

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO
JOÃO VICTOR MUNIZ ROCHA

**ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO SOBRE FATORES QUE
CONTRIBUEM PARA O (IN)SUCESSO NA PERSPECTIVA DE
RECURSOS HUMANOS EM MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE

2015

JOÃO VICTOR MUNIZ ROCHA

**ATENÇÃO AO IDOSO: UM ESTUDO SOBRE FATORES QUE
CONTRIBUEM PARA O (IN)SUCESSO NA PERSPECTIVA DE
RECURSOS HUMANOS EM MINAS GERAIS.**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Administração

Área de Concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa

BELO HORIZONTE

Faculdade de Ciências Econômicas

2015

Ficha Catalográfica

R672a
2015

Rocha, João Victor Muniz.
Atenção ao idoso [manuscrito] : um estudo sobre fatores que contribuem para o (in) sucesso na perspectiva de recursos humanos em Minas Gerais / João Victor Muniz Rocha. – 2015.
161 f. : il., gráfs, tabs.

Orientador: Allan Claudios Queiroz Barbosa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Administração.
Inclui bibliografia (f. 87-93), apêndices e anexo.

1.Recursos humanos na saúde - Teses. 2. Idosos - Teses. 3. Administração - Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós Graduação e Pesquisa em Administração. III. Título.

CDD: 658.3

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – JN041/2015



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor **JOÃO VICTOR MUNIZ ROCHA**, REGISTRO Nº 556/2015. No dia 05 de março de 2015, às 10:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 05 de janeiro de 2015, para julgar o trabalho final intitulado "**Atenção ao Idoso: Um Estudo sobre Fatores que Contribuem para o (In)sucesso na Perspectiva de Recursos Humanos em Minas Gerais**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 05 de março de 2015.

NOMES

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Pedro Vasconcelos Maia do Amaral
(CEDEPLAR/UFMG)

Prof. Dr. Sandro Cabral
(Escola de Administração/UFBA)

Prof^a. Dr^a. Núbia Cristina da Silva
(Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG)

ASSINATURAS

Aos meus pais, por uma existência
fantástica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais por tudo que puderam me proporcionar nesta vida, pelas lições e pela educação. À minha mãe Conceição, pelo apoio incondicional e por ser um exemplo de pessoa; ao meu pai Abel, pelo senso de equilíbrio e pelo incentivo ao profissional e pessoal. Ao meu irmão Diogo pelo senso de humor e paciência, principalmente com minhas herdeiras. Serei eternamente grato pela minha família, por tudo.

Ao meu orientador Dr. Allan Claudius, pelo aprendizado proporcionado, as oportunidades de desenvolvimento e a inestimada orientação desde os tempos de iniciação científica.

Aos colegas do Observatório e Nig.one, com quem pude aprender muito; em especial a Núbia e Thiago, pelo profissionalismo e confiança depositada, pelas quais pude me envolver em atividades valiosas.

Aos professores e colegas do CEPEAD, pela partilha de conhecimentos, em especial à Bruno, Dani, Isabella, Lívia, Kenyth, Rui e Wesley, tanto pela ajuda quando necessário quanto pelos momentos de descontração.

À Lorena, Raquel e Victor, pelos anos de Luiz Felipe II e por me ouvir nas noites de empregas onde tentava explicar o que eu faço. Angelo, que sempre torceu por mim e me deu todo o apoio desde a fase pré-mestrado. Maíra e Guilherme, melhores *roommates* que poderia ter, sempre honrando o sobrenome Tedesco.

São muitos que me ajudaram nesta etapa, direta ou indiretamente, e embora seja impossível citar todos aqui, por tudo sou grato.

*You've got to get rid of the more
conservative habits of your mind;
You're halfway 'til you're fully grown,
you've got a real good shot;
Won't help to hold inside, give a real shout
out.*

*(Trecho da música "Brothersport" de
Animal Collective, 2009)*

RESUMO

Este estudo discutiu como se articulam as práticas de recursos humanos e processos de trabalho desenvolvidos pelas Equipes de Atenção Primária em Saúde com ênfase à saúde do idoso a partir de dados de 61 municípios do estado de Minas Gerais. Foram utilizados neste estudo dados secundários de duas pesquisas realizadas em 2012: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e Equidade na Saúde: um estudo a partir do Saúde em Casa em Minas Gerais. Os dados de 77 unidades básicas de saúde e 1.431 idosos foram analisados a partir de regressão logística. O estudo constatou que as práticas e políticas de recursos humanos que contribuem para o sucesso da atenção ao idoso na Atenção Básica em Minas Gerais são aquelas que, desde a formação até o trabalho em si, promovem estabilidade aos profissionais, fixando-os nas unidades básicas de saúde, de maneira que seja estabelecido e fortalecido um vínculo entre as equipes e os idosos. Este vínculo é essencial para a atenção deste grupo populacional, pois a saúde deles se discute a partir de aspectos como autonomia, capacidade funcional e autocuidado apoiado.

Palavras-chave: *Saúde do idoso. Atenção ao idoso. Recursos humanos na saúde. Atenção Básica de Saúde.*

ABSTRACT

This study discussed the relationship between human resource practices and work processes developed by primary healthcare teams with emphasis on the health of the elderly, using data of 61 cities of Minas Gerais. This study used secondary data from two surveys carried out in 2012: National programme for improving access and quality in Primary Health Care (PMAQ) and Equity in Health: a study from the Health at home programme in Minas Gerais. The data of 77 Basic Health Units and 1,431 elders were analyzed by logistic regression. The study found that the human resource policies and practices that contribute to the success of elderly health care in Primary Health Care in Minas Gerais are those that, from training to the task itself, promote stability to professionals, fixing them in the Basic Health Units, in a manner that establishes and strengthens a bond between the healthcare teams and the elderly. This bond is essential to the healthcare of this group, since their health is discussed from aspects such as autonomy, functional capacity and supported self-care.

Key-words: *Elderly health, Elderly healthcare, Human resources, Primary Healthcare*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo teórico do estudo	31
Figura 2 - Modelo de análise proposto	40
Figura 3 - Atenção à saúde para condições crônicas	74
Figura 4 - Modelo de fluxo para práticas e políticas de RH e resultados em saúde para idosos	82
Figura 5 - Mapa dos Municípios que compõem a amostra	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos oficiais utilizados na análise documental.....	36
Quadro 2 - Variáveis para o construto características demográficas.....	41
Quadro 3 - Variáveis para o construto características epidemiológicas	42
Quadro 4 - Variáveis de recursos humanos	44
Quadro 5 - Variáveis selecionadas para o construto de Atenção ao Idoso.....	46
Quadro 6 - Síntese dos procedimentos metodológicos.....	47
Quadro 7 - Variáveis que apresentam correlação com possuir caderneta do idoso	58
Quadro 8 - Variáveis que apresentam correlação com internação do idoso nos últimos 12 meses	61
Quadro 9- Variáveis que apresentam correlação com visitas do Agente Comunitário de Saúde	63
Quadro 10 - Variáveis que apresentam correlação com visitas de outros profissionais.	65
Quadro 11 - Síntese da análise dos resultados.....	80
Quadro 12 - Municípios da Amostra	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade dos idosos	49
Tabela 2- Características demográficas dos idosos	50
Tabela 3 - Doenças crônicas	51
Tabela 4 - Quantidade de profissionais	52
Tabela 5 - Recursos Humanos nas UBS	54
Tabela 6 - Variáveis resposta categóricas.....	56
Tabela 7 - Quantidade de visitas por profissional	57
Tabela 8 - Variáveis resposta quantitativas	57
Tabela 9- Modelo final de regressão logística – Possui caderneta do idoso	59
Tabela 10- Razão de chances – Possui caderneta do idoso	60
Tabela 11 - Modelo final de regressão logística – Idoso internado nos últimos 12 meses	62
Tabela 12 - Razão de chances – Idoso ficou internado nos últimos 12 meses	62
Tabela 13 - Modelo final de regressão múltipla – <i>Visitas ACS</i>	64
Tabela 14- Modelo final de regressão múltipla – <i>Visitas</i>	66
Tabela 15- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável <i>Possui Caderneta do Idoso</i>	99
Tabela 16- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável <i>Possui caderneta do idoso</i>	101
Tabela 17- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável <i>Internações do idoso nos últimos 12 meses</i>	102
Tabela 18- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável <i>Internações do idoso nos últimos 12 meses</i>	104
Tabela 19- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável <i>Número de Visitas ACS</i>	105
Tabela 20- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável <i>Visitas ACS</i>	107
Tabela 21- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável <i>Número de Visitas Outros Profissionais</i>	108
Tabela 22- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável <i>Visitas Outros Profissionais</i>	110

Tabela 23- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável <i>Possui caderneta do idoso</i>	111
Tabela 24- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável <i>O idoso ficou internado nos últimos 12 meses?</i>	112
Tabela 25- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável <i>Visitas ACS</i>	113
Tabela 26- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável <i>Visitas</i>	114
Tabela 27 - Modelo de regressão logística com variáveis controle – Possui caderneta do idoso	115
Tabela 28 - Modelo de regressão logística com variáveis de interesse – Possui caderneta do idoso	115
Tabela 29 - Modelo de regressão logística com variáveis controle – Idoso ficou internado nos últimos 12 anos	115
Tabela 30 - Modelo de regressão logística com variáveis de interesse – Idoso ficou internado nos últimos 12 anos	116
Tabela 31 - Modelo de regressão com variáveis controle – Vistas de ACS.....	116
Tabela 32 - Modelo de regressão com variáveis de interesse – Visitas de ACS.....	116
Tabela 33 - Modelo de regressão com variáveis controle – Visitas de outros profissionais.....	117
Tabela 34 - Modelo de regressão com variáveis de interesse – Visitas de outros profissionais.....	117

LISTA DE ABREVIACÕES

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB- Departamento de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

GRH - Gestão de Recursos Humanos

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RH - Recursos Humanos

ROREHS - Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 Sistema de Saúde.....	20
2.2 Saúde de idosos e gestão de saúde	23
2.3 Recursos humanos e sua interface com saúde.....	25
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
3.1 A natureza da investigação.....	35
3.2 Universo e amostra da pesquisa	35
3.3 Coleta e análise de dados	36
3.4 Definição de variáveis.....	40
3.4.1 Características demográficas.....	41
3.4.2 Características epidemiológicas	41
3.4.3 Recursos humanos.....	43
3.4.4 Atenção ao idoso	44
3.5 Análise de dados	46
4. RESULTADOS.....	49
4.1 Perfil demográfico e epidemiológico dos idosos	49
4.2 Princípios ordenadores - Caracterização	52
4.3 Atenção ao idoso	55
4.4 Análise estatística.....	57
4.4.1 Possui caderneta do idoso	58
4.4.2 Internação do Idoso nos últimos 12 meses.....	61
4.4.3 Visitas do agente comunitário de saúde	63
4.4.4 Visitas de outros profissionais	65
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
BIBLIOGRAFIA.....	87
APÊNDICE A- Políticas e Programas de Saúde.....	94
APÊNDICE B- Amostra do Estudo	97
APÊNDICE C- Análises Estatísticas Univariadas	99
APÊNDICE D- Análises Estatísticas Multivariadas	111

APENDICE E- Modelos de regressão com variáveis controle e variáveis de interesse.....	115
ANEXO A- Módulo II do instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – acesso e qualidade (PMAQ)	118
ANEXO B- Instrumento de coleta de campo: questionário ao idoso. Equidade na saúde: o programa de Saúde da Família em Minas Gerais	155

1. APRESENTAÇÃO

O objetivo deste estudo foi descrever a possível contribuição das práticas de Gestão de Recursos Humanos na Atenção Básica de Saúde para os resultados em saúde dos idosos em Minas Gerais, a partir de dados de 61 municípios do estado. A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir das implicações demandadas aos sistemas de saúde por conta do envelhecimento populacional e da importância da gestão de recursos humanos na saúde. Isso criou a possibilidade de gerar uma reflexão sobre a articulação entre a gestão de recursos humanos e os resultados em saúde.

