

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA

**O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CUIDADO
AO IDOSO A PARTIR DA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS DE
REUNIÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Belo Horizonte

2015

MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA

**O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CUIDADO
AO IDOSO A PARTIR DA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS DE
REUNIÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Paz e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde e suas bases

Orientadora: Prof^ª Dra Elizabeth Costa Dias

Co-orientadora: Dra Karla Cristina Giacomin

Belo Horizonte

2015

S586o Silva, Mônica de Assis Fontes.
O olhar do agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso a partir da análise documental das atas de reuniões das equipes de saúde da família [manuscrito]. / Mônica de Assis Fontes Silva. -- Belo Horizonte: 2015. 83f.: il.
Orientador: Elizabeth Costa Dias.
Coorientador: Karla Cristina Giacomini.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Idoso. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Assistência à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. 6. Envelhecimento. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Giacomini, Karla Cristina. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 100

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Profa. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Profa. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Profa. Ana Cristina Cortes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Tomáz Gonzaga da Mata Machado

Coordenadora da Pós-graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Colegiado/Representante Docentes

Titulares

Andréa Maria Silveira
Antônio Leite Alves Raddichi
Cristiane de Freitas Cunha
Eliane Dias Gontijo
Elizabeth Costa Dias
Elza Machado de Melo
Victor Hugo de Melo

Suplentes

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
Eugênia Ribeiro Valadares
Cristiane de Freitas Cunha
Izabel Christina Friche Passos
Fernando Madalena Volpe
Stela Maris Aguiar Lemos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA

**O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CUIDADO
AO IDOSO A PARTIR DA ANÁLISE DOCUMENTAL DAS ATAS DE
REUNIÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Elizabeth Costa Dias (Orientadora/Presidente) – UFMG

Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini (Co-orientadora) – SMSA/NESPE

Profa. Dra. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo – UFMG

Dra. Márcia Rocha Parizzi - SMSA

Dissertação defendida e aprovada em: 02/07/2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me presentear com a realização deste sonho.

Ao Eduardo pelo amor, amizade, companheirismo e apoio.

Aos meus filhos, Luísa e Vítor, que mesmo crianças, compreenderam a minha ausência em vários momentos durante a elaboração deste estudo.

A minha família, pelo aprendizado de vida.

À professora Elizabeth Costa Dias, pela atenção, carinho e ponderações.

À Karla Cristina Giacomini, por não medir esforços em me ajudar, principalmente nos momentos em que mais precisei. Obrigada por todo aprendizado e cuidado.

À professora Elza Machado de Melo, por toda dedicação ao mestrado profissional.

Ao corpo docente e funcionários da pós-graduação, principalmente aos professores Eliane Dias Gontijo, Maria da Conceição Werneck e Ricardo Tavares, por todo ensinamento.

À Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, pela atuação em minha banca de qualificação, proporcionando melhorias em meu projeto.

À Juliana Vaz de Melo Mambrini, por suas valiosas contribuições na análise dos dados.

Aos profissionais das UBS, pela colaboração e apoio na realização do pré teste e da coleta de dados.

À Vanessa, pela companhia no percurso pelas UBS e pela contribuição na coleta dos dados.

Às minhas colegas de caminhada acadêmica Paula, Patrícia e Evamar, pelas experiências compartilhadas.

Aos meus gerentes, colegas de trabalho, e colegas de profissão pelo incentivo e apoio.

Ao amigo Geraldo Dantas, pela disponibilidade em revisar meu trabalho.

A todos que, direto ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

Envelhecer é efetivamente uma ação incessante de desfazer e refazer. São as características mutáveis de nossas células que nos permitem ser quem somos. Por isso, se continuamos vivos é porque envelhecemos, se desistirmos de envelhecer, morreremos (MONTEIRO, 2008).

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional vem ocorrendo no Brasil de forma acelerada, passando de 7,6% em 1996 para 10,8%, em 2010; com previsão de que, em 2025, alcance 14% do total. Em 2011, Minas Gerais contava com a segunda maior população do país, 2,6 milhões de pessoas, sendo 299.572 idosos residentes em Belo Horizonte. O envelhecimento acarreta demandas específicas aos serviços de saúde, sendo que a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) assumem papel fundamental no cuidado dessas pessoas e necessitam ser qualificados e apoiados para cuidar dos idosos e de seus familiares no território sob sua responsabilidade. Nesse sentido, a Prefeitura de Belo Horizonte implantou em 2009 o “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF), com os objetivos de capacitar profissionais de saúde e implementar grupos para apoiar os cuidadores familiares de idosos. A capacitação dos ACS contemplou diferentes temas relacionados à saúde do idoso, com o total de 20 horas de aulas. **Objetivos:** Este estudo buscou conhecer as possíveis mudanças nas práticas de saúde dos ACS que participaram da qualificação pelo PQCIF e comparar se aqueles que participaram do projeto lida de maneira diferente com o cuidado ao idoso em relação aos que não participaram. **Método:** Foi feito estudo qualitativo, por meio de análise das atas de reuniões das equipes de Saúde da Família (SF) realizadas no período de 01/03 a 31/05/14 buscando conhecer como foram tratadas as questões envolvendo o cuidado de idosos. Considerando que a implementação do projeto se deu de forma desigual nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de BH, as unidades foram divididas em dois conjuntos: um com as 104 UBS que realizaram grupos e outro com as 43 UBS que não o fizeram. Para seleção da amostra de estudo, foram sorteadas aleatoriamente 24 UBS de cada um desses conjuntos, totalizando um universo de 48 UBS, que representam 30% do total de unidades do município. Em cada UBS da amostra foi sorteada aleatoriamente uma equipe de SF que teve os registros das atas de suas reuniões analisadas. Quando os registros envolviam o cuidado à pessoa idosa, os fragmentos das atas com o assunto eram fotocopiados para uma análise mais aprofundada. **Resultados:** Participaram das reuniões no período estudado 250 profissionais, destes 130 eram ACS, dos quais 126 do sexo feminino, com média de idade de $43,7 \pm 9,6$ anos, sendo 67,7% com menos de 50 anos. Do total de profissionais, 125 participaram do PQCIF e destes 91 eram ACS. No momento da coleta de dados a pesquisadora desconhecia se o ACS que participou da reunião de equipe havia ou não sido capacitado pelo PQCIF. Foram lidos 264 registros de atas de reuniões, com a identificação de 4.129 pautas, abrangendo questões como: os “Agendamentos em geral” que lideraram os registros com 23,2% (959 vezes); os “Aspectos Administrativos” apareceram em terceiro lugar com 10,6% (439 vezes); a “Saúde da Mulher” com 5,1% (209 vezes); a “Saúde da Criança” com 3,1% (130 vezes), a “Saúde Mental” 2,9% (119 vezes), já o tema “Saúde do Idoso” apareceu apenas 1,9% (80 vezes); a “Saúde do Adolescente” 0,6%, (26 vezes) e a “Saúde do Adulto” 0,2% (8 vezes). Todas as atas estavam manuscritas, exceto duas nas quais parte dos registros foi digitado. Todos os registros com informações dos idosos foram analisados detalhadamente e categorizados em: “Atenção à Saúde”, “Violência” e “Questões Organizacionais”, totalizando 71 assuntos. Destes, 53 foram discutidos em UBS que realizaram grupos com cuidadores de idosos frágeis na área de abrangência, sendo que 35 encaminhados por profissionais que participaram da capacitação do PQCIF. Entre os profissionais que levaram pautas da “Saúde do Idoso” para as reuniões, 16 eram ACS, dos quais 12 deles participantes do PQCIF. Além disso, dos 16 ACS que encaminharam pautas de idoso para as reuniões, 9 atuavam em UBS que realizaram grupos com cuidadores de idosos promovidos pelo referido projeto. A análise dos resultados revelou que nas UBS com maior

envolvimento no PQCIF, os ACS (e os demais profissionais) mostraram-se mais sensibilizados para o cuidado com a pessoa idosa, isto sugere que as atividades propostas pelo projeto – capacitação e realização de grupos de cuidadores nas UBS – possibilitaram enxergar a população idosa com um olhar diferenciado. O presente estudo parece indicar que ACS quando se sentem mais preparados para atuar no SUS apresentam maior participação em ações no território, evidenciando a importância da qualificação profissional no aprimoramento das práticas em saúde. Os resultados trazem que a pessoa idosa é pouco incluída nas discussões das equipes. Esta invisibilidade pode estar ancorada no modelo de cuidado ainda focado em doenças, em preconceitos ou mesmo no desconhecimento do que poderia ser feito para conquistar um envelhecimento digno.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Educação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Population aging in Brazil has increased from 7.6% in 1996 to 10.8% in 2010. The prediction is that, in 2025, it reaches 14% of the total population. In 2011, Minas Gerais state was the second most populated state, with 2.6 million people. A total of 299,572 elderly lived in Belo Horizonte. Aging leads to specific demands of the health services, and Basic Health Care, the Family Health Strategy (FHS) and especially the Community Health Agents (CHA) play an important role on the care of these people and need to be qualified and supported to care for the elderly and their family under their coverage areas. Thus, the government of Belo Horizonte implanted, in 2009 the Qualification of Care for the Fragile Elderly Project (QCFEP), that aimed at qualifying health professionals and implementing groups to support the familial caregivers of the elderly. The qualification of the CHA contemplated different themes related to elderly health, with a total of 20 hours of classes.

Aims: This study aimed at acknowledging the possible changes on the health practices of the CHA who participated on the qualification by the QCFEP and also compare the differences in dealing with elderly care between those who participated on the project and those who did not.

Methods: A qualitative study was performed, analysing the records of the meetings of the Family Health (FH) teams, performed between 01/03/14 and 31/05/14, aiming at acknowledging how the issues related to elderly care were treated. Considering that the implementation of the project was unequal between the different Basic Health Units (BHU) of Belo Horizonte, the units were divided into two sets: one with the 104 BHU that had the groups and another one with the 43 BHU that did not have the groups. For the selection of the study sample, 24 BHU of each set were randomly selected, in a total of 48 BHU, which represented 30% of all the city's units. In each BHU of the sample, a FH team was randomly selected and the meetings' records were analyzed. When the registrations involved elderly care, the fragments of the records with the subject were photocopied for a deeper analysis.

Results: a total of 250 professionals participated of the meetings during the studied period. Of these, 130 were CHA, of which 126 were women, with average age of 43.7 ± 9.6 years; 67.7% were under 50 years old. A total of 125 professionals participated of the QCFEP and 91 of them were CHA. During the data collection, the researcher did not know whether the CHA who participated of the team meeting had or not been qualified by the QCFEP. A total of 264 meeting records were studied, and 4,129 items were identified, comprehending issues such as: "General Scheduling", which appeared more frequently (23.2% - 959 times); "Administrative Aspects", in third place, with 10.6% (439 times), Women's Health with 5.1% (209 times); "Child Health" with 3.1% (130 times); "Mental Health" with 2.9% (119 times). The theme "Elderly Health" appeared only 1.9% (80 times); "Teenage Health", 0.6% (26 times) and "Adult Health", 0.2% (8 times). All the records were handwritten, except for two, in which part of the report was typed. All the records with information on the elderly were analyzed in details and categorized as: "Health Attention", "Violence" and "Organizational Issues", in a total of 71 subjects. Of these, 53 were discussed in BHU that had groups with fragile elderly caregivers in their scope and 35 were referred by professionals who participated on the qualification by the QCFEP. Between the professionals who brought "Elderly Health" issues to the meetings, 16 were CHA and 12 of these participated of the QCFEP. Furthermore, of the 16 CHA who brought elderly issues to the meetings, 9 worked at BHU that had groups with elderly caregivers promoted by the referred project. The analysis of the results revealed that, at the BHU with more involvement with the QCFEP, the CHA (and the other professionals) were more sensitized with the care of an elder person. This suggests that the activities proposed by the project - qualification and caregiver groups at the BHU - made it possible to change their view of the elderly population. The present study seems to

indicate that when the CHA feel more prepared to work at SUS (Unique Health System) they are more participative in actions in their scope. This evidences the importance of professional qualification for the improvement of health practices. The results show that the elderly is not often included in team discussions. This invisibility may be due to the caring model focused in diseases, in prejudices or even in the lack of knowledge of what could be done in order to achieve dignified aging.

Keywords: Community Health Agents; Health Education; Family Health Strategy; Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Dissertação

Quadro 1	Critérios para definição de fragilidade em idosos com menos de 80 anos	19
Figura 1	Mapa de Belo Horizonte com os nove distritos sanitários	26
Figura 2	Plano Macro Estratégico - Territórios de saúde	27

Artigo

Figura 1	Trajetória metodológica da pesquisa, Belo Horizonte - MG, 2014-2015	41
Figura 2	Resultados da pesquisa, Belo Horizonte - MG, 2014-2015	44
Gráfico 1	Distribuição da frequência das pautas identificadas nas atas das reuniões das equipes de Saúde da Família levadas pelos profissionais participantes (exceto ACS) e por ACS, realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 – Belo Horizonte – MG	45
Quadro 1	Categorização das pautas relativas à saúde da pessoa idosa identificadas nas atas das reuniões das equipes de Saúde da Família realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 – Belo Horizonte – MG	47
Gráfico 2	Pautas incluídas por ACS participantes e não participantes do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, nas reuniões realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 – Belo Horizonte – MG	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEAS	Gerência de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PQCIF	Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Envelhecimento	18
3.2	Cuidado	22
3.3	Políticas Públicas para a Pessoa Idosa	22
3.4	Políticas Nacionais de Saúde, com ênfase na Estratégia Saúde da Família	25
3.5	Papel e Importância dos ACS	29
3.6	Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do SUS	30
3.7	Educação Permanente em Saúde para o Cuidado	31
3.8	O “Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”	33
3.8.1	Capacitação Profissional	34
3.8.2	Estratégias para Formação de Grupo de Cuidadores de Idosos Frágeis	34
3.8.3	Início dos Trabalhos com os Facilitadores	35
3.8.4	Implantação dos Grupos	35
4	METODOLOGIA	37
4.1	Área e População de Estudo	37
4.2	Coleta e Análise de Dados	38
4.3	Aspectos Éticos	40
5	RESULTADOS (APRESENTADOS COMO ARTIGO)	42
5.1	Artigo: O olhar do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao idoso a partir da análise documental das atas de reuniões das Equipes de Saúde da Família.	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7	REFERÊNCIAS	65
8	APÊNDICES	72
9	ANEXOS	77

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984), o contingente populacional que mais cresce em todo o mundo é o de idosos. Em países desenvolvidos, considera-se idoso o indivíduo com 65 anos e mais de idade, e em países em desenvolvimento, como o Brasil, prevalece a idade igual ou maior que 60 anos, conforme referendado em dispositivos legais brasileiros (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Estima-se que, em 2010, existiam no mundo cerca de 755 milhões de pessoas nessa faixa etária, grupo que deve chegar a 1,2 bilhões de pessoas em 2025. Porém, o ritmo de envelhecimento vem se manifestando de forma distinta em diversas partes do mundo. Nos países desenvolvidos, a exemplo da França, o processo de envelhecimento se deu de forma gradativa, levando mais de um século para que a população idosa passasse de 7% para 14% (VERAS, 2012). Além disso, no continente europeu, o envelhecimento populacional encontrou um cenário socioeconômico favorável, que permitiu a expansão dos seus sistemas de proteção social, facilitando o acesso e impactando positivamente na qualidade dos serviços oferecidos (CAMARANO, 2005). Ao contrário nos países em desenvolvimento, esse fenômeno vem acontecendo de forma mais rápida e intensa, enfrentando sérias dificuldades na expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários, em particular para os idosos (OPAS, 2005).

No Brasil, a proporção de idosos na população aumentou de 7,6% em 1996 para 10,8% em 2010, sendo que, no grupo etário com 80 anos ou mais, o crescimento chegou a quase 65%. A previsão é que em 2025 a população idosa represente 14% do total, ou seja, 32 milhões de pessoas, o que colocará o Brasil como o sexto país com maior população de idosos do mundo. Além disso, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 75% das famílias brasileiras têm pelo menos um idoso entre seus membros (PNAD, 2011). Minas Gerais é considerado o segundo estado do país em número de pessoas idosas, contando em 2011, com cerca de 2,6 milhões de pessoas nessa faixa etária (PNAD, 2011), sendo 330 mil residentes em Belo Horizonte.

Para responder às crescentes demandas da população idosa no Brasil, foram estabelecidos dispositivos legais, dentre os quais: a Política Nacional do Idoso - PNI (1994a), a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI (1999) e o Estatuto do Idoso (2003).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 1994b) que define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estruturante do modelo de atenção com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, centralizando a atenção na família, a partir do contexto socioeconômico em que ela vive (FRANCO e MERHY, 2004).

