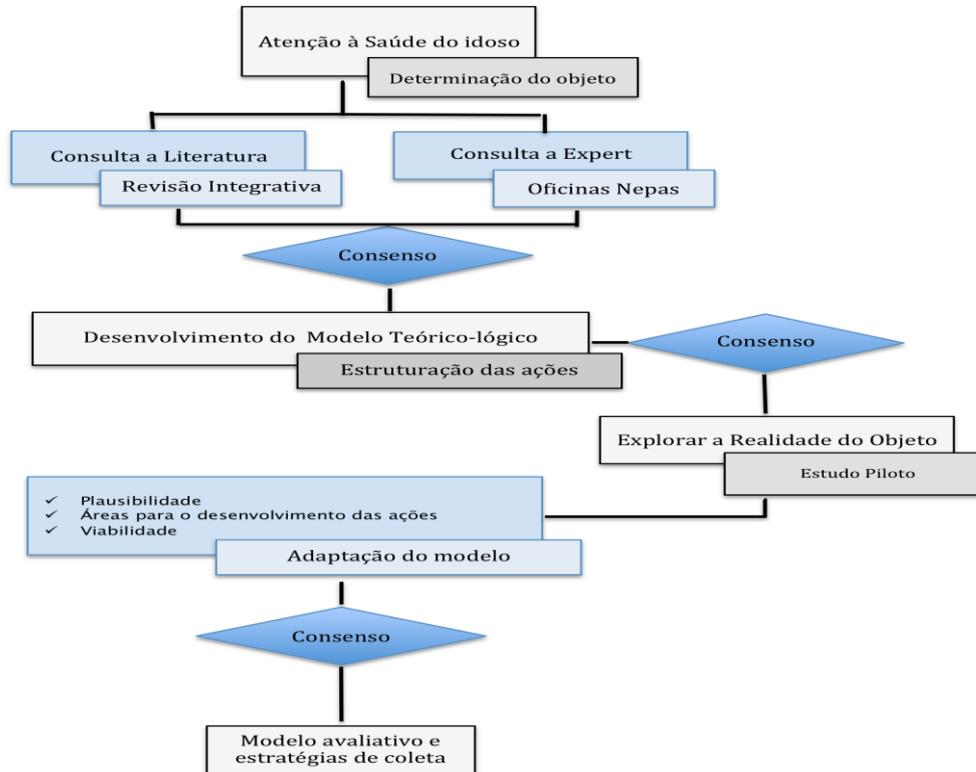


Figura 1: etapas metodológicas do EA.

Fonte: Adaptado Levinton et al, 2010. The evaluability assessment process

A consulta à literatura orientou-se por uma revisão integrativa nas bases de Lilacs, Medline, Scienc Direct, Scielo e Scopus, utilizando os descritores: assistência integral à saúde do idoso; atenção à saúde ao idoso; atenção integral à saúde do idoso, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no decênio de 2004-2014. A busca foi realizada no mês de junho de 2014.

Foram incluídos estudos avaliativos, observacionais, descritivos de natureza quantitativa e qualitativa. Para ser incluído na análise, o artigo deveria abordar os temas: 1- Avaliações sobre a saúde do idoso e 2- Gestão municipal da atenção à saúde do idoso.

Foram identificados 15 estudos de avaliação que envolveram o idoso integral ou parcialmente em seus achados. Em três desses estudos, a saúde do idoso era objeto principal. Realizaram avaliação de um projeto de promoção de saúde, avaliação normativa acerca de violência e acidentes e análise do sistema de indicadores para acompanhamento de políticas do idoso. Nos 12 artigos restantes, o idoso foi apenas mais um componente da avaliação. Um estudo não abordava o aspecto da atenção básica. Saúde bucal, saúde mental, hipertensão, dispensação de medicamentos e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram temas avaliados em oito artigos e os demais versaram sobre aspectos de gestão, sistema de saúde e trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) de forma genérica.

Foi realizada uma análise documental de leis, normas, decretos e afins referentes ao objeto estudado, totalizando dez documentos (Quadro 1). Para analisar tanto os artigos como os dispositivos legais, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Esta análise possibilitou a descrição das ações de atenção à saúde do idoso, a construção do modelo lógico (ML), do modelo teórico (MT) e da matriz de análise e julgamento (MAJ). A MAJ foi estabelecida com suas ações, índices, medidas, fontes e parâmetros.

Quadro 1: Dispositivos legais referentes à saúde do idoso.

ANO	Dispositivo	Nome/Objetivo
1994	Lei nº 8.842	Política Nacional do Idoso. Assegurar os direitos sociais do idoso.
2001	Portaria MPAS/SEAS nº 73	Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.
2003	Lei nº 10.741	Estatuto do Idoso. Regula e reconhece os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania.
2004	Decreto nº 5.109	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).
2006	Portaria MS/GM nº 2.528	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos.
2006	Portaria MS/GM nº 399	Pacto pela Saúde 2006. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visa, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.
2006	Portaria MS/GM nº 648	Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégica para a operacionalização da Atenção Básica no que se refere à atuação em todo o território nacional.
2009	Portaria MS/GM nº 2.669	Pacto pela Saúde - biênio 2010-2011. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde nos componentes pela vida e de gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.
2009	Organização Pan-Americana da Saúde, Washington	Plano de ação sobre a saúde das pessoas idosas, incluindo o envelhecimento ativo e saudável. Incentiva-se que os países membros da OPAS e os organismos de cooperação internacional se

		concentram em melhorar as políticas públicas que afetam a saúde das pessoas idosas, equipando os sistemas de saúde e capacitando os recursos humanos para satisfazer suas necessidades especiais e melhorando as capacidades dos países de gerar a informação necessária a fim de apoiar e avaliar as medidas empreendidas nesse sentido.
2010	Portaria nº 3.318	Programa Nacional de Imunizações. Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso, integrantes do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Fonte: Elaborado pela autora

Os ML, MT e MAJ foram submetidos para análise e validação em oficinas de consenso. A técnica utilizada foi do comitê tradicional³⁰, com quatro doutores da área de avaliação (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina, NEPAS-UFSC), dois doutores em geriatria / gerontologia, dois gestores da atenção primária à saúde e estudantes de pós-graduação do NEPAS -UFSC. Em 20 horas de oficinas, a descrição das ações de atenção à saúde do idoso, MLT e MAJ foram validadas. Posteriormente foram elaborados roteiros de entrevista e observação.

Na fase de exploração da realidade do objeto de estudo, realizou-se um estudo piloto para testar a plausibilidade e viabilidade de aplicação da proposta do modelo avaliativo em um município catarinense de pequeno porte. A escolha deste município foi por apresentar 12,8% de idosos em sua população e por facilidade de acolhimento do gestor e pela localização geográfica. O secretário municipal de saúde foi entrevistado em dia e hora adequados. Após o estudo piloto, ajustes no modelo foram realizados. A nova versão foi submetida à oficina de consenso pela técnica do comitê tradicional com os participantes da primeira oficina.

Este artigo é parte de uma pesquisa de maior extensão (Edital Chamada Pública 07/2013 FAPESC MS/DECIT), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Unisul sob Parecer nº 668.705/2014 e registrada na Plataforma Brasil sob nº 30220713.8.0000.5369.

Resultados

Nenhum EA acerca da atenção à saúde do idoso foi identificado na revisão de literatura. Com o EA foram possíveis identificar, por meio

de um processo de reflexão e debate, as ações que devem ser realizadas pelo gestor municipal para cada componente das políticas, uma vez que os documentos não fazem este detalhamento quando abordam as atribuições do gestor.

Também foram identificados metas, objetivos e questões-chaves que devem ser abordados pela avaliação^{21,22}. A revisão integrativa da literatura e análise documental mostraram-se suficientes para identificar as ações de atenção à saúde do idoso, a construção do modelo teórico e lógico e da matriz avaliativa com seus instrumentos de coleta de dados.

O Estatuto do Idoso⁸ e as normativas do sistema de saúde brasileiro orientaram a construção do modelo teórico. O estatuto garante ao idoso, por meio de políticas públicas, uma atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis de atenção. O provimento desta atenção é responsabilidade do gestor municipal que, apoiado na PNSI⁷, deve assegurar a atenção no contexto organizativo e operativo das ações.

Considerou-se que, interferindo nas ações de saúde, dois grandes eixos se despontam: as características da sociedade local em sua forma de organização política, econômica e social e as características do idoso no seu contexto individual e estilo de vida.

O MT das ações da gestão municipal na atenção à saúde do idoso procurou representar o objeto em seus movimentos, suas relações e os fatores relevantes no contexto político e organizacional em que se desenvolve, descrevendo seus potenciais²³. Sua validade se deu nas oficinas de consenso (Figura 2).

Figura 2: Esquema do MT validado.



Fonte: Elaborado pela autora

O desenvolvimento de um ML das ações de saúde voltadas ao idoso sob responsabilidade da gestão municipal deu-se por meio de uma teoria das ações que buscou identificar critérios, atividades e possíveis resultados desejados com as ações, além da especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos (Quadro 2).

A análise das ações procurou avaliar em que medida as atividades desencadeadas por elas provocam um conjunto específico de respostas para seus atores e beneficiários, permitindo comparar os estágios de formulação e implantação¹⁸.

Quadro 2: Modelo lógico final.

Dimensão	Sub-dimensão	CRITÉRIO	ATIVIDADE	PRODUTO	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL
Político-organizacional	Recursos humanos	Suficiência na atenção básica	Disponibilizar equipes de atenção básica compatíveis às necessidades da população idosa.	Equipes de atenção básica contratadas em número compatível à população idosa residente na área de abrangência.	Profissionais da atenção básica qualificados e em número compatível com a população idosa local e com apoio da equipe NASF.	Serviços com infraestrutura e pessoal adequados à atenção à saúde do idoso. Interação dos serviços da saúde com setores governamentais e sociedade civil organizada no planejamento e execução de ações voltadas ao idoso.
			Assegurar apoio as ESF para ampliação da capacidade da atenção às demandas da população idosa.	Equipes NASF com conformação adequada, atuando junto às equipes de atenção básica.		
		Qualificação da atenção básica	Estratégias de incentivo para a qualificação dos profissionais da AB.	Profissionais de atenção básica qualificados por meio de incentivo da gestão e em número compatível com a população idosa.	Oferta de serviços especializados.	
		Atenção especializada	Assegurar acesso a serviços de geriatria / gerontologia.	Serviços de geriatria / gerontologia contratados ou conveniados de fácil acesso.	Serviços especializados ofertados e de fácil acesso. Número de serviços especializados.	
	Infraestrutura	Adequação da estrutura física	Garantir condições arquitetônicas de mobilidade e acesso ao idoso em todas as unidades de saúde.	Unidades básicas com acesso interno. UB com acesso externo seguro à pessoa idosa.	Unidades de saúde com infraestrutura adequada ao atendimento da população idosa.	
		Continuidade dos insumos	Disponibilidade ininterrupta de medicamentos de uso contínuo e temporário do idoso.	Unidades básicas sem interrupção de medicamentos do idoso na última semana.		
		Condições de mobilidade da equipe	Disponibilidade de carro para a equipe da unidade básica.	Equipe da unidade básica com carro disponível durante a semana.		
	Articulação	Atuação intersetorial	Realizar articulação com serviços e setores da gestão pública que atuem em prol da mobilidade urbana do idoso.	Ações intersetoriais realizadas envolvendo as áreas do planejamento e/ou infraestrutura urbana.	Ações intersetoriais em prol da mobilidade e da vigilância à violência ao idoso.	
			Pactuar protocolo de vigilância à segurança do idoso articulado com outros setores.	Protocolo de vigilância à segurança do idoso pactuado com o MP e assistência social.		
		Controle social	Garantir a representatividade do idoso no CMS.	Representante do idoso no CMS.	Temática do idoso assegurada nas ações do CMS.	
			Discutir periodicamente temas referentes ao envelhecimento nas	Temas referentes ao envelhecimento discutidos		

			reuniões.	semestralmente.		
Técnico-operacional	Promoção e prevenção	Educação em saúde	Ter grupos de convivência com reuniões periódicas.	Reuniões mensais de grupos e promoção do envelhecimento saudável.	Atividades de educação em saúde realizadas em reuniões de grupos e/ou cursos ao longo do ano.	Organização dos serviços para uma atenção ao idoso qualificada com abordagem integral.
			Ofertar cursos com temáticas do interesse da população idosa.	Realização de curso sobre o envelhecimento (no mínimo 1 por ano).		
		Cobertura vacinal	Campanha de imunização dos idosos contra a Influenza no último ano.	Campanha de vacinação contra a Influenza realizada no último ano.		
	Diagnóstico e tratamento	Agilidade ao diagnóstico de especialista	Ter fila de espera de no máximo 15 dias para o cardiologista e 30 dias para o neurologista.	Tempo máximo de espera para a consulta em cardiologia e neurologia respeitado.	A fila de espera em tempo ideal para o idoso.	
			Ter mecanismo de correção do tempo de espera.	Mecanismos estabelecidos e ativos para a redução do tempo de espera.		
		Adequação do tratamento	Cadastramento dos idosos do município.	Cadastramento realizado.	Cadastramento e classificação quanto ao grau de independência dos idosos segundo o protocolo.	
			Pactuar e disponibilizar um protocolo qualificado de atenção ao idoso.	Protocolo pactuado e disponível nas UBS.		
	Resolubilidade da atenção básica	Desenvolver ações clínicas com potencial para redução das internações por CSAB nos idosos (Insuficiência Cardíaca (I50); Doenças Pulmonares Obstrutivas (J20-21, J40-44, J47); Diabetes Mellitus (E10-14)).	Ações realizadas.	Redução das taxas de internações por CSAB.		
	Manutenção e reabilitação	Monitoramento	Disponibilizar e pactuar instrumento de avaliação funcional com a equipe.	Instrumento de avaliação pactuado e disponível.	Ações de monitoramento, qualidade do cuidado e reabilitação dos assegurados.	
		Qualidade do cuidado	Ofertas de cursos de capacitação / formação de cuidadores.	Cursos ofertados.		
		Acesso a serviços de manutenção e reabilitação	Ofertas de próteses dentárias totais.	Serviços de prótese dentária ofertados.		
	Medidas para ajustar o tempo de espera ao serviço de fisioterapia.		Oferta de serviço de fisioterapia em um tempo de máximo de 10 dias.			

Fonte: Elaborado pela autora

:

No âmbito municipal, as ações para a atenção ao idoso foram traduzidas em duas dimensões: a político-organizacional e a técnico-operacional.

A primeira expressa a capacitação do sistema de saúde em promover os serviços de atenção básica demandados pelos idosos munícipes, considerando a responsabilidade constitucional de assegurar o acesso universal em todos os níveis e com equidade à assistência à saúde^{8,9,10,24}. Para tal, é preciso assegurar profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade.

A segunda dimensão reflete a maneira com que esses elementos são ofertados à população idosa com o objetivo de reduzir e/ou minimizar riscos de doença e agravos.

A dimensão político-organizacional pressupõe que existam ações de gestão que devem garantir serviços com pessoal adequado à atenção a saúde do idoso. Em âmbito municipal, o gestor deve garantir a suficiência de profissionais da atenção primária qualificados e compatíveis com as necessidades da população idosa local, apoiados pelas equipes NASF. Da mesma maneira, os serviços especializados, próprios ou conveniados, devem ser ofertados com fácil acesso. O gestor deve garantir o acesso universal nas unidades de saúde com infraestrutura adequada às limitações da população idosa, na estruturação das unidades, na continuidade dos serviços e na mobilidade da equipe em atender o idoso. A dimensão contempla as áreas em que o gestor deve atuar para que a interação dos serviços da saúde com setores governamentais e sociedade civil seja organizada no planejamento e execução de ações voltadas ao idoso, tendo como eixo central a intersetorialidade, que deve permear as ações em prol da mobilidade e da vigilância à violência ao idoso.

A dimensão técnico-operacional descreve as responsabilidades decorrentes da gestão que devem acontecer especificamente na atenção, sendo basilares para a garantia do direito humano à saúde e ao bem-estar na velhice. A gestão deve garantir serviços para uma atenção ao idoso qualificada com abordagem integral. Entende-se abordagem integral como a habilidade do gestor em tomar decisões de promoção e prevenção, diagnóstico e tratamento ágil, adequado e resolutivo, e um monitoramento e uma reabilitação que reduzam danos. Essa dimensão objetiva demonstrar o comprometimento da gestão com os cuidados à saúde do idoso.

A partir dos MT e ML, foi elaborada a MAJ. Cada dimensão foi desagregada em três subdimensões, que foram expressas em 16

indicadores, listados no Quadro 3 com os itens observados em cada um deles e os respectivos parâmetros de julgamento. Tais parâmetros foram fundamentados em aspectos normativos, revisão da literatura e validados nas oficinas de consenso.

Quadro 3: Dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, fontes e parâmetros do modelo avaliativo.

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medida	Parâmetro
Político-organizacional	Recursos humanos	Suficiência da AB	Taxa de cobertura da ESF	> 70% = Suficiente (3); 50 a 70% = Regular (1); < 70% = Insuficiente (0).
			Composição da equipe	100% da equipe completa; equipe mínima = 0,25; para cada tipo de profissional, adicional de 0,05 ponto chegando ao máximo de 0,5 (fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, farmacêutico e educador).
			Percepção quanto à suficiência de RH	Bom (3); Ruim (0).
		Qualificação AB	Incentivo para a qualificação	Ter incentivos sem ônus para o profissional.
		Atenção especializada	Serviço de geriatria / gerontologia	Próprio ou conveniado a uma distancia mínima de 50 km do município = Bom (3); distância superior a 50 km de distância = Regular (1); se não tem referência = Ruim (0).
			Percepção	Percepção boa = Bom (3); Ruim (0).
	Infraestrutura	Adequação da estrutura física	Percentual de UBS com condições de acessibilidade ao idoso	Tem que ter rampas de acessos, corrimãos, BWC adaptados = Bom (3); Ruim (0).
				Entorno seguro = Bom (3); Ruim (0).
		Continuidade dos insumos	Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo	Não pode faltar nenhum dia 100% (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
			Disponibilidade de medicamentos auxiliares	Não pode faltar mais que 7 dias. 100% (sim ou não) = Bom (2); Ruim (0).
	Condição de mobilidade da equipe	Percentual de UBS com veículo para processo de trabalho das equipes pelo menos uma vez por semana	100% UBS pelo menos uma vez por semana = Bom (3); 99% a 70% das UBS = Regular (1); < 70% = Ruim (0).	
	Articulação	Atuação intersetorial	Representante do setor de planejamento e/ou infraestrutura urbana no CMS	Presença ou não = Bom (3); Ruim (0).
			Ações intersetoriais envolvendo as áreas do planejamento e/ou infraestrutura urbana	Ações intersetoriais envolvendo as áreas do planejamento e/ou infraestrutura urbana = Bom (3); Ruim (0).
			Protocolo de vigilância elaborado pela secretaria, discutido e pactuado com outras instâncias	Presença de um protocolo pactuado (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
		Controle social	Representação do idoso no CMS	Ter ou não = Bom (3); Ruim (0).
			Frequência de abordagem ao tema envelhecimento	Ser falado pelo menos 1 vez ao ano = Bom (3); Ruim (0).
Técnico-operacional	Promoção e prevenção	Educação em saúde	Existência de grupos de convivência com reuniões periódicas	Ter grupo com frequência pelo menos 1 vez ao mês (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
			Oferta de cursos para a população com temáticas do interesse do idoso	Ter curso com frequência 1 vez ao ano = Bom (2); Ruim (0).
		Cobertura vacinal	Taxa de idosos imunizados contra a Influenza no último ano	> = 80%.