Para situar a reflexão proposta por este estudo, é importante, inicialmente, apresentar as transformações do perfil demográfico e epidemiológico da população que caracterizam o processo de envelhecimento populacional, as especificidades em saúde da população idosa e as implicações que geram para os serviços de saúde. É necessário também, compreender como se insere a discussão sobre recursos humanos na saúde e reconhecer qual é a perspectiva adotada para descrever os fatores que contribuem para o sucesso ou insucesso da atenção ao idoso.

Com efeito, a população brasileira vem sofrendo nas últimas décadas grandes mudanças no comportamento histórico das taxas de mortalidade e fecundidade, por diversos fatores, sejam socioeconômicos, culturais ou científicos. Essas mudanças são componentes da transição demográfica, que se refere à queda da mortalidade, seguida pela queda na fecundidade. Essa transição tem sido observada em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. A diferença é que os desenvolvidos passaram por um declínio lento nas taxas de fecundidade e mortalidade, gerando, conseqüentemente, aumento gradual no número de idosos (POL; THOMAS, 2001); enquanto que os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, vivenciaram um processo tardio, porém mais rápido (CARVALHO, 2004).

A queda da fecundidade estreita a base da pirâmide etária, ao passo que a redução da mortalidade causa um aumento relativo de idosos no conjunto da população, acarretando o denominado "envelhecimento populacional". De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013 a população acima de 60 anos¹

¹ O Ministério da Saúde define idoso como o indivíduo com mais de 60 anos. Já a Organização Mundial da Saúde utiliza esta idade como limite inferior para países em desenvolvimento, e 65 anos para países desenvolvidos.

em Minas Gerais era de 1,133 milhão de pessoas (11,06% do total), sendo que as projeções apontam que em 2030 esta população será de 2,108 milhões (19,14% do total).

Além da transição demográfica, observa-se o processo de transição epidemiológica, que se refere à mudança nas causas primárias de morbidade e mortalidade. As causas de internações e mortalidade passam de infectocontagiosas (patologias de curta duração e autolimitadas, com manifestação abrupta, em que, ao final, se busca a cura) para crônico-degenerativas (patologias que se manifestam gradualmente e têm maior duração e, ao final, se busca o cuidado) (MENDES, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) aponta que 60% de todas as mortes são devidas às condições crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. Estas patologias exigem um cuidado multiprofissional e contínuo, com foco na prevenção e na promoção de saúde, visando como resultado a manutenção da doença.

O Brasil, por sua vez, é marcado por uma dupla carga de doenças, com o predomínio de doenças crônicas (CONASS, 2007). Este predomínio implica em uma processo que ultrapasse a idéia de saúde-doença, englobando conceitos como prevenção e controle. Justamente por exigir uma visão mais completa do indivíduo, a atenção às doenças crônicas não é de implantação e execução simples. Rocha (2011) argumenta que o uso de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos através de demanda espontânea em unidades de alta complexidade é incapaz de lidar com as necessidades inerentes às condições crônicas.

As doenças crônicas podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas, pois estas condições costumam estar associadas a outras (comorbidades), gerando um processo incapacitante, que dificulta ou impede o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente (BRASIL, 2007). A capacidade física e biológica do ser humano declina gradualmente ao longo dos anos. Consequentemente, as pessoas idosas têm, naturalmente, uma saúde mais debilitada do que as pessoas mais jovens. O conceito de saúde nesta faixa populacional é abrangente e não se refere somente à presença ou ausência de doença ou agravo, mas também engloba a independência e a autonomia do indivíduo, pois isso interfere diretamente na qualidade de vida.

As doenças crônicas requerem acompanhamento constante, manifestando-se de forma mais expressiva nas idades mais avançadas. Elas comprometem de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. Este grupo populacional utiliza os serviços de saúde mais frequentemente do que grupos mais jovens, além de demandar uma atenção especializada, pelas situações agravadas pela idade. Cavalcanti e Saad (1990) apresentam que, quando comparados aos jovens, os idosos são hospitalizados com maior frequência, apresentam tempo médio de permanência hospitalar maior e possuem um índice de reinternações mais elevado como consequência da maior incidência e prevalência de doenças crônicas e menor rapidez de recuperação.

Facchini *et al.* (2006) apontam que a população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que aumentam o grau de dependência. Tal fato demanda aprofundamento de conceitos como prevenção, "paliativismo", suporte e apoio social. O envelhecimento populacional gera mudança e aumento da demanda aos sistemas de saúde; sendo que os trabalhadores do setor constituem a base para a atividade exercida no sistema de saúde e na entrega para a população. Um dos aspectos necessários para que essa população receba a atenção apropriada é a capacidade do sistema de saúde em prover capital humano competente e adequado. Além disso, é de suma importância que a gestão de recursos humanos (GRH) vise encontrar as formas mais eficazes de promover a regulação da força de trabalho, facilitando a adoção de comportamentos consistentes com os objetivos dos serviços de saúde (DUSSAULT; SOUZA, 1999).

No campo da saúde, a gestão de recursos humanos tem grande relevância por ser um setor de serviços com utilização intensiva de mão de obra especializada, sendo que a ação dos profissionais interfere diretamente na assistência prestada, o que ressalta cada vez mais a necessidade de políticas e práticas de gestão de recursos humanos que sejam capazes de responder a sua demanda. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) reconhece e ressalta a importância dos recursos humanos nos sistemas de saúde, apontando o desenvolvimento de trabalhadores capazes, motivados e apoiados como essencial para superar os obstáculos que impedem o alcance dos objetivos da saúde.

Na discussão sobre a assistência oferecida pelo sistema de saúde à população, o componente recursos humanos assume grande relevância, sendo descrito como o aspecto mais importante do sistema de saúde (NARASIMHAM; BROWN; PABLOS-MENDEZ, 2004), como crítico nas políticas de saúde (DUSSAULT; DUBOIS, 2003) e

como elemento central na gestão de serviços de saúde (BARBOSA; ROCHA, 2011). Apesar disso, a literatura identifica lacunas nas políticas de gestão de RH voltadas às unidades de saúde, além de baixo registro de evidências acerca das práticas de RH nestas unidades (SILVA, 2009; MORICI, 2011; PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA; 2004). Neste estudo, a perspectiva adotada situa-se no âmbito da gestão, incluindo categorias como formação, vinculação, desempenho, produtividade e políticas.

Uma das maneiras pela qual o idoso pode receber assistência em saúde em Minas Gerais (e no Brasil) é através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas UBS, os usuários podem realizar consultas médicas, fazer curativos, tomar vacinas, receber medicação básica e ser encaminhados para especialidades, quando necessário. Na forma como as UBS se organizam e oferecem assistência, o atendimento é voltado para as condições crônicas, sendo a presença ou ausência destas doenças essencial para a discussão sobre a atenção ao idoso, pois estas são as causas de mortalidade mais comum entre eles.

A partir desses argumentos, percebe-se a relevância de uma atenção de qualidade à saúde do idoso, tanto atualmente como, principalmente, em futuro próximo, devido ao envelhecimento populacional. Para uma atenção de qualidade, é essencial a presença de profissionais capacitados, com acesso aos recursos necessários, para dar a melhor entrega possível à população. Neste sentido é que se insere a problemática deste estudo: Como se articulam as práticas de recursos humanos desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica com a atenção à saúde do idoso em Minas Gerais?

À luz desta discussão preliminar, este estudo teve como objetivo geral **descrever como se articulam as práticas de recursos humanos na Atenção Básica de Saúde com a atenção ao idoso**. Embora a relevância para recursos humanos na saúde seja conhecida, a consecução deste objetivo proporcionará a oportunidade de verificar quais aspectos específicos são relevantes para a saúde dos idosos. Ou seja, conhecer como se dá a assistência prestada ao idoso, entendendo quais são as atividades oferecidas pelo sistema de saúde e caracterizando como se dá o uso pelos idosos. Tal objetivo permite visualizar a situação do sistema de saúde para, a partir disso, poder discutir os fatores que contribuem para a consecução dos objetivos do sistema.

Embora a análise seja na perspectiva de recursos humanos, o estudo inclui características demográficas e epidemiológicas como explicativas da atenção ao idoso. Portanto, descrever estes fatores permite analisar como tais características se articulam ao construto principal deste estudo, que é a atenção ao idoso, e, assim, focar no que está sendo buscado no objetivo principal, que são as práticas de recursos humanos.

Foi encontrado que as práticas e políticas de recursos humanos e processos de trabalho que contribuem para o sucesso da atenção ao idoso na atenção básica em Minas Gerais são as ações de promoção à saúde oferecidas e fluxos de usuários bem definidos. O vínculo estável do enfermeiro não necessariamente se relaciona positivamente às visitas domiciliares, porém tem relação com o idoso possuir a caderneta de saúde, instrumento que auxilia os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que se tenha um envelhecimento ativo e saudável.

Este trabalho está organizado em seis seções, incluindo esta Apresentação. Na segunda seção, desenvolve-se o referencial teórico, que aborda como o sistema de saúde no Brasil se configura, a inserção da saúde do idoso e suas tendências e a temática de Recursos Humanos e sua inserção na saúde, com a interface entre essas áreas e as necessidades diante do envelhecimento populacional. Na terceira seção, desenvolve-se o percurso metodológico, contemplando a amostra da pesquisa, a coleta de dados e as categorias de análise, a partir de um modelo proposto. Na quarta seção procede-se à apresentação dos resultados. Na quinta seção, realizam-se a análise e a discussão dos resultados. Na sexta seção formularam-se as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção apresenta-se, primeiramente, a inserção da Atenção Básica² no sistema de saúde, para então abordar a saúde do idoso, como as tendências e necessidades deste grupo populacional, assim como discutir a temática de Recursos Humanos e sua inserção na área da Saúde, apresentando a interface entre estas duas áreas, suas demandas atuais e os problemas enfrentados na saúde, em especial na Atenção Básica.

A inserção dos idosos no sistema de saúde é discutida à luz das necessidades deste grupo populacional, de suas peculiaridades na saúde e das principais dificuldades na atenção deste grupo, para que se tenha um arcabouço teórico capaz de embasar a análise da situação de saúde dos idosos e de apresentar como se dá a atenção à saúde na amostra. Discorre-se, então, sobre a literatura em Recursos Humanos voltada para a saúde, por ser elemento primordial para o desenvolvimento das atividades nesta área, articulando-se com os processos de trabalho da atenção ao idoso em saúde. Discutem-se os principais entraves encontrados entre recursos humanos e saúde, para dar início à discussão sobre a articulação entre as práticas e as políticas que podem contribuir para o sucesso, ou insucesso, dos serviços de saúde e sua entrega para idosos.

2.1 Sistema de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como um grupo de ações e serviços públicos que integram a rede regional e hierárquica, organizada de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação ativa da comunidade local. O SUS ficou conhecido por ser o sistema mais integrado e abrangente na América Latina, tendo como base a universalidade (a saúde é para todos e um dever do estado). Ele busca garantir a promoção, a prevenção e a cura por meio de um sistema hierarquizado. Essa hierarquização se traduz na divisão dos serviços em níveis de complexidade de atenção à saúde: primário, que busca solucionar um grande número de doenças; secundário, que reúne os casos que necessitam de uma atenção especializada; o terciário, que cuida dos casos que demandam uma atenção de alta complexidade.

² O termo *Atenção Básica* também é utilizado para referir-se às ações no nível primário, sendo largamente utilizado, sobretudo pelos órgãos e instituições de saúde. Gil (2006) realizou estudo analisando os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde, relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Recursos Humanos e artigos acadêmicos na área; encontrando que estes termos são comumente usados como sinônimos, sendo Atenção Básica um termo mais recente porém questionado por não traduzir o que de fato representa a Atenção Primária.