A ESF possibilita o acesso ao cuidado à saúde e sua ampliação, e enseja a mediação entre a família/comunidade e as equipes da atenção primária (STARFIELD, 2002). Cada equipe Saúde da Família (SF) atua principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências e nos espaços comunitários, com enfoque individual ou coletivo numa visão multiprofissional (BRASIL, 2005), sendo corresponsáveis pelo cuidado da saúde da população no território definido.

Na equipe SF, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) é atribuído o papel de elo entre o serviço e a comunidade, com a qual partilha o mesmo universo sociocultural (MARZARI *et al.*, 2011). Assim, ele deve reconhecer os problemas que existem na área adscrita e os levar para o serviço em busca de cuidado integral da população, inclusive a idosa. Dentre as múltiplas atribuições dos ACS encontram-se: o repasse de informações à população, incluindo práticas e hábitos saudáveis; o acompanhamento dos indivíduos, com ações preventivas como a vacinação e a vigilância à saúde quanto ao controle da pressão arterial e da glicemia de adultos e idosos, com busca ativa se necessário, bem como o convite para participar de grupos operativos (PNAB, 2011).

Todo esse cuidado se faz no cotidiano da vida das pessoas nos diferentes espaços e contextos (PINHEIRO, 2011) e, aqui entendido como uma ação integral, voltada para a compreensão da saúde como direito, pautado em atitudes de tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2009).

A partir de 2008, a ESF passou a contar com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados com o objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da atenção básica e de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, psiquiatra, entre outros (BRASIL, 2008), os quais podem participar ativamente do cuidado da saúde da população adscrita. No município de Belo Horizonte, a cobertura das equipes SF atinge 81,74% do território, com um total de 58 equipes do NASF, atuando junto a 583 equipes distribuídas em 147 UBS (BELO HORIZONTE, 2013a).

Nesse contexto normativo e institucional, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) implantou, em 2009, o “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF), financiado pelo Ministério da Saúde, com os objetivos de aperfeiçoar a atenção à saúde da pessoa idosa e de apoiar os cuidadores familiares de idosos frágeis, por meio da implementação de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis (FERREIRA *et al.*, 2012). O processo de educação em saúde desenvolvido pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde envolveu as 147 UBS. Até dezembro de 2013, 121 grupos de cuidadores familiares da área de abrangência das UBS foram realizados e 4.305 profissionais de saúde foram capacitados, dentre eles 1.946 ACS (BELO HORIZONTE, 2014).

Por ser o ACS facilitador do acesso e trânsito do usuário na rede de serviços de saúde, multiplicador das orientações em saúde na comunidade e um forte aliado no monitoramento do plano de cuidados proposto, o presente estudo busca conhecer se o ACS que participou do referido projeto lida de forma diferente com o cuidado ao idoso no território.

Como funcionária da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da PBH, integrante do NASF, com experiência na preceptoria da Residência Multiprofissional com ênfase na Saúde da Pessoa Idosa e colaboradora do PQCIF de Belo Horizonte, surgiu o interesse em conhecer melhor se e como a capacitação desenvolvida pelo PQCIF contribuiu para a melhoria do cuidado ao idoso, e em especial na atuação do ACS que foi capacitado.

Este estudo busca responder as seguintes questões:

1 - O ACS que participou do PQCIF lida de maneira diferenciada com o cuidado ao idoso em relação ao que não participou?

2 - Como se expressam as mudanças na forma de lidar com o idoso, entre os ACS que participaram do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, a partir das atas das reuniões das equipes de SF?

- Aciona mais a equipe?
- Traz o caso de modo recorrente?
- Sugere encaminhamentos?
- Mobiliza outros profissionais?

Espera-se com essas respostas contribuir com o serviço de saúde para uma maior compreensão sobre a atuação das equipes SF, especialmente a do ACS, no cuidado à pessoa idosa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Comparar se o ACS que participou do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” lida de maneira diferente com o cuidado ao idoso em relação ao ACS que não participou.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos ACS integrantes da amostra do estudo;
- Identificar a presença do tema Saúde do Idoso nas pautas das reuniões das equipes SF;
- Investigar se o ACS que participou do PQCIF prioriza a Saúde do Idoso no seu processo de trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

“Envelhecer é verbo, ação, continuidade. Envelhecer é transformação: ação além da forma. Tornamo-nos mais velhos a cada momento. Fomos diferentes no passado e seremos diferentes no futuro”. (MONTEIRO, 2008, p.7).

Este estudo baseia-se em referências da literatura técnico-científica disponível acerca do contexto de envelhecimento populacional brasileiro e de suas repercussões sobre as demandas por cuidado, as políticas públicas para o idoso na Atenção Básica, com ênfase na atuação do ACS e nos processos de Educação Permanente.

3.1 Envelhecimento

O processo de envelhecer é efetivamente uma ação incessante de desfazer e refazer. Em princípio, são as características mutáveis de nossas células que nos permitem ser quem somos. Por isso, se continuamos vivos é porque envelhecemos, se desistirmos de envelhecer, morreremos (MONTEIRO, 2008).

Envelhecimento é termo complexo, pois envolve todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância, a adolescência até a fase adulta. Recusamo-nos não a reconhecer sua complexidade, mas sim a colocar junto com o envelhecimento, a perspectiva de adoecimento, privação, dependência, tristeza, frustração. Mas não se resume a isso. Há também descobertas, fruição, desejo. É um processo heterogêneo, pois cada pessoa vivencia essa fase de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas (MINAYO e COIMBRA JÚNIOR, 2002).

Carvalho e Garcia (2003) definem o envelhecimento populacional como a mudança na estrutura etária da população, na qual se observa um aumento do número de pessoas acima de determinada idade, apontada como definidora do início da velhice. Estas modificações acontecem devido à transição demográfica, que é resultante da queda da mortalidade, combinada com o aumento da expectativa de vida e a queda da taxa de fecundidade. Usualmente, ela reflete os avanços da ciência e a melhoria das condições de vida da população, mas vem associada à transição epidemiológica, em que se observa o declínio das

doenças infectocontagiosas e o aumento das doenças crônicas, impactando em todas as políticas sociais, especialmente as de saúde (CAMARANO, 2010).

No Brasil, esse fenômeno vem acontecendo de forma rápida e intensa, enfrentando sérias dificuldades na expansão do sistema de proteção social para todos os grupos etários, em particular para os idosos (CAMARANO, 2010).

Concomitantemente ao envelhecimento populacional, observam-se mudanças dramáticas na estrutura, no tamanho e no papel da família, decorrentes da urbanização, da migração de jovens para cidades à procura de trabalho e de mais mulheres tornando-se força de trabalho formal. Tudo isto resulta em menor número de pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (OPAS, 2005) a cada ano. Com base nos resultados do Censo Demográfico 2010, no Brasil, as estimativas das taxas de fecundidade total mostram uma queda no número de potenciais cuidadores: o número médio de filhos por mulher que em 2000 era 2,38 passou para 1,9 em 2010. A previsão é que em 2050 haja apenas dois potenciais cuidadores para cada idoso acima de 75 anos. Outro fator a se considerar é o crescimento da população mais idosa (80 anos e mais) entre os idosos (CAMARANO, 2010).

Chaimowicz (2006) destaca ainda como característica do envelhecimento populacional brasileiro, a feminização da velhice, decorrente da maior longevidade das mulheres, em razão das diferenças de comportamento em relação ao homem: as mulheres procuram mais os serviços de saúde, enquanto os homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito, além de maior consumo de drogas, fumo e álcool. Embora apresentem uma expectativa de vida mais elevada, nas mulheres o número de anos vividos com incapacidades é também maior (CHAIMOWICZ, 2006).

Sabe-se que o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, contudo ele somente será considerado como uma real conquista na medida em que se adquire também qualidade para os anos adicionais de vida (VERAS, 2009). Assim, qualquer política destinada aos idosos deve abrir campo para a possibilidade de atuação em vários contextos sociais e para a elaboração de novos significados para a vida na idade avançada, incentivando a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde. Além disso, deve também levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação das pessoas (PNSPI, 2006).

Embora a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observadas no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes contextos socioeconômicos, chegar à velhice já é uma realidade populacional em muitos países. Porém,

no Brasil, esse fenômeno acontece em um cenário de forte desigualdade social e de gênero (VERAS, 2009), o que favorece uma maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde, implicando no aumento dos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde (CHAIMOWICZ, 1997; BRASIL, 2002).

Dessa forma, a ênfase na prevenção, que costuma ser efetiva mesmo nas fases mais tardias da vida, é a chave para mudar o quadro atual da grande demanda dos idosos por serviços de saúde, com frequentes internações hospitalares e prolongado tempo de ocupação do leito, sendo maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009).

Além disso, a estrutura dos serviços de assistência ao idoso ainda está aquém das necessidades apresentadas por esse grupo etário, que também enfrenta problemas com desinformação dos seus direitos, preconceito e desrespeito, situações que demandam investimentos urgentes frente ao fenômeno populacional projetado (VERAS, 2009), com respostas qualificadas pela rede pública de saúde. Dar assistência a este grupo requer atendimento diferenciado, levando em consideração as diversas realidades sociais apresentadas, o que constitui um grande desafio para as políticas públicas, para a família e a sociedade. Porém, fazem-se necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama por estruturas criativas e inovadoras, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência (LIMA-COSTA, 2003).

Na velhice, o foco da política de saúde deve estar estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si mesmo, o que representa uma dimensão fundamental da saúde da pessoa idosa. Nesse sentido, a garantia de bem-estar e a funcionalidade possibilitam ao indivíduo cuidar de si e de sua vida com independência e autonomia (CIF, 2001), podendo ser considerados como potenciais balizadores das ações em saúde para este público (BRASIL, 2006a). Afinal, ainda que a maioria dos idosos apresente disfunções orgânicas e ou doenças, nem sempre elas estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Nesse sentido, estudo tem mostrado que doenças crônicas, bem como as incapacidades delas decorrentes, não são consequências inevitáveis do envelhecimento (VERAS, 2007). Vale ressaltar que a incapacidade não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida quando a assistência à saúde é adequada (GIACOMIN *et al.*, 2005).

No Brasil, entre 2% e 47% da população idosa apresentam algum grau de incapacidade para as atividades de autocuidado, a depender da faixa etária estudada e do tipo e grau da incapacidade. Em Belo Horizonte, este número representa 16% dos idosos (GIACOMIN *et al.*, 2008), sendo que destes 8,7%, em decorrência de uma síndrome multidimensional, podem ser considerados frágeis (VIEIRA *et al.*, 2013).

Inicialmente o conceito de fragilidade estava relacionado à questão funcional, sendo considerado idoso frágil aquele dependente. Com a evolução do conhecimento sobre a fisiopatologia do declínio funcional e a disfunção de vários sistemas orgânicos, este conceito tem mudando (FERRIOLLI, 2011). Fried *et al.* (2001, p. 148) propõem como critérios de fragilidade “a presença de perda de peso não intencional, fraqueza muscular, fadiga, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade de marcha”. Estes fatores levam ao agravamento de comorbidades, doenças, quedas, institucionalização, hospitalização, incapacidade e morte (DUARTE e LEBRÃO, 2011).

A noção da fragilidade como algo inerente ao envelhecimento pode levar a uma intervenção tardia pelos profissionais de saúde, reduzindo a chance de reabilitação. Diante disso, surge a necessidade do estabelecimento de critérios para organizar ações que possam evitar ao máximo a perda da autonomia e da independência (BRASIL, 2007). Em Belo Horizonte, a SMSA adotou como critérios de fragilidade os estabelecidos pela Linha de Cuidado ao Idoso (MINAS GERAIS, 2006, p. 25) apresentados abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios para definição de fragilidade em idosos com menos de 80 anos

Polipatologias (≥ 5 diagnósticos)
Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)
Imobilidade parcial ou total
Incontinência urinária ou fecal
Instabilidade postural (quedas de repetição)
Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)
Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
Insuficiência familiar: idosos em situação de vulnerabilidade social, no meio familiar ou institucional.

Fonte: Atenção ao Idoso (MINAS GERAIS, 2006).

Além desses critérios, as situações socioeconômicas das famílias e a insuficiência da atuação do Estado são intensificadores de demandas e cuidados à pessoa idosa.

3.2 Cuidado

Cuidar deriva do latim *cogitare* com o sentido de cura, entendido como: cogitar, pensar, colocar atenção, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (BOFF, 2013).

No senso comum, quando se fala em cuidar, pensa-se numa relação entre quem cuida e quem é cuidado, como se estivesse de um lado um receptor e do outro um detentor de recursos ou de saber e poder, para aliviar ou curar uma doença ou melhorar uma disfunção (FALEIROS, 2013). No entanto, o cuidado pressupõe uma relação complexa entre profissionais, família, público em condições diversas que acontecem independentemente da condição de quem é cuidado (FALEIROS, 2013).

Assim, o cuidado à saúde da pessoa idosa deve ultrapassar o controle e a prevenção de doenças e incluir de forma sistemática a dimensão funcional da saúde e a preservação da autonomia como fatores determinantes da qualidade de vida e do bem-estar na velhice (BRASIL, 2006a).

Ayres (2011), por sua vez, compreende cuidado como atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, nas práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Utiliza o termo Cuidado em maiúsculo para diferenciar daquele cuidado como substantivo comum. Assume-se o cuidado como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contextos (PINHEIRO, 2011).

O cuidado se dá na relação dos usuários com os profissionais e o serviço, de modo singular, com diferenças e necessidades que precisam ser respeitadas. Cabe ao sujeito determinar o cuidado que lhe deve ser dado e ao serviço lhe garantir o acesso aos vários níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2009).

3.3 Políticas Públicas para a Pessoa Idosa

Diante do cenário descrito, o desenvolvimento de políticas públicas para o cuidado à pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações de saúde com relação à proposição

de diretrizes em busca de implantações de programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES e SOARES, 2012).

Ribeiro (2003) afirma que a democracia no Brasil é um fato recente e que a sociedade brasileira é caracterizada por uma desigualdade de origem, não existindo pilares para a democratização das oportunidades. Conforme o autor, uma sociedade mais justa estaria calcada na seguinte afirmação:

A sociedade igualitária não é uma sociedade em que todos são idênticos na maneira de ser, sem diferenças sociais, mas é uma sociedade na qual as oportunidades são distribuídas de maneira democrática. Assim, quando falamos de igualdade, falamos em igualdade de direitos. (RIBEIRO, 2003, p.15).

No Brasil, inúmeras iniciativas do Governo Federal foram desenvolvidas nos anos 70 voltadas às pessoas idosas, porém, apenas com a promulgação da Constituição Federal em 1988 foi definido o marco jurídico para o sistema de proteção social (DRAIBE, 1990), cuja regulamentação e implantação desse novo modelo ocorreram na década de 1990. A nova configuração institucional trouxe impactos positivos à população em geral e, em particular, à idosa. Este segmento foi especialmente beneficiado por políticas de acesso a uma renda mínima. Ao longo da década, novos marcos legais foram instituídos, como a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993, a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1994, e o Estatuto do Idoso, em 2003 (CAMARANO e PASINATO, 2004; CAMARANO *et al.*, 2009).

A Política Nacional do Idoso (PNI) estabelecida pela Lei N° 8.842/1994 e posteriormente regulamentada pelo Decreto 1.948/96 cria o Conselho Nacional do Idoso que tem como objetivo assegurar os direitos sociais à pessoa idosa (60 anos e mais), estabelecer condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito à saúde, nos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1994a). Ela prevê ações intersetoriais e específicas de várias políticas, inclusive da Saúde, tendo contribuído para a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (BRASIL, 1999), regulamentada pelo SUS.

O Estatuto do Idoso aprovado pela Lei 10.741/2003 reafirma os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana como sendo direitos dos idosos; o envelhecimento enquanto um direito personalíssimo e sua proteção um direito social. Estabelece que quando houver violação de direitos, o Ministério Público deve ser acionado para proteção da pessoa idosa (FALEIROS, 2007). Esta norma é considerada uma conquista da sociedade e demonstra um reconhecimento por parte do Estado de que a população idosa demanda necessidades

específicas e precisa de implementação das políticas públicas para atendê-las. Porém, a elaboração e aprovação do Estatuto se justificam pelo não cumprimento de vários direitos já garantidos em outras leis, inclusive na Constituição Federal.