	Diagnóstico e tratamento	Agilidade ao diagnóstico de especialista	Tempo de espera para consulta em cardiologia e neurologia	Cardiologia não pode passar de 15 dias. < 15 dias = Bom (3); > 15 dias = Ruim (0).
				Neurologista não pode passar de 30 dias. < 30 dias = Bom (3); > 30 dias = Ruim (0).
			Mecanismo para redução do tempo de espera	Ter ou não mecanismo = Bom (3); Ruim (0).
		Adequação do tratamento	Taxa da população cadastrada e com carteira do idoso	Ter cadastro 100% a 80% = Bom (3); 79% a 50% = Regular (1); > 50% Ruim (0).
			Disponibilidade de protocolo qualificado de atenção	Ter protocolo pactuado e disponível (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
	Resolubilidade da atenção básica	Redução de internações por CSAB nos idosos acima de 70 anos no último decênio	Tendência de redução estatisticamente significativa no decênio = Bom (3); Ruim (0).	
	Manutenção e reabilitação	Monitoramento	Disponibilidade de instrumentos de avaliação funcional pactuados com a equipe	Ter instrumento de avaliação (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
				Pactuado (para fins de uso) = Bom (3); Ruim (0).
		Qualidade do cuidado	Oferta periódica de cursos de capacitação / formação de cuidadores	Ter capacitação (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
				Pelo menos a cada 2 anos (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).
Acesso a serviços de manutenção e reabilitação		Disponibilidade de próteses dentárias totais	Disponibilidade (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).	
	Acesso tempestivo a serviço de fisioterapia	Ter o serviço (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0). Tempo de espera menor que 10 dias (sim ou não) = Bom (3); Ruim (0).		

Fonte: Elaborado pela autora

O estudo piloto foi realizado em março de 2014 e mostrou que a entrevista apenas com o gestor era inconclusiva. Foi então decidido que uma Unidade Básica de Saúde indicada pelo gestor deveria ser incluída no roteiro de entrevista. O roteiro de entrevista e observação foi adaptado para cada nível específico de análise. Além disto, MT, ML e a MAJ mostraram-se plausíveis.

Discussão

EA são importantes porque precedem e determinam a necessidade de avaliação. Neste estudo, possibilitou a identificação das ações com metas e objetivos melhorando o entendimento das responsabilidades da gestão municipal na atenção à saúde do idoso e permitiu elucidar a concepção e lógica das ações em saúde e potencial aferição dos resultados.

O exercício de esquematizar e organizar as ações nos EA podem auxiliar os gestores na reflexão e/ou revisão das decisões organizativas de forma que possam identificar estratégias e ações condizentes às necessidades dos usuários^{18,22,25,26}.

O âmbito municipal foi considerado o marco das ações, pois os idosos, as crianças e as mulheres são a população de maior demanda aos serviços e marcadores da APS^{27,28}. As duas dimensões elencadas buscam traduzir: a) a maneira como o sistema se organiza para prover os elementos essenciais à saúde e b) a maneira como esses elementos são ofertados. Tais dimensões interagem e se complementam, na perspectiva de obter como produto final ações qualificadas da gestão em saúde como auxílio ao envelhecimento saudável.

Corroborando com este estudo, Gabriel et al.²⁹, Nickel et al.³⁰ e Colussi et al.¹¹ reforçam a importância de se avaliar a gestão em saúde na perspectiva do provimento e da operacionalidade.

A responsabilidade organizacional sintetizada na análise dos recursos humanos, infraestrutura e articulação corrobora com estudos que avaliam a atuação da gestão municipal nos aspectos de qualidade da atenção básica, eficiência das ações relacionadas à hipertensão e ações programáticas, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar^{11,29,30}. O gestor municipal deve garantir acesso preferencial e contínuo em todos os níveis, o que pressupõe assegurar profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes e atuar na articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade.

A suficiência de recursos humanos na APS, medida pela cobertura da ESF e composição da equipe, busca refletir o acesso da população aos serviços com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. O ideal é uma cobertura populacional de 100%, o que é difícil para os municípios de maior porte³². Aqui optou-se pela categorização em três níveis, seguindo os parâmetros sugeridos em estudo da APS³².

As múltiplas patologias e agravos dos idosos fazem com que a atenção à sua saúde necessite de uma equipe multidisciplinar para as tomadas de decisões acerca das terapias a serem adotadas, com destaque para os aspectos cardiovasculares, endócrinos e neurológicos o que orientaram a eleição dos profissionais de fisioterapia, educação física, psicologia e nutrição na análise da equipe ampliada.

Optou-se ainda pela inclusão da percepção dos entrevistados quanto à suficiência de pessoal, corroborando com Schwartz et al.³³, que qualificaram a análise da taxa de cobertura em seu estudo utilizando o mesmo dispositivo.

A qualificação da equipe em vários estudos é apontada como importante, mas é configurada como uma ação de gestão quando o incentivo não gera ônus ao profissional^{34,35}.

Os limites da intervenção gerontológica na atenção básica orientou a inclusão do indicador atenção especializada com a eleição de serviço de geriatria / gerontologia próprio ou credenciado, desde que ofertado a uma distância de 50 km³⁶ como garantia de fácil acesso à população idosa.

Na análise de infraestrutura, as barreiras arquitetônicas foram consideradas grandes empecilhos para o acesso ao serviço, em especial para os idosos. Critérios e parâmetros técnicos da ABNT/NT 9050³⁷ são estabelecidos com o objetivo de promover condições de acessibilidade às pessoas com mobilidade reduzida, tal como rampas, corrimão e banheiros adaptados.

Ter um entorno seguro com estacionamento adequado e calçadas em condições apropriadas complementa a análise de espaços físicos garantidos, incluída por sugestão dos atores no estudo piloto de exploração do objeto. Cunha e Costa³⁸ afirmam que a segurança do entorno garante o uso dos serviços e equipamentos ao idoso.

A continuidade de serviços está refletida na análise da disponibilidade de medicamentos por expressarem o papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas agudas e/ou crônicas. Representam um insumo importante para o cuidado em saúde e são

parte integrante da maioria das propostas terapêuticas³⁹. O seu fornecimento está assegurado no Estatuto do Idoso^{8,40,41}.

O tratamento de doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, bem como de problemas de saúde mental, se apoiam no uso contínuo de medicamentos e não admitem descontinuidade na oferta^{42,43}. Nas patologias ocasionais, a interrupção do fornecimento medicamentoso não deve passar de sete dias, tempo necessário para a compra sem licitação prevista na Lei nº 8.666/93, nos artigos 17 e 24. A não interrupção de medicamentos expressa a preocupação da gestão em garantir condições para a continuidade da atenção ao idoso⁴⁴.

Ainda sobre a infraestrutura, é preciso assegurar a mobilidade de uma equipe para atendimento domiciliar e no limite desta mobilidade do idoso até o serviço⁴⁵. Além de referida na literatura, as normativas de organização da atenção em domicílio cuja população majoritária é constituída por idosos, estabelecem a garantia de veículos para a locomoção das equipes como integrante da infraestrutura organizacional⁴⁶.

Da complexidade dos problemas de saúde emerge a necessidade de movimentos que extrapolam este setor e mantêm o idoso inserido na sociedade por meio de ações e políticas articuladas⁴⁷. Lacerda et al.⁴⁸ também observaram que no planejamento, além dos aspectos estruturais, a gestão precisa assegurar articulação com outros setores e com representantes da sociedade civil organizada. Esta articulação busca viabilizar ações conjuntas dentro e fora do setor, essenciais à integralidade, universalidade e equidade na atenção em saúde.

Os setores eleitos nesta pesquisa foram aqueles envolvidos com mecanismos que possibilitem mobilidade urbana e vigilância à violência^{12,47}. O aspecto da mobilidade necessita de ações conjuntas com planejamento e/ou infraestrutura, em especial quando configurada na participação em conselhos deliberativos.

Na vigilância à violência, o Estatuto do Idoso prevê a obrigatoriedade do profissional de saúde em notificar, aos órgãos competentes, casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos.

A existência de mecanismos formais pactuados disponíveis aos profissionais e apoio institucional, na ocorrência desta situação à equipe de saúde, foi considerada a expressão da atuação de outros setores com a saúde. Na articulação com a sociedade civil, a representatividade do idoso nas instâncias deliberativas^{49,50}, junto a uma pauta constante nos conselhos municipais de saúde com temas pertinentes ao

envelhecimento, expressam uma gestão com potencial de articulação e formulação de políticas voltadas ao idoso^{10,12}.

As ações de promoção/prevenção, diagnóstico/tratamento e recuperação/reabilitação, de maneira continuada, são prerrogativas que sustentam a dimensão técnico-operacional^{11,29,30}. A atenção à saúde do idoso deve ser oferecida de maneira que contemple todas as suas necessidades e a manutenção de sua autonomia no tempo certo e da maneira correta.

A premissa que o gestor deve garantir são as ações que promovam o envelhecimento saudável e prevenir a perda de capacidade funcional e a redução das morbidades que fundamentam as decisões da subdimensão "promoção e prevenção". A APS, ao identificar áreas claramente passíveis de ações de promoção e prevenção, torna-se mais resolutiva - em especial quando aborda problemas crônicos que necessitam de atuação continuada e não prescindem de outros níveis assistências.

A autonomia e independência precisam ser reaprendidas a cada mudança fisiológica significativa. Os serviços devem ofertar grupos de educação que auxiliem os idosos a cada novo episódio, estimulando sua situação de autonomia e independência, corroborando com Gautério et al.⁵¹, que afirmam ser resultado das ações de educação em saúde o despertar de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários.

Neste estudo, consideraram-se as atividades educativas como expressão das ações de promoção de saúde para um envelhecimento saudável. Medeiros et al.²⁶ avaliaram o Programa + Vida e de igual forma consideraram a educação um componente de seu modelo avaliativo.

As ações de prevenção são uma importante medida de gestão na manutenção da capacidade funcional. A vacinação do idoso previne quadros respiratórios agudos^{52,53,54} e, portanto, a cobertura é uma medida que reflete a preocupação do gestor com os idosos e a motivação desta população em participar das campanhas de saúde municipais.

O diagnóstico e o tratamento para o idoso devem ocorrer em tempo hábil em todos os níveis de atenção. Tais serviços devem atuar de maneira integrada para garantir a agilidade no diagnóstico, tratamento adequado e resolutivo. As cardiopatias acometem 87% dos idosos e, com as doenças neurológicas, configuram uma necessidade premente de atenção preferencial.

A agilidade no diagnóstico, nesta pesquisa, está traduzida pelo tempo máximo da espera de um especialista nestas áreas e a existência de mecanismos para redução do tempo de espera, que para a cardiologia

não deve passar de 15 dias e neurologia não superior a 30 dias⁵⁵. Um tratamento adequado pressupõe uma atenção continuada, uniforme e que atenda à real necessidade do idoso.

A assistência clínica à pessoa idosa deve ser permeada por um modelo de atenção que engloba a integralidade e agilidade de decisão, baseadas no impacto sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos. A existência e disponibilidade de protocolos qualificados de atenção ao idoso e o cadastro e acompanhamento evolutivo pela carteira do idoso expressam a preocupação da gestão com a adequação do tratamento. A resolubilidade esperada no diagnóstico e tratamento nesta pesquisa foi mensurada pela capacidade da APS em reduzir a mortalidade de idosos com idade inferior a 80 anos.

Na subdimensão "reabilitação e manutenção da saúde", buscou-se identificar a capacidade da gestão em assegurar a funcionalidade e autonomia do idoso por meio de mecanismos de monitoramento, qualidade do cuidado e acesso a serviços. É preciso ofertar serviços que garantem as condições mínimas para o restabelecimento da função básicas do cotidiano, manutenção do cuidado e sociabilidade.

A avaliação funcional periódica do idoso permite acompanhar seu desempenho frente aos eventos de saúde e os resultados dos tratamentos. Cabe ao gestor disponibilizar instrumentos que possibilitem o monitoramento da funcionalidade.

O cuidado ao idoso deve ser qualificado; portanto, os familiares e cuidadores envolvidos devem ser capacitados e assistidos pela equipe de saúde de referência. A atenção tanto ao idoso como à sua família reduz o percentual de idosos institucionalizados e deve ser objeto de atuação da gestão municipal⁵⁶.

Os serviços de manutenção e reabilitação eleitos para expressar o acesso foram os de oferta de prótese dentária e fisioterapia. O edentulismo nos idosos tem alta prevalência⁵⁷ e produz efeitos significativos na saúde e qualidade de vida, pois afeta a capacidade mastigatória, a fonação e causa impactos na sociabilidade dos indivíduos. A oferta de próteses dentária está disponível no contexto da política da saúde bucal e, ao aderir à gestão, expressa preocupação com o bem-estar dos idosos.

A dependência funcional vem se destacando como um importante problema de saúde pública. A manutenção da qualidade de vida na geriatria está intimamente vinculada à autonomia e independência. Logo, serviços de fisioterapia para idosos devem ser prioritários⁵⁸.

A matriz proposta buscou expressar de forma sintética aspectos fundamentais da atenção à saúde do idoso e que devem ser assegurados

pela gestão municipal. O esforço em obter um instrumento avaliativo com poucos indicadores, informações de fácil acesso, metodologia de coleta, análise e julgamento simplificado e teste de plausibilidade possibilitam sua aplicação em municípios de diferentes conformações de gestão e porte populacional para a análise do objeto.

Conclusão

O EA seguiu as recomendações e as práticas referenciadas pela literatura internacional para estudos dessa natureza, os quais deram importantes subsídios para a concordância dos atores envolvidos no processo.

As ações de gestão para a atenção ao idoso foram amplamente discutidas e identificados aspectos discriminatórios para fins avaliativos, o que configurou o objeto como passível de avaliação.

O estudo também se mostrou fundamental para identificar a necessidade, a viabilidade e a racionalização da proposta avaliativa desenvolvida em sua completude: modelo e instrumentos de coleta validados e testados.

Colaborações:

K. C. R. Pereira e J. T. Lacerda colaboraram no desenho do estudo, coleta e análise dos dados, redação e revisão final do artigo. S. Natal contribuiu na análise dos dados, redação e revisão da versão final do artigo.

Financiamento:

Esta pesquisa foi financiada pela FAPESC - Edital PPSUS - Chamada Pública FAPESC nº 07/2013 MS-DECIT.

Referências

- 1 Organização Das Nações Unidas. World Population Prospects. The 2012 Revision. **Economic & Social Affairs**. 2013
- 2 Moraes, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2012.
- 3 Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde , Secretaria de Atenção à Saúde , Departamento de Atenção Básica – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007.

- 4 Lisboa, C. R.; Chianca, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. bras. enferm.** 2012, v. 65, n. 3, p. 482-488.
- 5 Freitas, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm.** 2012, n. 25, n. 6, p. 933-939.
- 6 Pereira, E.E.B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2014, v. 17, n. 1, p. 165-176.
- 7 Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.
- 8 Presidência Da República. Lei nº 10.741/2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>.
- 9 Ministério Da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília-DF.
- 10 Ministério Da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.
- 11 Colussi, C. F.; Calvo, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Cad. Saúde Pública.** 2011, v. 27, n. 9, p. 1731-1745.
- 12 Icict-Fiocruz. **Sispap Idoso** - Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Rio de Janeiro, 2011.
- 13 Lima, M. L. C. de et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva.** 2010, v. 5, n. 6, p. 2677-2686.
- 14 Assis, M. Et Al. Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. **Interface Comunicação, Saúde e Educação.** 2009, v. 13, n. 29, p. 367-382.
- 15 Sartor, V. B.; Freitas, S. F. T. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS. **Rev. Saúde Pública.** 2014, v. 48, n. 5, p. 827-836.
- 16 Rabetti, A. C.; Freitas, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública.** 2011, v. 45, n. 2, p. 258-268.

17 PROESF. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Santa Catarina, 2012.

18 Natal, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet.** 2010, v. 18, n. 4, p. 560-571.

19 Leviton, L. C. et al. Teaching evaluation using evaluability assesment. **Evaluation.** 1998, v. 4, p. 389-409.

20 Onocko-Campos et al. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** 2010, v. 10, n. 1, p. 221-241.

21 Akintobi, T. H. et al. Using Evaluability Assessment and Evaluation Capacity -building to Strengthen Community-based Prevention Initiatives. **J Health Care Poor Underserved.** 2012, v. 23, n. 20, p. 33-48.

22 Thurston, W. E.; Ramaliu, A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation.** 2005, v. 20, n. 2, p. 1-25.

23 Medina, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Salvador: Fundação Oswaldo Cruz / Universidade Federal da Bahia, 2005. v. 2, p. 41-63.

24 Presidência Da República. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988.

25 Bezerra et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da Política Participa SUS. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2012, v. 17, n. 4, p. 883-900.

26 Medeiros, P. F. P. et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2010, v. 10, n. 1, p. 209-217.

27 Albana B. R.; Basilio, M. C.; Neves, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Enfermagem Integrada.** 2010, v. 3, n. 2.

28 Figueredo, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2005, v. 10, n. 1, p. 105-109.

29 Gabriel, C. G. et al. Avaliação da gestão municipal do Programa Nacional de Alimentação Escolar nos maiores municípios de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** 2014, v. 30, n. 9, p. 2017-2023.

30 Nickel, D. A.; Caetano, J. C.; Calvo, M. C. M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr.** 2009, v. 9, n. 3, p. 373-379.

31 Scarati, D.; Calvo, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública.** 2012, v. 46, n. 3, p. 446-455.

32 Costa, F. F.; Calvo, M. C. Evaluation of the family health strategy implementation in Santa Catarina in 2004 and 2008. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2014, v. 17, n. 2, p. 557-570.

33 Schwartz, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva.** 2010, v. 15, n. 4, p. 2145-2154.

34 Alberti, G. F.; Espindola, R. B.; Carvalho, S. O. R. M. Qualificação Profissional do Enfermeiro da Atenção Primária no Cuidado com o Idoso. **Revista de Enfermagem.** 2014, v. 8, p. 2805-2810.

35 Ministério Da Fazenda. Capacitação e afastamento de servidores públicos da união: distinção e aplicação combinada dos institutos jurídicos existentes. **Texto para discussão n° 14.** 2010.

36 Coelho, B. S. Avaliação da atenção em saúde bucal de Santa Catarina. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia. Florianópolis: UFSC, 2012.

37 ABNT NBR 9050. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** 2004.

38 Oliveira Cunha, M. V.; Costa, A. D. Ergonomic aspects to be considered in planning public spaces destined for elderly people. **Work.** 2012, v. 41, n. 1, p. 3827-3833.

39 Schmitt Júnior, A. A.; Lindner, S.; De Santa Helena, E. T. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2013, v. 59, ed. 6, p. 614-621.

40 Tretell, D. B.; Lopes, L. Direitos dos idosos nas relações de consumo. In: **Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC.** 2007.

41 Sant'ana, J. M. P. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica** [online]. 2011, v. 29, n. 2, p. 138-144.

- 42 Ministério Da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- 43 Carvalho, M. F. et al. Características da utilização de medicamentos na população brasileira. **Cad. Saúde Pública**. 2005, v. 21, p. S100-S108.
- 44 Malta D. C.; Merhy, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. 2010, v. 14, n. 34, p. 593-605.
- 45 Baratieri, T.; Marcon, S.S. Longitudinalidade no Trabalho do Enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**. 2012, v. 21, n. 3, p. 549-57.
- 46 Ministério Da Saúde. Portaria nº 963/2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.
- 47 Silva K. L.; Rodrigues A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, v. 63, n. 5, p. 762-769.
- 48 Lacerda, J. T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012, v. 17, n. 4, p. 851-859.
- 49 Cotta, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis** [online]. 2011, v. 21, n. 3, p. 1121-1138.
- 50 Wendhausen, Á. L. P.; Barbosa, T. M.; Borba, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Saúde soc.** [online]. 2006, v. 15, n. 3, p. 131-144.
- 51 Gautério, D. P. et al. Ações Educativas do Enfermeiro para a Pessoa Idosa: Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm.** 2013, v. 21, esp. 2, p. 824-828.
- 52 Bos, A. J. G; Miranda, A. R. Cobertura vacinal está relacionada à menor mortalidade por doenças respiratórias. **Ciênc. saúde coletiva**. 2013, v. 18, n. 5, p. 1459-1462.
- 53 Santos, D. N. et al. A percepção do idoso sobre a vacina contra influenza. **Enfermagem em Foco**. 2011, v. 2, n. 2, p. 112-115.
- 54 Guillen, F. O. et al. Imunização de Idosos Contra Influenza: Análise do Impacto da Cobertura Vacinal Sobre a Morbimortalidade por

Pneumonia no Município de Maringá (2004-2008). **VI EPCC CESUMAR**. 2009.