O nível primário é a forma de entrada e encaminhamento do paciente aos demais pontos de atenção do sistema de saúde. A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu nos anos de 1920, no Reino Unido (GONÇALVES, 2002), e no Brasil se desenvolve em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), definida como um estabelecimento que presta atenção primária à saúde, em espaço físico determinado.

Starfield (2002), Mendes (2002) e Sampaio (2004) argumentam que os sistemas de saúde que se organizam tendo a Atenção Primária como referência apresentam maior eficácia e qualidade e são mais equitativos. Os autores também associam este tipo de organização a menores custos, melhores níveis de saúde, maior satisfação da população com o serviço e menor utilização de medicamentos. É neste nível que aproximadamente 80% das necessidades de saúde de uma comunidade adstrita devem ser abordadas de maneira resolutiva.

A atenção primária deve ser orientada pelos seguintes princípios ordenadores discutidos por Starfield (2002):

Atenção ao primeiro contato - significa a acessibilidade e a utilização do serviço a cada novo problema ou novo episódio pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

Longitudinalidade - pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além de uma relação pessoal duradoura entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.

Integralidade - implica que as unidades de Atenção Primária fazem arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas, buscando a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas apresentados. O processo de descentralização da saúde e da subsequente municipalização do sistema de saúde fez com que a rede básica na Atenção Primária ampliasse sua oferta de serviços tanto no eixo ambulatorial quanto no preventivo. Logo, este princípio implica também a integração da ação curativa com as de promoção e de prevenção à saúde.

Coordenação - diz respeito à capacidade de um serviço centralizar e disponibilizar informações a respeito dos problemas e serviços anteriores utilizados pelo paciente,

permitindo gerar informação necessária sobre o histórico do paciente. Diz respeito também a capacidade de organizar o acesso do usuário à outros pontos da rede.

Para a efetivação do caráter da Atenção Primária no Brasil, foi instituída a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde, como estratégia de organização da Atenção Primária, partindo do princípio de que a saúde deve sofrer intervenção com base nas condições socioeconômicas e culturais de uma localidade e da população, o que requer um trabalho bem articulado pela Equipe da Saúde da Família (BRASIL, 1997). Essas equipes multiprofissionais têm uma composição mínima de um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde; sendo que os gestores municipais podem incorporar outros profissionais à equipe, conforme as necessidades da população.

As famílias residentes na localidade sob a responsabilidade das Equipes de Saúde da Família são submetidas a um cadastramento, no qual são coletados dados demográficos, sociais e de utilização de serviços. Estes dados irão compor um banco de dados e os prontuários familiares, sendo que tais informações irão servir para orientar a forma de atuação das equipes, assim como os pontos cruciais a serem trabalhados. O conhecimento adquirido a partir desta atividade subsidia a construção de um diagnóstico da região e um plano de intervenção, que elenca as responsabilidades e prioridades na Atenção à Saúde. Este modelo de trabalho facilita a aproximação da unidade de saúde das famílias, promovendo, assim, o acesso aos serviços, o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários e a continuidade do cuidado, aumentando, assim, a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

A ESF é implantada enquanto política pública e adotada como estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária e do SUS, de acordo com as diretrizes do sistema (BRASIL, 1997). De acordo com o Departamento de Atenção Básica- DAB, em dezembro de 2014, existiam no país 39.228 equipes de ESF no país, sendo 5.079 em Minas Gerais. Estimam também que 120 milhões de pessoas estão cobertas pela ESF, exemplificando a abrangência no país. Onde a ESF não está presente a Atenção Primária se dá via o modelo convencional, caracterizado por uma atenção médica seletiva orientada pela demanda espontânea da população e voltado para condições agudas.

A atenção básica no Brasil não se desenvolve somente nas Unidades Básicas de Saúde, mas engloba uma rede composta pelos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, criados para ressocialização de usuários do sistema de saúde mental; os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF, que objetivam apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços; e a implantação de equipes de saúde bucal, ofertando ações e serviços, ampliando o acesso a tratamento odontológico gratuito. Além disso existem a referência e a contrarreferência para diversos pontos na rede, além de todo o apoio entre os diversos profissionais das equipes. Neste sentido, o trabalho multidisciplinar da Equipe de Saúde da Família é mais resolutivo do que a atenção convencional, pois permite o atendimento mais focado nas condições crônicas. Este trabalho multidisciplinar é essencial quando se trata de idosos.

2.2 Saúde de idosos e gestão de saúde

Os idosos compõem um grupo populacional com muita incidência de doenças crônicas e de necessidades distintas inerentes à idade, em comparação com outros grupos. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) constataram, com base em dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que hipertensão e artrite são as duas doenças crônicas mais relatadas por idosos. Os autores também constataram que a maior parte dos idosos necessita de medicamentos, despendendo cerca de 25% de sua renda em sua aquisição.

Outra questão apresentada acerca da saúde do idoso é a necessidade de cuidados de longa duração, que englobam uma variedade de serviços destinados a tratar pessoas com algum tipo de incapacidade por um tempo indeterminado, normalmente até o fim da vida. Esses cuidados podem ser oferecidos formalmente em instituições de longa permanência ou no domicílio que o idoso reside, por intermédio de um enfermeiro ou profissional treinado para o cuidado. O cuidado também pode ser informal, quando oferecido, geralmente, por parente do idoso, como cônjuge ou filhos (RODRIGUES, 2010).

Os idosos apresentam um estado de saúde mais vulnerável, e como a fração da renda gasta com saúde é maior para este grupo populacional, a investigação acerca das necessidades de atenção ao idoso é um subsídio importante para se avançar na discussão de políticas públicas e sociais na região (NORONHA; ANDRADE, 2005). Tal

constatação promove a necessidade de desenvolver políticas e práticas de gestão que deem respaldo e sustentabilidade à promoção de assistência de qualidade em conformidade com as especificidades deste grupo populacional.

As peculiaridades na saúde da população idosa têm provocado a reestruturação de alguns aspectos da gestão de saúde. demandas por novas tecnologias, produtos e serviços na área da Saúde têm surgido devido ao aumento na proporção de idosos e ao prolongamento da vida (LOURENÇO et al. 2005; CARBONI, REPETTO; 2007). Com isso alguns temas estão em pauta no planejamento e organização da rede de serviços, como a necessidade de profissionais especializados no cuidado de idosos, a existência de centros de convivência e o apoio diagnóstico e terapêutico para pessoas em idades avançadas (KARSCH, 2003; VERAS, 2003).

O atendimento ao idoso apresenta diversos entraves, tanto pelos fatores biológicos do próprio processo de envelhecimento quanto por questões de gestão. Adams *et al.* (2002) listam obstáculos associados ao trato com a pessoa idosa, por exemplo: complexidade médica e vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos (rápido declínio do estado geral, interações indesejáveis entre múltiplas medicações, risco de iatrogenia e presença de déficits cognitivos e sensoriais), desafios pessoais e interpessoais da relação (barreiras de comunicação, dificuldade em lidar com familiares) e problemas institucionais e administrativos (treinamentos insuficientes, pagamento reduzido e falta de tempo para o correto atendimento). Facchini *et al.* (2006) estudaram a gestão de saúde para idosos ao avaliarem efetividade da oferta e utilização em Atenção Básica à Saúde para idosos nas regiões Nordeste e Sul, tendo encontrado perda sequencial de efetividade, desde oferta insuficiente em relação ao prescrito até a utilização que alcançou menos da metade da população alvo.

Uma das preocupações mais encontradas na literatura sobre gestão de saúde para os idosos é a capacidade de formação de capital humano especializado para este grupo. Nos Estados Unidos, por exemplo, apesar do rápido envelhecimento da população, o sistema é estruturado para atender às necessidades da população mais jovem e que dos 625 mil médicos no país, somente mil (menos de 0,2%) têm treinamento especializado para as necessidades da população idosa (POL, THOMAS; 2011). A transição epidemiológica e demográfica coloca a geriatria e a gerontologia como especialidades

com mercado em expansão, tanto no setor público como no privado, implicando a normatização da formulação e distribuição de RH na saúde (MOTTA, AGUIAR; 2007).

Diogo (2004) aponta que a formação de profissionais em geriatria e gerontologia ocorre de maneira não formal, por meio de eventos de curta duração. Barbosa *et al.* (2011) citam que a atual oferta de geriatria não atende à demanda. Nesse sentido, médicos clínicos têm sido treinados para oferecer o atendimento. Os autores listaram, com base na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais as principais razões atribuídas para esta escassez: poucas vagas para residências e o fato de as consultas com idosos serem desgastantes. A previsão é que a relação entre a oferta e a demanda da especialidade piore nos próximos anos, comprometendo o funcionamento do sistema de saúde no Brasil e a capacidade desse sistema de prestar atenção adequada à população idosa.

Outros desafios enfrentados pelo SUS e pela ESF, não somente para idosos, mas também para a saúde no geral, se referem à gestão do SUS, especialmente voltado à gestão do trabalho. Neste setor de serviços, a discussão acerca da gestão de trabalho aborda também a discussão de recursos humanos, pois é demandada mão de obra em caráter intensivo. Na saúde, a ação dos profissionais interfere diretamente na qualidade da assistência prestada (SEIXAS, 2002), colocando os recursos humanos como tema de grande relevância para o escopo deste estudo.

2.3 Recursos humanos e sua interface com saúde

A principal função da Gestão de Recursos Humanos é gerenciar as relações de trabalho estabelecidas entre os indivíduos e as organizações, com o objetivo de alcançar os resultados esperados pela organização. Ao longo dos anos, esta área da Administração passou por diversas transformações³, que impactam seu caráter diante das organizações: as tarefas deixaram de ser manuais para se tornarem intelectuais. Com isso, a antiga preferência por funcionários com alto nível técnico em certa atividade específica perdeu seu sentido.⁴ A mudança na natureza da tarefa, alinhada à rápida globalização (que

³ Albuquerque (1987) discorre sobre a evolução da Administração de Recursos Humanos, apontando que o caráter estratégico de suas atividades vem sendo cada vez mais difundido entre pesquisadores e profissionais.

⁴ Fischer (1987) discorre sobre as relações de trabalho e políticas de Administração de RH, argumentando que habilidades analíticas e interpessoais são essenciais para poder visualizar e moldar as relações de

exige das empresas uma postura competitiva) e aos avanços científicos e tecnológicos (que demandam funcionários especializados com alto nível de aprendizagem), faz com que as organizações revejam suas práticas de recursos humanos, pois, para se manterem competitivas devem gerenciar o principal ativo, que é o indivíduo.⁵

Apesar de a administração de recursos humanos ser um instrumento essencial para a vantagem competitiva, ela tem sido tradicionalmente tratada como função de apoio, não recebendo o devido foco como área estratégica para as organizações (ALBUQUERQUE, 1987; FISCHER, 1987). A mesma falta de relevância marca a área de recursos humanos em saúde antes da implantação do SUS, com Vieira (2005) destacando o caráter fragmentado da temática, com limitação teórica, interpretação pouco embasada em evidência e separando o trabalhador do processo de trabalho. O lugar de destaque que o RH deve ocupar em saúde se dá pela grande quantidade de mão de obra requerida para a execução das atividades, sendo a assistência organizada em torno do trabalho dos profissionais especializados (MORICI, 2011).

Em razão da relevância dos recursos humanos em saúde, os profissionais envolvidos devem estar no centro das decisões estratégicas. As políticas e práticas de RH são essenciais para a construção de um sistema de saúde adequado às demandas da população. No Brasil a importância dos recursos humanos em saúde vem se difundindo a partir da percepção de gestores, trabalhadores e representantes do governo de que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (SEIXAS, 2002). Entretanto, essa importância ainda não chegou ao nível que deveria, pois a área ainda é negligenciada diante do papel que pode assumir na saúde. Além disso, existem diversos desafios encontrados na interface entre recursos humanos e saúde, sendo alguns deles comentados a seguir.