Uma década depois de sua promulgação e diante da nova realidade social e das mudanças demográficas ocorridas no país, várias alterações são propostas para o Estatuto, buscando a construção de uma sociedade para todas as idades; dentre elas a alteração da idade do segmento idoso de 60 para 65 anos, o estabelecimento de medidas que ajudem as famílias a cuidar do idoso dependente dentro e fora do domicílio, além de questões relacionadas ao financiamento da política voltada para a pessoa idosa (CAMARANO, 2013). Ele dedica capítulo à saúde e orienta que o cuidado ao idoso se faça no seu meio natural, enfatizando a participação da família, da comunidade e do Estado no amparo aos idosos vulneráveis. Entretanto, o cumprimento também permanece bastante insuficiente, especialmente no tocante aos cuidados de longa duração para idosos (CAMARANO, 2010).

No âmbito da Saúde, a PNSI foi implantada pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde e atualizada pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, renomeada a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e estabeleceu dois grandes eixos de atuação: a promoção do envelhecimento ativo e o enfrentamento de fragilidades (BRASIL, 2006a). Ela tem por finalidade assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente. Esta política estabelece as diretrizes que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a para serviços do SUS, porém, os esforços ainda são pontuais e desarticulados.

Quanto à legislação referente à Assistência Social, em 1993 foi regulamentada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei 8.742 - que possibilitou o reconhecimento de contextos multivariados de riscos à saúde do cidadão idoso. Em seu art. 20, fala da garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993). Em 2004, foi regulamentada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) com a proposta de criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a partir do qual ficaram definidas responsabilidades do Estado no atendimento à família, ao idoso, a pessoas com deficiência e a todos os cidadãos vivendo em situação de vulnerabilidade ou risco social (BRASIL, 2004b).

Do ponto de vista da normatização legal, pode-se dizer que o envelhecimento no Brasil está protegido, porém as implementações das políticas ainda não foram feitas de forma integral. Assim, para melhorar a assistência a saúde do idoso torna-se imperativo exigir que governantes e sociedade encontrem formas de materializar as leis que garantem proteção e efetivação dos direitos da pessoa idosa, bem como a necessidade de discutir e divulgar os documentos legais que regulamentam as políticas públicas direcionadas a promoção do bem-estar, garantia de respeito e dignidade aos idosos brasileiros (ANDRADE, 2013).

Dessa forma, considerando a dinamicidade existente nas famílias e serviços, a Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e para a saúde da pessoa idosa por meio do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas e sob a forma de trabalho em equipe dirigido às populações de territórios delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2006a).

3.4 Políticas Nacionais de Saúde, com ênfase na Estratégia Saúde da Família

Neste momento, cabe apresentar um breve histórico da construção de Políticas Nacionais de Saúde, tendo como marco inicial a Conferência de Alma Ata em 1978, e discutir de forma mais aprofundada a inserção do ACS no SUS.

A Organização Mundial de Saúde apresentou a estratégia da AB na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, um marco nos debates sobre as políticas de saúde no mundo ao reafirmar a saúde como direito humano básico. A Atenção Básica à Saúde (ABS) surge com o propósito de mudar os paradigmas de atenção à saúde, propondo a substituição do modelo curativo pelo preventivo e a descentralização das ações de saúde, para facilitar o acesso das pessoas e ampliar a cobertura das ações (DIAS, 2008).

No Brasil, ainda no período anterior à criação do SUS, a AB representou um marco referencial para a organização dos serviços e a mudança do modelo assistencial. O Movimento de Reforma Sanitária, ancorado na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, liderou as discussões em torno do modelo mais adequado de atenção à saúde e levou para a Constituição Federal, promulgada em 1988, os pressupostos básicos daquilo que mais tarde veio a conformar o nosso Sistema Único de Saúde. Para regulamentação do SUS, nesta década, foram promulgadas as leis orgânicas da saúde: Lei nº 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142, de 18/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Com base nos princípios da hierarquização e descentralização do SUS, iniciou-se a reorganização deste sistema, que culminou com a municipalização da saúde, ou seja, com a transformação da esfera municipal em principal gestora da maior parte dos serviços e ações de saúde. Um dos eixos estruturantes desse processo foi a reorganização da AB que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), constitui:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006b).

Dentre os objetivos da AB destacam-se: a extensão do acesso às ações de saúde, a busca da integralidade, a resolução de grande parte dos problemas de saúde dos indivíduos e das populações e a contraposição ao modelo assistencial vigente anteriormente ao SUS, baseado na exclusão, na produtividade, na assistência médica, hospitalar e individual e no predomínio de ações curativas (BRASIL, 2006b).

As reflexões em torno do legado da AB e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da PNS (GIL, 2006). Alguns instrumentos utilizados para incentivar a reorganização da AB foram: a regulamentação das Normas Operacionais Básicas e das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, a criação de novas instâncias colegiadas decisórias, a introdução do Piso de Atenção Básica, o surgimento dos Conselhos de Saúde e o incentivo específico à implantação de determinadas estratégias (BODSTEIN, 2002). Dentre estas, destacam-se: o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1991), o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994) e posteriormente a Rede de Atenção Básica (2010), buscando a integralidade do cuidado, e o Decreto n.º 7.508, de 28/6/2011, que trata da regulamentação da Lei Orgânica 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Portanto, durante o processo de reformulação do SUS, pode-se dizer que as políticas de saúde para o público idoso iniciam-se, nos anos 80, com a expansão da atenção dos idosos, ainda em uma organização de trabalho predominantemente centrada no atendimento médico individual e direcionada às doenças crônico-degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas também na década de 80 e, por outro lado, à forma como o Brasil se desenvolveu para promover a saúde à população idosa (LIMA *et al.*, 2000).

Na década de 90, o PACS (1991) introduz a figura do ACS, no âmbito do SUS, inicialmente, com o propósito de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, por meio da extensão de cobertura das ações de saúde para áreas mais pobres, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (MOROSINI, 2007). Já o PSF (1994) veio incorporar e ampliar a atuação dos ACS e a oferta de serviços à população por intermédio da implantação das equipes SF, visando o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 1994b). Posteriormente, o PSF foi reconhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A referida Estratégia visa reorganizar a prática assistencial, possibilitar o acesso ao cuidado, centralizar a atenção na família a partir do contexto socioeconômico em que vive, reorientar o modelo assistencial a fim de substituir as práticas convencionais (FRANCO e MERHY, 2004). Sua função é desenvolver ações de saúde no primeiro nível de atenção, indo além da simples extensão de cobertura (BRASIL, 2004c).

Cada equipe SF é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (BRASIL, 2006b). Compõem-na no mínimo: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS (BRASIL, 2005). São atribuições comuns a todos estes profissionais: garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas e garantir o atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2006b). A atuação da equipe se dá no território, com enfoque familiar e comunitário, com abordagens

psicossociais e socio sanitários, em parceria com os usuários e outros setores governamentais e não governamentais (BRASIL, 2005).

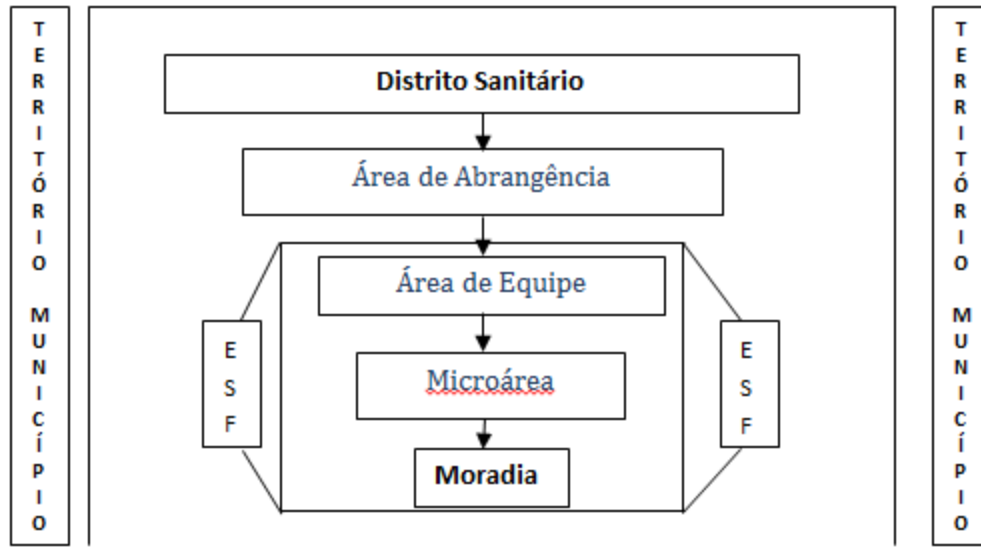
Em 1989, como parte da estratégia para construção do modelo de atenção à saúde, incluindo atenção primária, o município de Belo Horizonte passou pelo processo de territorialização e foi dividido em nove Distritos Sanitários como mostra a Figura 1 (BELO HORIZONTE, 2009). Cada Distrito é dividido em áreas de abrangência e engloba todos os serviços de saúde prestados à população sob sua responsabilidade sanitária (BELO HORIZONTE, 2013a).

Figura 1 - Mapa de Belo Horizonte com os nove distritos sanitários



Em 2002, foram implantadas em Belo Horizonte as equipes SF resultando em novo recorte no território, com o objetivo de delimitar a área de atuação das equipes, bem como as microáreas, determinadas como um conjunto de moradias que é de responsabilidade de cada ACS, conforme Figura 2 (BELO HORIZONTE, 2009). Em 2013, o município contava com o total de 2.435 ACS (BELO HORIZONTE, 2013b), vinculados a 583 equipes SF (BELO HORIZONTE, 2013a) distribuídas nos nove Distritos Sanitários.

Figura 2 – Plano Macro Estratégico - Territórios de saúde



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - 2009/2012.

Como parte da rotina de trabalho, definida pelo Ministério da Saúde, as equipes SF devem realizar reuniões periódicas com duração média de 2 horas. Este momento é garantido pela gestão da atenção básica para discutir e avaliar questões referentes ao processo de trabalho, trocas de conhecimentos e experiências, discussão de casos, entre outros. As pautas dessas reuniões deverão ser registradas e monitoradas, facilitando a coordenação do cuidado, identificando e implementando estratégias de intervenção com vistas à melhoria do processo de trabalho (BRASIL, 2012).

3.5 Papel e Importância dos ACS

O trabalho do ACS é de fundamental importância para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde (COSTA *et al.*, 2013). Ele desponta como “elo” entre o serviço e a comunidade, por estar mais próximo desta e partilhar do mesmo universo sociocultural (MARZARI *et al.*, 2011), e esse papel de interlocutor do ACS acontece em diversas partes do mundo, como Estados Unidos, África do Sul, Índia, dentre outros (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

No nosso meio, a inserção do ACS no SUS aconteceu em 1991 via PACS. Originalmente, exigia-se um perfil menos técnico do agente: saber ler, escrever e ter habilidades relacionais, pedagógicas, de liderança e mobilização comunitária, com atribuições correspondentes à dinâmica da equipe de saúde e à proposta da ESF (BRASIL, 2006b). Com a regulamentação da profissão do ACS, tornam-se pré-requisitos: residir na comunidade onde atuará e ter concluído o ensino fundamental e a qualificação básica para a formação de ACS (BRASIL, 2002). Ademais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define como atribuições do agente: a mediação entre serviço de saúde e comunidade; o acompanhamento e orientação das famílias adscritas; a promoção da saúde; a prevenção de doenças e agravos; a vigilância à saúde e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2012).

Contudo, as diferentes dimensões de atuação dos ACS na atenção primária à saúde exigem instrumentalização adequada para qualificar o profissional, e assim fortalecer o vínculo com a comunidade. A formação profissional faz-se necessária, em atividade de educação permanente, para que eles possam dar conta das suas reais atribuições junto à equipe SF e comunidade (COSTA *et al.*, 2013).

3.6 Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do SUS

Embora o desafio de trabalhar redes integradas de saúde esteja colocado desde o início do SUS e a ideia de rede esteja implícita na Lei 8.080, apenas em 2010, o Ministério da Saúde estabelece a PORTARIA Nº 4.279 com diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Esta Portaria define a organização de RAS como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, tendo a atenção básica estruturada como atributo de destaque (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS, tendo a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, e é mais eficaz, tanto em termos de organização interna, quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico,

demográfico, epidemiológico e sanitário. Além disso, a literatura internacional traz evidências de que as RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Dentre as diretrizes e estratégias para o processo de implementação da RAS está o fortalecimento da política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS que visa incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS (BRASIL, 2010). Assim, a educação permanente passa a representar uma estratégia para o alcance dos objetivos previstos, para a superação dos desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores como conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, e que considerem elementos que promovam a aprendizagem significativa.

Dessa forma, apesar dos investimentos já realizados no SUS, prestar assistência ao grupo idoso requer atendimento diferenciado conforme as diversas realidades sociais apresentadas. Considerando que o acelerado contexto de envelhecimento populacional pelo qual passa o Brasil representa um grande desafio para as políticas públicas, para a família e a sociedade, acredita-se que a educação permanente possa ser o agente transformador em busca de melhorias no cuidado da crescente população que envelhece. Acresça-se ainda que a maioria dos profissionais de saúde chega ao campo de prática profissional despreparada para cuidar de pessoas idosas frágeis que requerem cuidados permanentes (SANTOS *et al.*, 2014).

3.7 Educação Permanente em Saúde para o Cuidado

A participação de profissionais de saúde de forma mais intensa junto à população tem o poder de aproximar os conhecimentos, influenciando nas formulações, execuções e em tudo o que diz respeito aos serviços na área social, em especial na saúde (VALLA, 1998). Ressalte-se que as ações educativas em saúde propostas nas diretrizes da ESF constituem meios para refletir sobre as práticas em saúde, as quais devem ser o alicerce das atividades desenvolvidas pelos componentes das equipes, incluindo os ACS.

Todavia, a regulamentação da profissão do ACS e, conseqüentemente, o planejamento de processos de formação educacional destes profissionais têm sido de certa forma, marcados pela precarização. O trabalho do ACS é reconhecido hoje pela sua complexidade que está

associada à sua fragilidade profissional, à natureza inovadora das atividades que desenvolvem, além da regulamentação incipiente da profissão (MOROSI, 2007). Além disso, sabe-se que o desenvolvimento do trabalho dos agentes ultrapassa as questões relativas ao setor saúde, estando estes muitas vezes envolvidos com questões relativas à cidadania, às condições de vida das pessoas, às formas de organização da população, dentre outras (SILVA, 2009).

Nos últimos anos, tem se fortalecido a ideia de que na formação entendam e vivam a horizontalização dos saberes, cada um desenvolvendo seu trabalho de modo a articular conhecimentos complementares, desenvolver as habilidades técnicas e políticas, visando atender as necessidades da população, sempre refletindo sobre suas práticas e avaliando todo o processo (SANTOS *et al.*, 2014). Assim, é de fundamental importância considerar as interrelações favoráveis entre esses saberes, atendendo às necessidades da população, mobilizando e estimulando sua participação (BRASIL, 2006b). Afinal, compreender o modo como as pessoas pensam e praticam a saúde torna-se crucial para promover ações educativas que possibilitem o desenvolvimento de populações mais saudáveis.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde em 2004 estabeleceu através da portaria nº 198/GM, de 13 de Fevereiro de 2004, as diretrizes para implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS em todo o território nacional (BRASIL, 2004a). A norma reconhece que a educação permanente em saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva, entre outros aspectos. Seus eixos norteadores são a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde, a produção e a disseminação do conhecimento (BRASIL, 2004a).

No processo de educação permanente em saúde, o aprender e ensinar devem se incorporar ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Para fazê-lo, devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, em que a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central. Desta forma, é considerada como algo mais abrangente da educação enquanto formação integral e contínua do ser humano com um referencial teórico-metodológico problematizador (BRASIL, 2006b).

Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. Deve levar os atores a

questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2006b).

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem além de outros fatores a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde (MINAS GERAIS, 2012).

No presente trabalho, assume-se a importância de reforçar a necessidade da educação permanente como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, possibilitando a transformação de práticas profissionais (BRASIL, 2006b). Com base neste conceito, interessa-nos conhecer se o PQCIF – enquanto proposta de educação permanente - contribui para transformar a atuação do ACS em um melhor cuidado à pessoa idosa.

3.8 O “Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”

O “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF) é uma ação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa desenvolvida pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte - SMSA, Minas Gerais, com financiamento do Ministério da Saúde e parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG). Tem como objetivos promover a capacitação dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e de outras políticas, em conteúdos sobre o envelhecimento, o cuidado ao idoso e implementação de grupos de apoio ao cuidador familiar da pessoa idosa frágil, como estratégia de qualificação do cuidado.