55 Agência Nacional De Saúde Complementar – ANS. **Resolução Normativa n° 259/2011**.

56 Ministério Da Saúde. Portaria Interministerial MS/MPAS n° 5.153/1999 - **Programa Nacional de Cuidadores de Idosos**.

57 Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

58 Nascimento, R. G. et al. Fisioterapia gerontológica na atenção primária à saúde: uma experiência na região norte. **Rev. Ciências & Saúde**. 2013, v. 6, n. 3, p. 222-228.

ARTIGO 2-**Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção a saúde do idoso.**

Keila Cristina Rausch Pereira*

Josimari Telino de Lacerda**

Sonia Natal**

*Doutoranda do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva UFSC

**Professora Doutora do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva UFSC

Resumo: O processo de envelhecimento fragiliza o indivíduo e compromete sua independência e a autonomia. A atenção à saúde do idoso deve assegurar a recuperação da saúde e a manutenção da autonomia conforme assegurado no Estatuto do Idoso e nas políticas que orientam o SUS. Esta pesquisa teve como objetivo, avaliar a atenção à saúde do idoso sob responsabilidade da gestão municipal. Trata-se de um estudo de casos múltiplos em municípios catarinenses. A avaliação foi orientada por um modelo avaliativo validado entre especialistas de gestão e avaliação, com dezesseis indicadores que analisam aspectos políticos-organizacionais e técnico-operacionais. A atenção ao idoso foi considerada regular em todos os cinco casos analisados. As ações de promoção e prevenção foram identificadas como as melhores e o maior desafio está nos processos de articulação intra e intersetorial necessários para atenção à saúde do idoso.

Descritores: Atenção à saúde; Avaliação; Idoso.

Abstrat: The aging process weakens the individual and undermines their independence and autonomy. The health care for the elderly should ensure the recovery of the health and maintenance of autonomy as guaranteed in the Elderly and the policies that guide the SUS. This research aimed to evaluate the health care of the elderly. It is a study of multiple cases in Santa Catarina municipalities. The evaluation was guided by an evaluation model validated between management and assessment specialists, with sixteen indicators that analyze political-organizational, technical and operational aspects. The elderly care was considered regular in all five cases examined. The promotion and prevention were identified as the best and the biggest challenge is in the process of intra and inter-agency coordination needed for health care for

the elderly.

Keywords: health care; evaluation; elderly.

Introdução:

O envelhecimento é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos¹. O desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que elas redescubram possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, apesar das progressivas limitações inerentes ao processo.

Neste contexto, as ações para atenção à saúde do idoso devem pautar-se na otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Para tanto, necessitam de políticas públicas que promovam a independência ou a redução do risco de vulnerabilidade em todas as instâncias da sociedade. Tais ações contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho na qualidade de vida e saúde².

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI)³ saúde é traduzida como capacidade funcional. Para a política, capacidade funcional é composta por: **Autonomia**, capacidade de gerir a própria vida e de tomar decisões, e **Independência**, capacidade de realizar atividades cotidianas sem auxílio. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas nas ações direcionadas à pessoa idosa. A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função de toda a equipe de saúde, em todos os níveis⁴. O Estatuto do Idoso (EI) em conjunto com a PNSI asseguram ao idoso uma atenção à saúde de forma integral e em todos os níveis de atenção. A atenção deve ser de tal maneira que garanta a autonomia e independência através de serviços organizados e qualificados de responsabilidade do gestor municipal. É responsabilidade do gestor municipal garantir acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis. Para tal é preciso garantir profissionais e infra estrutura em quantidade e qualidade suficientes bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade. A atenção à saúde do idoso deve ser oferecida de maneira que contemple todas suas necessidades de saúde e a manutenção de sua autonomia no tempo certo e da maneira correta³.

Este estudo avaliou a capacidade da gestão municipal em prover uma atenção à saúde do idoso, referenciado pelos pressupostos das políticas de saúde que abordam o envelhecimento e Estatuto do Idoso (EI)⁵.

Metodologia:

Estudo de casos múltiplos desenvolvido em cinco municípios catarinenses, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como objeto de avaliação as ações da gestão municipal na atenção à saúde do idoso.

A seleção dos casos pautou-se na análise de 05 indicadores utilizados no estudos NEPAS, 12 indicadores do estudo SISAP e 05 do estudo SES/SC, que abordavam aspectos de atenção ao idoso e incluíram todos os municípios catarinenses, disponíveis em <http://nepas.ufsc.br/>; <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br> e <http://portales.saude.sc.gov.br> respectivamente. Para a análise os municípios foram agrupados segundo o porte populacional considerando cinco escalas: Porte 1 (menos de 10.000 habitantes; n=170 municípios); Porte 2 (10.001 a 25.000 habitantes; n=71 municípios); Porte 3 (25.001 a 50.000 habitantes; n=23 municípios); Porte 4 (50.001 a 100.000 habitantes; n=14 municípios) e Porte 5 (acima de 100.000 habitantes; n=11 municípios). Os casos selecionados foram os municípios com melhores resultados em cada um dos cinco estratos de porte populacional. Participaram do estudo os municípios selecionados inicialmente, exceto o do porte 5, que não aceitou por motivos operacionais, sendo substituído pelo segundo município de melhor resultado.

O Modelo Avaliativo (MA) foi orientado por marcos teóricos e legais da atenção ao idoso de responsabilidade do gestor municipal^{3,5,6}. Trata-se do produto de um estudo de avaliabilidade (EA) cujos elementos avaliativos foram validados e sua aplicabilidade testada em estudo piloto realizado anteriormente. É composto por duas dimensões Política organizacional (PO) e Técnico operacional (TO) desagregadas em 6 subdimensões e 16 indicadores distribuídos nas subdimensões (Quadro1).

Quadro 1: Elementos da Matriz de análise e Julgamento nas dimensões da Gestão da Atenção a saúde do Idoso

Dimensão	Sub Dimensão	Indicadores	Medida	Fonte	Parametro
Político Organizacional	Recursos Humanos	Suficiência da AB	Taxa de Cobertura da ESF	DS-SIAB/IBGE	>70%= Suficiente; 50 a 70% = Regular; <70% =insuficiente;
			Composição da Equipe	ET	Composição das equipes; equipe minima= Regular; Equipe expandida= Bom; Sem equipe completa=Ruim
			Percepção quanto à suficiencia de RH	ET	Percepção positiva=Bom
		Qualificação AB	Incentivo para a qualificação	ET	Ter incentivos sem ônus para o profissional =Bom
		Atenção Especializada	Serviço de geriatria/gerontologia	ET	Proprio ou conveniado a uma distancia minima de 50km do municipio é = Bom; distancia superior a 50km de distancia= Regular; se não tem referencia =Ruim
			Percepção	ET	Percepção boa do uso da especialidade= Bom
	Infra Estrutura	Adequação da Estrutura Física	Percentual de UBS com condições de acessibilidade ao idoso	OD	Tem que ter Rampas de acessos, corrimãos, BWC adaptados= Bom
				OD	
		Continuidade dos Insumos	Disponibilidade Medicamentos de uso contínuo	ET	Nao pode faltar nenhum dia 100% = Bom
				Disponibilidade Medicamentos auxiliares	ET
	Condição de Mobilidade da equipe	Percentual de UBS com veiculo para processo de trabalho das equipes pelo menos uma vez por semana	ET	100% UBS pelo menos um periodo por semana =Bom , 99% a 70% das UBS=Regular, <70%= Ruim	
	Articulação	Atuação Intersetorial	Representante do setor Planejamento e/ou Infraestrutura Urbana no CMS	ET	Presença =Bom
			Ações intersetoriais envolvendo as areas do planejamento e/ou infraestrutura urbana	ET	Ações intersetoriais envolvendo as areas do planejamento e/ou infraestrutura urbana =Bom
			Protocolo de vigilancia elaborado pela secretaria, discutido e pactuado com outras instancias	OD	Presença de um protocolo pactuado= Bom
		Controle Social	Representação do idoso no CMS	AD	Ter representante= Bom
	Frequencia de abordagem ao tema envelhecimento		AD	Ter falado pelo menos 1 vez ao ano= Bom	

Dimensão	Sub Dimensão	Indicadores	Medida	Fonte	Parametro	
Técnico Operacional	Promoção e Prevenção	Educação em Saúde	Existencia grupos de convivencia com reuniões periodicas	AD	Ter grupo com frequencia pelo menos 1 vez ao mes= Bom	
			Oferta de cursos para a população com tematicas do interesse ao idoso	ET	Ter curso com frequencia 1 vez ao ano= Bom	
		Cobertura Vacinal	Taxa de idosos imunizados contra a influenza no ultimo ano	DS- SI-PNI/IBGE	≥80% =Bom	
	Diagnóstico e Tratamento	Agilidade ao diagnóstico de especilaits	Tempo de espera para consulta em Cardiologia e Neurologia	ET	CARDIOLOGIA não pode passar de 15 dias= Bom	
				ET	Neurologista não pode passar de 30 dias= Bom	
			Mecanismo para redução do tempo de espera	ET	Ter mecanismo para reduzir a espera = Bom	
		Adequação do tratamento	Taxa da população cadastrada e com carteira do idoso	OD/AD/IBGE	Ter Cadastro 100% a 80% Bom; 79% a 50% Regular; >50% Ruim	
			Disponibilidade de Protocolo qualificado de atenção	OD/ ET/AD	Ter Protocolo pactuado e disponivel = Bom	
		Resolibilidade da Atenção Básica	Redução internações por CSAB nos idosos acima de 70 anos no decenio	DS- SIH	Tendencia de redução estatisticamente significativa no decenio= Bom	
		Manutenção e Reabilitação	Monitoramento	Disponibilidade de instrumentos de avaliação funcional pactuados com a equipe	OD/ET/AD	Ter instrumento de avaliação= Bom
					ET	Pactuado (pra fins de uso)= Bom
	Qualidade do cuidado		Oferta periodica de cursos de capacitação/formação de cuidadores	ET/AD	Ter capacitação= Bom	
				OD/ET	Pelo menos a cada 2 anos = Bom	
	Acesso a serviços de manutenção e reabilitação	Disponibilidade de próteses dentárias totais	OD	Serviço de proteses = Bom		
			OD?ET	Ter o serviço de fisioterapia= Bom		
		Acesso tempestivo a serviço de fisioterapia	ET	Tempo de espera menor que 10 dias= Bom		

DS
ET
OD
AD

Dados secundários
Entrevista
Observação Direta
Análise Documental

Fonte: Elaborado pela autora

Os procedimentos utilizados para coleta dos dados primários incluíram entrevista, visita para observação direta e, para dados secundários, coleta em relatórios e atas dos Conselhos Municipais de Saúde e sites DATASUS e IBGE.

As entrevistas foram gravadas e realizadas com o secretário municipal da saúde ou uma pessoa indicada por ele e um representante de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), orientadas por um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente testado e validado em estudo piloto. Estas entrevistas foram transcritas em sua íntegra e as informações inseridas em planilha eletrônica, assim como os dados coletados para na análise documental, dados quantitativos e observação direta. Através da análise de conteúdo efetuou-se a decomposição e agregação das informações, orientada pelas categorias estabelecidas pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). A análise dos dados secundários foi igualmente orientada pela MAJ. Nos casos em que a aferição dos indicadores estava orientada por diferentes fontes de coleta e na possibilidade da discordância das informações, a observação direta orientou a decisão final.

A análise dos indicadores foi orientada pelos parâmetros normativos e revisão de literatura científica, pactuados em oficinas de consenso com expert na área de avaliação, geriatria/gerontologia e gestão.

A agregação dos elementos avaliativos seguiu os critérios estabelecidos de modo a permitir o ajuizamento de cada um deles, possibilitando identificação de ponto de fragilidades e fortalezas (Quadro 2). Os critérios foram os seguintes: **na agregação de 3 elementos avaliativos:** i) “*bom*” quando mais de 50% dos elementos avaliados como “*bom*” e nenhum como “*ruim*”; ii) “*ruim*” quando 50% ou mais elementos avaliados como “*ruim*” e nenhum como “*bom*” e; iii) “*regular*” nas demais situações; **na agregação de 2 elementos:** i) “*bom*” quando um elemento avaliado como “*bom*” e nenhum “*ruim*”; ii) “*ruim*” quando um elemento avaliado como “*ruim*” e nenhum “*bom*”; iii) “*regular*” para as outras situações. No sucessivo processo de agregação foram atribuídos os escores 0, 1 e 3 para a classificação “*ruim*,” “*regular*” e “*bom*”, respectivamente.

Quadro 2: Forma de Agregação e Juízos de Valores

DIMENSAO	SUB DIMENSAO	INDICADOR	MEDIDA	Escores das medidas	Resultado dos indicadores	Resultado da subdimensão	Resultado da dimensão	RESULTADO
POLITICO OPERACIONAL	RECURSOS HUMANOS	Suficiencia da AB	Taxa de cobertura da AB Composição da equipe Percepção da suficiência	(3); (1); (0) (3); (1); (0) (3); (0)	9 a 7= BOM; 6 a 2= REGULAR; 0 a 1=RUIIM	9 a 7 = BOM; 6 a 4 = REGULAR; 0 a 3 = RUIIM	9 a 7 = BOM; 6 a 3 = REGULAR; 2 a 0 = RUIIM	9 a 7 = BOM; 6 a 3 REGULAR; 2 a 0= RUIIM
		Qualificação da Equipe	Ter/Indicar curso para qualificar a Equipe Dispensar para qualificação sem onus	(3); (0) (3); (0)	≥ 4 =BOM ; 3=REGULAR; < 3 =RUIIM			
		Atenção Especializada	Ter acesso a serviços de geriatria/gerontologia Distancia segura do serviço Percepção do uso do serviço	(3); (0) (3); (1); (0) (3); (0)	9 a 7 = BOM; 6 a 3=REGULAR; 0 a 2 =RUIIM			
	INFRA ESTRUTURA	Adequação da Estrutura Física	100% das UBS com acessibilidade interna 100% das UBS com entorno seguro	(3); (0) (3); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIIM	9 a 7 = BOM; 6 a 4 = REGULAR; 0 a 3 = RUIIM		
		Continuidade dos insumos	Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo Disponibilidade de medicamentos auxiliares Mecanismo de correção da falta	(5); (0) (5); (0) (3); (0)	> 10= BOM; 10 a 3=Regular 0 a 2= RUIIM			
		Condição de mobilidade da Equipe	100% das UBS com carro disponível Atendimento domiciliar estruturado	(3); (0) (3); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIIM			
	ARTICULAÇÃO	Atuação Inter Setorial	Ter representante do setor de Planejamento e/ou Infra Estrutura no CMS Ações interstórias do planejamento e/ou infra estrutura Protocolo pactuado de vigilância à violência	(3); (0) (3); (0) (3); (0)	9 a 7 = BOM; 6 a 3=REGULAR; 0 a 2 =RUIIM	6 a 4= BOM; 3 a 2= REGULAR; 0 a 1= RUIIM		
		Controle Social	Ter idoso ou representante de idosos na composição do CMS Reunião no CMS pelo menos 1 X ao ano com o tema Envelhecimento	(3); (0) (3); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIIM			

DIMENSAO	SUB DIMENSAO	INDICADOR	MEDIDA	Escores das medidas	Resultado dos indicadores	Resultado da subdimensão	Resultado da dimensão	RESULTADO
TECNICO OPERACIONAL	PROMOCAO E PREVENCAO	Educação em saúde	Existencia grupos de convivencia com reunioes periodicas Oferta de cursos para a população com tematicas do interesse ao idoso	(3); (1); (0) (3); (1); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIM	6 a 4= BOM; 3 a 2= REGULAR; 0 a 1= RUIM	9 a 7 = BOM; 6 a 3 = REGULAR ; 2 a 0 = RUIM	9 a 7 = BOM; 6 a 3 REGULAR; 2 a 0= RUIM
		Cobertura Vacinal	Taxa de cobertura vacial contra a Influenza	(3); (1); (0)	3= BOM; 1=REGULAR; 0=RUIM			
	DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	Agilidade no diagnóstico de especilaista	Tempo de espera para consulta no Cardiologista	(3); (0)	9 a 7 = BOM; 6 a 3=REGULAR; 0 a 2 =RUIM	9 a 7 = BOM; 6 a 4 = REGULAR; 0 a 3 = RUIM		
			Tempo de espera para aconsulta no Neurologista	(3); (0)				
			Ter mecanismo para reduçnao do tempo de espera	(3); (0)				
	Adequação do Tratamento	Cadastro de idosos e distribuição da carteirinha do idoso	(3); (1); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIM				
		Disponibilidade de Protocolo qualificado de atenção	(3); (0)	< 3 =RUIM				
	Resolubilidade da AB	Redução das internações por CSAB nos idosos até 70 anos no decênio	(3); (0)	3= BOM; 0=RUIM				
	MANUTENCAO E REABILITACAO	Monitoramento	Disponibilidade de instrumentos de avaliação funcional	(3); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIM	9 a 7 = BOM; 6 a 4 = REGULAR; 0 a 3 = RUIM		
			Disponibilidade de instrumentos pactuados com a equipe	(3); (0)	< 3 =RUIM			
Qualidade do cuidado		Oferta de cursos para formação de cuidadores Oferta periodica de curso para formação de cuidadores	(3); (0) (3); (0)	≥ 4 =BOM; 3=REGULAR; < 3 =RUIM				
Acesso a serviços de manutenção e reabilitação	Disponibilidade de próteses dentárias totais Acesso ao serviço de fisioterapia Acesso tempestivo a fisioterapia	(3); (0) (3); (0) (3); (0)	9 a 7 = BOM; 6 a 3=REGULAR; 0 a 2 =RUIM					

3=Bom

1=Regular

0=Ruim

Fonte: Elaborado pela autora

Todos os indicadores e subdimensões foram consideradas com o mesmo peso. No julgamento final considerou-se a dimensão TO com peso 2. Esta dimensão expressa a organização dos serviços em busca de uma atenção adequada ao idoso. Sua valoração se deu pelo fato que a disponibilidade de serviços para o idoso tem um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional e é responsabilidade da ABS/APS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Unisul sob o parecer n° 668.705/ 2014 registrada na Plataforma Brasil sob número 30220713.8.0000.5369

Resultados

Caracterização dos casos

Santa Catarina, de acordo com o IBGE⁷, lidera o ranking nacional da taxa de idosos na população, e nos municípios selecionados o comportamento deste indicador mostra esta realidade. Em todos os municípios participantes, existe uma estruturação mínima dos serviços de saúde, quer na atenção primária como na atenção hospitalar. Destaca-se o Caso 1 que apresentou uma maior proporção de idosos e apresentou também uma relação ESF/população como recomendado, enquanto o Caso 5 apresentou o numero de ESF aquém do necessário. O Caso 2 apresentou a maior taxa de internação de idosos, e o Caso 4 a maior taxa de mortalidade de idosos. A qualidade da assistência aos idosos na ABS/APS calculada comparando as taxas de idosos internados por doenças sensíveis em relação ao atendimento ambulatorial nos dois últimos triênios, foi desfavorável no Caso 1. (Quadro 3).

Quadro3: Característica sócio demográficas dos municípios participantes.