Silva *et al.* (2011) apontam que, no âmbito da pesquisa de recursos humanos em saúde pouco do que o campo da Administração já sistematizou sobre GRH é utilizado. A negligência com o campo da GRH na saúde chama a atenção em função de sua

trabalho. Estas são determinadas pelas características das relações sociais, econômicas e políticas da sociedade abrangente. Por isso, podem ser difíceis de definir.

⁵ Ulrich (2000) apresenta o papel estratégico de RH e outras implicações do atual contexto corporativo, argumentando que em muitas empresas os executivos tentam acreditar que as pessoas são o recurso mais importante, mas simplesmente não conseguem compreender como a função de RH converte essa visão em realidade.

incoerência com o modelo de funcionamento de serviços de saúde, pautado essencialmente pela utilização de mão de obra intensiva. Existe a dificuldade de transportar, com as devidas adequações, os modelos de gestão desenvolvidos para as indústrias no setor privado ao setor de serviços públicos. A gestão deve ser diferenciada para a saúde não somente pelas especificidades da atividade, mas também pelos resultados que devem gerar para a população.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde apontou que em 2003, 54% dos recursos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) foram gastos com RH, sendo este um fator essencial para a inserção do debate sobre a Gestão de Recursos Humanos em saúde pública (BRASIL, 2004). Ainda se tratando de gastos na saúde, apesar de os idosos representarem apenas 8,72% da população de Minas Gerais em 1998, eles eram responsáveis por 25% do total de despesas com internações na rede SUS (CAMARGOS, ALVES; 2004). Portanto, as políticas públicas que visam a redução de gastos devem priorizar uma melhor assistência e a manutenção da saúde dos idosos, substituindo a quantidade de consumo pela qualidade no atendimento.

A OMS (2007) aponta que as estratégias relativas à força de trabalho devem focar três desafios principais: melhorar o recrutamento; ajudar a força de trabalho a melhorar seu desempenho; e diminuir a rotatividade dos trabalhadores. O bom desempenho é definido como boa capacidade de resposta, justa e eficiente, para atingir os melhores resultados possíveis para a saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias.

A literatura aborda a influência na saúde de diversos fatores de recursos humanos: OPAS (2001) destaca a concentração de profissionais nos grandes centros, escassez ou excesso de profissionais em algumas categorias, dificuldades de contratação, formação e treinamento, flexibilidade nas relações de trabalho e inconsistências na determinação da remuneração, entre outros.

As deficiências verificadas na distribuição, na composição de equipes e na disponibilidade dos profissionais de saúde fazem com que muitas pessoas não tenham o acesso adequado à saúde, tendo que se deslocar a outras regiões para a atenção, quando o fazem. Alguns dos motivos que os profissionais para não se fixarem em pequenos municípios: falta de estrutura da rede de urgência e emergência, o que dificulta o

encaminhamento de pacientes; más condições do contrato de trabalho; e o desejo de conciliar a vida profissional com a vida pessoal e familiar (BRAGA, 2009).

A dificuldade para contratar profissionais de determinadas especialidades vem da escassez destes no mercado, sendo esta causada por diversos fatores como políticas públicas deficientes, baixos salários, pouco investimento, falta de estrutura e, até mesmo, falta de interesse dos profissionais em certas especialidades (BARBOSA, 2011). Já a disponibilidade dos profissionais na Atenção Básica fica condicionada também à carga horária contratual, que pode variar e não ser condizente com as necessidades da população adstrita.

Profissionais com uma formação deficiente ou treinamentos de baixa qualidade não colaboram para o desempenho de determinada função com o potencial adequado, já que tais processos visam a seu melhor aproveitamento no exercício no trabalho. Um eixo norteador em diversas políticas públicas de saúde é o compromisso ético e político dos profissionais com a população, valorizando a formação e qualificação dos trabalhadores de saúde (CONASS, 2006). No que se refere à Atenção Primária, Pustai (2004) ressalta que as instituições de ensino formam profissionais alheios às demandas dessa forma de organização do sistema de saúde: a maior parte dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, é treinada em programas de Residência Médica feitos em hospitais terciários, o que gera a dificuldade para encontrar profissionais com perfil adequado para atuar no ESF.

Ao estudar tendências de formação e no perfil profissional como impasses na implantação da ESF, Medeiros *et al.* (2010) encontraram que a fragmentação da saúde em diversas especialidades dificultam na integração de profissionais com as equipes e na relação com os usuários. Os treinamentos realizados em hospitais criam fragilidades ao processo de atenção desenvolvido nas ESF, já que o processo de prevenção não é amplamente trabalhado e fica em segundo plano.

Vieira (2005) e Pierantoni, Varella e França (2004) apresentam outros desafios que a Gestão de Recursos Humanos impõe ao serviço da saúde, como: pluralidade de vínculos e modalidades contratuais, variados mecanismos de remuneração e um mercado de trabalho pouco regulamentado, gerando precarização do trabalho.

A precarização do trabalho se refere a diversas características do trabalho, que impactam negativamente a qualidade, como os vínculos não estáveis, nos quais os profissionais ficam sujeitos à instabilidade política e à disputa entre os municípios, ocasionando rotatividade e descontinuidade da assistência (TAVEIRA, 2010). A rotatividade pode levar a elevados custos de substituição de profissionais, como gastos com recrutamento, admissão e treinamento. A pluralidade de vínculos e modalidades contratuais pode ser acompanhada de variados mecanismos de remuneração, sendo esta uma variável que possui relação consistente com a rotatividade (MOBLEY, 1992). A rotatividade é reflexo de falta de estímulo profissional, que pode comprometer o nível de desempenho no serviço de saúde.

Esses entraves entre o RH e a saúde impactam os processos de trabalho realizados nas UBS, como a realização de visitas domiciliares, o tipo de captação e atendimento e as atividades realizadas pelos profissionais de saúde. Existe então a necessidade de aumentar o desempenho da equipe de profissionais, além de fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor de Saúde (PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA; 2004).

A relação entre desempenho em saúde e gestão de RH vem sendo amplamente pesquisada nos últimos anos. Entretanto, defini-la apresenta diversos desafios, já que demanda a definição do que é o resultado buscado na saúde, como este é mensurado, como outros fatores interferem nesta relação e como identificar e analisar essa relação de fato. Visualizar essa relação se torna uma tarefa ainda mais difícil quando se toma um grupo populacional suscetível a diversos fatores que não a assistência em si, com demandas específicas ao sistema de saúde e cujo resultado em saúde não se pauta somente pela ausência de doenças.

Para que os sistemas de saúde sejam efetivamente organizados, existe a necessidade de fortalecer o nível primário de atenção, reforçando a necessidade de ruptura do modelo de saúde hierárquico, oposto à ideia de integração promovida pelas redes. Nas economias mais desenvolvidas o envelhecimento populacional foi gradativo, o que permitiu a organização dos sistemas de previdência e de saúde de forma a acomodar o aumento da demanda nesses setores (PALLONI, PELÁEZ, 2002). O mesmo não ocorreu nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, onde o sistema de saúde vigente era mais voltado para o tratamento de condições agudas do que crônicas. Esta

situação muda com a expansão da Atenção Básica no país, que de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, contava em Março de 2015 com 6.654 hospitais, ao mesmo tempo que temos quase 40 mil equipes de ESF.

Existe escassez de estudos que buscam quantificar a contribuição de mudanças demográficas para o uso de serviços de saúde e que a discussão sobre os efeitos do envelhecimento populacional é focada, sobretudo, no sistema previdenciário (BERESTEIN, 2005; WONG; CARVALHO, 2006).

A lacuna existente nos estudos na saúde em geral é estabelecer uma relação entre recursos humanos e resultados em saúde. O trabalho empírico da gestão de RH em saúde tem sido realizado a partir de associações estatísticas, recebendo uma crescente atenção (BARBOSA, ROCHA; 2011). Os autores apresentam alguns estudos conduzidos com o intuito de produzir um corpo de evidências capaz de estabelecer parâmetros de relacionamento entre práticas de RH e resultados, sendo estes estudos necessários em saúde para avançar nesta discussão.

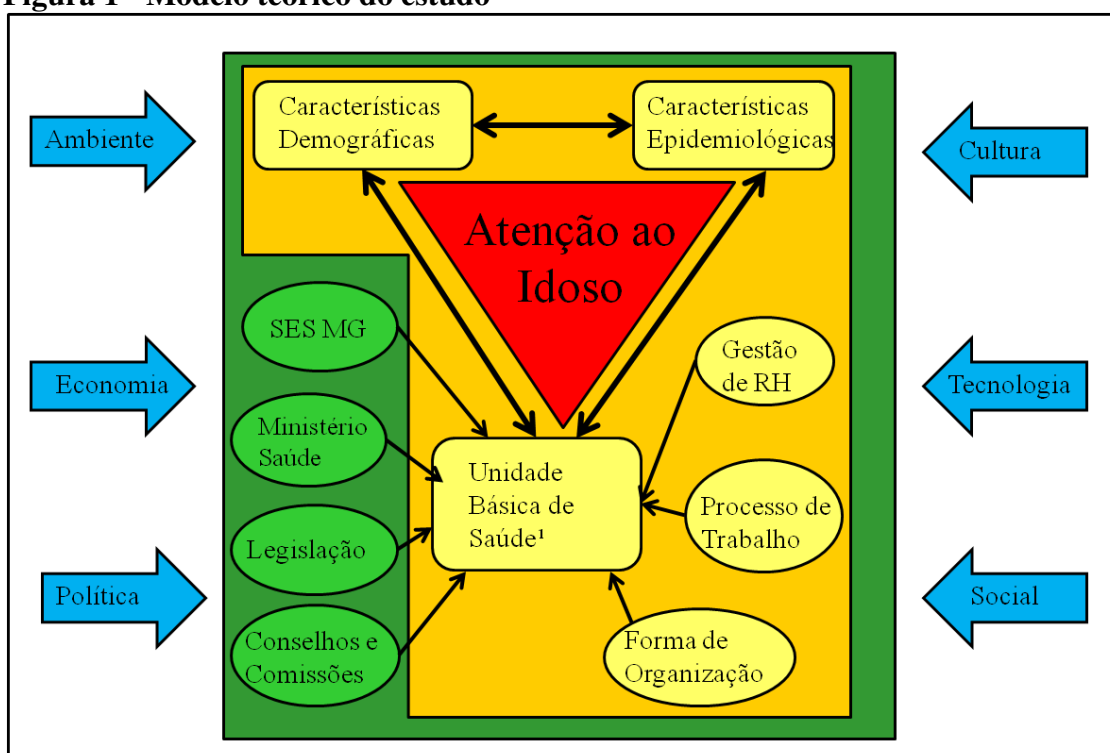
Uma abordagem sobre resultado em saúde é apresentada pela OMS (2007), que define que o desempenho global dos serviços de saúde pode ser traduzido como a capacidade de oferecer serviços de qualidade, justos e eficientes, atingindo os melhores resultados possíveis para a saúde, em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias. Pol e Thomas (2001) salientam que esse desempenho global é influenciado por três fatores: características demográficas, características epidemiológicas e características do sistema de saúde, como insumos disponíveis, organização do sistema de saúde, remuneração, supervisão e segurança pessoal no trabalho.

Pol e Thomas (2001) apontam que os fatores demográficos e epidemiológicos estão diretamente ligados à utilização de serviços de saúde. Esses dois fatores estão inter-relacionados reciprocamente com a organização do sistema de saúde. Ao mesmo tempo em que a composição etária da população e seu perfil de morbidade determinam o tipo de serviço necessário para atender a suas demandas, a organização do sistema de saúde também é capaz de influenciar as características da população.