Foram capacitados pelo PQCIF, profissionais de nível superior, profissionais de nível médio de enfermagem, ACS, gestores e cuidadores de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Belo Horizonte.

3.8.1 Capacitação Profissional

A capacitação iniciou-se com a seleção do público alvo, seguida da definição da metodologia, do conteúdo teórico, da distribuição de carga horária e da produção do material didático. O conteúdo foi dividido em oito módulos, abrangendo os múltiplos aspectos que envolvem o cuidado à pessoa idosa e o envelhecimento: Introdução à Gerontologia, com as disciplinas “Noções básicas sobre o envelhecimento” e “Alteridade”; Problemas de saúde mais comuns; Rotinas do cuidado ao idoso frágil; Cuidado e Segurança: “Ambiência” e “Sinais de alerta”; Lidar com a família: “Relações sociofamiliares” e “A pessoa idosa em situação de risco social”; Cuidados ao fim da vida: “Cuidados paliativos” e “Humanização da dor e sofrimento humano”; Rede de proteção social à pessoa idosa: “Direitos das pessoas idosas” e “Políticas públicas de atenção às pessoas idosas”; Possibilidades e limites do cuidado nos serviços de saúde e no domicílio: “Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS/BH” e “Elaboração da proposta de implementação do projeto na rede SUS/BH”.

Para desenvolver o conteúdo foram definidos os docentes, por seleção pública realizada pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, buscando agregar diversas categorias profissionais, levando em consideração a experiência na área do envelhecimento e a formação acadêmica em geritória e/ou gerontologia.

A carga horária do curso foi distribuída diferentemente, atendendo às necessidades prioritárias de cada categoria participante: 32 horas/aula para profissionais de nível superior, 28 horas/aula para profissionais de nível médio de enfermagem das UBS e das ILPI, 20 horas/aula para os ACS e 12 horas/aula para os dirigentes das ILPI.

Os planos de ensino e as apresentações foram construídos coletivamente, com interlocução entre os docentes e a coordenação do projeto, tendo como base o modelo padrão da ESPMG. Todo o material didático foi disponibilizado para os alunos, por meio de gravação de *Compact Disc* (CD), que foram entregues às UBS, juntamente com um exemplar de cada publicações utilizadas.

3.8.2 Estratégias para Formação de Grupo de Cuidadores de Idosos Frágeis

As estratégias metodológicas para implantação dos grupos foram discutidas e consolidadas pelos profissionais como produto das oficinas realizadas na disciplina

“Elaboração da Proposta de Implementação do Projeto na rede SUS-BH” divididas em três etapas, a saber: o processo de mobilização na UBS, na comunidade e no domicílio para constituição do grupo; a estruturação das condições de implantação e funcionamento; a avaliação da implantação e o matriciamento do processo para implementação do projeto como serviço numa perspectiva de continuidade (FERREIRA et al., 2012).

Para implantação dos grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS, os profissionais de nível superior foram convidados a preencherem um formulário “Sondagem de interesse” onde registravam sua disponibilidade e seu interesse em ser facilitador dos grupos nas UBS. Isso possibilitou conhecer o perfil dos profissionais que formariam o primeiro grupo de facilitadores (FERREIRA *et al.*, 2012).

3.8.3 Início dos Trabalhos com os Facilitadores

A “Sondagem de interesse” apontou que dos 323 profissionais interessados em ser facilitador dos grupos, 89,4% possuíam experiência em trabalho com grupos, porém 61,7% não possuíam formação para fazê-lo. Assim, foi oferecido o módulo “Metodologia de trabalho com grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis”, desenvolvido por meio de estratégias educacionais interativas, que resultou na legitimação da proposta metodológica consolidada a partir das oficinas do módulo anterior, e na construção compartilhada de técnicas de grupo para cada tema proposto pelo projeto, a serem desenvolvidas nos encontros com os cuidadores familiares de idosos (FERREIRA *et al.*, 2012).

Esta formação foi repassada por 23 profissionais multiplicadores, que participaram de um módulo “Preparatório para o trabalho com grupos”. A carga horária de 20 horas/aula foi dividida em aulas teóricas, bibliografia comentada, oficinas, conteúdos sobre o trabalho com grupos, apresentação e consolidação das estratégias de formação dos grupos, construídas a partir da Etapa 1, na disciplina “Elaboração da proposta de implementação do projeto na rede SUS-BH” (FERREIRA et al., 2012).

3.8.4 Implantação dos Grupos

Com base nos objetivos dos grupos, a proposta metodológica do PQCIF se deu sob a orientação de que o saber, a cultura e o modo de fazer do cuidador familiar deveriam ser

considerados e valorizados e, apesar das sugestões de temas a serem trabalhados, o conteúdo foi desenvolvido com base no interesse dos participantes de cada grupo (BELO HORIZONTE, 2014). Usou o recurso da problematização de situações cotidianas com o objetivo de permitir a reflexão crítica referenciada por Freire (FREIRE, 2013).

O formato dos grupos foi fruto de uma construção coletiva dos profissionais que participaram da etapa de capacitação do referido projeto e como resultados foram implementados, entre 2011 e 2013, 121 grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis nas UBS, distribuídos por todas as regionais, o que representou um avanço na política de saúde voltada para a pessoa idosa e seu cuidador, no município (FERREIRA *et al.*, 2012).

Até maio de 2011, 210 profissionais das UBS e do NASF se tornaram os facilitadores da implantação dos “Grupos de apoio aos cuidadores familiares de idosos frágeis”. E, desde a finalização das primeiras turmas de capacitação na Etapa 2, ficou pactuado a realização do matriciamento bimestral da implementação dos grupos com encontros distritais (FERREIRA *et al.*, 2012).

Compreender melhor os resultados do PQCIF pode contribuir para melhorias nas ações de atenção à saúde à pessoa idosa no município, em busca de qualificação e humanização da assistência ao público idoso. Assim, foi importante conhecer as possíveis mudanças nas práticas de saúde dos ACS que participaram da qualificação e comparar se aqueles que participaram do projeto lida de maneira diferente com o cuidado ao idoso em relação aos que não participaram.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, por meio de análise documental sobre a atuação e prática do ACS em relação ao cuidado à pessoa idosa, expresso nos registros das atas das reuniões como parte do processo de trabalho das equipes SF.

Ata é um documento onde se registram as reuniões de forma exata e metódica. Tem valor jurídico e por essa razão, deve ser lavrada de tal maneira que não se lhe possam introduzir modificações posteriores. Geralmente, a ata é registrada em livro próprio, cujas páginas devem ser rubricadas por quem a redige, o que lhe dá cunho oficial. Na ata não se admitem rasuras. Para ressaltar erro constatado durante a redação, usa-se a palavra digo, depois da qual se repete a palavra ou expressão anterior ao mesmo erro. Quando se constata erro ou omissão após a redação, usa-se a expressão em tempo, que é colocada após o escrito, seguindo-se a emenda ou o acréscimo. Depois de finalizado e aprovado o documento, ou a ata, deverá ser assinada por todas as pessoas presentes à reunião (CARVALHO *et al.*, 2002).

Na análise documental, o investigador deve interpretar e sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer a inferência. Técnicas apropriadas foram utilizadas para o manuseio desses documentos valiosos e acessíveis sobre a práxis das equipes, conforme as seguintes etapas de procedimentos: organização e análises das informações a serem categorizadas e elaboração de sínteses (SÁ-SILVA *et al.*, 2009), ampliando assim o entendimento do objeto de estudo.

4.1 Área e População de Estudo

A pesquisa foi realizada em Belo Horizonte, que conta com uma população de 2.375.151 habitantes, dos quais 299.572 são idosos (CENSO, 2010) assistidos em 147 UBS por 583 equipes SF, com cobertura de 83% do território (BELO HORIZONTE, 2013a).

A pesquisa foi realizada nas UBS do município, definidas de acordo com a participação no projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (Apêndice A), utilizando como estratégia para chegar à amostra, a implementação de grupos de cuidadores de idosos nas UBS: UBS que realizaram grupos e que não realizaram grupos.

Considerando que a implantação dos grupos aconteceu de forma desigual no município, o presente estudo contemplou unidades que realizaram e não realizaram grupos, sendo 104 que realizaram e 43 que não realizaram grupo. Apesar da diferença do número de UBS que realizou e que não realizou grupos foi feito sorteio aleatório de 48 UBS (30% do total), sendo 24 do total de cada categoria (Apêndice B).

Em cada UBS da amostra, na presença do gerente ou de outra pessoa indicada por ele, foi sorteada uma equipe SF, cujas atas de reuniões foram analisadas, no período de 01 de março a 31 de maio de 2014. Nos casos onde houve algum impedimento (ex.: ata em local trancado, dados incompletos nos registros, enfermeiro da ESF que guarda o livro de atas não se encontrava na UBS e o livro não foi localizado) para utilização dos registros da equipe sorteada, outra equipe da mesma UBS foi selecionada por novo sorteio. Foi necessário mais de um sorteio em 25,5% (12) UBS, pelos motivos citados anteriormente.

Para chegar à população do estudo, os ACS, definiu-se por estratégia analisar as atas das reuniões de equipe, sendo critérios de inclusão considerados no sorteio das equipes SF:

- a) Equipes com livro de atas disponível no momento que a pesquisadora estava na UBS;
- b) Equipes que tinham o arquivo das atas das reuniões no período definido;
- c) Atas com registros legíveis para a compreensão correta dos mesmos;
- d) Reuniões com datas e números de participantes identificados.

Essa metodologia possibilitou incluir no referido trabalho, de maneira aleatória, ACS das UBS e equipes SF que participaram e não participaram do projeto de capacitação, que trabalham ou trabalharam em UBS que realizaram e outras que não realizaram grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis.

4.2 Coleta e Análise de Dados

Os livros de registros de atas de reunião das equipes SF foram lidos, integralmente, pela própria pesquisadora.

As atas das reuniões das equipes do período de março a maio de 2014 foram analisadas, conforme roteiro (Apêndice C) determinado, durante os meses de outubro de 2014 a janeiro de 2015, o que permitiu a coleta dos seguintes dados relevantes:

➤ Quanto aos ACS:

- identificação da área de atuação: distrito sanitário; nome da UBS; equipe SF a que pertence; número de ACS na equipe;
- dados sociodemográficos: idade (anos); sexo; tempo de trabalho como ACS na PBH (anos);
- participação no projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (sim ou não);

➤ Quanto aos registros:

- ata manuscrita ou digitalizada;
- periodicidade e número de reuniões da equipe SF no período de estudo;
- identificação de todas as pautas tratadas em cada reunião;
- consolidação para cada uma das equipes do total de pautas tratadas por reunião e por período investigado.

O roteiro para coleta de dados foi elaborado tomando por base a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) e as prescrições sobre a atuação do ACS contido no Guia do docente - Qualificação profissional: agente comunitário de saúde (Unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS) (MINAS GERAIS, 2012). Buscou-se identificar as atividades desenvolvidas pelas equipes SF destinadas à população idosa, na área adscrita.

Visando à padronização e maior domínio dos instrumentos pela pesquisadora, foi realizado um pré-teste junto a três equipes SF de duas UBS não contempladas na amostra do estudo para adequação do instrumento de coleta de dados. Não foram necessários ajustes no instrumento testado.

Após o sorteio da equipe SF e antes da aplicação do instrumento, a pesquisadora levantava os nomes e categorias possíveis de todos os integrantes da equipe. De posse do livro de registros, aplicava o instrumento de acordo com o seguinte roteiro:

- a) Leitura minuciosa das atas das reuniões das equipes SF sorteadas no período de 01 de março a 31 de maio de 2014;
- b) Coleta dos dados roteiro da análise documental (Apêndice C). Esta etapa permitiu identificar nas atas das reuniões registros de ações e cuidados que envolviam o cuidado à pessoa idosa. Nesses casos, independentemente de quem fez o encaminhamento (o ACS ou outro membro da equipe), os fragmentos das atas foram fotocopiados para uma análise mais aprofundada;

- c) Busca dos dados pessoais dos profissionais que levaram pauta(s) para as reuniões. Neste momento da coleta de dados nas UBS, a pesquisadora desconhecia se o ACS participou ou não do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”;
- d) Identificação da participação do ACS no projeto “Qualificação do cuidado ao idoso frágil”. Nesta etapa, a pesquisadora verificou se o ACS foi ou não capacitado pelo projeto e definiu dois grupos: um que participou e outro que não participou;
- e) Leitura aprofundada das fotocópias relacionadas com o cuidado à pessoa idosa: os registros foram lidos várias vezes pela pesquisadora buscando identificar categorias temáticas observadas na PNAB e no Guia do docente - Qualificação profissional: agente comunitário de saúde (Unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS) (MINAS GERAIS, 2012).

Os dados obtidos a partir do roteiro de análise documental foram organizados em um banco de dados no software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 18.0, sob a responsabilidade da pesquisadora.

Os dados quanto ao perfil das UBS e dos ACS foram analisados descritivamente, calculando média e desvio padrão. Para preservar as identidades, os ACS foram codificados, seguidos do número correspondente à ordem das equipes e UBS investigadas.

Os dados identificados nas atas das reuniões foram analisados de forma descritiva, com cálculo de frequência.

Os consolidados dos relatórios permitiram averiguar: o número total de reuniões por equipe e a distribuição das pautas conforme as atribuições definidas para o ACS; os temas de todas as pautas, dentre as quais as relacionadas com o cuidado ao idoso; bem como averiguar a atuação do ACS de acordo com a participação ou não no PQCIF.

Como instrumento de apoio da pesquisadora foi adotado o diário de campo, no qual, em todas as visitas foram registradas observações, percepções, experiências, sentimentos, questionamentos, do modo mais fiel e detalhado possível. Os registros nele contidos foram utilizados para dar subsídios à descrição e análise do objeto estudado (MINAYO, 1994).

4.3 Aspectos Éticos

Esta pesquisa é parte do projeto "Estudo do processo de desenvolvimento do projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte - MG", aprovado pelos Comitês

de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerias e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Anexo A).

Após a aprovação, os gerentes das UBS sorteadas foram informados sobre o estudo.

Todo material da coleta ficará sob a responsabilidade da pesquisadora enquanto durar a pesquisa e depois será destruído.

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em forma de um artigo científico, comparando se o ACS que participou do “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” lida de maneira diferente com o cuidado ao idoso em relação ao ACS que não participou.

5.1 Artigo

TÍTULO

O olhar do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao idoso a partir da análise documental das atas de reuniões das Equipes de Saúde da Família.

RESUMO:

O presente estudo, de abordagem qualitativa, objetivou conhecer mudanças nas práticas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que participaram do “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF), desenvolvido entre 2009 e 2013, pelo SUS-BH com apoio do Ministério da Saúde. O PQCIF capacitou 4.305 profissionais de saúde, dos quais 1.946 ACS, e implantados grupos com cuidadores familiares de idosos frágeis em 104 das 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte. Realizou análise documental de atas das reuniões de equipes de Saúde da Família (SF) construídas no período de 01 de março a 31 de maio de 2014. Sorteou aleatoriamente 48 equipes, das quais 24 em UBS que realizaram grupos de cuidadores e 24 que não o fizeram. A leitura desses registros permitiu identificar 4.129 pautas em 264 reuniões, com a participação de 250 profissionais, sendo 130 ACS. No momento da coleta de dados a pesquisadora desconhecia se o ACS que participou da reunião de equipe tinha ou não sido capacitado pelo PQCIF. Apenas 1,9% das pautas relacionavam-se à Atenção à “Saúde do Idoso”, abrangendo 71 assuntos, categorizados em: “Atenção à Saúde”; “Violência” e “Questões Organizacionais”. UBS que realizaram grupos de cuidadores do PQCIF contribuíram com 53 dos 71 assuntos tratados. Dos 71 assuntos, 16 foram levados

por ACS, dos quais 12 participantes do PQCIF e 9 oriundos de UBS que realizaram grupos. Os resultados apontaram que nas UBS, onde houve maior envolvimento com o PQCIF, a sensibilização dos funcionários para o cuidado com a pessoa idosa foi maior. Esses resultados sugerem que as atividades propostas pelo projeto - capacitação e realização de grupos de cuidadores nas UBS - sensibilizaram estes profissionais para um olhar diferenciado quanto ao cuidado com a população idosa

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Idoso.