	M1	M2	M3	M4	M5
Porte	1	2	3	4	5
População ¹	3.253	13.309	26.045	61.968	124.557
% idoso ¹	14%	9%	11%	8%	10%
N° UBS ¹	01	06	06	13	13
N° ESF ¹	01	06	05	11	14
N° Hospital ¹	01	01	01	11	07
IDH ¹	0.67	0.74	0.69	0.78	0.85
IDH longevidade ¹	0.84	0.88	0.82	0.87	0.89
Taxa de internação geral de idosos ²	922,6	2143,1	1109,2	1445,5	933,41
Taxa de mortalidade geral de	293,18	269,90	267,56	355,68	276,06

idosos²

Qualidade de assistência aos idosos na APS ³	0	0.3	0.3	0.3	0.3
---	---	-----	-----	-----	-----

Acesso da população idosa a APS na UBS ³	100	75	75	75	75
---	-----	----	----	----	----

Fonte: ¹IBGE Cidades; ²SISAP; ³NEPAS; *município

População e proporção estimada, Tx por 10000Hab

Nenhum Caso foi considerado “*bom*” quanto à gestão da atenção ao idoso e na análise de agregação por dimensão. A sub dimensão com melhor resultado foi “Promoção e Prevenção” (SUBPP) onde 2 Casos tiveram conceito “*bom*” (M2 e M5) e com pior resultado foi “Articulação” (SUBAR) com 3 casos (M1, M3 e M4) julgados como “*ruim*” (Quadro 4).

Quadro 4: Análise dos Casos estudados

Município	População (mil hab)	Dimensão Político Organizacional							Dimensão Técnico Operacional							% Bom nos casos		
		Recurso Humanos			Infra Estrutura			Articulação		Promoção e Prevenção		Diagnóstico e Tratamento			Manutenção e Reabilitação			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16
M1	Até 10																	19,0
M2	10 a 25																	37,0
M3	25 a 50																	19,0
M4	50 a 100																	31,0
M5	Mais de 100																	37,0
% Bom		0	20	40	0	0	80	0	20	40	80	0	20	80	20	20	40	
JUIZO FINAL																		
Município	Político Organizacional (PO)			Técnico Operacional (TO)			Dimensão		TOTAL									
	RH	IE	AR	PP	DT	MR	PO	TO										
M1																		
M2																		
M3																		
M4																		
M5																		
LEGENDA - INDICADORES																		
Político Organizacional (PO)									Técnico Operacional (TO)									
1	Suficiência da AB								9	Educação em Saúde								
2	Qualificação da AB								10	Cobertura Vacinal								
3	Atenção Especializada								11	Agilidade ao Diagnóstico de Especialista								
4	Adequação da Estrutura Física								12	Adequação do Tratamento								
5	Continuidade dos Insumos								13	Resolubilidade da AB								
6	Condição de Mobilidade da equipe								14	Monitoramento								
7	Atuação Intersetorial								15	Qualidade do Cuidado								
8	Controle Social								16	Acesso a Serviços de Manutenção e Reabilitação								



 Ruim

 Regular

 Bom

Fonte: Elaborado pela autora

Os casos foram analisados em cada um dos indicadores (Quadro 4). Do conjunto dos 16 indicadores analisados o percentual máximo de resultados positivos (classificação “*bom*”) foi 37,0%, alcançado por dois casos (M2 e M5), que coincidentemente, também foram os que apresentaram a menor quantidade de indicadores avaliados como “*ruim*”. Um caso (M3) apresentou o maior número de resultados negativos, nove indicadores.

Os indicadores com melhores resultados foram “Condições de Mobilidade da Equipe” e “Cobertura Vacinal” com quatro casos apresentando a melhor classificação. Em segundo lugar, o indicador “Resolubilidade da Atenção Básica” que apesar de igual número de casos com resultado positivo, M3 apresentou classificação “*ruim*”. Em cinco indicadores (I1-Suficiência da AB/APS, I4-Adequação da estrutura física, I5- Continuidade dos insumos, I7- Atuação intersectorial e I11- Agilidade ao diagnóstico e tratamento) nenhum caso foi classificado como “*bom*”, mas um deles, o que avaliava adequação de estrutura física (I4), obteve o maior número de municípios com resultado “*ruim*” (Quadro 4).

Dimensão Político Organizacional (PO)

A subdimensão “Recursos Humanos” (SUBRH) expressa o empenho da gestão na garantia de profissionais de saúde, em quantidade e qualificação para atuação na atenção básica e aporte de especialistas na atenção ao idoso. Todos os Casos foram classificados como “*regular*” no indicador “Suficiência da Atenção Básica-SUF”, que analisou cobertura populacional, composição da equipe e percepção. A percepção contribuiu para o resultado da avaliação uma vez que os casos M1, M2 e M5 apresentavam cobertura acima de 70%, conforme observa-se na resposta de um dos entrevistados:

“ Cobertura em porcentagem nos temos, mas não é suficiente, a gente organiza pros que tem mais dificuldades, a gente tem uma rotina de visitas, as quintas feiras a tarde, a gente distribui ao longo do mês só pra esses, e aí então a gente consegue passar a visita em todos eles...mas tem que torcer para um idoso não complicar...”(E1).

O incentivo para qualificação sem ônus para o profissional orientou a análise do indicador “Qualificação da Atenção Básica-QAB”. Apenas o Caso M5 cumpriu integralmente essa condição e, a dispensa para participação em cursos ocorre, mas em geral, com exigência de reposição, “(...)... *é dispensando, mas não vale a pena, pois tem que dar conta do serviço, repor as horas...*”(E7)

O indicador “Atenção Especializada–AE” obteve maior número de Casos avaliados como “*bom*”, na SUBRH, pois possuíam serviços especializados com distância inferior à 50KM do município e a percepção dos entrevistados era de que atendiam às necessidades. A distância foi agregada na análise especialmente pelas características da população estudada e referendada por alguns entrevistados, conforme observa E5: “*...se precisar a gente até leva para outro município através do TFD (Transporte Fora do Domicílio), mas eles (idosos) voltam muito esgotados, as vezes nem compensa...eles não aguentam a distancia...*”.

A subdimensão “Infra Estrutura” (SUBIE) reflete as responsabilidades da gestão municipal em assegurar ao idoso a acessibilidade e continuidade da atenção de saúde, não importando o nível de independência. Nesta subdimensão, o destaque foi o Caso M4, classificado como “*ruim*”. No indicador “Adequação das Estruturas Físicas-AEF”, os 4 casos M2, M3, M4 e M5 foram avaliados como “*ruim*”, pois suas unidades e/ou seus entornos não propiciavam um acesso seguro ao idoso, colocando-os em risco, como expressa a fala de um entrevistado: “*...o idoso veio aqui na UBS para tomar a vacina, estava bem, só queria a vacina, e daí.....com este estacionamento cheio de pedrinha solta, onde a gente escorrega...ele caiu e acabou saindo daqui numa ambulância com fratura, isto não é certo...*”(E8).

O indicador “Disponibilidade ininterrupta de medicamentos-DIM” está condicionado as medidas Disponibilidade de medicamentos de uso contínuo e uso auxiliar, pois a falta no tempo superior ao estabelecido no parâmetro pode comprometer a terapêutica e complicar o tratamento do idoso. Os casos M2, M3 e M4 tiveram avaliação “*ruim*” e nenhum foi classificado como “*bom*”. No indicador “Condição de mobilidade da equipe -CME”, que garante o deslocamento da equipe até o idoso, os casos M1, M2, M3 e M5 foram avaliados como “*bom*”.

A subdimensão “Articulação” (SUBAR) é expressa por 2 indicadores “Atuação Intersetorial -AIS” e “Controle social- CS” que expressam as ações conjuntas ou mesmo a sensibilização dos setores considerados essenciais para os aspectos que incidam sobre a saúde do idoso, e a representatividade dos idosos nas instâncias deliberativas. Os casos M1, M3 e M4 obtiveram as piores avaliação que se traduzem no discurso do entrevistado: “*a gente tem um protocolo que o Ministério Público (MP) mandou sob maus tratos, mas é impossível aplicar, é extenso, inútil. O MP parece que é contra gente. Outro dia o MP mandou a gente ir ver os casos de maus tratos, com policia e tudo. Dai nossas agentes vão, por ordem da justiça e depois são perseguidas, sem apoio algum e o*

idoso fica lá desprotegido porque a gente não pode mais ir lá....a gente devia se falar antes de agir”...“ Conselho municipal.....a gente não tem faz tempo. Aqui no município, o jurídico diz que que somos PSF, e que isto pode acabar, não precisa, daí eles não se organizam...” (E5)

Dimensão Técnico Operacional (TO)

O gestor deve garantir ações que promovam o envelhecimento saudável, previnam a perda de capacidade funcional e reduza as morbidades. A subdimensão “Promoção e prevenção” (SUBPP) foi a subdimensão com melhor avaliação, 2 casos foram avaliados como “*bom*”. No entanto, para o indicador “Educação em saúde –ES” que reflete as oportunidades educativas através de grupos e/ou cursos de atividades informativas sobre o envelhecimento, os casos M1, M3 e M4 foram avaliados como “*ruim*”. No indicador “cobertura vacinal- CV” contra influenza, que expressa o empenho da gestão nas ações de prevenção, nenhum município obteve avaliação “*ruim*”, como se verifica na fala do entrevistado . “ *A gente fazia uma festa quando tinha campanha de vacina para idoso, agora eles já entenderam que é importante, não querem nem ter uma gripezinha....mas a gente vacina no sábado, a noite e vai até na casa do idoso, tudo isto pra facilitar a vida dele..”*(E2)

O tempo para o diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção é uma preocupação para a saúde do idoso, assim o acesso preferencial do idoso deve ser uma preocupação do gestor. Agilidade nesta avaliação está refletida pelo tempo de espera do idoso para a consulta ao cardiologista, agravo de maior prevalência nesta população, que não deve ser superior a 15 dias e ao neurologista, agravo que compromete a autonomia, que não deve ultrapassar a 30 dias. Nenhum caso foi avaliado como “*bom*”. Um tratamento adequado está na dependência, do conhecimento da gestão dos seus idoso através do cadastramento e por instrumentos pactuados e disponíveis usados na atenção ao idoso, e somente o Caso M4 foi avaliado como “*bom*” neste indicador. A participação da equipe nas decisões dos protocolos sinaliza para o uso do instrumento, como mostra a fala do entrevistado: “ *a gente sabe que tem muitos protocolos de avaliação funcional, o geriatra falou,...nunca discutimos.... mas a gente não usa, e não sei porque...”* (E6).

A “Resolubilidade da Atenção Básica –RAB”, terceiro indicador da subdimensão “Diagnostico e tratamento” (SUBDT) foi calculado através de dados secundários do DATASUS no decênio verificando a redução das internações de idosos por Causas Sensíveis a Atenção Básica-CSAB, 4 casos reduziram suas internações classificando-se como “*bom*”.

A subdimensão “Monitoramento e reabilitação” (SUBMR) reflete as ações que asseguram a funcionalidade e autonomia nos aspectos das ações cotidianas do idoso. A capacidade funcional do idoso deve ser monitorada através de protocolos discutidos, pactuados e uteis nas unidades, mas os casos M1, M3 e M4 não faziam uso deste recurso. A qualidade do cuidado está em cuidados diários e contínuos dispensados ao idoso, mas para isto é necessário que exista qualificação do cuidador, e somente o Caso M4 foi avaliado como “*bom*”. Ofertas de próteses dentárias e serviços de fisioterapia expressam o acesso a serviços de manutenção e reabilitação pelo idoso, onde 2 casos (M2 e M3) foram avaliados como “*bom*”.

Nenhum município obteve 50% dos indicadores qualificado como “*bom*”. Os casos M1 e M3 obtiveram apenas 19% dos indicadores classificados como “*bom*”. Os casos M2 e M5 foram os melhores avaliados e em ambos os casos, a concentração de indicadores com uma boa avaliação foi na dimensão TO.

Discussão

Na análise da MAJ, a dimensão Técnico Operacional (TO) foi considerada de maior peso. Esta dimensão expressa a organização dos serviços em busca de uma atenção adequada ao idoso. Sua valoração se deu pelo fato que a disponibilidade de serviços para o idoso tem um papel fundamental na manutenção da capacidade funcional e é responsabilidade da ABS/APS^{6,8}. Nenhum caso obteve uma boa avaliação nesta dimensão, o que remete a reflexão de que a oferta dos serviços ainda não consegue ser suficiente para a manutenção da capacidade funcional, elemento balizador da qualidade de vida do idoso pelo forte impacto na saúde⁹. Este maior peso da dimensão contribuiu para que Casos como M4 e M5 apesar de serem avaliados como “*ruim*” na dimensão Politico Organizacional (PO), tivessem uma avaliação “*regular*” no total geral. A dimensão PO expressa as ações de responsabilidade do gestor municipal para garantir aos idosos acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis. Nesta análise, cabe refletir que mesmo fazendo parte das ações estratégicas do Pacto pela Vida⁶, nenhum caso alcançou a classificação “*bom*”. Isso demonstra que ainda não estão assegurados elementos essenciais como profissionais e infra estrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e com a própria comunidade no que se refere a atenção ao idoso.

A avaliação deve ser um instrumento de gestão e não um mecanismo punitivo organizacional. A consolidação do processo avaliativo subsidia o planejamento, auxilia na tomada de decisões e na formação dos sujeitos envolvidos nesses processos¹⁰. Nesta avaliação, foi possível verificar as ações da gestão municipal na atenção ao idoso nos aspectos gerais pela agregação das dimensões, e quando desagregados, as subdimensões e os indicadores identificaram pontos frágeis da gestão em relação à atenção ao idoso. Desta maneira, é possível localizar as deficiências para modifica-las ou então subsidiar decisões para melhoria da atenção. As considerações que seguem pontuam as fragilidades e/ou fortalecimento da gestão na atenção ao idoso. É necessário que o gestor assegure um RH em quantidade e qualidade para as necessidades de saúde do idoso. A ABS/APS precisa estruturar-se para ser ordenadora do cuidado, baseada nas reais necessidades da população¹¹. O processo de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade¹². A ABS/APS deve preparar-se para as demandas crônicas que significarão uma atenção de longo prazo, de prognóstico incerto e de um cuidado que não vislumbra a cura^{13,14}. No entanto, observar somente a capacidade da oferta não reflete a real necessidade da população que utiliza os serviços. Qualificando a cobertura, a percepção da sua suficiência foi observada neste estudo, pois, mesmo que sejam mantidas as proporções de recursos humanos e assegurada a composição da equipe, sua resolubilidade extrapola esta relação¹⁵. Parâmetros fixos precisam ser contextualizados como é o caso do M1, M2 e M3 que possuem uma boa cobertura da ABS/APS e com equipes com formação ampliadas, mas a percepção da equipe é negativa quanto à suficiência para uma boa atenção frente às condições inerentes ao idoso. Ainda acerca do RH, a qualificação da ABS/APS se processa por estratégias de aperfeiçoamento dos profissionais. Mecanismos que possibilitem a qualificação em geriatria/gerontologia e a liberação sem ônus ao profissional, são potencializadores do desenvolvimento dos cuidados ao idoso no enfrentamento das dificuldades do envelhecimento¹⁶. Dos cinco casos analisados, três não ofertavam cursos de aprimoramento profissional, mas estimulavam suas equipes com liberação sem ônus ao profissional. Compondo a análise dessa subdimensão o indicador atenção especializada traduz o acesso a serviços especializados ao idoso através da ABS/APS¹⁷. A ABS/APS tem um limite no que refere a atenção especializada, e o Serviço de Saúde do município também pode ter deficiência quando a esta atenção diferenciada, porém mecanismos como o Programação Pactuada e

Integrada da Assistência à Saúde (PPI)¹⁸ podem suprir tal deficiência quando bem articulados. No caso do idoso, uma distancia superior a 50Km torna-se um obstáculo ao acesso. Os Casos M1 e M3 possuem referencias estabelecidas na PPI mas a uma distancia que para o idoso não contribui para sua saúde, ficando o serviço muitas vezes subutilizado. Distancias muito longas expõe o idoso a um desgaste que pode não ser compensatório para sua saúde. Para o desenvolvimento das ações da atenção ao idoso, os espaços devem apresentar infra estrutura adequada ao atendimento da população idosa. As UBS precisam de uma arquitetura que garanta acesso e seus entornos devem ser seguros possibilitando a mobilidade, condições de acessibilidade necessárias as pessoas com reduzida locomobilidade¹⁹. É necessário revisar a normativa arquitetônica com a inclusão do entorno, pois a unidade somente se torna segura e acessível quando a chegada e manutenção dentro dela não provocar riscos a saúde²⁰. A gestão municipal deve assegurar ao idoso o acesso e continuidade a atenção à saúde, independente do seu nível de autonomia. Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas agudas e/ou crônicas. O acesso a medicamentos traduz o empenho do gestor em assegurar continuidade e resolubilidade do tratamento prescrito. A não interrupção de medicamentos expressa a preocupação da gestão em garantir condições para a continuidade da atenção ao idoso²¹. Wannmacher²² relata que assegurar o abastecimento e favorecer o acesso aos medicamentos depende de uma forte decisão politica.

É atribuição da gestão municipal possibilitar ações conjuntas ou mesmo sensibilizar os setores considerados essenciais para os aspectos que incidam sobre a saúde do idoso com destaque para mobilidade urbana e violência. A saúde do idoso não se limita a ações dentro da saúde, portanto elas devem ser pensadas e discutidas com os setores de interesse. Ações desarticuladas, individuais e isoladas acabam com um resultado comprometido^{23,24}. O Conselho Municipal de Saúde é a instância deliberativa da política de saúde local e deve garantir a representação dos interesses dos vários segmentos da população²⁵. A presença de representantes de entidades locais dedicadas ao Idoso, permite que seus complexos interesses sejam contemplados na definição das políticas públicas locais, mas neste estudo, observou-se que o idoso ainda não se faz representado nas instancias de decisão, na maioria dos casos.

O gestor deve garantir a realização de ações que promovam o envelhecimento saudável, previnam a perda de capacidade funcional e reduza as morbidades, síntese da subdimensão “Prevenção e promoção”.

As atividades educativas em saúde realizadas em reuniões de grupos e/ou cursos tem objetivo de estimular a situação de autonomia e independência do idoso a cada novo episódio de saúde, confirmado pelo estudo de Wichmann et al²⁶ onde as autoras mostraram o impacto positivo na saúde dos idosos que frequentam grupos/cursos. A vacinação contra influenza tem se mostrado uma importante ação de redução de morbidade contribuindo para a manutenção da capacidade funcional²⁷. As estratégias locais adotadas, independente do estímulo federal dispensado nas campanhas de vacinação, estão impactando no sentido positivo o idoso que já entende a importância da vacinação.

A subdimensão “Diagnóstico e tratamento” refere-se a garantia, em tempo hábil, do diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção assim como a preferência do acesso do idoso. Tais serviços devem atuar de maneira integrada para garantir a continuidade e acesso preferencial em todos os níveis de atenção. O processo de envelhecimento fragiliza o indivíduo que passa a necessitar de uma atenção prioritária em todos os níveis³. As cardiopatias acometem 87%²⁸ e os declínios cognitivos 36,5%²⁹ dos idosos. Considerando que as cardiopatias são mais prevalentes em idosos e podem comprometer a vida e a demência é uma ameaça eminente a autonomia, o tempo entre diagnóstico precoce e a consulta ao especialista traduz a agilidade do serviço. Uma forma de reduzir o tempo de espera e que reflete a preocupação da gestão é possuir estratégias para agilizar o tempo para a consulta.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência dos serviços e definem o modelo de atenção. A assistência clínica ao idoso deve ser permeada por um modelo de atenção que englobe a integralidade e a agilidade de decisão, baseado no impacto sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos³⁰. O uso de um instrumento simples, mas sensível ao diagnóstico precoce e que priorize os principais riscos que pairam sobre os idosos, possibilita a identificação dos idosos classificando pelo grau de dependência. O resultado deste instrumento serve para adequar o tratamento a situação complexa do idoso, mas somente um município (M4) faz uso desta estratégia. Está é uma situação preocupante pois a proposta da PNSI é construir uma atenção voltada a manutenção da autonomia e independência, e o Ministério da Saúde sugere e disponibiliza protocolos para uso na ABS/APS³⁰.