Pol e Thomas (2001) argumentam ainda que se espera que uma população com baixa incidência de doenças tenha baixas taxas de mortalidade e uma estrutura etária mais envelhecida, ao mesmo tempo em que a composição etária da população tenha reflexos

nos tipos de doenças mais comuns. A situação de saúde da população demanda um sistema de saúde específico para as necessidades comuns, ao passo que o sistema de serviço de saúde afeta, sobremaneira, a situação de saúde da população. A maneira como o serviço de saúde é operacionalizado é reflexo das características demográficas da população, ao mesmo tempo em que os atributos demográficos são consequência da forma de organização e utilização dos serviços de saúde. Este modelo teórico proposto pelos autores é expandido e adaptado ao contexto de atenção ao idoso, e apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo teórico do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor

¹ A Unidade Básica de Saúde também é influenciada pela gestão financeira, pela infraestrutura, pelo sistema de informações e por outros fatores inerentes à Administração, que não serão abordados no estudo.

Primeiramente, deve-se salientar que o modelo não é exaustivo, não busca listar todos os fatores envolvidos. A saúde é multifatorial e diante da dificuldade de isolar os resultados da saúde, deve-se ter em mente a existência de outros fatores que podem influenciar a saúde. O desempenho da força de trabalho é influenciado por vários fatores, como: características da população atendida, nível de conhecimento e disponibilidade para tratamento, características próprias dos trabalhadores (socioculturais, conhecimentos, experiências e motivações) e características do sistema (insumos disponíveis, infraestrutura, tecnologia, fatores sociais e culturais e sistema

econômico, entre outros) (POL; THOMAS, 2001; SEIXAS, 2002; MORICI, 2011). Os fatores ambientais, econômicos, políticos, culturais, tecnológicos e sociais têm influência em todos os aspectos apresentados pelo modelo.

O foco do trabalho é atenção ao idoso, que é observado a partir de características demográficas, epidemiológicas e da forma de organização e administração das Unidades Básicas de Saúde, assim como as atividades realizadas e os serviços prestados nestas.

As Unidades Básicas de Saúde, em suas dimensões descritas acima, são influenciadas por diversos fatores, por exemplo, gestão financeira, sistema de informações e infraestrutura. Ao se realizar a análise de um serviço de saúde, devem-se levar em conta para qual perspectiva esta análise é voltada e a partir de que delimitação conceitual o estudo está baseado. Pol e Thomas (2011) discutem a dimensão de sistema de serviço de saúde (representado no trabalho pelas UBS) como a entrega de saúde em si, envolvendo aspectos tanto estruturais (como infraestrutura e arranjos organizacionais) quanto funcionais (como tratamento, pesquisa e formação). Os autores salientam que a infraestrutura é mais relevante à entrega para os outros níveis do sistema de saúde que não a atenção primária, justamente pela complexidade que eles apresentam.

A articulação entre a gestão de recursos humanos e saúde é exposta na literatura por diversos autores. Seixas (2002) argumenta que a formação, o desempenho e a gestão de recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Fonseca e Seixas (2002) destacam as políticas de recursos humanos como prioritárias para a consecução de um SUS democrático, equitativo e eficiente.

O Brasil tem investido na construção de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), que objetiva produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de Recursos Humanos de Saúde no País, a fim de facilitar a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e programas setoriais dessa área (BARROS, 2004).

Isso demonstra a necessidade de uma gestão que objetive alto desempenho e excelência na qualidade dos serviços, por ser uma atividade que exige mão de obra especializada, cujos resultados estão ligados ao bem-estar social. Este é o pano de fundo que dá suporte a esta pesquisa e situa a reflexão acerca da perspectiva de recursos humanos na

atenção à saúde do idoso. Este grupo populacional é foco de diversos estudos na saúde, por suas especificidades tanto no aspecto clínico quanto no aspecto comportamental, fatores estes que interferem diretamente na atenção prestada. Alia-se a isso o crescimento da representatividade deste grupo em relação à população total, em termos tanto regional quanto mundial, configurando uma temática de grande relevância para a área.

De acordo com o IBGE, o número de idosos no Brasil passou de 11 para 21 milhões de pessoas entre 1994 e 2014, o que representa aproximadamente 11% da população total. A prevalência de doenças crônicas eleva-se com a idade, com 77,4% de pessoas com mais de 60 anos declarando ter alguma doença crônica (IBGE, 2010). Os órgãos de saúde reconhecem as necessidades deste grupo, de forma que os estados e o Ministério da Saúde tem tomado medidas para esta área. Um breve resumo destas políticas e programas é apresentado no Apêndice A, e servem para ilustrar os esforços para direcionar medidas de saúde para a população idosa, a fim de promover a recuperação, autonomia e independência deles.

À luz do que foi discutido, o arcabouço teórico sistematiza o construto "atenção ao idoso" a partir dos seguintes pontos: o idoso tem, quando comparado a outros grupos populacionais, maior necessidade de cuidados de longa duração e estado de saúde mais vulnerável. Acrescenta-se a isso o aumento deste grupo populacional, e encontra-se então a necessidade de desenvolver a temática tanto por uma perspectiva epidemiológica quanto por uma de gestão à atenção deste grupo. A atenção ao idoso se configura aqui como o conjunto de atividades e práticas de saúde voltadas para o idoso, englobando desde políticas nacionais ou regionais para este grupo, como os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais de saúde. Então esta atenção tem por um lado as características e necessidades dos idosos, e por outro a forma de organização do sistema de saúde e o trabalho desenvolvido, sendo necessário considerar tais aspectos ao traçar o desenho metodológico do estudo.

O construto de "Recursos Humanos" se insere na temática pela relevância apresentada por este em saúde, sendo as políticas e práticas de RH essenciais para o desenvolvimento de um sistema de saúde adequado às necessidades da população. Desta forma, este referencial teórico buscou discutir as temáticas de "Atenção ao Idoso" e "Gestão de Recursos Humanos", delimitando os pontos fundamentais para análise. A

partir disso se define a metodologia utilizada para descrever as práticas de RH na Atenção Básica para os idosos no estado de Minas Gerais e a possível articulação entre tais práticas e a atenção ao idoso.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 A natureza da investigação

O objetivo deste estudo é descrever as práticas de recursos humanos na Atenção Primária de Saúde e suas possíveis contribuições para os resultados em saúde dos idosos em Minas Gerais. O estudo, de natureza descritiva-quantitativa, se mostra adequado para tal investigação, pois permite descrever como se estrutura uma organização ou evento social (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1982). Este tipo de estudo tem por objetivo central descrever as características de uma população ou um fenômeno, e pode ser usado para descobrir ou testar associação entre determinadas variáveis (SELLTIZ *et al.* 2002).

3.2 Universo e amostra da pesquisa

Em dezembro de 2014, o estado de Minas Gerais tinha uma população de 20,7 milhões de pessoas, sendo que 2,6 milhões tinham mais de 60 anos. Existe um total de 853 municípios no estado, e 851 desses têm equipes de ESF implantadas no período. O DAB aponta a existência de 4.561 UBS e 5.079 equipes no país, o que dá uma cobertura estimada de 78,66% da população. O universo da pesquisa compreendeu as Unidades Básicas de Saúde, suas equipes e a população idosa do estado.

Os dados utilizados neste estudo provêm de dois estudos realizados em 2012: o primeiro, intitulado "Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica" (PMAQ)⁶, teve como objetivo executar a gestão pública por resultados mensuráveis, além de induzir um processo incremental de ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica e propor um padrão de qualidade comparável entre as equipes de saúde. Para isso foram feitos levantamentos nas UBS de todo o Brasil, totalizando 2.162 unidades no estado de Minas Gerais.

O segundo estudo, intitulado "Equidade na Saúde"⁷, teve como objetivo analisar a equidade na utilização efetiva de serviços oferecidos pelo Programa Saúde em Casa

⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 1.654 de 19 de julho de 2011- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2011. Elaborado e Financiado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

⁷ANDRADE, M. V. et alli. *Equidade na Saúde: O Programa de Saúde da Família em Minas Gerais*. 1ª Edição. Belo Horizonte: SES-MG; UFMG; ESP-MG, 2013.

(baseado na estratégia Saúde da Família) no estado de Minas Gerais. Para isso, foram levantados dados de 15.548 domicílios na área de abrangência de 202 Unidades Básicas de Saúde.

A escolha de ambos estudos se deu pela possibilidade de encontrar dados amostrais em comum de 127 Unidades Básicas de Saúde e amostra da população idosa na área de abrangência destas unidades, totalizando 106 municípios. Buscou-se, então, identificar quantas dessas unidades tiveram pelo menos um idoso entrevistado com respostas válidas, chegando ao número final de 77 Unidades Básicas e 1431 idosos residentes nas áreas de abrangência destas unidades. Ao final foram analisados dados de 61 municípios em 12 macrorregiões do estado. Os dados são de Unidades Básicas de Saúde do Estado de Minas Gerais e dos moradores idosos de suas áreas de abrangência.

O Quadro 12 e a Figura 5 do Apêndice B apresentam os municípios estudados, assim como a macrorregião em que se localizam.

3.3 Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi feita em duas etapas: a primeira consiste na análise documental, para definir como proceder na descrição da atenção ao idoso e nos fatores que colaboram ou prejudicam este processo; a segunda consiste no levantamento de dados secundários.

Na primeira etapa, foram utilizados documentos oficiais e protocolos, para o estabelecimento de diretrizes e indicadores para o estudo. O Quadro 1 identifica os principais documentos utilizados para este fim.

Quadro 1 - Documentos oficiais utilizados na análise documental

Tema	Legislação e Documentos
Atenção Primária à Saúde e ESF	Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS/2002 Portaria 648/2006 Manual para Acreditação de Equipes de Saúde da Família da SESMG Linhas-guias da SES-MG.
Atenção ao Idoso	Estatuto do Idoso: Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria 2.528 de 19 de Outubro de 2006.

Tema	Legislação e Documentos
Recursos Humanos em Saúde	NOB/RH-SUS de 2006

Fonte: Silva (2009), adaptado pelo autor

Na análise documental, identificaram-se as principais políticas, programas e instrumentos de gestão relacionados com a saúde do idoso. Os programas e as políticas públicas de saúde objetivam assegurar atenção a toda população, mediante a promoção, proteção e recuperação da saúde, levando em conta as diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Diante disso, eles serviram de subsídio para definir as variáveis abordadas neste estudo, além de guiar a discussão proposta.

Na segunda etapa, os dados secundários foram utilizados a partir das duas bases previamente indicadas. Os dados sobre as Unidades Básicas de Saúde foram extraídos da pesquisa *Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*, que levantou dados gerais sobre a UBS, como estrutura, acessibilidade, insumos e medicamentos; além de dados sobre a Equipe de Atenção Básica, como vínculo, formação e treinamento e plano de carreiras. As entrevistas desta pesquisa foram realizadas *in loco* o com enfermeiro ou o responsável pela equipe da UBS, em 2012, levantando dados verificáveis que subsidiaram o Ministério da Saúde na elaboração de um padrão de qualidade das unidades.

O PMAQ foi instituído pela Portaria 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, como o produto de reuniões e discussões do Ministério da Saúde e dos gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), visando ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo Brasil.

O primeiro ciclo desde programa ocorreu em 2012, consistindo em quatro fases. A primeira fase consiste de adesão voluntária formal ao programa, por meio da contratualização sobre compromissos e indicadores previamente definidos. A segunda fase consiste de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da

Saúde para promover as mudanças na gestão e no cuidado, que levarão à melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

A terceira fase consiste na avaliação externa, em que uma equipe de entrevistadores denominados "avaliadores da qualidade", visitaram as Unidades Básicas de Saúde, entre junho e setembro de 2012, para aplicar um questionário às equipes. Esse instrumento continha questões acerca de dados gerais da UBS, como infraestrutura e insumos, além de dados da equipe de Atenção Básica, como tipo de vínculo, formação e treinamento, plano de carreiras e informações acerca do processo de trabalho.