ABSTRACT

This qualitative study aimed at acknowledging the changes on the practices of the Community Health Agents (CHA) who participated on the “Caring for the Fragile Elderly Qualification Project” (CFEQP), developed by SUS Belo Horizonte, supported by the Health Ministry. A total of 4,305 health professionals were trained, with 1,946 CHA. Groups with elderly caregivers were implanted in 104 Basic Health Units (BHU). A document analysis was performed of the meetings’ records of 48 Family Health (FH) teams, during three months. Of these, 24 were in BHU which had caregiver groups and 24 which didn’t. Of 264 meetings, with 4,129 items, and the participation of 130 CHA, only 80 items mentioned “Attention to Elderly Health”, with 71 subjects, categorized as: “Health Attention”, “Violence” and “Organization Subjects”. It was observed that the BHU where there were groups of caregivers contributed with 53 of the 71 subjects mentioned. Of these, 16 were cited by CHA, of which 12 participated on the CFEQP and 9 worked at BHU which had groups. The results suggest that “Elderly Health” is not included in the FH teams’ agenda and also that the participation on the project made the CHA more sensitive towards elderly care.

Keywords: Community Health Agents; Health Education; Family Health Strategy; Elderly.

INTRODUÇÃO

O atual modelo de atenção adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) considera a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado em saúde e busca transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho para facilitar o acesso ao cuidado pela população (BRASIL, 2006a). Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assume papel fundamental na reorganização da prática assistencial, na atenção centrada na família, considerando o contexto socioeconômico em que ela vive (FRANCO e MERHY, 2004).

O Brasil experimenta um processo acelerado de transição demográfica, com crescente envelhecimento da população e epidemiológica, caracterizado pela tripla carga de doenças, no qual as doenças crônicas decorrentes desse envelhecimento produzem incapacidade e ampliam as demandas de serviços de saúde pelos idosos (BRASIL, 2002).

Neste cenário, são necessárias políticas públicas adequadas, o que exige respostas urgentes do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERNANDES e SOARES, 2012; VERAS, 2009), incluindo a formação e qualificação de trabalhadores, segundo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta propõe que a educação em saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas nas demandas de saúde da população (PNEP, 2006b).

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006c) prevê que a ESF deve estar apta para cuidar de pessoas que envelhecem, dialogando com outras políticas de forma intersetorial e construindo parcerias entre os profissionais de saúde e os familiares e cuidadores de idosos, de modo a sistematizar o cuidado no próprio domicílio, evitando desfechos desfavoráveis nesse grupo populacional (BRASIL, 2008).

Na ESF, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) é atribuído o papel de elo entre o serviço e a comunidade, por partilhar do mesmo universo sociocultural (MARZARI *et al.*, 2011). Em se tratando da Saúde do Idoso, espera-se que ele reconheça os problemas que existem na área adscrita e os leve ao conhecimento da equipe na busca de cuidado integral dessa população.

Dentre as múltiplas atribuições dos ACS encontram-se: o repasse de informações à população, incluindo práticas e hábitos saudáveis; o acompanhamento dos indivíduos, com ações preventivas como a vacinação e de vigilância à saúde quanto ao controle da pressão

arterial e da glicemia de adultos e idosos, com busca ativa se necessário, bem como o convite para participar de grupos operativos. Todo esse cuidado se faz no cotidiano da vida das pessoas nos diferentes espaços e contextos (PINHEIRO, 2011), na relação dos usuários com o serviço, respeitando a singularidade de cada pessoa. É o sujeito quem determina o cuidado que lhe deve ser dado e o serviço deve garantir o acesso aos vários níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2009).

Neste cenário, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte por meio de recursos provenientes do Ministério da Saúde implantou, em 2009, o “Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil” (PQCIF) com o objetivo de aperfeiçoar a atenção à saúde da pessoa idosa, por meio da qualificação de profissionais da atenção primária, incluindo os ACS. A questão que se apresenta é verificar se o ACS que participou deste projeto foi sensibilizado no sentido de qualificar o cuidado ao idoso.

Assim, o presente estudo busca conhecer as atitudes e práticas dos ACS que participaram do PQCIF vivenciando o processo de capacitação, se lidam de maneira diferenciada com o cuidado ao idoso, a partir da análise documental das atas das reuniões de equipes SF.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado por meio de análise documental sobre o agir do ACS em relação ao cuidado à pessoa idosa, expresso nas atas das reuniões das equipes da ESF.

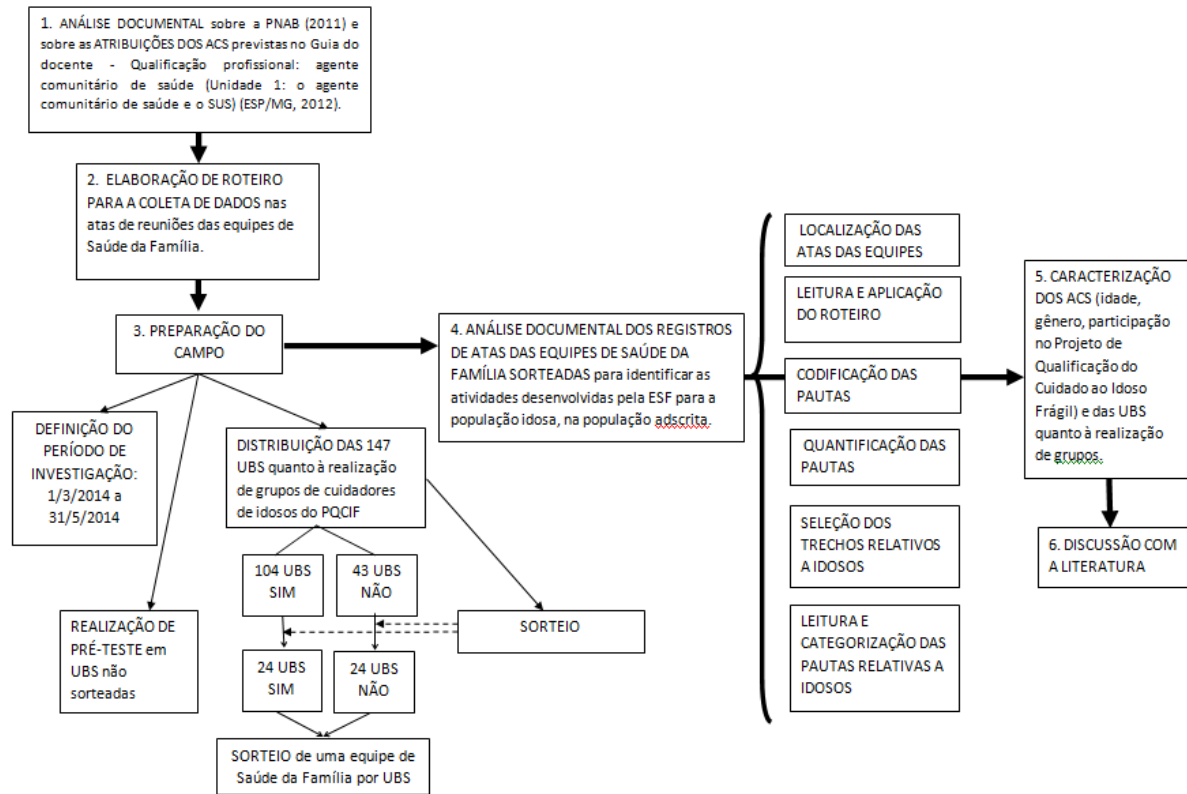
A ata é um documento em que se registra os assuntos abordados em reunião de forma exata e metódica. Tem valor jurídico e por essa razão, deve ser lavrada de tal maneira que não se lhe possam introduzir modificações posteriores. Deve apresentar linguagem simples e despretensiosa, clara e precisa. Ela deve ser assinada por todas as pessoas presentes à reunião (CARVALHO, 2002).

A pesquisa foi desenvolvida em Belo Horizonte - MG, que conta com uma população de 2.375.151 habitantes, dos quais 299.572 idosos (CENSO, 2010) assistidos em 147 UBS por 583 equipes SF, com cobertura de 83% do território (BELO HORIZONTE, 2013a).

Considerando que na análise documental o investigador deve interpretar e sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências e sínteses

segundo recomenda SÁ-SILVA *et al.* (2009), o estudo foi realizado em etapas conforme demonstrado abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Trajetória metodológica da pesquisa, Belo Horizonte - MG, 2014-2015



Inicialmente foi elaborado roteiro de coleta de dados e análise tomando por base a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011) e as prescrições sobre a atuação do ACS contido no Guia do docente - Qualificação profissional: agente comunitário de saúde (Unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS) (MINAS GERAIS, 2012). Buscou-se identificar as atividades desenvolvidas pelas equipes SF destinadas à população idosa, na área adscrita. Visando à padronização e maior domínio do instrumento pela pesquisadora, foi realizado pré-teste junto a equipes SF não contempladas na amostra.

A preparação do campo incluiu a distribuição e o sorteio das UBS a serem investigadas, tomando por referência a realização de grupos de cuidadores do PQCIF, cobrindo um período de 3 meses de registros em atas da atuação das equipes. Como a implementação dos grupos com cuidadores de idosos do PQCIF nas UBS no município de Belo Horizonte se deu de forma desigual, as unidades foram divididas em dois conjuntos: um com as 104 UBS que realizaram grupos; outro com as 43 UBS que não o fizeram. Para a

definição da amostra, foram sorteadas aleatoriamente 24 UBS de cada um desses conjuntos, totalizando um universo de 48 UBS, 30% do total de unidades.

Finalmente, a imersão no campo compreendeu toda a sistematização e a análise dos dados. Em cada UBS selecionada, foi sorteada uma equipe SF. Em caso de impedimento para utilização dos registros da equipe sorteada (ex.: ata em local trancado, dados incompletos nos registros, enfermeiro da ESF que guarda o livro de atas não se encontrava na UBS e o livro não foi localizado), foi sorteada outra da mesma UBS. Fez-se necessário mais de um sorteio em 25,5% (12) UBS.

Todos os registros de reuniões das equipes foram lidos, codificados, quantificados, categorizados e analisados, dialogando com a literatura nacional e internacional. Os consolidados dos relatórios permitiram averiguar: a distribuição das pautas conforme assuntos gerais da reunião; os assuntos envolvendo o cuidado ao idoso diante do total de pautas identificadas; o número total de reuniões por equipe; bem como investigar possíveis diferenças na atuação de ACS de acordo com a participação no PQCIF. No momento da coleta de dados, a pesquisadora desconhecia se o ACS participou ou não do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”.

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados próprio no software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version (SPSS)*, versão 18.0, sob a responsabilidade da pesquisadora.

Também foi elaborado um diário de campo, no qual foram registradas observações, percepções, experiências, sentimentos, questionamentos, referentes às visitas nas UBS, posteriormente utilizados como subsídio à descrição e análise do objeto estudado (MINAYO, 1994).

Esta pesquisa é parte do projeto "Estudo do processo de desenvolvimento do projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte - MG", aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

RESULTADOS

No trabalho de campo, ocorrido de outubro de 2014 a janeiro de 2015, o gerente de cada UBS sorteada foi informado sobre os objetivos e os procedimentos éticos da pesquisa.

Após esclarecimento e consentimento, as visitas às UBS foram programadas e agendadas conforme a disponibilidade dos gerentes das unidades. Foram fatores dificultadores para a realização desta busca documental nas UBS: a localização geográfica de algumas unidades, em pontos de difícil acesso e em áreas de risco, endereço de UBS desatualizado no site da Prefeitura de Belo Horizonte (sede em reforma e funcionando em endereço provisório). Além disso, atrasos ou ausências do gerente impediram a coleta dos dados no dia marcado, demandando reagendamentos. Quando os gerentes estavam ausentes por férias ou licença médica, outros profissionais auxiliaram na localização dos registros.

Na maior parte das UBS sorteadas, os gerentes se mostraram disponíveis, receptivos e colaborativos, dispostos a realizar os contatos necessários e obter as informações faltantes. Nas atas, todos os profissionais identificados foram codificados, segundo o número correspondente à ordem das equipes e UBS investigadas, com o objetivo de preservar as identidades dos mesmos.

Apesar da relativa facilidade de agendamento e de acesso ao livro de atas, muitos dados pessoais dos funcionários não puderam ser coletados no momento da visita, sendo necessários contatos posteriores para obtê-los. Ao final da coleta, todas as informações pendentes foram obtidas, exceto as de seis funcionários que não foram localizados, os quais não haviam trazido pautas relativas a idosos.

Quando os registros envolviam o cuidado à pessoa idosa, os fragmentos das atas eram fotocopiados para uma análise mais aprofundada e em todos os casos foi possível fazê-lo. Esses registros foram lidos várias vezes pela pesquisadora, buscando identificar categorias temáticas descritas no roteiro de análise documental.

Em uma das UBS sorteadas não foi encontrado nenhum registro das reuniões de equipe, inviabilizando a coleta de dados no local. Em duas UBS o sorteio não foi necessário, porque havia apenas uma equipe SF; em 15 unidades foram realizados mais de um sorteio entre as equipes em razão de algum impedimento; e em 30 UBS foi realizado apenas um sorteio, totalizando 47 equipes SF.

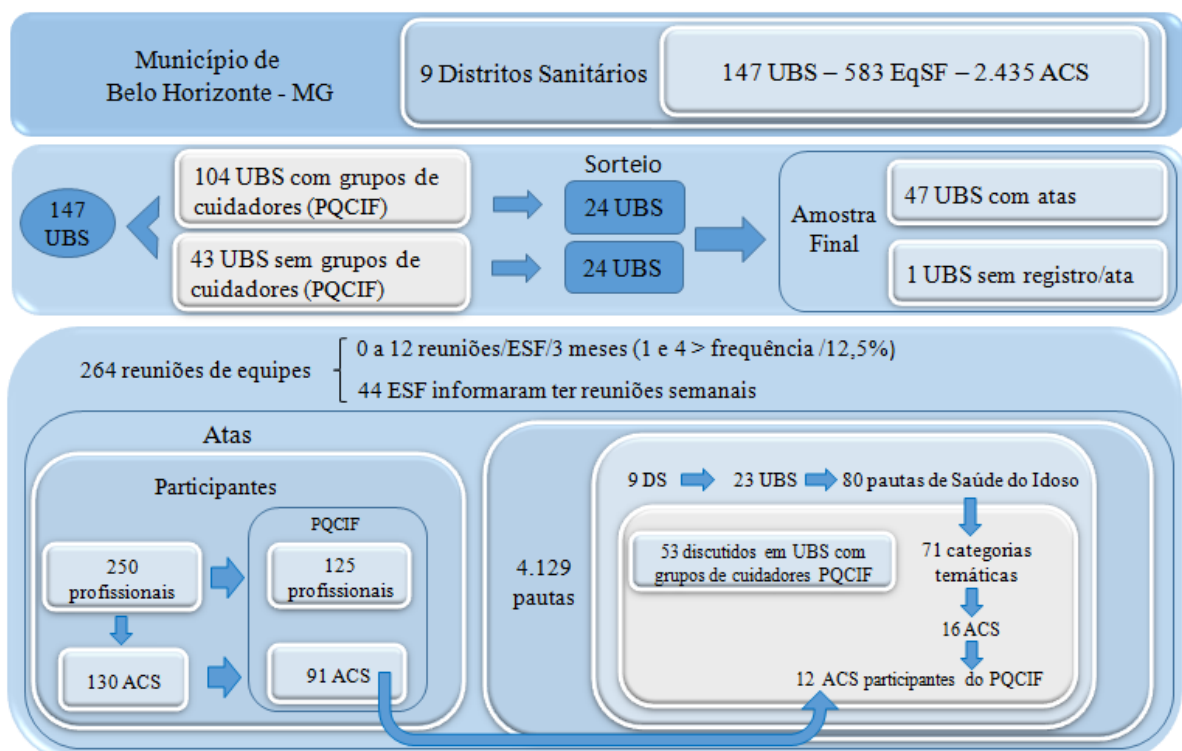
Todas as atas estavam manuscritas, exceto duas que tinham uma parte dos registros digitada. Foram analisadas os registros das atas de 264 reuniões de equipes, nos quais participaram 250 profissionais das equipes da ESF, sendo 130 ACS, 54 enfermeiros, 19 médicos, 19 auxiliares de enfermagem e ainda os seguintes profissionais de apoio: 7 assistentes sociais, 6 gerentes, 6 dentistas, 3 Agentes de Combate às Endemias, 2 farmacêuticos, 2 nutricionistas, 1 funcionário do setor administrativo e 1 fisioterapeuta. O

número de equipes em cada UBS variou de 1 a 8, sendo que um terço das UBS possuía três e outro terço, quatro equipes. O número de ACS por equipe variou de 2 a 6; a maior parte com 4 ACS (53,2%).