O processo de envelhecimento interfere no equilíbrio entre saúde e doença. Alguns idosos podem aumentar a fragilidade em algum momento, tornando-se inesperadamente vulneráveis física e funcionalmente. Os idosos frágeis apresentam-se suscetíveis a terem

doenças crônicas que limitam suas atividades cotidianas, apresentam alterações biológicas e diminuição da capacidade imunológica, assim como limitações vasculares, neurológicas e sensoriais. A avaliação funcional periódica do idoso permite acompanhar seu desempenho frente aos eventos de saúde e os resultados dos tratamentos intervindo precocemente na perda de sua funcionalidade³¹. Neste estudo observou-se que o monitoramento ainda não faz parte da prática dos Casos analisados. É necessário habilitar recursos humanos para cuidar do idoso, mas somente um município obteve boa avaliação. O cuidador do idoso passa a ser um aliado direto da equipe de saúde, e deve ser qualificado para desempenhar suas atividades. A falta de conhecimento adequado ao cuidado pode contribuir para agravamentos de saúde³².

A manutenção da saúde do idoso está na dependência de acesso a serviços que o reabilite a cada evento que atinja a sua vida. A alta prevalência de edentulismo nos idosos é herança de um modelo assistencial focado em práticas curativas e mutiladoras³³ e produz efeitos significativos na saúde e qualidade de vida, pois afetam a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam impactos estéticos importantes. Esses fatores atuam reduzindo o bem estar, provocando alterações psicológicas e funcionais. A oferta de próteses dentária está disponível no contexto da Política da Saúde Bucal. A gestão ao aderir expressa preocupação com o bem estar dos idosos. Ainda, a dependência funcional vem se destacando como um importante problema de saúde pública. A fisioterapia geriátrica tem como objetivo principal a independência do idoso para as tarefas básicas de atividade de vida diária, no anseio de minimizar as consequências do processo de senescência e senilidade³⁴ mas ela deve ocorrer no tempo correto, a espera para o idoso pode significar o comprometimento da independência.

Na análise individual, nenhum Caso obteve boa avaliação em mais de 50% dos indicadores. É uma situação preocupante mostrando que os municípios ainda não conseguiram se adequar a realidade do envelhecimento e suas complexidades. O despreparo parece ser de tal tamanho que um gestor afirma não querer envelhecer no município, sem estrutura e oportunidades. A sociedade e seus organismos precisam preparar-se para esta população que aumenta constantemente e demanda múltiplos serviços. É responsabilidade da gestão municipal dar condições de um envelhecimento bem sucedido aos seus munícipes, garantindo ações que promovam a dignidade do idoso³⁵.

Conclusão

A avaliação deve estar contextualizada, considerar as peculiaridades locais, que neste modelo está refletido nas medidas de percepção, nas ações de gestão quando relata seus mecanismos para superar as adversidades administrativas.

O objetivo da avaliação não é ser um mecanismo punitivo, mas sim uma ferramenta importante de gestão. Ela deve refletir os pontos fortes e fracos, e mostrar ao gestor de uma forma muito clara, os pontos de sua gestão que podem ser melhorados.

O EI junto com o PNSI ainda não são ferramentas balizadoras da atenção à saúde do idoso na qualidade esperada. Mecanismos legais existem, sua aplicabilidade é que precisa ser operacionalizada para podermos ter no país um envelhecimento com dignidade a que todos merecemos.

Referências

1. Santos CO, Cortina I. O impacto da evolução da Doença de Alzheimer para o cuidador familiar. **Rev Enferm UNISA**, 2011; 12(2): 128-32.
2. Organização Mundial da Saúde - OMS. Ageing. World Health Organization - WHO, 28 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/>>. Acesso em 25 de agosto de 2015
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM no 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.
4. MORAES, EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
5. Brasil, Presidência da República. Lei N^o 10.741/ 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências
6. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Acesso a Informações de cidades. <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 30 setembro de 2015.

8. Rodrigues, MAP. Uso de serviços básicos de saúde por idosos **Rev Saúde Pública**, 2009;43(4):604-12
9. Assis, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, 2005; 8 (1): 15-24
10. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde : um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad Saúde Publica** ,2014; 30(12): 2619- 2630
11. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica PNAB, 2012
12. MENDES EV . O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012
13. MENDES EV. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2010; 15 (5): 2297-2305
14. Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.
15. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, 2012; 28(7):1273-1284
16. Motta LB, Caldas CP, ASSIS M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008;13(4):1143-1151
17. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23(10):2490-2502
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
19. ABNT NBR 9050 Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos 2004.
20. Portugal MEG, Loyola EAT. Mobilidade Urbana Adequada Para Os Idosos: Uma Importante Questão de Saúde Pública. **Revista Gestão & Saúde**, 2014 ;10: 26-34.

21. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al . Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [Internet]. 2008 Feb [cited 2015 Oct 17] ; 24(2): 267-280. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>.
22. Wannmacher L. Importância dos Medicamentos Essenciais em prescrição e Gestão racionais. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
23. Cavalcante P, Carvalho RN, Medeiros KT. Intersetorialidade, políticas sociais e velhice no brasil: entre a falácia e a efetivação do direito social. **Rev Polemica**, 2012; 11 (4)
24. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; 12(2):363-372
25. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde - Resolução Nº 333, de 04 de novembro de 2003
26. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Melhora da saúde de idosos na convivência em grupos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2013; 16(4):821-832
27. YANO TK, TIYO R,. Eficácia da vacina contra influenza em idosos, e sua redução de morte e internamento. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research** 2013; 4 (2): 46-49
28. Wajngarten M, Rodrigues AG . Coração no idoso. In: Antonio Carlos Lopes. (Org.). Sistema de Educação Médica Continuada à Distância - PROCLIM - Programa de Atualização em Clínica Médica. 1 ed. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2008, 2: 9-46.
29. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2011; 14(1):109-121
30. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento . Serie Pactos pela Saúde 2006. V12, Brasília DF 2012.

31. Santana CS, Raymundo TM, Santana MP, Oliveira SD, Carril EVM, Marques PMA. Uso de equipamentos de monitoramento da saúde por idosos no ambiente doméstico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 13]; 17(2): 383-393.
32. Pereira KCR, Guimaraes FS, Alcauza MTR, Campos DA, Moretti-Pires RO. Percepção, Conhecimento e Habilidades de Cuidadores em Saúde Bucal de Idosos Acamados. **Sau. & Transf. Soc.**, 2014; 5, (3): 34.-41
33. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2011; 27 (10): 2041-2054
34. Ely JC, Fermino AF, Bassani GR, Oliveira HS, Walter J, Amaral SHE, Brito AA. Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. **RBCEH**, 2009 ; 6, (2): 293-297
35. NÉRI, A.L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **Terceira idade**, 2005; 16 (34): 7-24

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo de avaliar a Atenção à saúde do Idoso na perspectiva da gestão municipal. Foram identificados as ações para a atenção, nos seus aspectos estruturantes e técnicos. Obtiveram-se informações que permitiram analisar os aspectos da organização, estrutura, disponibilidade e adequação dos serviços disponíveis ao idoso.

Um desafio para o trabalho que pretende indicar um modelo de avaliação da atenção à saúde do idoso em diferentes contextos foi escolher as ações que melhor representem a Atenção, considerando que os aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, dentre outros, podem ser discrepantes entre os elementos avaliados e precisam ser compreendidos para garantir a demanda da população. A oficina de consenso, com a presença de *experts* na área, foi uma grande aliada no processo de garantir que as ações escolhidas pudessem representar os elementos avaliados em diferentes contextos.

O modelo desenvolvido é passível de aplicação em diferentes estados, uma vez que as ações de gestão estão sempre permeadas pela contextualização. Reconhece-se a existência de outros fatores que interferir nas decisões da gestão, que não foram objeto de análise neste estudo em sua plenitude. Essa proposta avaliativa possibilitou a reflexão sobre os aspectos que regem a organização das ações, direcionando o olhar sobre as deficiências e as potencialidades encontradas na gestão. A avaliação possibilitou conhecer as ações que são importantes para uma atenção adequada à saúde do idoso.

O resultado da avaliação mostrou que a atenção a saúde do idosos é ainda um desafio para a gestão municipal uma vez que nenhum município dos casos foi julgado como “bom”. Identificou-se que o ponto frágil da atenção está na dimensão Político organizacional, condição que envolve decisões coletivas, de inserção da sociedade. O envelhecimento precisa ser amplamente discutido com a sociedade.

A estratégia de coleta através de entrevista aproximou o olhar da pesquisadora sobre o objeto e possibilitou o envolvimento dos atores inseridos no processo. Isso mostrou que a avaliação despertou interesse e envolvimento dos atores ligado ao objeto de análise revelando seu lado pedagógico. O processo de aplicação também fez com que os profissionais refletissem sobre os serviços e sua contribuição para um envelhecimento saudável.

Esta modelo de avaliação permitiu identificar pontos que estão fortalecidos na gestão como a mobilidade da equipe. Mesmo em

condições adversas, o serviço está disponível ao idoso pois o acesso está garantido através da mobilidade. Também foi possível identificar que ações como as campanhas de vacinação contra a influenza foram positivas, observando como resultado a conscientização do idoso da importância da imunização. No entanto também foi possível identificar os pontos frágeis da gestão, como a falta de estrutura física e disponibilidades de medicamentos nas UBS para o idoso.

A contribuição desse trabalho está na aplicabilidade e viabilidade de se executar a avaliação, que identifica os pontos que os gestores devem melhorar suas ações em saúde voltadas à saúde do idoso. Ela pode ser uma forte aliada no planejamento pois detalha a gestão da atenção à saúde do idoso nos seus aspectos positivos e negativos.

REFERÊNCIAS

ALVES, JED. População, desenvolvimento e sustentabilidade. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 219-230, jan./jun. 2014

ASSIS, M; HARTZ, ZMA; PACHECO LC; VALLA VV. Avaliação do projeto de promoção da saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso : um estudo exploratório. Interface- Comunic.,Saude, Educ, v. 13, n. 29, p. 367-382, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Editora 70 Ltda, Portugal, 1997.

BERENSTEIN, CK; WAJNMAN, S. Efeitos da Estrutura Etária nos gastos com internação na saúde pública: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2301-2313, out, 2008

BEZERRA, LCA; ALVES,CKA; REIS, YAC; SAMICO, I; FELISBERTO,E; CARVALHO,ALB; SILVA,GS. Identificação e caracterização dos elementos de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. Ciências &Saúde Coletiva, 17 (4): 883-900,2010.

BORTOLON, PC; MEDEIROS, EFF; NAVES, JOS; KARNIKOWSKI, MGO; NOBREGA, OT. Analysis of the self-medication pattern among Brazilian elderly women. Ciênc Saúde Colet.; 13(4):1219-26; 2008.

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Extraído de: [http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_8080_90.html], acesso em [20 de junho de 2013].

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1395 de 1999. Política Nacional Saúde do Idoso

_____. Lei 10048, de 08 de novembro de 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm. Acesso em 12/ abril 2013

_____. Ministério da Saúde. Portaria N. 702 de 12 de Abril 2002. Disponível em <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf> Acesso em março de 2013

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 24 de 2002 –Normas para Cadastro de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso
- _____. Ministério da Justiça. LEI 10.741/ Out 2003. Publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 3 de outubro de 2003.
- _____. Ministério da Saúde . (2003). ESTATUTO. (Editora MS, Ed.) (1 edição 2., p. 790). Brasília - DF. Retrieved from <http://www.saude.gov.br/editora>
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde dos Idosos. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde, v 12, 2006.
- _____. Portaria Nº 399, de 22 DE fevereiro de 2006 . Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em 12 de abril de 2013
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.528 de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa PNSPI
- _____. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19
- _____. Ministério da Saúde . Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília DF, 2007.
- _____. 2a Conferencia Nacional dos Direitos da Pessoa Idoso Brasília-DF. 2009
- _____. Ministério da Saúde . Manual instrutivo PMAQ. Seria A. N ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o

cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ- Centro de Especialidades Odontológicas. ed. Brasília -DF: 2013

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008

BRITO, F.(coordenador) Relatório do CEDEPLAR. A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil, participação de CARVALHO, J. A. M.; BAENNINGER, R.; TURRA, C. M. e LANZA, B, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos do Governo Federal. 2007

BROUSSELLE et al (Org.) Avaliação : Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, p. 19-40, 2011.

CAMACHO, ACLF; COELHO, MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, mar./abr. 2010.

CAMARO, AA. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento / Ana Amélia Camarano (Organizadora).- Rio de Janeiro: IPEA, 2014

CARDOSO, JH; COSTA, JSD. Características epidemiológicas , capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online].v15, n6,p. 2871-2878.2010

COLUSSI, CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina [tese] / Claudia Flemming Colussi ; orientadora, Maria Cristina Marino Calvo. - Florianópolis, SC, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A; CHAMPAGNE, F; DENIS, JL. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: FIOCRUZ, E. (Ed.). Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: p. 29–47.; 2002.

CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, vol.11(3):705-712,2006

COSTA, JMBS; SILVA, MRF; CARVALHO, EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE , Brasil) The implementation

analysis of the arterial hypertension care by the Family Health teams in Recife city (Pernambuco , Braz. Ciências e Saúde Coletiva, v. 16, n. 2, p. 623–633, 2011.

EVANS, RG, STODDART, GL. Producing health, consuming health care. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people health and others not?: the determinants of health of populations. New York: Aldine DeGruyter;. p. 27-64; 1994

FERNANDES, MTO; SOARES, SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP [online]. vol.46, n.6, pp. 1494-1502; 2012,

GOMES, AA. Nuances: estudos sobre Educação. Presidente Prudente, SP, ano XIV, v. 15, n. 16, p. 215-221, jan./dez. 2008

GUBA, E; LINCOL, Y. Avaliação de quarta geração, Campinas: Editora da Unicamp, 2011

HARTZ, ZM, org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ., 132 p. 1997. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

HARTZ, ZM; SILVA, L, Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz: Salvador: Edfba, 2010

HARTZ, ZM; SILVA, LMV. Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Ed. FioCruz, Rio de Janeiro, 1° Reimpressão, 2006.

HEIDEMANN, FG; SALM, JF. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília - DF: Editora Universidade de Brasília, p. 340. 2009.

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Projeção da população por sexo e idade : Brasil, 2013.

_____. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009

IPEA . Projeções da população. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/>

KANAMURA,AH; VIANA, ALD. Gastos elevados em plano privado de saúde : com quem e em quê . Rev. Saúde Pública 41(5), 814-820, 2007.

KILSZTAJN, S; ROSSBACH,A; CAMARA,MB; CARMO,MSN. Serviços de Saúde, Gastos e Envelhecimento da População Brasileira *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Anais...Ouro Preto- MG: 2002

LAPPIS. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Relatório Técnico: Modelos tecno assistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado.2007. Disponível em www.lappis.org.br

LIMA, et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil) Ciência & Saúde Coletiva, 15(6):2677-2686, 2010

MATIDA, AH; CAMACHO, LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia : movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):37-47, jan-fev, 2004

MEDINA, MG; SILVA, GAP; AQUINO, R. & HARTZ, Z. M. A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: FioCruz/EdiuFBA, p. 41 – 63. 2005.

MENDES, EM. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64.2008

MORAES, EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2012. 98 p

NATAL,S; SAMICO, I; OLIVEIRA, LGO; ASSIS, AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria

de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Cad Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18(4) 560-71. 2010.

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

OECD . Base de données des dépenses sociales de l'OCDE (Socx); Nações Unies, World Population Prospects - The 2008 Revision. <http://www.oecd.org/> Acesso em 01/02/2013

OECD. Factbook 2011-2012: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing. doi: 10.1787/factbook-2012-en

OECD. Health Policy Studies. A good life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term care. 2013. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en> Acesso em 01/02/2013

ONOCKO-CAMPOS, RT; CAMPOS, GWS; FERRER, AL; CORREA, CRS; MADUREIRA, PR; GAMA, CAP; DANTAS, DV; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública;46(1):43-50; 2012

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Enfermagem Gerontológica: Conceitos para a Prática; Washington , Série Paltex nº31 ;1993

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS. .Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial /– Brasília, 2003.

_____. .Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

_____. Ageing. World Health Organization -WHO, 28 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

PABON, H. Evaluacion de Servicios de Salud, Cali: XYZ Editora, 1985.

PROADESS Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde ,2011. Disponível http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDPRELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf

PROESF Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina 2008,2009,2010,2011. Disponível

http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/estudos_pesquisas/Projeto_de_Avaliacao_e_Monitoramento_da_Atencao_Basica_em_SC.pdf

SACCHETT, Teresa. Representação política, representação de grupos e política de cotas: perspectivas e contendas feministas. Rev. Estud. Fem., Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 399-431, Aug. 2012

SARTOR, VB. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do sus. Dissertação UFSC 2010

SCARATTI, D; CALVO, MCM. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. Rev Saúde Pública;46(3):446-55; 2012

SCHRAMM, JM; OLIVEIRA, AF; LEITE, IC. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. Cien Saúde Coletiva; 9: 897-908; 2004

SECCHI, L. Políticas Públicas. Conceitos, Esquemas de Análise, Casos práticos. São Paulo, Editora Cengage Learning, 2011.

SEIFFERT, RQ. Gerontologia: introdução sociopolítica. 2. ed. Florianópolis: Copyflo Editora,. v. 100. 137; p2001

TANNURE, MC; ALVES, M; SENA, RR; CHIANCA, TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, Mg, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem.. V63,n5,p 817-822; 2010.

TEIXEIRA, SM. Políticas sociais no Brasil: A histórica (e atual) relação entre o “público” e o “privado” no sistema brasileiro de proteção social Sociedade em Debate, Pelotas, 13(2): 45-64, jul.-dez./2007

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. The Canadian Journal of Program Evaluation., v. 20, n. 2, p. 1-25. 2005

UNFPA. Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafios. Resumo Executivo. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Help Age International, 2012.

Veras, R.P, Parahyba, M.I O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10), 2479-2489. 2007.

Whiteford, Harvey A. et al. “The Global Burden of Mental,

Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010.” Ed. Gianluigi Forloni. *PLoS ONE* 10.2 (2015): e0116820. *PMC*. Web. 14 Dec. 2015.

YIN, Robert K. Estudo de caso- Planejamento e método. 4ª edição Editora Bookman, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO DIRETA

Citar os assuntos e deixar o entrevistado falar conduzindo-o para as questões de interesse

1- Recursos Humanos

- Quanto a suficiência da equipe em numero e qualidade
- Quanto a integração de profissionais apoiadores
- Como é qualificado o profissional
- Como é integrado a gerontologia ao cuidado

2- Infra estrutura

- Normas técnica arquitetônicas respeitadas
- Como é a dispensação de medicamentos
- Na falta de medicamentos como é feito

3- Articulação

- Como são as politicas e ações para o idoso no município
- Quem participa
- Como acontece a proteção social no município

4- Promoção e prevenção

- Como o município organiza os grupos idoso
- Quem é o responsável e como se processo
- Como são feitas as campanhas de prevenção para a população idosa

5- Diagnostico e Tratamento

- Como é feito o atendimento clinico geral e em especialidades para o idoso
- Tem fila? O que é feito para diminuir a fila? Onde esta o maior tempo de espera no município?
- Como o município sabe quem são e onde estão seus idosos?
- Como o município decide a forma como cuidar dos idosos

6- Manutenção e reabilitação

- Como o município monitora os idosos
- Como se processo a relação cuidador/ cuidado/UBS/APS ?
- Como é o processo de reabilitação do idoso? Próteses e ficoterapia.

APÊNDICE 2 - CONVITE AO GESTOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Florianópolis, 2014.

À Prefeitura Municipal XXX
Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: **Participação em Pesquisa**

Prezado Secretário da Saúde Municipal,

Meu nome é Keila Cristina Rausch Pereira, sou doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina. Meus estudos são na área do envelhecimento, e minha tese é desenvolver uma forma de avaliar a atenção à saúde do idoso na perspectiva da gestão municipal. O objetivo é construir uma matriz de avaliação que auxilie o gestor nas tomadas de decisões sobre os serviços disponibilizados à população idosa. Para tanto, preciso aplicar a matriz em municípios que mostraram ter um boa avaliação na atenção. E o seu município, depois de alguns estudos de indicadores de saúde que incluíram todos os municípios catarinenses, cumpriu os requisitos dos critérios estabelecidos pela pesquisa.