Este processo de avaliação externa do PMAQ foi conduzido por Instituições de Ensino e/ou Pesquisa⁸ contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver a coleta de dados, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos. A quarta fase consiste por um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com novos padrões e novos indicadores qualidade, recebendo incentivos financeiros para estimular uma melhora contínua.

Os dados utilizados para este estudo são provenientes da terceira fase. O questionário aplicado nas UBS se encontra no Anexo A. A amostra deste estudo consiste das Unidades Básicas de Saúde que aderiram voluntariamente ao programa. Como o programa envolve avaliação externa (além de autoavaliação realizada na segunda fase), espera-se que só irão aderir ao programa as unidades com um nível de qualidade mais elevado em relação às UBS em geral. Logo pode-se considerar que as 77 unidades da amostra deste trabalho têm uma qualidade maior que a qualidade de todas as unidades. Por esta razão, a validade externa deste projeto ficou comprometida, pois não se pode afirmar que os resultados e as conclusões encontrados se aplicam também para outras unidades, em outros contextos.

Os dados da pesquisa *Equidade na Saúde: um estudo a partir do Saúde em Casa em Minas Gerais* (Equidade) são dos usuários idosos residentes nas áreas de abrangência das 77 Unidades Básicas de Saúde da amostra. As entrevistas foram realizadas no domicílio do entrevistado, que respondeu a um questionário que continha questões acerca do estado de saúde do idoso, das visitas de profissionais da ESF e dos serviços

⁸O PMAQ foi instituído pela portaria Nº 1.654 de 19 de Julho de 2011. A formulação da pesquisa e o processo de avaliação externa contou com a colaboração de 45 Instituições de Ensino e Pesquisa de todo o país.

utilizados no sistema de saúde. Esta pesquisa foi realizada tendo como foco o princípio da equidade e com o reconhecimento de que o acesso deve ser garantido a todos os grupos socioeconômicos, firmando, assim, o compromisso da ESF como "porta de entrada" para o sistema público de saúde (ANDRADE *et al.* 2013).

A pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2012, contemplando quatro grupos alvos: gestantes, crianças, mulheres em idade reprodutiva e idosos. A seleção dos domicílios foi aleatória, para que não se incorresse em viés de seleção, sendo a amostra probabilística (respeitando a proporção populacional do município em relação ao estado), escolhida para não incorrer em erros de representatividade. Para selecionar a amostra, foram selecionados 173 municípios nas 13 macrorregiões de saúde do estado.

A pesquisa entrevistou 3.629 idosos acima de 60 anos residentes em área de abrangência das UBS que trabalham sob a ESF em Minas Gerais. O questionário aplicado está no Anexo B. Quanto aos resultados gerais, encontrou-se que 70% dos idosos não têm plano de saúde, ficando dependentes do serviço público de saúde ou tendo de arcar com os custos de consultas ou exames. Quanto aos riscos de fragilidade dos idosos, metade deles tem problemas de mobilidade física (como subir escadas, curvar-se, agachar ou carregar pesos). Tratando-se da prevalência de doenças crônicas, foi encontrado que quase 90% dos idosos relataram ter no mínimo uma doença crônica, com 63% do total sofrendo de hipertensão (ANDRADE *et al.* 2013).

Os resultados encontrados na pesquisa mostram variação regional e por classe econômica no que se refere a fragilidade, a morbidade dos idosos e a utilização dos cuidados preventivos. Apesar disso, a ESF parece contribuir para a redução dessas desigualdade na utilização dos serviços da atenção primária pelos idosos.

Para compor a amostra deste estudo, foram comparadas as amostras dos projetos PMAQ e Equidade, encontrando-se 77 Unidades Básicas de Saúde em 61 municípios investigadas nos dois projetos, perfazendo 1.431 idosos nestas unidades. Logo as vantagens e as limitações metodológicas deste estudo são um reflexo da combinação entre os dois projetos e suas metodologias para compor suas amostras. Quanto aos dados utilizados neste projeto, a seleção dos indicadores provém de documentos oficiais e de protocolos em saúde, além das diretrizes de programas e políticas públicas do Ministério da Saúde, da Secretaria de saúde, das comissões e dos conselhos na área.

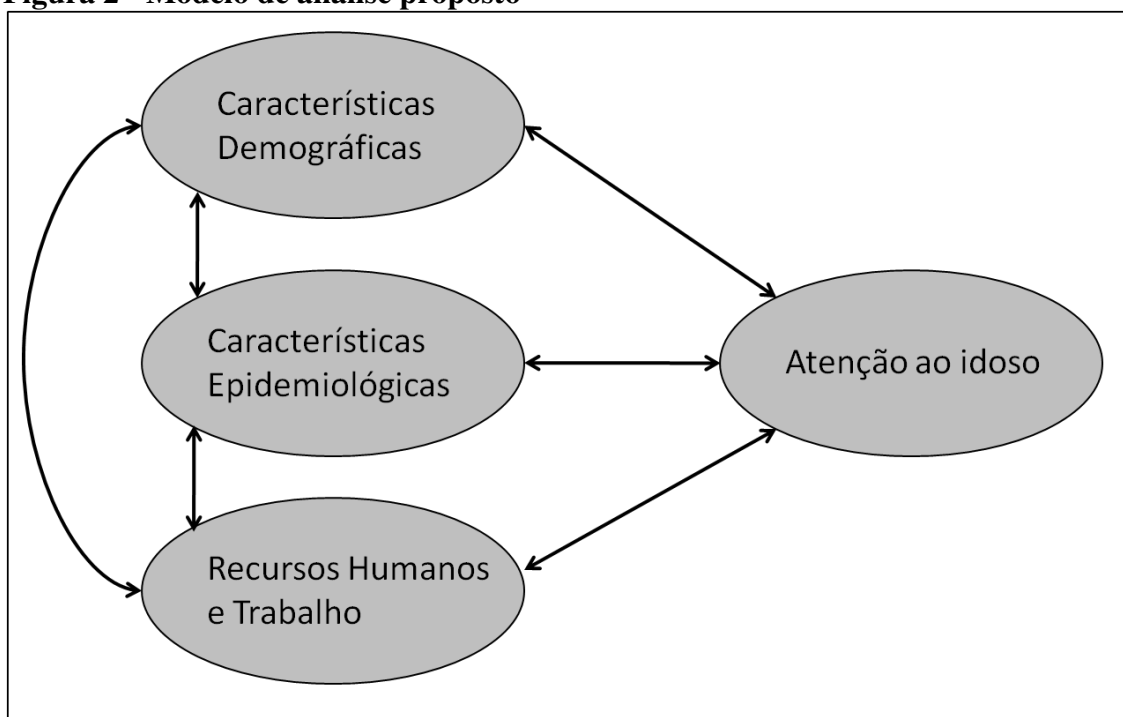
Eles foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

3.4 Definição de variáveis

Para a construção do modelo de abordagem do estudo, foi necessário definir as variáveis da pesquisa de acordo com a delimitação teórica apresentada, para, então, definir quais variáveis serão utilizadas. Barbosa e Rocha (2011) apontam que para que a GRH tenha um cunho estratégico, é necessário um fluxo de informações funcionais capaz de gerar dados fidedignos, para subsidiar uma gestão com base em evidências e a partir daí produzir estudos avaliativos de qualidade. Os autores apresentam que o setor de saúde é carente de estudos avaliativos com foco em gestão que procurem estabelecer parâmetros de relacionamento entre as práticas de GRH e os resultados buscados.

Para o estudo, também foram levantadas variáveis demográficas e epidemiológicas. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) define que as Equipes de Saúde da Família precisam pautar sua atuação com base nas características de uma determinada localidade. As características demográficas e a relação entre o perfil epidemiológico e a utilização dos serviços de saúde são dinâmicas no tempo e refletem os avanços que ocorrem na sociedade, com impactos na situação de saúde da população. Partindo-se desta base teórica, o modelo da Figura 2 foi formulado para observar a atenção ao idoso.

Figura 2 - Modelo de análise proposto



3.4.1 Características demográficas

As variáveis para *características demográficas* estão presentes no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis para o construto características demográficas

Variáveis	Fonte
Idade	Equidade
Sexo	
Classe social	
Morar sozinho	

Fonte: Elaborado pelo autor

A capacidade física e biológica do ser humano declina gradualmente ao longo dos anos, logo a idade é um fator importante a ser considerado. A variável sexo é utilizada aqui pois cada gênero tem maior propensão a apresentar certas patologias (BRASIL, 2007), já que homens e mulheres são biologicamente diferentes. Além disso, o comportamento das mulheres no que diz respeito à preocupação com a saúde é diferente daquele manifestado pelos homens (GOMES, 2003). Elas fazem mais visitas ao médico e tratam de seus problemas com maior frequência. Quanto à classe socioeconômica, Andrade *et al.* (2013) apontam que este é um fator relevante na utilização e nos resultados em saúde. Macinko e Lima-Costa (2012) argumentam que as inequidades no uso dos serviços de saúde do Brasil estão diminuindo, o que sugere que as políticas públicas que objetivam melhorar o acesso à saúde contribuam para tornar o sistema mais equitativo. Entretanto, esta melhora não implica necessariamente na melhoras dos resultados em saúde. O idoso que mora sozinho não tem acesso ao cuidado informal integral, oferecido, geralmente, por parente do indivíduo, sendo este, em geral, cônjuge ou filhos (RODRIGUES, 2010).

3.4.2 Características epidemiológicas

As variáveis para *características epidemiológicas* estão presentes no Quadro 3. Essas dimensões de indicadores para avaliar as tendências em saúde da população idosa são preconizadas por autores nesta área (CRIMMINS, 2004; JANG, KIM; 2010).

Quadro 3 - Variáveis para o construto características epidemiológicas

Dimensão	Variável	Fonte
Autoavaliação da saúde	Percepção do próprio estado de saúde	Equidade
Capacidade funcional e mobilidade física	Percepção da qualidade da própria visão	
	Percepção da qualidade da própria audição	
	Idoso com dificuldades de locomoção	
Doenças crônicas	Idoso diagnosticado com doença de coluna ou costas	
	Idoso diagnosticado com artrite, reumatismo ou artrose	
	Idoso diagnosticado com câncer	
	Idoso diagnosticado com diabetes	
	Idoso diagnosticado com doença crônica do pulmão, como enfisema, bronquite ou asma	
	Idoso diagnosticado com hipertensão (pressão alta)	
	Idoso diagnosticado com ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos	
	Idoso diagnosticado com insuficiência renal crônica	
	Idoso diagnosticado com embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral	
	Idoso diagnosticado com depressão	
	Idoso diagnosticado com desnutrição	
Idoso diagnosticado com osteoporose		

Fonte: Elaborado pelo autor

A importância da autoavaliação de saúde é que ela reflete a percepção integrada do indivíduo sobre si mesmo, incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais (REBOUÇAS, 2006). Alguns autores chegam a apontar esta avaliação como uma preditora de mortalidade (REBOUÇAS, 2006 *apud* IDLER e BENYAMINI, 1997; WALKER *et al.* 2004).

Capacidade funcional e mobilidade física também são necessárias para este estudo, pois refletem a qualidade de vida do indivíduo. A saúde não é discutida somente como ausência de doença, mas também como autonomia e independência. Uma mobilidade reduzida faz com que o idoso esteja mais propenso a acidentes e fique mais dependente da família ou de cuidadores, impactando a dinâmica familiar, além de diversas outras dificuldades (BRASIL, 2007).