Quanto ao perfil dos ACS identificados nas atas, 126 eram mulheres e 4 homens, com idades entre 20 e 69 anos. A média de idade foi de $43,7 \pm 9,6$ anos, sendo 67,7% com menos de 50 anos.

Uma síntese com os resultados desta pesquisa está apresentada abaixo (Figura 2).

Figura 2 - Resultados da pesquisa, Belo Horizonte - MG, 2014-2015



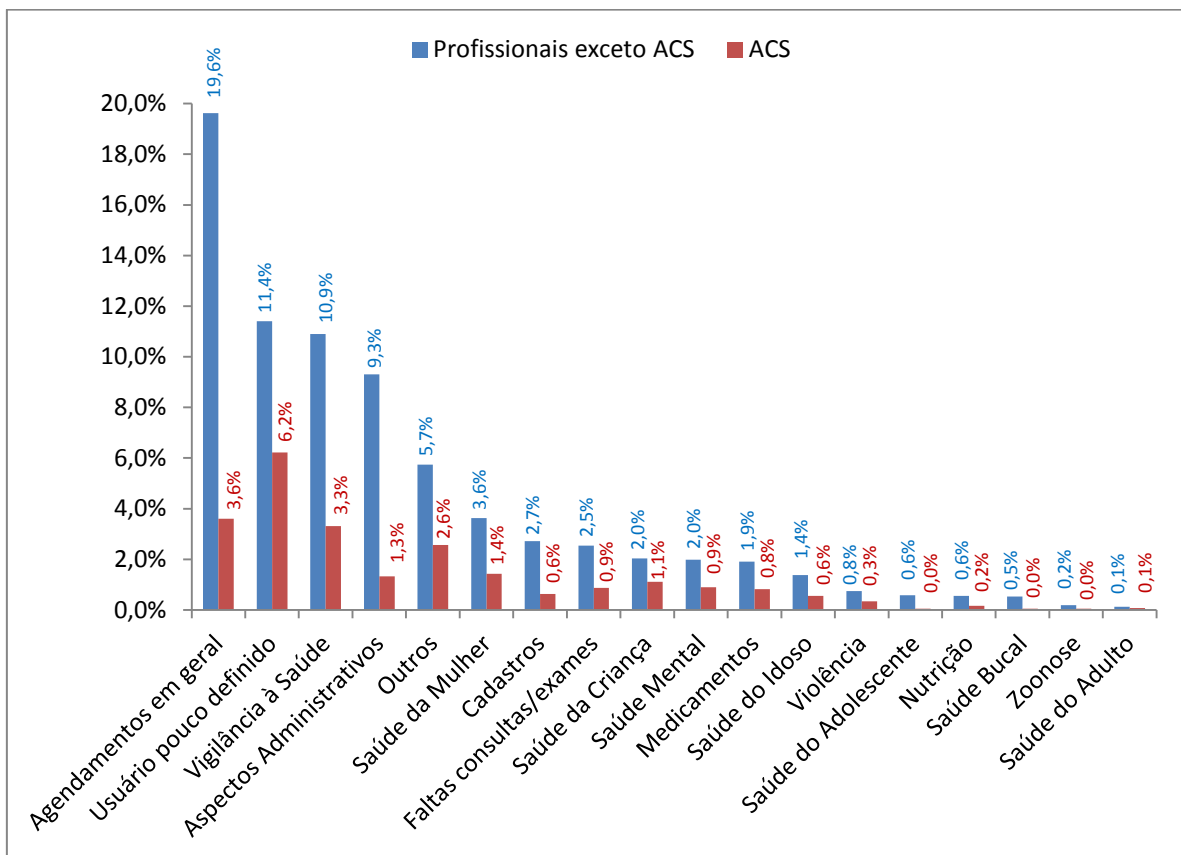
Onde: DS = Distrito Sanitário; UBS = Unidade Básica de Saúde; ACS = Agente Comunitário de Saúde; EqSF = equipe de Saúde da Família; PQCIF = Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil.

Os resultados serão apresentados de modo sequencial: inicialmente, a distribuição de todas as pautas identificadas; seguindo-se a identificação das pautas relativas à população idosa e, finalmente, a análise da atuação dos ACS segundo a capacitação pelo PQCIF.

A distribuição de todas as pautas identificadas

A distribuição dos temas nas 4.129 (100%) pautas estudadas encontra-se apresentadas abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da frequência das pautas identificadas nas atas das reuniões das equipes de Saúde da Família levadas pelos profissionais participantes (exceto ACS) e por ACS, realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 – Belo Horizonte - MG.



De acordo com os dados coletados, se excluído o “Usuário pouco definido” que abrange os usuários com dados incompletos que impossibilitam identificá-los com precisão, nota-se que as quatro pautas mais frequentes são: os “Agendamentos em Geral”, que lideram os registros incluídos nas atas; em segundo lugar, aparece o tema “Vigilância à saúde” que contempla as situações de busca ativa, encaminhamento prévio para consulta médica de todos os usuários direcionados à academia da cidade, informações sobre cursos e grupos operativos, etc.; os “Aspectos Administrativos”, que incluem discussões sobre folha de ponto, férias, faltas, atestados médicos, dentre outras, representam a terceira pauta mais frequente; na pauta codificada como “Outros” estão os assuntos não contemplados nos itens discriminados, como

por exemplo: informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), demandas de relatórios diversos, explicação de funcionamento de setores da UBS, alteração de fluxos dentro da UBS, atualização de listas de acamados, comunicado da chegada de insumos na unidade, pedido de ambulância para levar usuário em consulta médica, etc.

A “Saúde do Idoso” apareceu em apenas 1,9% dos casos, ocupando o 12º lugar no *ranking* das pautas.

A identificação das pautas relativas à população idosa

Segundo informações dos gerentes e enfermeiros das UBS estudadas, 44 UBS realizavam reuniões semanais, duas quinzenais e uma mensal. O número de reuniões variou de 0 a 12 por equipe no período estudado. Dessa forma, considerando que a periodicidade das reuniões variou entre as UBS, seria razoável supor que ACS que participaram mais vezes tiveram mais oportunidades de apresentar pautas relativas à população idosa. Para avaliar especificamente a atuação dos ACS que participaram e não participaram do PQCIF, foi considerada a ocorrência de pelo menos um encaminhamento de pautas investigadas, feita pelo agente, independentemente do número de reuniões das equipes, conforme demonstraremos a seguir.

Ressalte-se que no período estudado menos da metade das 48 UBS investigadas tinha registros de temas relacionados à “Saúde do Idoso” nas atas das reuniões.

Quando se analisa, de modo mais aprofundado, as 80 pautas relativas à “Saúde do Idoso” é possível categorizá-las em: “Atenção à Saúde”, “Violência” e “Questões Organizacionais”, contemplando 71 assuntos (Quadro 1). Destes, 53 foram discutidos em UBS que realizaram grupos com cuidadores de idosos frágeis na área de abrangência, sendo que 35 encaminhados por profissionais que participaram da capacitação do PQCIF.

Quadro 1 - Categorização das pautas relativas à saúde da pessoa idosa identificadas nas atas das reuniões das equipes de Saúde da Família realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 – Belo

Horizonte - MG.

CATEGORIZAÇÃO DAS PAUTAS	Número de citações
Atenção à Saúde	
<i>Demandas Gerenciais</i>	
Vacina contra a Gripe	16
Encaminhamento para Geriatria	15
Acompanhamento dos programas (Hanseníase)	1
Total	32
<i>Demandas das Equipes de Saúde da Família/Usuários</i>	
Solicitação de procedimentos/orientação	6
Contato com família/cuidador	5
Curso ou grupo de cuidador de idoso	3
Agendamento	2
Demanda de visita domiciliar	2
Inclusão de caso novo (incluindo Doença de Chagas)	8
Institucionalização	1
Total	27
Violência	
Violência contra a pessoa idosa	4
Insuficiência de cuidados	4
Total	8
Questões Organizacionais	
Planejamento/Estratégia de trabalho	2
Arquivamento de prontuário	2
Total	4
TOTAL	71

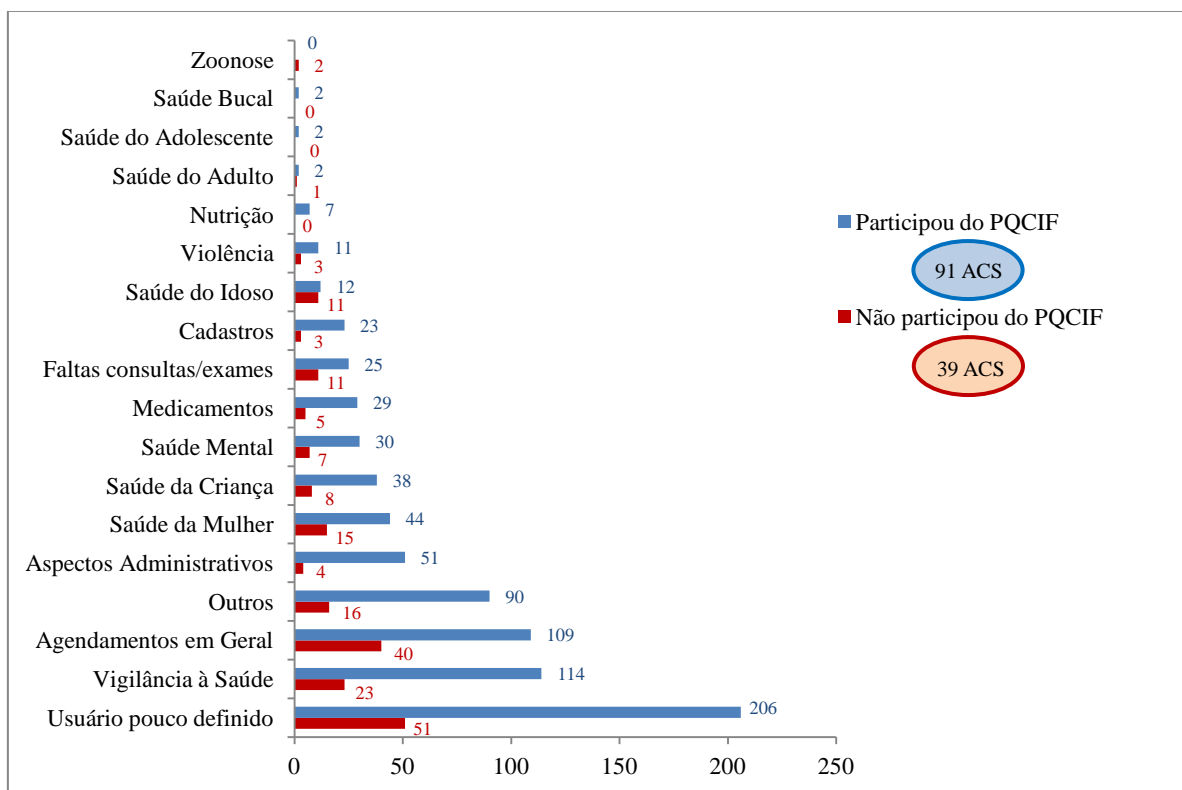
A primeira categoria “Atenção à Saúde” refere-se a todos os recursos disponíveis no serviço, distribuídos em dois subgrupos: “Demandas Gerenciais” e “Demandas das Equipes e de Usuários”. Quase metade das pautas correspondeu às “Demandas Gerenciais”, isto é, aquelas pelos quais os profissionais são cobrados pela gestão, como é o caso da “Imunização”, visto que o período de investigação incluiu a Campanha de Vacinação contra a Gripe, e do “Encaminhamento para Geriatria”, visto que no Centro de Referência em Saúde do Idoso do município sobram vagas, em função do absenteísmo e da oferta de vagas não preenchidas pela rede. Dentre as demandas das equipes e de usuários, a inclusão de caso de Doença de Chagas reflete a persistência de portadores dessa patologia na população idosa. Ressalto que a realização de grupos de cuidadores aparece em apenas três equipes.

A segunda categoria traz a questão da “Violência contra a pessoa idosa” e a “Insuficiência de cuidados” também em pequeno número; enquanto a terceira “Questões organizacionais” aglutina problemas operacionais e burocráticos que também são levados para discussão nas reuniões de equipe.

A análise da atuação dos ACS segundo a capacitação pelo PQCIF

Para analisar as pautas incluídas por ACS segundo a capacitação ou não pelo PQCIF, as mesmas foram distribuídas conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Pautas incluídas por ACS participantes e não participantes do projeto “Qualificação do cuidado ao idoso frágil”, nas reuniões realizadas entre 01/03/14 a 31/05/14 - Belo Horizonte - MG.



Quanto à natureza das 23 demandas específicas da pessoa idosa levadas para as reuniões por ACS: nove se referiam a vacina contra gripe, três pediam a inclusão de casos novos, considerados no presente trabalho como usuários que até então não eram

acompanhados por equipe da ESF, duas solicitavam encaminhamento para geriatria, três pediam algum procedimento ou orientação, uma denunciava caso de violência contra a pessoa idosa, uma trazia a questão de insuficiência familiar, duas relatavam a realização de curso ou grupo de cuidadores de idosos (um deles era do PQCIF), uma solicitava agendamento de visita domiciliar do médico e uma pedia a institucionalização de uma pessoa idosa.

As 23 pautas relativas à “Saúde do Idoso” foram levadas para as reuniões por 16 ACS (1 levou 5 pautas e outro 2), destes 12 haviam participado do PQCIF. Além disso, 9 dos 16 ACS que encaminharam questões de idosos para as reuniões atuavam em UBS que realizaram grupos com cuidadores, promovidos pelo referido projeto.

DISCUSSÃO

A mudança de modelo trazida pela ESF pressupõe que demandas dos usuários sejam incluídas e registradas nas reuniões das equipes SF (BRASIL, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes SF devem realizar reuniões periódicas com duração média de 2 horas. Este momento é garantido pela gestão da atenção básica para discutir e avaliar questões referentes ao processo de trabalho, trocas de conhecimentos e experiências, discussão de casos, entre outros (BRASIL, 2012). Nesse sentido, esta análise documental reforça a importância e o valor desses encontros. Contudo, no presente trabalho, os intervalos observados nos registros das reuniões eram maiores e discordantes das informações preliminarmente obtidas junto aos gerentes.

Nas atas, a quase totalidade dos ACS identificados eram mulheres, entre 30 e 39 anos, corroborando outros estudos sobre o perfil dos ACS (GALAVOTE *et al.*, 2011; BACHILLI *et al.*, 2008) e a feminização da força de trabalho na área da saúde no Brasil (MOTA e DAVID, 2010).

Quanto à atuação deles, nota-se uma expressiva participação dos ACS na proposição dos temas identificados nas pautas, o que reflete seu papel na equipe: o de voz da comunidade dentro da unidade de saúde (NASCIMENTO e CORREA, 2008). Porém, alguns autores discutem que, mesmo favorecendo o acesso da população ao serviço de saúde e a melhoria do serviço prestado (OLIVEIRA *et al.*, 2012; GOMES *et al.*, 2011), o acompanhamento das famílias na Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser prejudicado, caso o enfoque da atuação cobrada dos ACS permaneça centrado em ações curativas, assistencialistas, guiadas por

programas pré-estabelecidos. Essa resposta dirigida pode mascarar as reais necessidades de saúde da população (SANTOS *et al.*, 2011).

Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2012) em seu estudo com idosos evidencia uma lacuna no que refere-se ao processo de trabalho na APS, quando traz que as ações desempenhadas pelo serviço remetem a uma assistência em saúde de forma individual, focada na doença, sem a visão familiar ou coletiva. Dessa forma, reforça a necessidade de inversão do modelo de saúde tradicional, centrada no profissional médico, para outro com visão do cuidado à saúde em uma dimensão biopsicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Além disso, o modelo assistencial atual vive uma crise marcada por distanciamento dos interesses dos usuários; isolamento na sua relação com outros profissionais de saúde e desconhecimento da importância de suas práticas; predomínio de intervenções centradas em tecnologias, a partir de um saber estruturado e quase reduzido aos procedimentos (MERHY, 1998).

Em se tratando do idoso, o saber biomédico domina a percepção que a pessoa idosa tem do processo saúde/doença, levando-a a interpretar suas condições de saúde e possibilidades de cuidado na direção unilateral (e usualmente negativa) do olhar que o profissional médico lhe dirige (MORAES, 2012).