O procedimento seria entrevistar um responsável/conhecedor pela/da gestão da atenção básica, o que duraria em torno de 45 a 60 minutos. E uma outra entrevista em uma Unidade Básica indicada pela gestão.

Caso exista a possibilidade da realização, encaminharei o projeto aprovado no Comitê de Ética e o roteiro da entrevista para agilizar a futura entrevista. Contando com sua compreensão acerca da importância acadêmica deste trabalho e a contribuição social dos resultados, aguardo sua resposta.

E-mail de contato: keilarausch@gmail.com

Att.,

Keila Cristina Rausch Pereira - Doutoranda

Prof.^a Dr.^a Josimari Telino Lacerda- Orientadora

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO PARA A GESTÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Doutoranda: KEILA CRISTINA RAUSCH PEREIRA

E-mail: keilarausch@gmail.com – Fone: (48) 91613804

Orientadora: Dr.ª JOSIMARI TELINO DE LACERDA

- 1) Município:
- 2) Nome:
- 3) Cargo/Função:
- 4) Qual o número de UBS no município?
- 5) Qual o número de equipes Saúde da Família?
- 6) Como ela é composta, quais profissionais compõem a equipe?
- 7) Você acha que desta maneira é suficiente para o município?
- 8) Qual a população total do município?
- 9) Número de idosos do município? Quantos estão cadastrados? Quantos têm carteira do idoso?
- 10) Quantos cursos com o tema "envelhecimento" foram ofertados no último ano?
- 11) Quem ofertou? Qual foi o conteúdo?
- 12) Se o profissional tem interesse em participar do curso, como ele deve fazer? Existe dispensa para sua capacitação?
- 13) Existe algum serviço de geriatria no município? E de gerontologia?
- 14) É próprio ou conveniado?
- 15) A que distância fica do município?
- 16) O que você acha dos encaminhamentos? Por quê?
- 17) Quantas Unidades Básicas o município possui?

Indique o número de UBS que apresentam as seguintes características:

Acesso na largura suficiente para passar uma cadeira de rodas:

Comunicados e informações apresentados em letras suficientemente grandes para serem lidas por idosos:

Sinalização visível ao idoso:

Rampas de acesso e corrimãos:

BWC com barras de apoio:

Macas em altura compatível à dificuldade do idoso:

Escadinha para subir na maca:

18) Como é o entorno da UBS (calçadas, iluminação, estacionamento, ruas...)?

Obs.:

19) Em alguma UB faltou Metformina; AAS; Varfarina; Captopril; Enalapril; Sinvastatina; Levotiroxina; Amitriptilina; Fluoxecitina; Salbutamol; Beclometasona

Amoxicilina; Diclofenaco sódico; Dipirona, Paracetamol; Omeprazol em algum dia no último semestre?_____.

Se sim, quantos dias e quais remédios?

20) O que o município faz quando falta remédio?

21) O município disponibiliza veículos para transporte da equipe ou da população para atendimento em domicílio ou do domicílio para a UBS?

Se sim, indique a quantidade de veículos disponíveis para essa função:

22) Quantas vezes a UBS tem disponibilizado esse veículo por semana? O atendimento domiciliar está estruturado no município?

23) Como ele é feito? Quem participa?

24) Qual a composição do segmento de governo do Conselho Municipal de Saúde?

25) Qual a composição do segmento de usuários do Conselho Municipal de Saúde? Existe algum idoso ou representante na composição?

26) No último semestre, quantas reuniões de Conselho Municipal de Saúde foram realizadas com quórum?

27) Qual o número de reuniões do CMS em que na pauta existiu o tema envelhecimento no último ano?

28) Quando existe a suspeita de maus-tratos ao idoso, qual o procedimento das equipes de saúde nas UBS? Isto foi discutido com todas as equipes?

- 29) Qual a participação do Ministério Público nestes casos? E da assistência social? Como vocês agem nestes casos?
- 30) O município tem ou promove algum grupo de convivência? De quanto em quanto tempo se reúnem? Qual o objetivo? Quem é o responsável pelo grupo?
- 31) Existe a oferta de cursos com temas de interesse ao idoso? Ocorre de quanto em quanto tempo? Quem é o responsável? Como decidem o tema?
- 32) Quantos idosos foram vacinados contra Influenza na última campanha?
- 33) Qual o tempo que o idoso leva entre a consulta do generalista até a consulta com o cardiologista? Neurologista? Endocrinologista? Gastrologista? Proctologista? Mastologista? Urologista? Oftalmologista? Psiquiatra?
- 34) O que o município faz para reduzir este tempo de espera?
- 35) O município utiliza algum tipo de protocolo de atenção ao idoso na atenção básica ou em outras áreas da saúde? Se sim, como foi a decisão? Quem participou das discussões?
- 36) Redução das ICSAB - DATASUS/SIH
- 37) O município possui algum tipo de protocolo / formulário para avaliação funcional do idoso?
- 38) Está pactuado? Quem participou desta discussão? Todas as UBS usam?
- 39) O município oferta algum tipo de capacitação para cuidadores? Como é feito? Quem é o responsável? Quem pode participar?
- 40) De quanto em quanto tempo é ofertado?
- 41) O município possui serviços próprios ou conveniados de oferta de prótese total? Como é feito? Atende quantos idosos?
- 42) O município tem serviço de fisioterapia? Como funciona? Quanto tempo leva desde a indicação até iniciar o tratamento?
- 43) Existem mecanismos para diminuir este tempo? Quais?
- 44) Você gostaria de envelhecer neste município?
- 45) Mais alguma coisa que você gostaria de me dizer?

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO PARA A UBS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Doutoranda: KEILA CRISTINA RAUSCH PEREIRA

E-mail: keilarausch@gmail.com – Fone: (48) 91613804

Orientadora: Dr.ª JOSIMARI TELINO DE LACERDA

1) UBS:

2) Nome:

3) Cargo/Função:

4) Qual o número de funcionários da UBS?

5) Qual o número de equipes Saúde da Família?

6) Como ela é composta, quais profissionais compõem a equipe?

7) Você acha que desta maneira é suficiente para sua área?

8) Qual a população total da sua área?

9) Número de idosos? Quantos estão cadastrados? Quantos têm carteira do idoso?

10) Quantos cursos com o tema envelhecimentos a UBS teve acesso no último ano?

11) Quem ofertou? Qual foi o conteúdo? Foi interessante para a UBS?

12) Se o profissional tem interesse em participar do curso, como ele deve fazer? Existe dispensa para sua capacitação? A quem ele deve pedir?

13) Existe algum serviço de geriatria no município? E de gerontologia?

14) Vocês usam?

15) A que distância fica da UBS? Como o idoso chega lá?

16) O que você acha dos encaminhamentos? Por quê?

17) Na UBS tem:

Acesso na largura suficiente para passar uma cadeira de rodas:

Comunicados e informações apresentados em letras suficientemente grandes para serem lidas por idosos:

Sinalização visível ao idoso:

Rampas de acesso e corrimãos:

BWC com barras de apoio:

Macas em altura compatível à dificuldade do idoso:

Escadinha para subir na maca:

18) Como é o entorno da UBS (calçadas, iluminação, estacionamento, ruas...)?

Obs.:

19) Na UBS faltaram em dias: Metformina; AAS; Varfarina; Captopril; Enalapril; Sinvastatina; Levotiroxina; Amitriptilina; Fluoxecitina; Salbutamol; Beclometasona

Amoxicilina; Diclofenaco sódico; Dipirona, Paracetamol; Omeprazol.

20) O que vocês fazem quando falta remédio?

21) A UBS tem veículos disponíveis para o transporte da equipe ou da população para atendimento em domicílio ou do domicílio para a UBS?

22) Quantas vezes a UBS tem disponibilizado esse veículo por semana? Como é o agendamento? O atendimento domiciliar está estruturado na UBS?

23) Como ele é feito? Quem participa?

24) Algum funcionário participa do Conselho Municipal de Saúde?

25) Algum usuário da área do Conselho Municipal de Saúde? Quem?

26) Alguém da UBS ou usuário já participou de uma reunião do CMS?

27) Vocês já sugeriram algum tema/problema para discutir no CMS? Qual?

28) Quando existe a suspeita de maus-tratos ao idoso, qual o procedimento da equipe de saúde? Isto foi discutido com toda a equipe?

29) Vocês têm apoio do Ministério Público nestes casos? E da assistência social? Como vocês agem nestes casos?

30) A UBS tem ou promove algum grupo de convivência? De quanto em quanto tempo se reúnem? Qual o objetivo? Quem é o responsável pelo grupo? Onde é feito?

- 31) Existe a oferta de cursos com temas de interesse ao idoso? Ocorre de quanto em quanto tempo? Quem é o responsável? Como decidem o tema?
- 32) Quantos idosos foram vacinados contra Influenza na última campanha na UBS?
- 33) Qual o tempo que o idoso leva entre a consulta do generalista até a consulta com o cardiologista? Neurologista? Endocrinologista? Gastrologista? Proctologista? Mastologista? Urologista? Oftalmologista? Psiquiatra?
- 34) O que a UBS faz para reduzir este tempo de espera?
- 35) A UBS utiliza algum tipo de protocolo de atenção ao idoso? Se sim, como foi a decisão? Quem participou das discussões?
- 36) Você acha que os idosos da área internam muito? Do quê?
- 37) A UBS possuiu algum tipo de protocolo / formulário para avaliação funcional do idoso?
- 38) Está pactuado? Quem participou desta discussão? Todos sabem usar?
- 39) A UBS oferta ou estimula a participação de algum tipo de capacitação para cuidadores? Como é feito? Quem é o responsável? Quem pode participar?
- 40) De quanto em quanto tempo é ofertado?
- 41) Existe serviço de odontologia na UBS? Como vocês fazem com as necessidades de prótese total? Como é feito? Atende quantos idosos?
- 42) A UBS tem serviço ou acesso a serviço de fisioterapia? Como funciona? Quanto tempo leva desde a indicação até iniciar o tratamento?
- 43) Existem mecanismos para diminuir este tempo? Quais?
- 44) Você acha que o idoso que mora aqui está seguro quanto à atenção à saúde?
- 45) Você gostaria de envelhecer aqui? Por que?
- 46) Mais alguma coisa que você gostaria de me dizer?

APÊNDICE 5 – RATIONALES

Dimensão Político-Organizacional

O gestor municipal deve garantir aos idosos acesso preferencial e contínuo à atenção em saúde em todos os níveis. Para tal, é preciso assegurar profissionais e infraestrutura em quantidade e qualidade suficientes, bem como a articulação com os outros setores das políticas públicas e a própria comunidade.

Subdimensão - Recursos Humanos

É atribuição da gestão municipal garantir quantidade e qualidade de profissionais de saúde para atuarem na atenção ao idoso. É necessário assegurar profissionais seguindo os preceitos constitucionais e os princípios do SUS, que, além de uma formação específica para atuarem junto ao idoso (gerontologia), assegurem sua capacitação permanente.

Indicador 1	Medida	Parâmetro
<p>Suficiência da Atenção Básica</p> <p>A proposta da atenção básica é ser ordenadora do cuidado, além de favorecer a capacidade resolutiva em saúde. Deve disponibilizar equipes de atenção básica compatíveis com as necessidades da população idosa. A equipe deve estar assegurada por meio da ampliação da sua composição e na percepção de suficiência para além de sua cobertura.</p>	<p>Taxa de cobertura da estratégia de saúde da família</p> <p>Cálculo: nº de equipes x 3.000 / População x 100 Fonte: SIAB / IBGE</p>	<p>≥ 70% de cobertura = Bom 50% a 69% = Regular < 50% = Ruim</p>
	<p>Composição da equipe</p> <p>Cálculo: nº de participantes multiprofissionais na equipe Fonte: entrevistas e RH SMS</p>	<p>Equipe expandida = Bom Equipe mínima = Regular Sem equipe completa = Ruim</p>
	<p>Percepção da suficiência</p> <p>Cálculo: para a AB ser suficiente, a suficiência deve ser positiva Fonte: entrevista</p>	<p>Percepção positiva = Bom Percepção negativa = Ruim</p>
Indicador 2	Medida	Parâmetro
<p>Qualificação da Equipe</p> <p>A existência de profissionais qualificados na temática de saúde do idoso expressa a qualidade dos recursos humanos no fornecimento dos serviços de saúde ao idoso, que necessita de mecanismo no qual possibilita a qualificação em geriatria / gerontologia sem ônus ao profissional.</p>	<p>Ter curso ou indicar para qualificar o profissional nos últimos 2 anos</p> <p>Cálculo: oferta ou incentivo de cursos para os profissionais nos últimos 2 anos Fonte: entrevista</p>	<p>Ter ofertado/indicado curso = Bom Não ter ofertado/indicado o curso = Ruim</p>
	<p>Incentivo à qualificação da equipe</p> <p>Cálculo: dispensa de profissionais para cursos de qualificação Fonte: entrevista</p>	<p>Qualificação sem ônus ao profissional = Bom Qualificação com ônus ao profissional = Ruim</p>

Indicador 3	Medida	Parâmetro
<p>Atenção Especializada</p> <p>Para uma atenção de qualidade ao ser envelhecido, é necessário um profissional especializado. Há limites na intervenção gerontológica na atenção básica que precisam ser abordados por serviços de referência.</p>	<p>Ter acesso a serviço de geriatria e/ou gerontologia</p> <p>Cálculo: uso de serviço de geriatria / gerontologia Fonte: entrevista</p>	<p>Ter acesso = Bom Não ter acesso = Ruim</p>
	<p>Distância do serviço especializado</p> <p>Cálculo: distância da cidade até o serviço de referencia Fonte: entrevista</p>	<p>≤ 50 km = Bom >50 km = Regular Não ter referência = Ruim</p>
	<p>Percepção do uso</p> <p>Cálculo: fazer uso do serviço especializado Fonte: entrevista</p>	<p>Percepção positiva = Bom Percepção negativa = Ruim</p>
	Subdimensão – Infraestrutura	
<p>Para o desenvolvimento das ações da atenção ao idoso, os espaços internos e externos das unidades devem garantir um acesso seguro e os serviços devem ser ofertados de uma maneira contínua dos serviços de saúde e demais tratamentos, independentemente do seu nível de autonomia.</p>		
Indicador 4	Medida	Parâmetro
<p>Adequação da Estrutura Física</p> <p>As unidades devem garantir condições de acessibilidade ao idoso, internamente seguindo os critérios técnicos da ABNT/NT 9050 e externamente possuindo um entorno seguro.</p>	<p>Todas as unidades possuírem rampas de acesso, corrimãos e BWC adaptados</p> <p>Cálculo: n° de unidades com rampas, corrimãos e BWC adaptados / n° de unidades Fonte: entrevista / observação direta</p>	<p>100% das unidades = Bom < 100% das unidades = Ruim</p>
	<p>Todas as unidades possuírem entorno seguro</p> <p>Cálculo: n° de unidades com entorno seguro / n° de unidades Fonte: entrevista / observação direta</p>	<p>100% das unidades = Bom < 100% das unidades = Ruim</p>
	Subdimensão – Infraestrutura	
Indicador 5	Medida	Parâmetro
<p>Continuidade dos Insumos</p> <p>O acesso a medicamentos expressa a continuidade e a resolutividade do sistema de saúde em não interromper o tratamento prescrito. A não interrupção ou mecanismo para correção da falta de medicamentos de uso contínuo e</p>	<p>Disponibilidade ininterrupta de Metformina, AAS, Varfarina, Captopril, Enalapril, Sinvastatina, Levotiroxina, Amitriptilina, Fluoxetina, Salbutamol e Beclometasona</p> <p>Cálculo: n° de dias que faltou algum dos medicamentos Fonte: entrevista</p>	<p>Não faltar = Bom Faltar = Ruim</p>
	<p>Medida</p>	<p>Parâmetro</p>

auxiliares garantem condições para a continuidade da atenção ao idoso.

Disponibilidade de Amoxicilina, Diclofenaco sódico, Dipirona, Paracetamol e Omeprazol

Não faltar mais que 7 dias = Bom
Falta superior a 7 dias = Ruim

Cálculo: n° de dias que faltou algum dos medicamentos

Fonte: entrevista

Medida	Parâmetro
Mecanismos para correção da falta de medicamentos	Ter algum mecanismo = Bom Não ter = Ruim
Cálculo: existência de mecanismos para corrigir a falta de medicamentos	
Fonte: entrevista	

Indicador 6

Medida

Parâmetro

Condição de Mobilidade da Equipe

Para que a atenção a saúde do idoso se efetue, é preciso que o acesso seja garantido. As limitações físicas devem ser superadas por meio da capacidade do sistema de fazer o idoso ter acesso aos serviços necessários. Para tanto, o estabelecimento de saúde ao qual estão vinculados os idosos devem disponibilizar veículo(s) que garante(m) a locomoção das equipes pelo menos uma vez por período.

Disponibilidade de carro por equipe período da semana

Todas as unidades contempladas = Bom
Faltar em alguma unidade = Ruim

Cálculo: n° de carros nas unidades pelo menos meio período / n° UBS

Fonte: entrevista

Medida	Parâmetro
Atendimento domiciliar estruturado em todas as UBS	Ter AD estruturado = Bom Não ter AD estrutura = Ruim
Cálculo: n° de unidades com atendimento domiciliar estruturado	
Fonte: entrevista	

Subdimensão - Articulação

Promover ações e políticas articuladas a outros setores, como segurança, educação, saneamento, lazer, assistência social e transporte constitui uma preocupação da integralidade do cuidado. É atribuição da gestão municipal possibilitar ações conjuntas ou mesmo sensibilizar os setores considerados essenciais para os aspectos que incidam sobre a saúde do idoso.

Indicador 7

Medida

Parâmetro

Atuação Intersetorial

A saúde do idoso necessita da articulação com setores que extrapolem a saúde. A presença de representantes de setores que gerenciam questões como a mobilidade, acesso e segurança urbana nos referidos conselhos expressam a preocupação do gestor em articular a saúde com outros segmentos da sociedade.

Ter na composição do CMS algum representante da infraestrutura urbana e/ou planejamento ou similar

Ter representante = Bom
Não ter representante = Ruim

Cálculo: possuir na composição do CMS um representante de infraestrutura urbana e/ou planejamento

Fonte: atas do CMS

Medida	Parâmetro
Ações intersetoriais do planejamento e/ou infraestrutura urbana	Ter realizadas ações = Bom Não ter ações = Ruim

Cálculo: n° de ações em prol da mobilidade no ano

Fonte: atas do CMS

Medida	Parâmetro
Protocolo pactuado de vigilância	Ter um protocolo = Bom Não ter protocolo = Ruim
Cálculo: ter um protocolo de segurança pactuado com o MP e assistência social em todas as UBS	
Fonte: entrevista	

Indicador 8	Medida	Parâmetro
Controle Social	Idoso/representante no CMS	Ter representante = Bom Não ter representante = Ruim
	Cálculo: possuir na composição do CMS idoso e/ou representante	
	Fonte: atas do CMS	
Os conselhos de saúde são locais de deliberações onde a representação do idoso, com temas pertinentes ao envelhecimento, expressa a preocupação da gestão com este segmento da população.	Tema envelhecimento na pauta do CMS	Tema pelo menos 1x por ano = Bom Não ter o tema na pauta = Ruim
	Cálculo: n° de reuniões no último ano com o tema envelhecimento	
	Fonte: atas do CMS	

Dimensão – Técnico-operacional

A atenção à saúde do idoso deve ser oferecida de maneira que contemple todas as suas necessidades de saúde e a manutenção de sua autonomia no tempo certo e da maneira correta. Assegurar o cumprimento das ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação uma maneira continuada reflete a preocupação da gestão em manter a autonomia e independência do idoso.

Subdimensão - Promoção e Prevenção

A gestão municipal deve garantir ações que promovam o envelhecimento saudável e prevenir a perda de capacidade funcional e a redução das morbidades.