A presença ou a ausência de doenças crônicas são essenciais para a discussão de atenção ao idoso, pois estas são as causas de mortalidade mais comum entre eles (OMS, 2007). Além disso, as doenças crônicas demandam um tipo de atenção diferenciada aos

sistemas de saúde, em que o cuidado e o controle da doença são o resultado esperado, e não a cura.

3.4.3 Recursos humanos

O construto *recursos humanos* foi observado a partir de variáveis de recursos humanos presentes no Quadro 4 apresentado mais à frente, sendo traduzidas em indicadores baseados nos princípios ordenadores da Atenção Primária, descritos por Starfield (2002).

Alguns aspectos balizaram os princípios ordenadores, tais como a presença do profissional na UBS como sendo crucial para que ocorra o primeiro contato (a composição da equipe é fator que pode contribuir, ou não, para este princípio ordenador). Além disso, o fato de o acesso ser ou não por demanda espontânea pode interferir nas chances do paciente ser atendido e, assim, entrar no sistema de saúde.

A longitudinalidade consiste na atenção contínua ao paciente, implicando o acompanhamento por parte do profissional da saúde. As diferentes formas de contratação e de vínculos podem prejudicar a consecução deste princípio ordenador, já que o rompimento do vínculo entre o profissional e a população do município sob a atenção da UBS compromete este senso de continuidade. Quaisquer outros fatores que possam resultar em aumento da rotatividade também comprometem este princípio, por exemplo, a inexistência de um plano de carreiras.

A integralidade é exercida por meio da capacidade do sistema de saúde de oferecer serviço completo ao paciente, sendo determinantes para isso a formação e a qualificação do profissional de saúde.

A coordenação se traduz pela organização dos prontuários dos usuários, permitindo aos profissionais acessarem informações acerca do histórico dos pacientes, facilitando, assim, o atendimento. O cerne deste princípio é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde da população e dos serviços prestados, com base nos prontuários e nos sistemas informatizados, dentre outros. Quando o problema não pode ser resolvido na Unidade Básica de Saúde, esta é responsável por encaminhá-lo a outros pontos de atenção. Para isto, é necessária a integração da rede de Atenção à Saúde, com ordenamento e fluxos bem definidos, além de apoio matricial à equipe de atenção

primária. Para uma coordenação adequada, é necessário dispor de tais ferramentas e treinar os profissionais para utilizá-las. Os profissionais, por sua vez, devem fazer uso.

Silva (2009) desenvolveu um modelo de análise dos princípios ordenadores e sua interação com a Gestão de Recursos Humanos. O Quadro 4 é uma adaptação do apresentado pela autora, pois compreende outros indicadores preliminares não indicados inicialmente.

Quadro 4 - Variáveis de recursos humanos

Princípio Ordenador	Temática das Variáveis	Fonte
Primeiro contato	Composição da equipe de Atenção Básica	PMAQ
	Acolhimento à demanda espontânea	
Longitudinalidade	Vínculo	PMAQ
	Plano de carreira	
Integralidade	Formação e qualificação	PMAQ
	Educação permanente	
	Atividades de promoção da saúde	
Coordenação	Apoio matricial	PMAQ
	Encaminhamentos	
	Organização e utilização dos prontuários	
	Agenda de atividades	

Fonte: Silva (2009), adaptado pelo autor

3.4.4 Atenção ao idoso

Quanto à escolha das variáveis que vão compor o construto *atenção ao idoso*, deve-se ressaltar que, apesar de existirem indicadores tradicionais, não há uma proposta única e definitiva para analisar a atenção ao usuário idoso. Estruturas governamentais, como o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde, apresentam relações de indicadores relevantes para determinados temas em saúde. Outros órgãos, como o IBGE, as instituições de ensino e pesquisa e as associações técnico-científicas também produzem informações que podem ser úteis à análise de temas que envolvem saúde.

O IBGE, em publicação de indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil⁹, selecionou indicadores sobre a Atenção à Saúde dos idosos a partir do que é apresentado pelo Comitê Temático Interdisciplinar Saúde do Idoso, da Rede Interagencial de

⁹ IBGE. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. Brasília. 2009.

Informações para a saúde- RIPSA.¹⁰ Os indicadores selecionados são relevantes, na medida em que permitem verificar e avaliar os agravos e a capacidade funcional dos idosos. Neste estudo, foram utilizados estes indicadores selecionados pelo IBGE (2009), entretanto algumas alterações foram feitas, para que estejam mais adequados ao escopo do estudo.

Os indicadores selecionados pelo IBGE (2009) estão dispostos em duas categorias: Morbidade e incapacidade funcional; e Uso de serviços de saúde. A primeira se refere a aspectos de saúde do próprio idoso, já abordados nas características epidemiológicas no Quadro 3. A segunda considera o uso de indicadores de serviços de saúde, sendo composta pelos indicadores de número de consultas médicas, filiação a plano privado de saúde, taxas de hospitalização no âmbito do SUS, custo médio das hospitalizações (SUS) e custo por habitante das hospitalizações (SUS). Os dois últimos indicadores se referem a gastos e economia na saúde. Embora a questão financeira esteja bem presente na discussão de saúde e os gastos com idosos superem os gastos com grupos mais jovens (CAMARGOS e ALVES, 2004), descrever economia na saúde não é o objetivo deste estudo. Por esta razão, estas duas variáveis não estarão presentes na análise final.

A filiação a plano privado de saúde representa a proporção de idosos que possuem alternativas privadas de atenção à saúde. É relevante já que reflete as diferenças individuais de morbidade e mortalidade, de comportamento, e das características da oferta de serviços que o estado disponibiliza para a população (TRAVASSOS *et al.*, 2000), entretanto sua relação com a atenção ao idoso sofre interferência de diversos outros fatores, principalmente a classe social do indivíduo, então não foi utilizada como variável resposta.

Quanto às internações, a taxa hospitalizações de idosos é significativamente maior do que para grupos mais jovens, sendo este um indicador relevante, pois permite visualizar o estado de saúde dos idosos e o uso de serviços de saúde.

A partir dos argumentos anteriores, o Quadro 5 apresenta as variáveis selecionadas para a estatística deste estudo, as quais também deverão ser tratadas para prosseguir com a

¹⁰ A Ripsa foi criada como iniciativa de cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde, com o objetivo de estimular a interação entre técnicos de entidades brasileiras envolvidas na produção e na análise de dados de interesse para a área da Saúde.

técnica escolhida. Além dos indicadores propostos pelo IBGE, outras duas foram adicionadas, pois, com base na literatura e na legislação, também refletem a atenção ao idoso: frequência de visitas dos profissionais e posse da caderneta de saúde da pessoa idosa. A frequência de visitas dos profissionais para examinar o idoso é relevante, já que a base de atuação das equipes são as Unidades Básicas de Saúde, que inclui a atividade de visita domiciliar com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco (BRASIL, 1997).

A posse da caderneta de saúde da pessoa idosa será utilizada no construto de *atenção ao idoso*, pela relevância dada a este documento pelo Programa Mais Vida e pelo Ministério da Saúde, que indicam a caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento essencial do sistema de apoio e logística da rede de atenção ao idoso. Com isso, as variáveis selecionadas para a construção do construto *atenção ao idoso* estão dispostas no Quadro 5.

Quadro 5 - Variáveis selecionadas para o construto de Atenção ao Idoso

Variável	Fonte
Frequência de visitas dos profissionais do ESF ao domicílio para examinar idoso	Equidade
Posse da caderneta de saúde da pessoa idosa	
Internações nos últimos 12 meses	

Fonte: IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009, adaptado.

3.5 Análise de dados

A unidade de análise do estudo é o idoso, com suas características demográficas, epidemiológicas e da unidade básica de saúde que o cobre. Para a consecução dos objetivos propostos, foi estabelecido o uso de análise multivariada de dados - mais especificamente, a regressão múltipla-, sendo analisada a relação entre uma única variável dependente (neste caso, a atenção ao idoso, representado pelos construtos do Quadro 5) e várias variáveis independentes (características demográficas, epidemiológicas e de recursos humanos, representadas pelas variáveis dos Quadros 2, 3 e 4). Primeiramente, realizou-se uma estatística univariada, na qual aquelas variáveis independentes que apresentarem diferenças para cada variável dependente serão selecionadas para uma futura análise multivariada. Embora o objetivo da análise de

regressão múltipla seja prever os valores da variável dependente, neste estudo maior atenção será dada à interpretação da influência de cada variável independente à variável dependente, por meio da correlação entre variáveis e da análise dos coeficientes de regressão e da razão de chances.

Esta técnica estatística assume uma relação entre as variáveis independentes e a dependente. Entretanto, estão disponíveis transformações e variáveis adicionais para avaliar se há outros tipos de relações além da linear considerada, permitindo examinar a verdadeira natureza da relação (HAIR *et al.* 2005).

Neste estudo, para cada uma das variáveis do construto *atenção ao idoso* foi realizada uma análise de regressão múltipla, com o foco nas correlações das variáveis do construto *recursos humanos*, já que esta é a proposta do estudo. As variáveis relacionadas à características epidemiológicas e demográficas serviram como controle para a análise. O procedimento utilizado foi o de eliminação Nele, todas as variáveis são incluídas e posteriormente eliminam-se aquelas que não contribuem para a variável dependente, verificada pelos coeficientes de correlação parcial (HAIR *et al.* 2005). Ao se realizar esta avaliação simultânea, a importância relativa de cada variável independente é determinada, além das inter-relações entre as variáveis independentes, desta forma apresentando associações entre as práticas de recursos humanos na Atenção Básica e a atenção ao idoso, além de aspectos sociais e epidemiológicos que permeiam tais relações.

O Quadro 6 sintetiza os procedimentos metodológicos utilizados no estudo.

Quadro 6 - Síntese dos procedimentos metodológicos

Objetivo da pesquisa	Descrever as práticas de recursos humanos na Atenção Básica de Saúde para os idosos
Natureza da pesquisa	Quantitativa
Universo da amostra	Unidades Básicas de Saúde que atendem à Estratégia Saúde da Família e à população idosa coberta
Amostra da pesquisa	77 Unidades Básicas de Saúde em 61 municípios em Minas Gerais e 1.431 idosos cobertos pelas UBS

Técnica de coleta de dados	Dados secundários obtidos a partir de duas pesquisas: <i>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e Equidade na Saúde: um estudo a partir do Saúde em Casa em Minas Gerais</i>
Categorias de análise	Variáveis demográficas e epidemiológicas; de recursos humanos (baseadas nos princípios ordenadores da atenção primária) e de atenção ao idoso (selecionados pelo IBGE, RIPSa e literatura na área)
Método estatístico	Análise de estatística descritiva e de regressão logística para variáveis dicotômicas (caderneta e internações) e regressão múltipla para variáveis contínuas (visitas de ACS e outros profissionais).

Fonte: Elaborado pelo autor

4. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho foram obtidos utilizando-se freqüências e porcentagens para as variáveis categóricas, medidas de tendência central (como média e mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão) para as quantitativas.

Para a análise estatística das variáveis qualitativas foram realizadas comparações mediante o teste de qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher. As comparações de variáveis quantitativas foram realizadas mediante o teste ANOVA, quando as condições de normalidade eram satisfeitas, ou através do Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Para a análise de correlação linear entre duas variáveis quantitativas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico Minitab 17.0 e do Microsoft Excel 2010.

Primeiramente, apresentam-se as estatísticas descritivas para as variáveis independentes. Esta parte tem por objetivo caracterizar a amostra, formando a base de descrição inicial dos dados. Posteriormente, apresentam-se os resultados das análises estatísticas univariadas e multivariadas. Estudos epidemiológicos¹¹ com variáveis binárias frequentemente utilizam a regressão logística, com a variável resposta binária. Neste tipo de regressão, uma das medidas de associação para análise é a razão de chances, que avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à do não exposto.