Chama atenção no presente estudo o pequeno número de registros nas atas relativo à população idosa, visto que se trata de um contingente crescente e que 75% dele depende exclusivamente do SUS (PNSPI, 2006c). Sabe-se que esta parcela da população tende a apresentar morbidades múltiplas que vão se ampliando com o aumento da idade, reverberando na utilização dos serviços de saúde (LIMA-COSTA *et al.*, 2008). Desta forma, como explicar que em seis dos nove distritos sanitários do município, nenhuma pauta relativa à “Saúde do Idoso” foi levada para as reuniões por ACS?

Estes resultados contradizem a literatura nacional (VERAS, 2009; LEBRÃO, 2008; LIMA-COSTA, 2008) e internacional (SUOMINEN-TAIPALE *et al.*, 2004) que identifica a existência de grandes números de usuários, especialmente pessoas com mais idade, responsáveis por uma parte desproporcionalmente maior da utilização de serviços de saúde.

Pode-se pensar que, talvez, essa situação reflita a carência de recursos para a população idosa na rede pública, tradicionalmente centrada no grupo materno-infantil e em pessoas com doenças infectocontagiosas (FONSECA *et al.*, 2008) e ainda não incluiu a contento as novas e crescentes demandas sociais e de saúde dos idosos, de seus familiares e cuidadores (PEREIRA e FILGUEIRAS, 2009; BRASIL, 2006; BEZERRA *et al.*, 2005;

GIACOMIN *et al.*, 2005; LIMA-COSTA e VERAS, 2003). Porém, mesmo os recursos existentes na ESF não estão sendo acionados: o trabalho do NASF, por exemplo, com a população idosa aparece em apenas 4 das 80 pautas da “Saúde do Idoso”, não tendo sido visualizada nenhuma estratégia de promoção de saúde específica para esta população.

Importante destacar que, nenhuma das equipes fez menção a projetos oferecidos pela municipalidade, como o Programa Maior Cuidado – Projeto Cuidador de Idosos, implementado pela Prefeitura de Belo Horizonte em 2011 e com gerenciamento compartilhado entre as Secretarias de Assistência Social, Saúde e Políticas Sociais. Este projeto tem como objetivo a qualificação e humanização do cuidado no domicílio, evitando hospitalizações e institucionalizações das pessoas idosas (SARTINI e CORREIA, 2012). Tampouco foram citadas outras atividades como: Lian Gong, grupo de prevenção de quedas, grupos de convivência, academia da cidade e grupo de memória, para citar algumas.

Ainda assim, observa-se que nas UBS com maior envolvimento no PQCIF, os ACS e os demais profissionais, mostraram-se mais sensibilizados para o cuidado com a pessoa idosa, sugerindo que as atividades propostas pelo PQCIF – capacitação e realização de grupos de cuidadores nas UBS – possibilitaram enxergar a população idosa.

Estes resultados corroboram o estudo de Costa *et al.* (2013) onde os ACS que se sentiam mais preparados para atuar no SUS apresentaram maior participação em ações comunitárias, evidenciando a importância da qualificação profissional no aprimoramento das práticas em saúde. Essa educação permanente promovida pelo PQCIF atende o Artigo 18 do Estatuto do Idoso, que cita: “*As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais*” (BRASIL, 2003). Orientação esta reafirmada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006c).

Outra hipótese aventada para a invisibilidade da população idosa seria que os comportamentos de uma população frente a seus problemas de saúde e a utilização dos serviços disponíveis são construídos a partir de universos socioculturais específicos (UCHÔA e VIDAL, 1994). Os serviços de saúde podem ser considerados como um espaço onde as representações se (re)produzem, reforçando a ideia de que os programas de educação e planejamento em saúde devem ser baseados no conhecimento dessas formas de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se pretende intervir (FIRMO *et al.*, 2004).

Para Minayo (2011), na velhice a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro – com suas políticas e diretrizes. Segundo

Debert (2006), para ser considerado um problema, o fenômeno passa por quatro dimensões: reconhecimento, legitimação, pressão e expressão, o que envolve a participação de diferentes atores sociais e políticos. No caso da velhice-problema, na maioria das vezes não são os idosos, mas outros “porta-vozes” que o fazem (DEBERT, 2006).

Magalhães (2015), em estudo sobre a percepção da velhice junto aos ACS de Bambuí - MG, demonstra que os agentes reproduzem os mesmos mitos e preconceitos culturalmente arraigados que naturalizam as incapacidades na velhice e negam aos idosos recursos e investimentos em políticas públicas que lhes são devidos (MINAYO, 2011). Dessa forma, os ACS se revelam atores capazes de reforçar (ou não) a visão negativa e alarmista do envelhecimento como um problema social.

Talvez essa visão negativa do envelhecimento possa explicar a (in)visibilidade dos idosos, como pôde ser notado nesta análise documental. Para serem vistos, é necessário capacitar todos os atores – profissionais, famílias, gestores, idosos – para um cuidado mais abrangente e para que os recursos dos serviços possam ser melhor utilizados. Nesse sentido, a educação permanente pode ser um elemento potencializador de mudança e de debate sobre essa questão.

Outro dado relevante: em nenhuma das atas analisadas foi possível identificar o envolvimento dos ACS no planejamento de ações das equipes. Isto reforça a impressão de que esses profissionais carecem de participação na tomada de decisões e na definição de assuntos a serem tratados em educação permanente contextualizada com o objetivo de lidar de forma integrada com seus tantos desafios.

Todas essas observações sobre a atuação dos ACS espelhadas nas atas de reuniões das equipes SF demonstram o quanto é urgente e necessário dialogar com os agentes e romper com o caráter vertical de planejamento e de gestão ainda predominantes no serviço. Além de contribuir para uma ampliação do olhar dos serviços sobre a velhice, pretende-se com isso fortalecer a dimensão política do trabalho do ACS, bem como ampliar o seu conhecimento quanto ao seu valor, potencial e limites no cuidado da pessoa idosa (MAGALHÃES, 2015).

Quanto às limitações deste estudo cabe destacar que a coleta dos dados foi realizada 5 anos após o início do processo de capacitação pelo PQCIF, o que pode ter favorecido um viés de memória frente ao olhar diferenciado para a pessoa idosa. O período do estudo inclui aquele da campanha de imunização dos idosos contra a gripe, o que favoreceria a inclusão de idosos, mas também coincidiu com um breve período de greve dos funcionários da Saúde. Na categoria “Usuário pouco Definido” poderia haver pessoas idosas inseridas neste grupo, cujas

pautas não puderam ser identificadas e adequadamente codificadas. É possível ainda que idosos estivessem sendo atendidos em atividades coletivas para patologias crônicas como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica sem assistência diferenciada para esta população, porém nenhuma menção dessa situação foi notada em quaisquer dos registros das reuniões de equipe.

Mesmo diante destas lacunas, no momento da coleta de dados nas UBS, foi possível notar que os funcionários capacitados pelo projeto quando questionados sobre a sua participação no mesmo, davam retornos positivos, demonstravam interesse e demandavam novas capacitações sobre o tema.

Este trabalho revela que a atenção à pessoa idosa ainda é restrita diante da agenda das equipes de saúde e que, a julgar pela atuação diferenciada dos ACS capacitados que atuam especialmente em UBS onde aconteceram os grupos com cuidadores familiares de idosos, a educação promovida pelo PQCIF, embora pequena, foi positiva.

Ele também mostra que uma capacitação somente se mostrará efetiva, quando o processo educacional for retroalimentado em estratégia de educação permanente e houver ressonância positiva com a gestão, com articulação intersetorial com outras políticas e parceiros, para que o cuidado à pessoa idosa se faça de modo mais proativo e eficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho investigou a atuação dos ACS no cuidado à pessoa idosa, a partir dos registros das equipes de SF: ACS capacitados e UBS que realizaram grupos de cuidadores trouxeram mais questões de idosos para as reuniões. Os resultados obtidos revelam que questões de cunho administrativo e burocrático tomam o lugar do planejamento e da elaboração de estratégias intersetoriais e de contato com a comunidade. Contrariando as expectativas, a pessoa idosa é pouco incluída nas discussões das equipes e recursos disponíveis, como o NASF e o Programa Maior Cuidado, por exemplo, não estão, ou estão sendo pouco acionados.

Esta invisibilidade da população idosa pode estar ancorada em preconceitos ou mesmo no desconhecimento do que poderia ser feito para conquistar um envelhecimento digno, mas também denota que o modelo de cuidado das equipes ainda está focado em doenças, que a gestão carece de atuação mais coletiva e da inclusão dos ACS no planejamento da atuação das

equipes. Fica evidente a necessidade da criação de espaços de expressão do saber de todos os atores, inclusive os ACS que compartilham da mesma realidade que a população assistida, problematizando suas ações no trabalho e repensando constantemente sua atuação de forma a aprimorar seu conhecimento e qualificar seu trabalho.

REFERÊNCIAS

BACHILLI, R.G.; SCAVASSA, A.J.; SPIRI, W.C. A Identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 13, n. 1, p. 51-60, 2008.

BEZERRA, A.F.B.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; Batista Filho, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista Saúde Pública*. v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 648, de 28 de março de 2006*. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Seminário Internacional. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 20 p.

BRASIL. *Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006c.

BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ* - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 134 p.

CARVALHO, M.L. *et al.* *Manual de Redação Oficial*. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2002, 29p.

COSTA, S.M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 18, n. 7, 2013.

DEBERT, G.G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS DE BARROS, M.M. (Org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 49-67.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, M.S. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.F.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Caderno de Saúde Pública*. v. 20, n. 4, p. 1029-1040, 2004.

FONSECA, R.P.; TRENTINI, C.M.; VALLI, F.; SILVA, R.A.N. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 13, n. 4, p. 1275-1284, 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

GALAVOTE, H.S. *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011.

GIACOMIN, K.G.; UCHÔA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Caderno de Saúde Pública*. v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.

GOMES, *et al.* A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 25 fev. 2014.

LEBRÃO, M.L. *et al.* Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*. v. 22, n. 2, p. 30-45, 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; LOYOLA, F.A.I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R.P. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

MAGALHÃES, K.A. *Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde*. 2015. 135p. (Doutorado) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 1, p. 873-880, 2011.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. *Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS: guia do docente*. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2012. 195 p.

MINAYO, M.C.S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T.E.C. (Org.). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 7-15.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1994.

MORAES, G.V.O. *Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade*. 2012. 64p. (Dissertação) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

MOTA, R.R.A.; DAVID, H.M.S.L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trabalho Educação e Saúde*. v. 8, n. 2, p. 229-248, 2010.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Caderno de Saúde Pública*. v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008 .

OLIVEIRA, A.C.S. *O Serviço Público de Saúde no Município de Bambuí, Minas Gerais: a Visão do Usuário Idoso*. 2012. 89p. (Mestrado) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

PEREIRA, M.J.S.B.; FILGUEIRAS, M.S.T. A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista APS*. v. 12, n. 1, p. 72-82, 2009.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionários da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. *Revista Ampliada*. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 255-262.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Gerência de Gestão do Trabalho e Educação*. Novembro de 2013. Dado não publicado.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. v. 1, n. 1, p. 1 -15, 2009.

SANTOS, K.T. *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado à realidade do Programa Saúde da Família? *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 1, p. 1023-1028, 2011.

SARTINI, C.M.; CORREIA, A.M. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Pensar/BH Política Social*. n. 31, p. 10-13, março de 2012.

SUOMINEN-TAIPALE *et al.* Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal Public Health*. v. 14, n. 4, p. 375-380, 2004.

UCHOA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma abordagem da Saúde e da Doença. *Caderno de Saúde Pública*. v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 3, n. 43, p. 548-554, 2009.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional, além de ser uma conquista da sociedade, impõe desafios à saúde pública, pelas demandas que acarreta, dentre as quais a elevada carga de doenças crônicas e suas repercussões sobre a funcionalidade da pessoa idosa, que podem resultar em incapacidade e maior busca pelos serviços sociais e de saúde.

Frente ao rápido processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, há de se considerar que as concepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde junto à população idosa precisam estar adequadas ao contexto sociocultural e aos recursos da rede de atenção à saúde. Neste cenário, o processo de educação continuada assume papel primordial, devendo ser estimulado como um elemento transformador das práticas em saúde.

Apoiada pelo Ministério da Saúde, em 2009, a Prefeitura de Belo Horizonte implantou o PQCIF buscando qualificar profissionais de saúde e criar grupos de apoio aos cuidadores familiares de idosos frágeis em todo o município. Até dezembro de 2013, 121 grupos de cuidadores foram realizados e 4.305 profissionais da rede SUS foram capacitados, dentre eles 1.946 ACS. Nos dois últimos anos, o projeto não teve a mesma desenvoltura, as ações de implementação foram se perdendo junto às rotinas das UBS.

Ao analisar os registros das práticas das equipes SF, nota-se que nas UBS com maior envolvimento no PQCIF, os ACS (e os demais profissionais) mostraram-se mais sensibilizados para o cuidado com a pessoa idosa, sugerindo que as atividades propostas pelo projeto – capacitação e realização de grupos de cuidadores nas UBS – possibilitaram enxergar a população idosa com um olhar diferenciado. O presente estudo parece indicar que ACS quando se sentem mais preparados para atuar no SUS apresentam maior participação em ações no território, evidenciando a importância da qualificação profissional no aprimoramento das práticas em saúde.

Dessa forma, o processo de educação permanente promovido pelo PQCIF atende orientação do Estatuto do Idoso e da PNSPI, quando diz que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais.

Mais estudos sobre a efetividade das ações implantadas se fazem necessários, além da elaboração de novas estratégias educacionais, à semelhança do PQCIF, que promovam mudanças no olhar dos agentes sobre o cuidado à população idosa.

Apesar disso, o presente estudo revela a baixa inclusão da saúde da pessoa idosa nas discussões das equipes SF e em outros pontos de atenção, uma vez que o NASF, que compõe

a ESF, e o Programa Maior Cuidado, ofertado pela municipalidade para pessoas idosas dependentes e vulneráveis, são pouco ou nada acionados pelas equipes.

Esta aparente invisibilidade da população idosa pode ser explicada pelo modelo de atenção ainda voltado para a atenção à doença e pelo desconhecimento das equipes sobre o processo de envelhecimento e suas particularidades, além da falta de organização do serviço para atender essa população e até mesmo o preconceito existente.

Essa baixa expressividade das questões relativas à velhice no âmbito das políticas públicas é bastante reveladora. A partir dela é possível antever:

- a importância da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores, buscando a apropriação de ferramentas de cuidado à pessoa idosa no âmbito da atenção básica;

- a necessidade de articulação da rede de atenção à saúde em interface com outras políticas intersetoriais visando à integralidade da atenção às pessoas idosas;

- a busca pelo rompimento com o caráter vertical de planejamento e gestão nas políticas e serviços de saúde, abrindo-se à escuta e diálogo com todos os profissionais envolvidos, inclusive o ACS, valorizando seu saber e seu fazer; e

- a falta de correspondência de investimento público em programas e projetos relativos à saúde do idoso, diante do atual cenário demográfico e epidemiológico.

Face a essas impressões, é importante que a gestão no nível local (Distritos Sanitários e UBS) se envolva nesse processo de apropriação de novas habilidades. É papel da gestão, como impulsionadora de mudanças, reforçadas pela educação permanente, estimular e transformar de modo mais efetivo o trabalho das equipes garantindo espaço para ações coletivas, oportunizando a participação e a qualificação de todos os profissionais da equipe SF, inclusive do ACS, no planejamento do trabalho e no cuidado à população idosa.

7 REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO; 2011. p. 85.

ANDRADE, M.V. *et al.* *A saúde do idoso em Minas Gerais e a utilização de cuidados preventivos: uma análise com base no PSF*. In: *Equidade na saúde: o programa de saúde da família em Minas Gerais*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, p.121-156, 2013.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Centro de Educação e Saúde*, 2014. Dado não publicado.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Gerência de Assistência*, 2013a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Gerência de Gestão do Trabalho e Educação*. Novembro de 2013b. Dado não publicado.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Macro estratégico, 2009-2012*. Belo Horizonte, 2009. 24 p.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* v. 7, n. 3, p.401-412, 2002.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2013. p.100-123.

BRASIL. *Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União 25 de janeiro 2008; Seção 1.

BRASIL. *Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 20 p.

BRASIL. *Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Lei Orgânica de Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. *Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da concessão Assistência Social, e dá outras providências. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aprova a Política de Atenção Básica*. Brasília, 1994b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Seminário Internacional. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério de Saúde. *Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa de Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 50-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ* - Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde, subsídios para discussão*. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social (PNAS)*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004b, 59 p.

BRASIL, Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988, 292 p.