Indicador 9	Medida	Parâmetro
Educação em Saúde	Existência de grupos de convivência com reuniões periódicas	Ter grupos com reuniões mensais = Bom Ter grupos com reuniões não periódicas = Regular Não ter = Ruim
	Cálculo: n° de reuniões de grupos de convivência por ano	
	Fonte: entrevistas	
A autonomia e independência precisam ser reaprendidas a cada mudança fisiológica significativa, e ofertar grupos de educação que auxiliem os idosos a cada novo episódio, estimulando sua situação de autonomia e independência.	Oferta anual de cursos com temática de interesse ao idoso	Ter curso com reuniões anual = Bom Ter curso com mais de 1 ano = Regular Não ter curso = Ruim
	Cálculo: n° de cursos ofertados ao idoso no último ano	
	Fonte: entrevista	

Indicador 10	Medida	Parâmetro
<p>Cobertura Vacinal</p> <p>As ações de prevenção têm se mostrado uma importante medida de gestão para manter a capacidade funcional e a ampla cobertura de vacinação dos idosos demonstram a motivação dada pela gestão.</p>	<p>Taxa de idosos imunizados contra Influenza no último ano</p> <p>Cálculo: n° de idosos vacinados contra Influenza / população de idosos</p> <p>Fonte: SNI-PNI</p>	<p>≥ 80% = Bom de 50% a 79% = Regular < 50% = Ruim</p>
Subdimensão - Diagnóstico e Tratamento		
A gestão municipal deve garantir em tempo hábil o diagnóstico e tratamento em todos os níveis de atenção, assim como a preferência do acesso do idoso. Tais serviços devem atuar de maneira integrada para garantir a continuidade e o acesso preferencial em todos os níveis de atenção.		
Indicador 11	Medida	Parâmetro
<p>Agilidade ao Diagnóstico de Especialista</p> <p>As cardiopatias são as patologias mais prevalentes em idosos e as neuropatias comprometem a autonomia do indivíduo. Ambas configuram em uma necessidade premente de atenção preferencial garantindo a integralidade. Como o nível médio e terciário da atenção são os pontos de estrangulamento da atenção, o tempo entre diagnóstico precoce e a consulta ao especialista traduz a agilidade.</p>	<p>Tempo de espera ao cardiologista no máximo de 15 dias</p> <p>Cálculo: tempo de espera do encaminhamento até a consulta com o cardiologista</p> <p>Fonte: entrevistas</p>	<p>Até 15 dias = Bom Mais de 15 dias = Ruim</p>
	<p>Tempo de espera ao neurologista no máximo de 30 dias</p> <p>Cálculo: tempo de espera do encaminhamento até a consulta com o neurologista</p> <p>Fonte: entrevista</p>	<p>Até 30 dias = Bom Mais de 30 dias = Ruim</p>
	Medida	Parâmetro
	<p>Mecanismo de redução do tempo de espera</p> <p>Cálculo: presença de um mecanismo de gestão para reduzir o tempo de espera</p> <p>Fonte: entrevista</p>	<p>Ter mecanismo = Bom Não ter mecanismo = Ruim</p>
Indicador 12	Medida	Parâmetro
<p>Adequação do Tratamento</p> <p>Protocolos que investigam o estado funcional é uma forma conveniente de comparar o impacto de diferentes doenças em diferentes populações ao longo do tempo e se mostram associados com o nível de consumo de serviços de saúde e prognóstico para a sobrevivência. A assistência clínica à</p>	<p>Taxa de população idosa cadastrada e com carteira do idoso</p> <p>Cálculo: n° de idosos cadastrados com carteira / população idosa</p> <p>Fonte: IBGE / entrevista</p>	<p>100% a 80% = Bom 79% a 50% = Regular > 50% = Ruim</p>
	Medida	Parâmetro

pessoa idosa deve ser permeada por um modelo de atenção que englobe a integralidade e agilidade de decisão, baseado no impacto sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos. A utilização de um instrumento simples, mas sensível ao diagnóstico precoce e priorização dos principais riscos que pairam sobre os idosos, expressa a preocupação da gestão em prover um serviço adequado e no tempo adequado traduzindo a integralidade e atenção à saúde do idoso com qualidade.

Disponibilidade de protocolo pactuado de qualificação da atenção

Ter protocolo = Bom
Não ter = Ruim

Cálculo: nº de UBS que utilizam um protocolo de avaliação funcional

Fonte: entrevista

Indicador 13	Medida	Parâmetro
Resolubilidade da AB	Redução das internações por CSAB nos idosos de até 70 anos no decênio	Reduzindo = Bom Sem redução = Ruim
Diagnósticos precoces e tratamento adequados em momentos adequados têm contribuído para o prolongamento de vida. Uma atenção básica ágil contribui para uma redução da mortalidade em idosos com idade inferior aos 70 anos.	Cálculo: análise temporal estatisticamente significativa da redução das ICSAB nos últimos 10 anos Fonte: SIH	

Subdimensão - Manutenção e Reabilitação

A reabilitação e a manutenção da saúde do idoso devem assegurar a funcionalidade e autonomia nos aspectos das ações cotidianas do idoso. Para isso, é preciso a oferta além do tratamento, serviços de reabilitação e manutenção da saúde que garantam as condições mínimas para o restabelecimento da função e autonomia do cotidiano, manutenção do cuidado e sociabilidade. Serviços de reabilitação e manutenção que garantam estas qualidades expressam a preocupação da gestão em ofertar um serviço de qualidade.

Indicador 14	Medida	Parâmetro
Monitoramento	Disponibilidade de instrumento de avaliação funcional nas UBS	100% das UBS = Bom Menos de 100% = Ruim
Os serviços de manutenção e reabilitação devem estar preocupados com os aspectos da funcionalidade. A avaliação funcional periódica do idoso permite acompanhar seu desempenho frente aos eventos de saúde e os resultados dos tratamentos. É responsabilidade do gestor institucionalizar a avaliação funcional no serviço de saúde.	Cálculo: nº de UBS que usam instrumento de avaliação funcional nos atendimentos aos idosos Fonte: entrevista	
	Pactuação do uso de instrumento de avaliação funcional nas UBS	100% das UBS com instrumento pactuado = Bom Menos de 100% = Ruim
	Cálculo: nº de UBS que participaram do processo do uso do protocolo de avaliação funcional Fonte: entrevista	

Indicador 15	Medida	Parâmetro
Qualidade do Cuidado	Oferta de curso para cuidadores	Ter ofertado = Bom Não ter ofertado = Ruim
O grau reduzido de funcionalidade do idoso requer a atenção de um cuidador capacitado e assistido pela ESF, que deve atender integralmente ao idoso e à sua família, reduzindo o percentual de idosos institucionalizados. É	Cálculo: nº de cursos ofertados para capacitação de cuidadores Fonte: entrevista	

necessário fomentar a formação do cuidador pela UBS.

Oferta de curso para cuidadores a cada dois anos

Ter curso periódico para cuidadores = Bom
Não ter oferta periódica = Ruim

Cálculo: cursos ofertados para capacitação e aprimoramento de cuidadores a cada dois anos

Fonte: entrevista

Indicador 16	Medida	Parâmetro
--------------	--------	-----------

Acesso a Serviços de Manutenção e Reabilitação

A alta prevalência de edentulismo em idosos produz efeitos significativos na saúde bucal e qualidade de vida, pois afetam a capacidade mastigatória, o consumo de diversos alimentos, a fonação e causam impactos estéticos importantes. Esses fatores atuam reduzindo o bem-estar, provocando alterações psicológicas e funcionais. A oferta de próteses dentárias está disponível no contexto da política da saúde bucal e que a gestão, ao aderi-la, expressa preocupação com o bem-estar dos idosos. A dependência funcional vem se destacando como um importante problema de saúde pública. A manutenção da qualidade de vida na geriatria está intimamente vinculada à autonomia e independência. Portanto, serviços de fisioterapia tempestivos para idosos devem ser prioritários.

Disponibilidade de prótese dentárias totais

Disponibilidade de prótese = Bom
Não ter disponibilidade de prótese = Ruim

Cálculo: possuir serviço de prótese

Fonte: entrevista

Medida	Parâmetro
--------	-----------

Acesso a serviço de fisioterapia

Ter serviço de fisioterapia = Bom
Não ter serviço de fisioterapia = Ruim

Cálculo: possuir serviço, próprio ou de referência, em fisioterapia

Fonte: entrevista

Medida	Parâmetro
--------	-----------

Tempo de espera tempestivo para acesso ao serviço de fisioterapia

Tempo de espera menor que 10 dias = Bom
Tempo de espera maior que 10 dias = Ruim

Cálculo: tempo de espera do encaminhamento até o acesso ao tratamento de fisioterapia

Fonte: entrevista

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE 6: ESTUDOS AVALIATIVOS QUE INTEGRAL OU PARCIALMENTE INCLUÍRAM A TEMÁTICA DA SAÚDE DO IDOSO E SEUS INDICADORES.

Autor/Pesquisa	Ano da publicação	Local	Objeto (Foco)	Tipo de avaliação	Indicadores
Ministério da Saúde. PMAQ. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)	2013	Municípios brasileiros	Atenção Básica	Pesquisa Avaliativa	Sinalização Externa da Unidade de Saúde Acessibilidade na Unidade de Saúde Veículo na Unidade de Saúde Identificação Visual e Sinalização das Ações e Serviços Horário de Funcionamento da Unidade de Saúde Características estruturais e ambiência da unidade de Saúde Equipamentos de Tecnologia da Informação e Telessaúde na Unidade de Saúde Equipamentos e Materiais Material Impresso para Atenção à Saúde Imunobiológicos na Unidade de Saúde Testes Diagnósticos na Unidade de Saúde Insumos para Atenção à Saúde Insumos para Práticas

Integrativas e Complementares
Medicamentos Componentes da
Farmácia Básica
Formação e Qualificação dos
Profissionais da Equipe de
Atenção Básica
Educação Permanente do
Processo de Qualificação das
Ações Desenvolvidas
Planejamento da Equipe de
Atenção Básica e Ações da
Gestão para a Organização do
Processo de Trabalho da Equipe
Apoio Institucional e Apoio
Matricial
Organização dos Prontuários na
Unidade de Saúde
Acolhimento à Demanda
Espontânea
Organização da Agenda
Atenção à Saúde
Quais exames são solicitados
pela equipe de atenção básica e
são realizados pela rede de
serviços de saúde
Integração da Rede de Atenção à
Saúde: ordenamento e definição
de fluxos
Oferta e Resolubilidade de Ações

<p>Ministério da Saúde. PMAQ. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica</p>	<p>2013</p>	<p>Municípios brasileiros</p>	<p>Saúde bucal</p>	<p>Pesquisa Avaliativa</p>	<p>da Equipe Atenção à Pessoa com Obesidade Atenção à Pessoa com Tuberculose Atenção à Pessoa com Hanseníase Atenção ao Usuário em Sofrimento Psíquico Atenção à Pessoa com Deficiência Práticas Integrativas e Complementares Promoção da Saúde Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio Atenção à Pessoa Tabagista Núcleo de Apoio à Saúde da Família Visita domiciliar Hipertensão Arterial Sistêmica Diabetes Mellitus I Satisfação do Usuário Satisfação com o Cuidado Formação e Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica Educação Permanente no Processo de Qualificação das Ações Desenvolvidas</p>
--	-------------	-----------------------------------	--------------------	--------------------------------	---

(Saúde Bucal e
Equipe de Saúde
Bucal
Parametrizada)

Planejamento da Equipe de
Saúde Bucal e ações da gestão
para organização do processo de
trabalho da equipe
Apoio matricial à Equipe de
Saúde Bucal
Territorialização e população de
referência da Equipe de Saúde
Bucal Organização dos
Prontuários na Unidade de Saúde
Organização da Agenda
Integração da Rede de Atenção à
Saúde: ordenamento e definição
de fluxos
Oferta e resolubilidade das ações
da Equipe de Saúde Bucal
Atenção ao câncer de boca
Visita domiciliar e cuidado
realizado no domicílio
Saúde bucal: referência para
especialidades odontológicas e
acesso à prótese dentária
Média de atendimentos de
urgência odontológica por
habitantes
Média de instalações de prótese
dentárias
Taxa de incidência de alterações
de mucosa bucal

<p>Ministério da Saúde. PMAQ. Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF</p>	2013	Municípios brasileiros	NASF	Pesquisa Avaliativa	<p>Razão de Tratamentos Concluídos sobre Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas Proporção de exodontias em relação aos procedimentos Cobertura populacional pelas equipes básicas de saúde bucal Estrutura Física Organização da Gestão e Coordenação do NASF Educação Permanente Planejamento das ações do NASF Organização da agenda Organização do apoio matricial às EAB Gestão da demanda e da atenção compartilhada Registro de atividades Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Reabilitação Atenção à Saúde Mental Práticas integrativas e complementares Assistência Farmacêutica Atenção Nutricional Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes</p>
---	------	---------------------------	------	------------------------	---

<p>Ministério da Saúde. PMAQ. Instrumento de Avaliação Externa para os Centros de Especialidades Odontológicas CEO</p>	2013	Municípios brasileiros	CEO	Pesquisa Avaliativa	<p>Adequação da composição das equipes às necessidades do território Acesso das Equipes ao NASF</p> <p>Articulação das Ações de Apoio Técnico-Pedagógico e Clínico-Assistencial Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF</p> <p>Identificação do tipo e profissionais</p> <p>Adequação visual</p> <p>Acessibilidade no estabelecimento de saúde</p> <p>Sinalização das ações e identificação dos profissionais</p> <p>Horário de funcionamento</p> <p>Infraestrutura do CEO</p> <p>Equipamentos de tecnologia da informação no CEO</p> <p>Equipamentos e periféricos</p> <p>Insumos Odontológicos</p> <p>Instrumentais Odontológicos</p> <p>Formação e qualificação dos profissionais do CEO</p> <p>Apoio matricial</p> <p>Organização dos prontuários</p> <p>Caracterização da demanda e Organização da agenda</p> <p>CEO na Rede de Atenção à</p>
--	------	---------------------------	-----	------------------------	--

SCARATTI, D;
CALVO, MCM.
Indicador sintético
para avaliar a
qualidade da gestão
municipal da
atenção básica à
saúde.

2012

Municípios
catarinenses de
pequeno porte

Qualidade da
gestão municipal
da atenção básica
à saúde.

Pesquisa
avaliativa

Saúde

Tempo estimado de espera dos
usuários para atendimento no
CEO

Biópsia e encaminhamento para
análise anátomohistopatológica

Atenção ao câncer de boca

Mínimas Especialidades
Odontológicas do CEO:

Endodontia, Periodontia, Cirurgia
Oral Menor e PNES

Prótese dentária

Educação permanente no
processo de qualificação das
ações desenvolvidas

Vínculo e responsabilização

Gestão das ações de acesso

a) Promoção e prevenção

Cobertura vacinal de idosos

Internação hospitalar de idosos

Acesso a procedimentos
odontológicos pelos idosos

Deteção precoce de câncer em
idosos

b) Diagnostico e tratamento

Redução da taxa de internação de
idosos por doenças sensíveis à
atenção básica

Acompanhamento do tratamento

PROADESS - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde CICT/FIOCRUZ	2012	Unidade Federação	da	Sistema de saúde brasileiro	Pesquisa avaliativa	<p>de idosos com hipertensão ou diabetes mellitus Internação hospitalar de idosos por deficiências nutricionais Internação hospitalar de idosos por hipertensão ou diabetes mellitus</p> <p><u>Condições de saúde da população</u></p> <p>a) Morbidades Prevalência de diabetes Prevalência de hipertensão Restrição de exercer atividades rotineiras Taxa de prevalência de pacientes em diálise realizadas no SUS</p> <p>b) Estado Funcional Incapacidade funcional para atividades de vida diária Mobilidade articular Mobilidade física</p> <p>c) Bem Estar Auto avaliação de saúde</p> <p>d) Mortalidade Taxa de mortalidade por acidente vasculo cerebral Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas</p>
---	------	----------------------	----	--------------------------------	------------------------	---

Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de próstata
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de colo de útero

Sistema de saúde

a) Financiamento

Gasto público em saúde *per capita*

Gasto público *per capita* com produção ambulatorial e hospitalar

Percentual do gasto SUS com produção ambulatorial e internações

b) Recursos

Leitos de UTI/UCO

Leito totais

Médicos

Número de equipamentos de ressonância magnética

Número de equipamentos de ultrassonografia

Número de equipamentos para hemodiálise

Número de mamógrafos

Número de tomógrafos

computadorizados

Desempenho dos serviços de saúde

a) Efetividade

Internação por gastroenterite

Internação por insuficiência cardíaca

Internação por asma

Internação por condições sensíveis à atenção primária

Internação por pneumonia bacteriana

Mortalidade por diabetes

Mortalidade por hipertensão

Taxa de incidência de AIDS

Taxa de incidência de tuberculose

b) Acesso

Angioplastia

Cirurgias de revascularização do miocárdio

Cirurgias de catarata

Cirurgias de prótese de quadril em idosos

Cobertura de mamografia

Cobertura de Papanicolau

Cobertura pela Estratégia Saúde da Família

Cobertura por plano de saúde

Cobertura Vacinal par gripe

Consulta odontológica

Consultas médicas

Internação hospitalar

Uso de serviços ambulatoriais

c) Eficiência

Cirurgia de catarata

d) Respeito aos direitos das pessoas

Tempo de espera para ser atendido

Foi informado de tratamentos alternativos

Queixas registradas por pacientes nos CRM

e) Aceitabilidade

Percentagem de pacientes que abandonaram o tratamento para tuberculose

Percentagem de idosos que não aceitaram se vacinar contra a influenza

f) Continuidade

Porcentagem de pessoas que sabem o nome do médico

Porcentagem de pessoas que consultaram nos últimos 12 meses ao mesmo profissional

Número médio de consultas com

Introdutório PSF (ACS)

*Capacitação hipertensão
(médico)

Capacitação hipertensão
(enfermeiro)

Capacitação hipertensão (auxiliar
de enfermagem)

Capacitação hipertensão (ACS)

Medicação Hidroclorotiazida

Propranolol Captopril Medicação
urgência

Regularidade na distribuição de
medicamentos

Processo de trabalho

Ações educativas/ Campanhas

*Palestras Grupos de hipertensos

Hipertensos individualmente

*Todos os profissionais
envolvidos

Diagnóstico clínico Critério
diagnóstico

Aferição da PA usuários da USF

Aferição PA domicílio

Cadastra Hipertensão

Prontuário individualizado

*Agendamento – risco

*Frequência alto risco Frequência

médio risco *Frequência baixo

risco *Ambulatorial Domiciliar

ICICT-FIOCRUZ.
SISPAP IDOSO.
Sistema de
Indicadores de
Saúde e
Acompanhamento
de Políticas do
idoso.

2011

Municípios do Estatuto do Idoso
Brasil.

Pesquisa
Normativa

Tratamento não medicamentoso
Tratamento medicamentoso
*Acompanha domicílio AVC
*Frequência de acompanhamento
Glicemia capilar
Frequência da glicemia capilar
*Atendimento de urgência
*Domicílio após urgência
Busca ativa de faltosos
Envolvimento multiprofissional
Parceria intersetorial Cota de
exames
Exames laboratoriais
Eletrocardiograma RX tórax
Clínicas especializadas *Unidade
hospitalar
Idosos cadastrados no programa
Agentes Comunitária de Saúde
(PACS)
Idosos cadastrados na Estratégia
Saúde da Família (ESF)
Internações de idosos por maus
tratos em pelo menos uma das
causas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos por
maus tratos em pelo menos uma
das causas
Mortalidade de idosos por

ICICT-FIOCRUZ.
SISPAP IDOSO.
Sistema de
Indicadores de
Saúde e
Acompanhamento
de Políticas do
idoso.

2011

Municípios do
Brasil.

Programa
Nacional de
Imunizações

Pesquisa
de
Normativa

homicídio

Mortalidade de idosos por maus
tratos em pelo menos uma das
causas

Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
homicídio

Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
maus tratos em pelo menos uma
das causas

Internações de idosos com
acompanhantes

Mortalidade de idosos por causas
evitáveis por saneamento
ambiental

Idosos que vivem em domicílios
adequados.

Mortalidade de idosos por gripe e
pneumonia considerada evitáveis

Vacinação de idosos contra a
gripe

Internação de idosos para
tratamento de pneumonia ou
gripe

Desigualdade de sexo para a taxa
de Internação de idosos para
tratamento de pneumonia ou
gripe

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil.	Pacto pela vida (biênio 2010- 2011)	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idosos por pneumonia ou gripe Desigualdade de sexo para a taxa de Mortalidade de idosos por pneumonia ou gripe Internações de idosos por doenças preveníveis por imunização Idosos cadastrados no Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) Idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família Internações de idoso por fratura de fêmur Desigualdade de sexo para a taxa de internações de idoso por fratura de fêmur Mortalidade de idosos por neoplasias de próstata considerada evitável Internações de idosos por neoplasias de próstata Internações de idoso por diabetes mellitus considerada evitável Internações de idosos para cirurgia de prostatectômica supra púbica Mortalidade de idosos por
--	------	--------------------------	---	-----------------------	---

neoplasia de próstata
Mortalidade de idoso por
diabetes mellitus considerada
evitável
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idoso por
diabetes mellitus
Internações de idosos para
tratamento de acidente vascular
cerebral (AVC)
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos para
tratamento de acidente vascular
cerebral (AVC)
Mortalidade de idosos por
acidente vascular cerebral (AVC)
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
acidente vascular cerebral (AVC)
Mortalidade de idoso por tumores
relacionados ao tabagismo
considerada evitável
Tabagismo entre idosos
Internações de idosos por
neoplasia de pulmão ou brônquio
Internações de idosos por
neoplasias de laringe ou traqueia
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos por

neoplasia de pulmão ou brônquio
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idoso por
neoplasias de laringe ou traqueia
Mortalidade de idosos por
alguma neoplasia de pulmão ou
brônquio
Mortalidade de idosos por
neoplasia de laringe ou traqueia
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
alguma neoplasia de pulmão ou
brônquio
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
neoplasia de laringe ou traqueia
Mortalidade de idosas por
neoplasia de mama considerada
evitável
Mortalidade de idosas por
neoplasias de útero considerada
evitável
Internações de idosas por
neoplasia de mama
Internações de idosas por
neoplasia de útero
Idosos com alguma dificuldade
de ouvir
Idosos com alguma dificuldade

ICICT-FIOCRUZ. SISPAID IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Protocolo Clínico Diretrizes Terapêuticas para Tratamento da Osteoporose	Pesquisa e Normativa o da	de enxergar Idosos com alguma deficiência motora Idosos com incapacidade funcional para a atividade de vida diária Idosos com limitação de mobilidade física Internações de idoso por queda em pelo menos uma das causas Internações de idosos por fratura de fêmur Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idoso por queda em pelo menos uma das causas Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos por fratura de fêmur Mortalidade de idoso por queda em pelo menos uma das causas Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade por queda em pelo menos uma das causas
--	------	-------------------------	---	---	--

ICICT-FIOCRUZ. SISPAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Programa Nacional Controle do Tabagismo	Pesquisa de Normativa	Mortalidade de idoso por tumores relacionados ao tabagismo considerada evitável Tabagismo entre idosos Internações de idosos por neoplasia de pulmão ou brônquios Internações de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idoso por neoplasia de pulmão ou brônquios Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia Mortalidade de idoso por alguma neoplasia de pulmão ou brônquio Mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por alguma neoplasia de pulmão ou brônquio Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
---	------	-------------------------	---	-----------------------------	--

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idoso por tumores de próstata considerada evitável Internações de idosos por neoplasia de próstata Internações de idosos para cirurgia de prostatectomia suprapúbica
ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Política Nacional do Idoso	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idoso por causas evitáveis por saneamento Idosos que vivem em domicílios adequados Internações de idosos por causas consideradas evitável Mortalidade de idosos por doenças crônicas consideradas evitáveis Mortalidade de idosos por causas por atenção médica Mortalidade de idosos por causas evitáveis a atenção primária Mortalidade de idosos por causas evitáveis por medidas mistas
ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e	2011	Municípios do Brasil	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idoso por gripe e pneumonia considerada evitável Vacinação de Idosos contra a gripe Internações de idosos para

Acompanhamento
de Políticas do
idoso.

tratamento de pneumonia ou
gripe
Mortalidade de idosos por
pneumonia ou gripe
Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
pneumonia ou gripe
Internações de idosos por
doenças preveníveis por
imunização
Idosos cadastrados no Programa
de Agentes Comunitários de
Saúde (PACS)
Idosos cadastrados na Estratégia
de Saúde da Família (ESF)
Idosos com incapacidade
funcional para atividade de vida
diária
Idosos com limitação de
mobilidade física
Internações de idosos por
doenças endócrinas, nutricionais
ou metabólicas
Mortalidade de idosos doenças
endócrinas, nutricionais ou
metabólicas
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
doenças endócrinas, nutricionais

ou metabólicas

Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas

Internações de idosos por deficiência nutricional consideradas evitáveis

Internações de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas

Mortalidade de idosos por homicídio

Mortalidade de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas

Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas

Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas

Mortalidade de idoso por tumores relacionados ao tabagismo considerada evitável

Tabagismo entre idosos

Excesso de peso entre idosos

Internações de idosos por neoplasias de pulmão ou brônquios
Internações de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Mortalidade de idosos por algumas neoplasias de pulmão ou brônquios
Mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos por neoplasias de pulmão ou brônquios
Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por neoplasias de pulmão ou brônquios
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Mortalidade de idoso por causas evitáveis por saneamento ambiental
Idosos que vivem em domicílios adequados

<p>ICICT-FIOCRUZ. SISPAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.</p>	2011	Municípios do Brasil	Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária	Pesquisa Normativa	<p>Mortalidade de idoso por doenças crônicas consideradas evitáveis Internações de idosos por causas consideradas evitáveis Mortalidade de idosos por causas consideradas evitáveis Mortalidade de idosos por causas evitáveis por prevenção primária Mortalidade de idosos por causas evitáveis por prevenção médica Mortalidade de idosos por causas evitáveis por medidas mistas Mortalidade total de idosos Mortalidade de idoso por diabetes mellitus considerada evitável Internações de idosos para tratamento de diabetes mellitus Mortalidade de idosos por diabetes mellitus Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos para tratamento de diabetes mellitus Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por diabetes mellitus Internações de idosos por diabetes mellitus consideradas evitáveis</p>
---	------	-------------------------	--	-----------------------	---

Internações de idosos por
pneumonias bacterianas
consideradas evitáveis
Mortalidade de idoso por
hipertensão e doenças associadas
considerada evitável
Internações de idosos por
doenças hipertensivas
Internação de idosos por doenças
cardíacas hipertensivas
Internação de idosos para
tratamento de hipertensão
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
doenças hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos doenças
cardíacas hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos para
tratamento de hipertensão
Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
diabetes mellitus
Mortalidade de idosos doenças
hipertensivas
Mortalidade de idosos doenças
cardíacas hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa

de Mortalidade de idosos por
doenças hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos doenças
cardíacas hipertensivas
Internação de idoso por
hipertensão consideradas
evitáveis
Internações de idosos por
doenças cerebrovasculares
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
doenças cerebrovasculares
Mortalidade de idosos doenças
cerebrovasculares
Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
doenças cerebrovasculares
Internação de idosos por doenças
cerebrovasculares consideradas
evitáveis
Internações de idosos por
bronquites, asma, enfisema e
outras doenças das vias aéreas
inferiores
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
bronquites, asma, enfisema e
outras doenças das vias aéreas

inferiores

Mortalidade de idosos por
bronquites, asma, enfisema e
outras doenças das vias aéreas
inferiores

Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
bronquites, asma, enfisema e
outras doenças das vias aéreas
inferiores

Internações de idosos por
doenças pulmonares consideradas
evitáveis

Internações de idosos por angina
consideradas evitáveis

Internações de idosos por
insuficiência cardíaca

Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
insuficiência cardíaca

Mortalidade de idosos por
insuficiência cardíaca

Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
insuficiência cardíaca

Internação de idosos por
insuficiência cardíaca
consideradas evitáveis

Internações de idosos por

doenças endócrinas, nutricionais
ou metabólicas
Desigualdade de sexo para a taxa
de internação de idosos por
doenças endócrinas, nutricionais
ou metabólicas
Mortalidade de idosos por
doenças endócrinas, nutricionais
ou metabólicas
Desigualdade de sexo para a taxa
de mortalidade de idosos por
doenças endócrinas, nutricionais
ou metabólicas
Internação de idosos por
deficiências nutricionais
consideradas evitáveis
Internações de idosos por
gastroenterites infecciosas
consideradas evitáveis
Internações de idosos por
anemias consideradas evitáveis
Internações de idosos por
infecções de ouvido, nariz e
garganta consideradas evitáveis
Internações de idosos epilepsias
consideradas evitáveis
Internações de idosos infecções
no rim e trato urinário
consideradas evitáveis

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Política Nacional de Atenção Básica - PNAB	Pesquisa Normativa	Internações de idosos infecções da pele e tecidos subcutâneos consideradas evitáveis Internações de idosos por doenças inflamatórias dos órgãos femininos consideradas evitáveis Internações de idosos por ulcera gastrointestinal consideradas evitáveis Internações de idosos por doenças relacionadas ao pré-natal e parto consideradas evitáveis Internações de idosos por doenças preveníveis por imunização Idosos cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) Internações de idosos por doenças hipertensivas Internação de idosos por doenças cardíacas hipertensivas Internação de idosos para tratamento de hipertensão Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos por doenças hipertensivas
--	------	-------------------------	--	-----------------------	--

Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos doenças cardíacas hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos para tratamento de hipertensão
Mortalidade de idosos por doenças hipertensivas
Mortalidade de idosos por doenças cardíacas hipertensas
Internações de idosos para tratamento de diabetes mellitus
Mortalidade de idosos por diabetes mellitus
Mortalidade de idoso por diabetes mellitus considerada evitável
Mortalidade de idoso por hipertensão e doenças associadas considerada evitável
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por doenças hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por doenças cardíacas hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por diabetes mellitus

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer	de Pesquisa Normativa	Internações de idosos por de diabetes mellitus consideradas evitáveis Internações de idosos por hipertensão consideradas evitáveis Idosos que recebem medicamentos para tratamento de Alzheimer
ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idosos por tumores relacionados ao tabagismo considerada evitável Tabagismo entre idosos Excesso de peso entre idosos Internações de idosos por neoplasia de pulmão ou brônquios Internação de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos por neoplasia de pulmão ou brônquios Desigualdade de sexo para a taxa

de internação de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Mortalidade de idosos por alguma neoplasia de pulmão ou brônquios
Mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por alguma neoplasia de pulmão ou brônquios
Desigualdade de sexo para a taxa de mortalidade de idosos por neoplasia de laringe ou traqueia
Mortalidade de idosos por gripe e pneumonia considerada evitável
Vacinação de idoso contra a gripe
Internações de idosos para tratamento de pneumonia ou gripe
Desigualdade de sexo para a taxa de internação de idosos para tratamento de pneumonia ou gripe
Mortalidade de idosos por pneumonia ou gripe
Desigualdade de sexo para a taxa de Mortalidade de idosos por pneumonia ou gripe

Internação de idosos por doenças
preveníveis por imunização
Internações de idosos por causas
externas
Internações de idosos por
acidentes de transporte
Internações de idosos por queda
em pelo menos uma das causas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos por
causas externas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos por
acidentes de transporte
Desigualdade de sexo para a taxa
de Internações de idosos por
queda em pelo menos uma das
causas
Mortalidade de idosos por causas
externas
Mortalidade de idosos por
acidentes de transporte
Mortalidade de idosos por queda
em pelo menos uma das causas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
causas externas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por

acidentes de transporte
Desigualdade de sexo para a taxa de Mortalidade de idosos por queda em pelo menos uma das causas
Internações de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas
Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas
Mortalidade de idosos por homicídio
Mortalidade de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas
Desigualdade de sexo para a taxa de Mortalidade de idosos por homicídio
Desigualdade de sexo para a taxa de Mortalidade de idosos por maus tratos em pelo menos uma das causas
Idosos com incapacidade funcional para atividades de vida diária
Idosos com limitação de mobilidade física

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idosas por neoplasia de mama considerada evitável Mortalidade de idosas por neoplasia de útero considerada evitável Internações de idosas por neoplasia de mama Internações de idosas por neoplasia de útero Mortalidade de idosas por neoplasia de mama Mortalidade de idosas por neoplasia de útero
ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência	Pesquisa Normativa	Idosos com alguma dificuldade de ouvir Idosos com alguma dificuldade de enxergar Idosos com alguma deficiência motora Idosos com alguma deficiência Idosos com incapacidade funcional para atividades de vida diária

ICICT-FIOCRUZ. SISAP IDOSO. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso.	2011	Municípios do Brasil	Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Pesquisa Normativa	Mortalidade de idosos por hipertensão e doenças associadas considerada evitável Mortalidade de idosos por diabetes mellitus considerada evitável Internações de idosos por doenças hipertensivas Internações de idosos por doenças cardíacas hipertensivas Internações de idosos para tratamento de diabetes mellitus Internações de idosos para tratamento de hipertensão Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos por doenças hipertensivas Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos por doenças cardíacas hipertensivas Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos para tratamento de diabetes mellitus Desigualdade de sexo para a taxa de Internações de idosos para tratamento de hipertensão Mortalidade de idosos por doenças hipertensivas Mortalidade de idosos por
--	------	-------------------------	--	-----------------------	--

ROESF
Catarina
2009,2010,

Santa
2008,

2011

Gestão municipal
na atenção básica
à saúde

doenças cardíacas hipertensivas
Mortalidade de idosos por
diabetes mellitus
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
doenças hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
doenças cardíacas hipertensivas
Desigualdade de sexo para a taxa
de Mortalidade de idosos por
diabetes mellitus
Internação de idosos por
hipertensão consideradas
evitáveis
Internação de idosos por diabetes
mellitus consideradas evitáveis
Promoção, prevenção e
diagnostico precoce
Cobertura vacinal em idoso
Internação de idoso
Detecção precoce de câncer em
idoso
Diagnóstico e Tratamento
Redução da taxa de internação
em idoso
Oferta de fisioterapia
Internações por doenças
nutricionais

<p>RABETTI, AC; FREITAS, SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica.</p>	2011	<p>66 municípios catarinenses de pequeno porte, com cobertura potencial máxima de 100% pela Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Eficiência da Estratégia Saúde da Família nas ações relacionadas à hipertensão.</p>	<p>Pesquisa avaliativa</p>	<p><u>Recursos Financeiro</u> Total aplicado pelo município para custeio da atenção básica Horas semanais de ocupação de consultórios destinados a atenção básica <u>Vinculação</u> Horas semanais de ocupação de consultórios destinados a atenção básica Número de indivíduos com HAS cadastrados Número de atendimentos à HAS realizadas pela SF Número de visitas realizadas por agentes comunitários de saúde aos usuários com HAS <u>Força de trabalho</u> Jornada semanal média das equipes de Saúde da Família por mês <u>Morbidade</u> Prevalência diabetes, hipertensão <u>Mortalidade</u> Taxa de mortalidade AVC, causa externas, aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração, neoplasia maligna de mama próstata e colo de útero.</p>
<p>PROADESS Projeto de Avaliação de Desempenho, do Sistema de Saúde</p>	2011		<p>Desempenho dos sistemas de saúde</p>	<p>Pesquisa avaliativa</p>	

SARTOR, V. B. Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do sus.	2010	Florianópolis, Santa Catarina	Eficácia do serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica do SUS.	Pesquisa Avaliativa	<u>Acesso</u> Cirurgia de prótese de quadril em idoso <u>Efetividade</u> Internações evitáveis por insuficiência cardíaca <u>Eficiência</u> Cirurgia de catarata <u>Respeito aos direitos das pessoas</u> Foi informado de tratamentos alternativos <u>Aceitabilidade</u> Percentual de idosos que não aceitaram se vacinar contra a influenza <u>Adequação</u> Atenção ao paciente com AVC Fratura no quadril Abordagem ao usuário Orientação com foco nos resultados de usos dos medicamentos
COLUSSI, C.F. Avaliação da qualidade da Atenção em Saúde	2010 (Tese)	Municípios de Santa Catarina- Brasil	Saúde Bucal na Atenção Básica	Pesquisa Avaliativa	<u>Promoção e Prevenção</u> Atenção em Saúde Bucal para grupos de idosos- Relevância Atenção em SB para idosos de

Bucal em Santa
Catarina

com limitação incapacitante –
Efetividade
Diagnostico de lesões de mucosa
– Eficácia
Diagnostico e Tratamento
Atendimento preferencial –
Relevância
Tratamento conservador -
Efetividade
Concentração de procedimentos
por tratamento concluído –
Eficácia
Maior autocuidado em saúde
Uso adequado de serviços
preventivos e assistenciais
Controle das doenças crônicas
preexistentes
Auto percepção positiva da saúde
e satisfação de viver
Participação social e política

ASSIS, M. et al. 2009. Núcleo de Implantação Pesquisa
Evaluation of a Atenção ao Projeto de avaliativa
health promotion idoso (NAI) da Promoção da
project at the UnATI-UERJ Saúde do Núcleo
Elderly People's de Atenção ao
Care Center: an Idoso
exploratory study.

ANEXOS

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO – CEP UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Integral à saúde do idoso- Modelo de avaliação do desempenho da gestão municipal em Santa Catarina.

Pesquisador: Keila Cristina Rausch Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30220713.8.0000.5369

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 668.705

Data da Relatoria: 12/06/2014

Apresentação do Projeto:

O foco da pesquisa e a inserção da população idosa que cresce em todo o mundo, e, por conta disso, "tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade o desafio de problemas médico-sociais próprios do envelhecimento (OCDE, 2013). O século XXI está sendo marcado pela mudança do perfil de algumas morbidades transmissíveis e agudas. Doenças que até então caracterizavam-se por serem transmissíveis e de alta taxa de mortalidade, exemplo a AIDS, estão sendo classificadas como passíveis de cronicidade. A característica do envelhecimento e tornar o indivíduo mais suscetível pela diminuição progressiva da capacidade de respostas fisiológicas e psicológicas aos estímulos. As mudanças orgânicas consideradas naturais e normais, resultam num organismo que necessita de um olhar diferenciado a atenção a sua saúde (PAPALEO NETTO, 2002). Para assegurar a inserção deste indivíduo envelhecido na sociedade garantindo sua integralidade, leis como o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n 10.741) foram desenvolvidas para esclarecer a sociedade seus direitos e deveres para com o idoso".

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o desempenho da gestão municipal na atenção integral à saúde do idoso.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.132-000

UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

Continuação do Parecer: 668,705

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os benefícios superam os possíveis riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12. Havia sido apresentado ao CEP/UNISUL, contudo estava em pendência pois nos termos da Resolução CNS 466/12, no item referente a instituição promotora da pesquisa: o protocolo de pesquisa deve ser submetido a avaliação do CEP da instituição promotora da pesquisa, a qual não era a UNISUL. Contudo, a pesquisadora reapresentou o projeto a este CEP e alega que há greve na UFSC e que a avaliação ética dos protocolos de pesquisa do CEP daquela instituição encontram-se parados. Tendo em vista que o objetivo do CEP é resguardar os participantes da pesquisa, e considerando a greve na UFSC, este CEP deliberou no sentido de avaliar o projeto. Assim sendo, considera-se que, ainda que a Unisul não seja a instituição proponente, trata-se de uma questão ética avaliar tal projeto, visto o vínculo da pesquisadora com a UNISUL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12.

Recomendações:

não consta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não consta.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar

Endereço: Avenida Pedra branca,25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88,132-000
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 668,705

fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

PALHOCA, 30 de Maio de 2014

Assinado por:
Fernando Hellmann
(Coordenador)

Endereço: Avenida Pedra branca,25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.132-000
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br