CAMARANO, A.A. *Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais*. In: CAMARANO, A.A. (Org). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, p. 68-91, 2010.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L.; KANSO, S. *Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil*. In: CARDOSO JÚNIOR, J.C. *Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas*, Brasília: Ipea, v. 3, 2009, 104 p.

CAMARANO, A.A. (Org.). *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, v. 1, 2005, 144 p.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 252-292.

CAMARANO, A.A. *Texto para discussão estatuto do idoso: avanços com contradições*. 2013. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, M.L. *et al. Manual de Redação Oficial*. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2002, 29p.

CHAIMOWICZ, F. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 106-130.

CIF - *Classificação Internacional de Funcionalidades* (CIF). OMS, Comunicado de imprensa, 15 de Novembro de 2001.

COSTA, S.M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 18, n. 7, 2013.

DIAS, E.C. *A inserção de ações de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de Saúde: aspectos conceituais, bases legais, desafios e oportunidades*. Texto de discussão na oficina: “A vigilância em saúde ambiental, a saúde do trabalhador e a Atenção Básica: integrando agendas”, realizada em Brasília, na 8ª EXPOEPI, 2008.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas. In: IPEA. *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de política públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 1990.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Fragilidade e envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1285-1298.

FALEIROS, V.P. Cidadania: os idosos e a garantia de seus direitos. In: NERI, A.L. *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edição SESC, 2007.

FALEIROS, V.P. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. *Revista Katálises*. v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, M.S.O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERREIRA, P.G. *et al.* A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção na velhice. In: TEIXEIRA, M.G.; RATES, S.M.M.; FERREIRA, J.M. *O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Rona, 2012. p. 36-38.

FERRIOLLI, E. *et al.* O idoso frágil. In: FREITAS, E.V. *et al* (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1014-1018.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013. 92 p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

FRIED *et al.* Frailty in older adults: evidence for phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. v. 56, n. 3, p. 146-256, 2001.

GIACOMIN, K.C. *et al.* Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Caderno de Saúde Pública*. v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.

GIACOMIN, K.C. *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico*, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 25 fev. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 01 fev. 2014.

LIMA, A.M.M. *et al.* Saúde no envelhecimento. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, p. 109-32, 2000.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R.P. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 873-80, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 15, n. 5 Rio de Janeiro, 2010.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 1: o agente comunitário de saúde e o SUS: guia do docente*. Belo Horizonte, 2012. 195 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do idoso*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, E.A.C. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002, 212 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 1994. p. 7.

MONTEIRO, P. P. *Envelhecer ou morrer, eis a questão*. Gutenberg Editora, p. 7-32, 2008.

MOROSINI, V.M.; CORBO, A.A.; GUIMARÃES, C.C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Revista Trabalho Educação e Saúde*. v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionários da Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. *Revista Ampliada*. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 255-262.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ LAPPIS, 2011. p. 51-66.

RIBEIRO, L.C.Q. República Democracia e Reforma Social. In: *Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselhos municipais*. SANTOS JUNIOR, O.A. et al. (Org.). Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, W.J.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. v. 1, n. 1, p. 1 -15, 2009.

SILVA, T.L. *Contribuição ao processo da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro, 2009.

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

SCHNEIDER, H.; HLOPHE, H.; RENSBURG, D. V. Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa:tensions and prospects. *Health Policy Plan.* v. 23, n. 3, p. 179-187, 2008.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública.* v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública,* v. 3, n. 43, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública.* v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciências e Saúde Coletiva.* v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VIEIRA, R.A. *et al.* Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Caderno de Saúde Pública.* v. 29, n. 8, 2013.

WHO - World Health Organization. *The uses of epidemiology in the study of the elderly.* Geneva, 1984.

WHO - World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS, 2005.

8 APÊNDICES

Apêndice A: Relação de UBS do Município de Belo Horizonte que implementarem ou não grupos de cuidadores familiares do projeto “Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil”, período de 2009 a 2013.

Distrito Sanitário	UBS que realizou grupo	UBS que não realizou grupo
Barreiro	Itaipu, Lindéia, Milionários, Santa Cecília, Vila Cemig, B. Baixo, Túnel de Ibité, Tirol, Miramar, Bairro das Indústrias, Regina, Vila Pinho, Diamante, Bonsucesso.	Barreiro de Cima, Urucuia, Vale do Jatobá, Independência, Mangueiras, Pilar.
Centro Sul	Tia Amância, Cafezal, Carlos Chagas, Conjunto Sta Maria, Nossa Sra Aparecida, Padre Tarcísio, São Miguel Arcanjo.	Menino de Jesus, Oswaldo Cruz, Sta Lúcia, Sta Rita de Cássia, N. Sra de Fátima.
Nordeste	Capitão Eduardo, Conjunto Paulo VI, Efigênia Murta, São Gabriel, Gentil Gomes, Goiânia, Marivanda Baleeiro, Nazaré, Olavo Albino, Ribeiro de Abreu, Alcides Lins, Cachoeirinha, Cidade Ozanam, São Marcos, Dom Joaquim, Marcelo Pontel, Padre Fernando de Melo, São Paulo, Maria Goretti, Leopoldo Crisóstomo, Vila Maria.	—
Oeste	Havaí, Noraldino de Lima, Vista Alegre, Cabana, Cícero Idelfonso, São Jorge, Vila Imperial, Waldomiro Lobo, Salgado Filho, Betânia, Conjunto Betânia, Ventosa, Santa Maria, João XXIII, Amilcar Viana Martins, Palmeiras.	Vila Leonina
Venda Nova	Andradas, Venda Nova, Copacabana, Jardim Comercíarios.	Céu Azul, Lagoa, Mantiqueira, Nova York, Piratininga, Sta Mônica, Santo Antônio, Visconde do Rio Branco, Minas Caixa Serra, Verde, Jardim Europa, Jardim Leblon.
Leste	Sta Inês, Pompéia, Horto, Marco Antônio Menezes, São José Operário, Taquaril, Alto Vera Cruz, São Geraldo.	Boa Vista, Vera Cruz, Novo Horizonte, Paraíso, Mariano de Abreu, Granja de Freitas.
Norte	Campo Alegre, Jardim Felicidade, Etelvina Carneiro, MG 20, Tupi, Novo Aarão Reis, Providência, São Tomás, Floramar, Jardim	Jaqueline 2

	Guanabara, Heliópolis, Jaqueline, Jardim Felicidade 2, Primeiro de Maio, São Bernardo, Guarani, Lajedo, Aarão Reis.	
Pampulha	Confisco, Padre Joaquim Maia, Itamarati, Ouro Preto, São José, Santa Amélia, Dom Orione, Jardim Alvorada, Santa Terezinha, Santa Rosa,	São Francisco, Serrano.
Noroeste	João Pinheiro, Jardim Montanhês, Dom Bosco, Padre Eustáquio, Pedreira Prado Lopes, Carlos Prates.	Bom Jesus, Glória, São Cristóvão, Elza Martins, Ermelinda, Jardim Filadélfia, Pindorama, Califórnia, Dom Cabral, Santos Anjos.
Total	104	43

Apêndice B: Relação das UBS sorteadas para fazerem parte da amostra do estudo.

Distrito	UBS que realizou grupo	UBS que não realizou grupo
Barreiro	Diamante, Regina, Vila Pinho	Barreiro de Cima, Pilar, Mangueiras, Independência, Urucuia
Centro Sul	Tia Amância, Cafezal, São Miguel Arcanjo	Nossa Senhora de Fátima, Oswaldo Cruz
Nordeste	Alcides Lins, Maria Goretti	-
Oeste	Salgado Filho, Cabana, São Jorge	-
Venda Nova		Nova York, Piratininga, Santa Mônica, Santo Antônio, Jardim Europa
Leste	Pompéia, Taquaril, Marco Antônio Menezes,	Novo Horizonte, Vera Cruz, Paraíso
Norte	Floramar, Jaqueline, Jardim Felicidade 2, MG 20,	Jaqueline 2
Pampulha	Padre Joaquim Maia, Jardim Alvorada, Santa Rosa	Serrano
Noroeste	Dom Bosco, Padre Eustáquio, Carlos Prates	Elza Martins, Pindorama, Ermelinda, Califórnia, Dom Cabral, Glória, Santos Anjos
TOTAL	24	24

9 ANEXOS

Anexo A: CARTA DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo do processo de desenvolvimento do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte

Pesquisador: Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32588214.7.3001.5140

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFMG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 836.484

Data da Relatoria: 23/09/2014

Apresentação do Projeto:

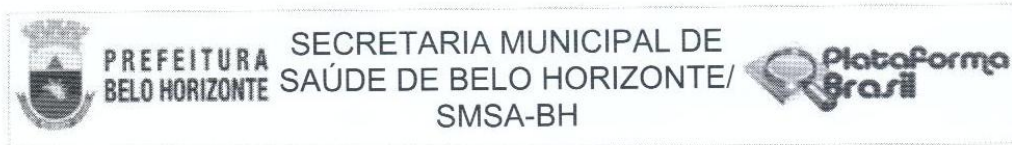
É um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa, com delineamento transversal. Será conduzido em Belo Horizonte (MG), junto aos distritos sanitários, unidades básicas e equipes de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, que participaram do Projeto de Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil da

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esse projeto foi aprovado junto ao Ministério da Saúde e realizado no período de novembro de 2009 a dezembro de 2013 para qualificar profissionais da atenção primária visando a melhoria da assistência ao idoso e desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos agentes envolvidos no cuidado, dentre elas, a instituição de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas unidades de saúde.

Serão utilizadas as informações existentes sobre os profissionais capacitados e os cuidadores que participaram dos grupos ao longo de toda a execução do Projeto. Dados retrospectivos relativos ao período de realização do Projeto serão utilizados para a caracterização dos participantes. Nos estudos quantitativos serão utilizados questionários padronizados para coleta de dados, sendo previstas a realização de grupos focais, de entrevistas semi-estruturadas gravadas e a utilização da técnica "card collection", que integra o método "Visualization in

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br





Continuação do Parecer: 836.484

Participatory Programmes"(VIPP). A análise dos dados qualitativos se fará consoante à técnica de análise de conteúdo. Poderão ser convidados a participar de pesquisas qualitativas profissionais e cuidadores familiares que tiverem participado de encontros com os facilitadores do projeto e aqueles que vierem a participar de encontros a serem realizados, mediante assinatura do TCLE. Há previsão de inclusão de agentes comunitários de saúde (n=32); gestores da secretaria municipal de saúde (n=27); facilitadores de grupos de cuidadores de idosos (n=18); e cuidadores de idosos (n=62).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar o processo de desenvolvimento e de implantação do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil, na rede de atenção à saúde- SUS de Belo Horizonte.

Objetivos específicos

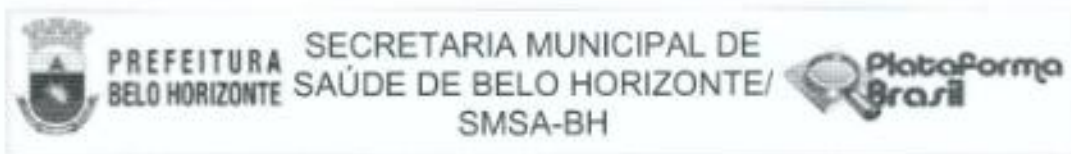
1. Avaliar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis;
2. Identificar os fatores associados à adesão dos cuidadores aos grupos;
3. Identificar as repercussões do grupo de cuidadores familiares de idosos para os participantes, incluindo o cuidado de si;
4. Identificar o perfil de competência dos profissionais de saúde, dentre eles os Agentes Comunitários de Saúde para o desenvolvimento de ações em saúde do idoso;
5. Contribuir com futuros processos de educação permanente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, o único risco que poderá acontecer será o constrangimento do participante durante o questionário e/ou da entrevista. O direito de não participar será acatado imediatamente pelos pesquisadores.

Ao mesmo tempo, caso manifeste-se cansado(a) ou incapaz de participar do questionário ou responder a entrevista serão interrompidos imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja do interesse do participante. Todas as perguntas necessárias para o esclarecimento de dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros serão fornecidas pelas autoras. E os participantes terão liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 836.484

participar desse estudo se assim o desejarem, sem nenhuma penalização ou constrangimento. Neste caso, o material já coletado no questionário e/ou entrevista serão destruídos.

Segundo o pesquisador, os benefícios estão relacionados aos resultados obtidos que poderão contribuir para a melhoria na assistência que permita acompanhar o cuidado ao idoso na rede pública de atenção à saúde, assim como acompanhar a implementação de parte da política pública de atenção ao idoso no município."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador, após solicitação, apresentou os questionários a serem aplicados e o roteiro de perguntas do grupo focal.

O projeto está bem fundamentado, apresenta pertinência e relevância. O conhecimento dos resultados da pesquisa poderá subsidiar as ações de atenção à saúde do idoso no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - as quatro versões apresentadas para cada um dos atores da pesquisa apresentam linguagem clara e adequada. Consta das minutas apresentadas de TCLE os dados da SMSA, incluídos após solicitação (postagem em 17/10/2014), sendo que estas ~~ser~~ levadas ao conhecimento do CEP da proponente. Ressalta-se que não houve mudanças do projeto aprovado pelo CEP da Proponente.

Folha de Rosto devidamente apresentada e assinada.

Carta de Anuência da SMSABH devidamente apresentada e assinada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Estudo do processo de desenvolvimento do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte.

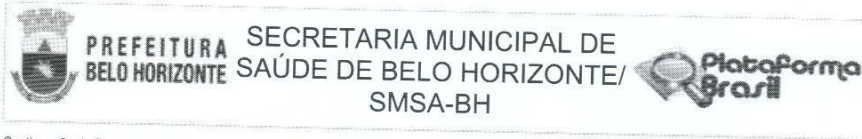
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELÓ HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: conep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 836.484

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

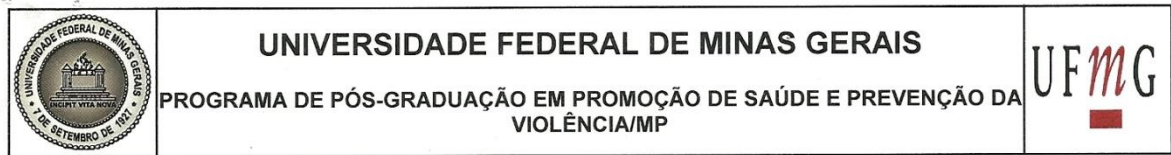
BELO HORIZONTE, 17 de Outubro de 2014

Eduardo P. Miranda

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar
Bairro: Funcionários **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

Anexo B



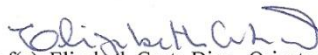
FOLHA DE APROVAÇÃO

O olhar do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao idoso: a contribuição de um processo de qualificação

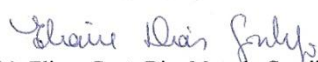
MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 02 de julho de 2015, pela banca constituída pelos membros:


 Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador
 UFMG

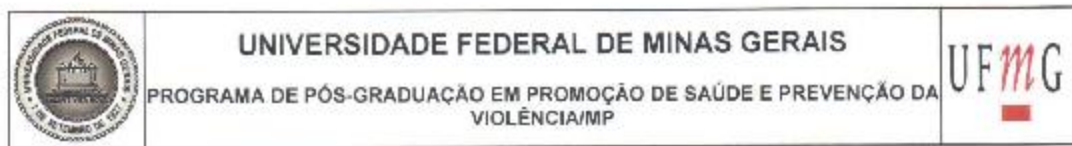

 Prof(a). Karla Cristina Giacomin
 Secretaria Municipal de Belo Horizonte


 Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo
 UFMG


 Prof(a). Marcia Rocha Parizzi
 Prefeitura de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 2 de julho de 2015.

Anexo C



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA - 2013712655

Realizou-se, no dia 02 de julho de 2015, às 09:30 horas, Faculdade de Medicina, sala 029, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *O olhar do Agente Comunitário de Saúde no cuidado ao idoso: a contribuição de um processo de qualificação*, apresentada por MÔNICA DE ASSIS FONTES SILVA, número de registro 2013712655, graduada no curso de NUTRIÇÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador (UFMG), Prof(a). Karla Cristina Giacomín (Secretaria Municipal de Belo Horizonte), Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (UFMG), Prof(a). Marcia Rocha Parizzi (Prefeitura de Belo Horizonte).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 02 de julho de 2015.


Prof(a). Elizabeth Costa Dias


Prof(a). Karla Cristina Giacomín


Prof(a). Eliane Costa Dias Macedo Gontijo


Prof(a). Marcia Rocha Parizzi