4.1 Perfil demográfico e epidemiológico dos idosos

A Tabela 1 apresenta um resumo da idade dos idosos da amostra. A idade média dos idosos é de 70,21 anos, com desvio padrão de 8,33. A análise do terceiro quartil mostra que 75% dos idosos têm 75 anos ou menos.

Tabela 1 - Idade dos idosos

Variável	N	Média	D.P	Mín	1ºQ	Mediana	3º Q	Máx
Idade	1431	70,21	8,33	60	63	67	75	111

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos de acordo com as características demográficas e de capacidade funcional. A quantidade de homens e mulheres na amostra é próxima, sendo o número de mulheres ligeiramente superior.

¹¹PERRACINI, RAMOS, 2002; LARSEN, MERLO, 2005.

A classe social foi definida usando o Critério de Classificação Econômica Brasil, formulado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que usa a posse de itens (como eletrodomésticos) e o grau de instrução do chefe de família para classificar as pessoas e as famílias nos estratos socioeconômicos. Nesta variável, somente 10% dos idosos são da classe A e B, ficando o restante dividido quase igualmente entre as classes C, D e E. Do total, 290 idosos moram sozinhos, representando pouco mais de 20% da amostra.

Quando perguntados sobre como avaliavam o próprio estado de saúde, pouco mais da metade dos idosos apontou ser regular; cerca de 14% deles, ruim ou muito ruim, e 35% consideram o estado de saúde bom ou muito bom. Os idosos também foram perguntados sobre a qualidade da visão para enxergar de perto e de longe. Quase metade deles apontou uma boa visão; e 31% a classificaram como ruim. Quanto à audição, 75% dos entrevistados a consideram de boa qualidade.

Tabela 2- Características demográficas dos idosos

Variável	N	%
Sexo		
Homens	623	43,54
Mulheres	808	56,46
Classe social		
A e B	154	10,8
C	602	42,22
D e E	670	46,98
Idoso Mora Só		
Não	1141	79,73
Sim	290	20,27
Autopercepção do estado de saúde		
Muito ruim	26	1,82
Ruim	183	12,79
Regular	726	50,73
Bom	452	31,59
Muito Bom	44	3,07
Visão		
Boa	447	31,37
Regular	346	24,28
Ruim	632	44,35
Qualidade da audição		
Ruim	350	24,48
Boa	1080	75,52
Dificuldade em caminhar uma rua		
Não	987	68,97
Sim	417	29,14
Não consegue	27	1,89
Dificuldade um andar pelas escadas		
Não	857	59,93
Sim	522	36,5
Não consegue	51	3,57

Variável	N	%
Dificuldade em se curvar, se ajoelhar ou se agachar		
Não	762	53,25
Sim	609	42,56
Não consegue	60	4,19
Dificuldade em levantar pesos maiores que 5kg		
Não	788	55,07
Sim	548	38,29
Não consegue	95	6,64
Total	1431	100

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 3 estão presentes as distribuições de doenças crônicas apresentadas pelos idosos no momento da pesquisa ou antes, de acordo com o diagnóstico de médico ou profissional de saúde. Pouco menos da metade dos idosos alegou ter doença de costas ou coluna, sendo este o segundo agravo mais comum entre eles. O mais comum é a hipertensão, que acomete 63% da amostra. Outras patologias que acometem uma proporção significativa da amostra são: artrite, reumatismo, artrose, diabetes, ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos.

Cerca de 15% dos idosos sofre de depressão, e menos de 11% dos idosos sofre de insuficiência renal crônica, câncer, desnutrição ou doença crônica do pulmão.

Tabela 3 - Doenças crônicas

Variável	N	%
Doença de coluna ou costas		
Não	761	53,18
Sim	670	46,82
Artrite, reumatismo ou artrose		
Não	1037	72,67
Sim	390	27,33
Câncer		
Não	1367	95,66
Sim	62	4,34
Diabetes		
Não	1132	79,22
Sim	297	20,78
Doença crônica do pulmão, como enfisema, bronquite ou asma		
Não	1285	89,86
Sim	145	10,14
Hipertensão		
Não	530	37,06
Sim	900	62,94
Ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos		
Não	1127	78,81
Sim	303	21,19
Insuficiência renal crônica		
Não	1330	93,01
Sim	100	6,99

Variável	N	%
Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral		
Não	1342	93,85
Sim	88	6,15
Depressão		
Não	1206	84,28
Sim	225	15,72
Desnutrição		
Não	1401	97,97
Sim	29	2,03
Osteoporose		
Não	1207	84,46
Sim	222	15,54
Total	1431	100

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Princípios ordenadores - Caracterização

Para o princípio ordenador primeiro contato, foram selecionadas as variáveis *composição da Equipe de Atenção Básica e acolhimento à demanda espontânea*. A Tabela 4 mostra a quantidade de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, além de valores mínimos, máximos e médias. Os dados são das unidades básicas de saúde, sendo que uma mesma unidade pode ter mais de uma equipe. O que é preconizado pelo Ministério da Saúde é que cada equipe do ESF seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Das UBS pesquisadas, duas unidades não têm médico e o número médio é de 1,42 médico por unidade. Não existem unidades sem enfermeiro, sendo que a quantidade média desse profissional é semelhante à do médico.

Existem unidades sem técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo o número médio destes profissionais semelhante ao das outras categorias. O ACS tem um papel importante no acolhimento, facilitando o contato direto com a equipe. Entretanto, existem unidades sem esse profissional. O número médio de ACS por Unidade é 8,48.

Tabela 4 - Quantidade de profissionais

Profissional	Mínimo	Média	Máximo	Total
Médicos	0	1,42	4	106
Enfermeiros	1	1,46	5	111
Técnico de enfermagem	0	1,50	5	103
Auxiliar de enfermagem	0	1,02	9	75
Agente comunitário de saúde	0	8,48	24	644

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 5 se refere às práticas de Recursos Humanos e processos de trabalho desenvolvidos nas UBS, de acordo com os princípios ordenadores. O primeiro contato se refere à maneira como é feito o acolhimento das UBS. Na maior parte delas, o acolhimento é espontâneo. Nas outras a atenção se dá a partir de encaminhamentos ou marcações *a priori*.

Para o princípio de longitudinalidade as variáveis selecionadas são: as de *vínculo e plano de carreiras*. Durante a entrevista do PMAQ, o profissional respondente era perguntado sobre o próprio vínculo empregatício e se ele possui plano de carreira; somente quatro médicos responderam ao questionário, então as informações de *vínculo e plano de carreira* para eles não foram consideradas, pelo fato de o número ser muito baixo. Nestas quatro UBS foi possível entrevistar o enfermeiro que declarou seu vínculo e se tem plano de carreiras. Na pesquisa PMAQ só foi possível levantar dados de formação, vínculo e plano de carreiras do enfermeiro; entretanto isso não compromete o estudo, já que este profissional atua na linha de frente das UBS, tanto em nível gerencial quanto assistencial (CUNHA, NETO, 2006; PASSOS, 2011). O enfermeiro geralmente é o profissional que melhor conhece a unidade e suas atividades, por essa razão os dados individuais dele são tão importantes.

O princípio de integralidade é observado a partir das variáveis *formação, educação e processos de trabalho, como ações de promoção à saúde e encaminhamentos*. Como somente quatro médicos foram entrevistados, os dados de Formação complementar se referem somente aos enfermeiros, pois o questionário perguntava sobre os processos de formação do próprio entrevistado. Grande parte dos enfermeiros estava cursando ou já havia concluído um curso complementar, seja ele uma especialização, residência médica, mestrado ou doutorado em áreas como saúde da família, saúde pública/coletiva ou outros relevantes. Dos 61 municípios, 83,61% têm ações de educação permanente, que envolve os profissionais da atenção básica.

Aproximadamente 78% das Unidades Básicas de Saúde entrevistadas ofertam ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para idosos. Estas ações podem incluir tanto acompanhamento e monitoramento de condições agudas ou crônicas quanto apoio social e trabalhos de educação em saúde, entre outros. Um menor número de unidades oferta ações de promoção à saúde para autocuidado de doenças crônicas.

Grande parte das UBS pesquisadas recebe apoio matricial de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos, que podem ser pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja equipe compartilha o seu saber específico com os profissionais da ESF, a partir da discussão de casos, da construção conjunta de projetos terapêuticos e das intervenções no território, entre outros. Quanto ao fluxo de pacientes, a maioria das unidades pesquisadas tem uma central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários aos demais pontos de atenção na rede. Um número alto também possui fichas de encaminhamento de usuários.

O princípio de coordenação é observado a partir da organização e utilização de prontuários e da existência e uso de uma agenda de atividades. Cerca de 87% das unidades de saúde organizam seus prontuários por núcleo familiar. Entretanto, quanto ao uso de prontuário eletrônico, somente 10 unidades o têm implantado para as equipes. Este tipo de prontuário facilita a organização da informação dos usuários, possibilitando o acesso dos profissionais e dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção. A maioria das equipes atuantes nas UBS pesquisadas possui uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe.

Tabela 5 - Recursos Humanos nas UBS

Variável	N	%
Acolhimento à demanda espontânea		
Não	11	14,29
Sim	66	85,71
Vínculo enfermeiro		
Servidor público estatutário	25	32,47
Cargo comissionado	0	0
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial	9	11,69
Contrato temporário por prestação de serviço	25	32,47
Empregado público CLT	11	14,29
Contrato CLT	7	9,09
Autônomo	0	0
Plano de carreiras enfermeiro		
Sim	9	11,69
Não	68	88,31
Formação complementar		
Não	13	16,88
Sim	64	83,12
Educação permanente		
Não	10	16,39
Sim	51	83,61
Ação de promoção à saúde para idosos		
Não	17	22,08
Sim	60	77,92
Ação de promoção à saúde para autocuidado de doenças crônicas		
Não	31	40,26
Sim	46	59,74

Variável	N	%
Apoio matricial		
Não	7	9,09
Sim	70	90,91
Central de regulação para encaminhamento		
Não	6	7,79
Sim	71	92,21
Ficha de encaminhamento		
Não	8	10,39
Sim	69	89,61
Prontuário organizado por núcleo familiar		
Não	10	12,99
Sim	67	87,01
Prontuário eletrônico		
Não	67	87,01
Sim	10	12,99
Agenda de atividades		
Não	9	11,69
Sim	68	88,31
Total	77	100

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 Atenção ao idoso

As quatro variáveis respostas trabalhadas para apresentar a atenção ao idoso são:

- *Possui caderneta do idoso*
- *O idoso ficou internado nos últimos 12 meses*
- *Visitas ACS (agente comunitário de saúde)*
- *Visitas outros profissionais (Médico, Enfermeiro, Auxiliar e Técnico de Enfermagem).*

A Tabela 6 mostra a descrição das variáveis categóricas *possui caderneta do idoso* e *o idoso ficou internado nos últimos 12 meses*.

A caderneta é parte de uma estratégia do Ministério da Saúde para acompanhar a saúde da população idosa. Apesar disso, somente 16% dos idosos a possuem, sendo que a maioria não tem e, logo, não utiliza este instrumento. É importante ressaltar aqui que durante o PMAQ, as UBS foram questionadas se possuíam a caderneta do idoso disponível, e 81% dos idosos estão sobre a cobertura de unidades que a possuem, conforme foi incluído na Tabela 10. Quanto às internações, grande parte da amostra não ficou internada nos últimos doze meses e 16% dos idosos ficaram.

Tabela 6 - Variáveis resposta categóricas

Variável	N	%
Possui caderneta do idoso?		
Sim	229	16,12
Não	1192	83,88
Sem informação	10	-
<i>A UBS tem a caderneta do idoso disponível</i>		
<i>Sim</i>	1170	81,76
<i>Não</i>	261	18,24
O idoso ficou internado nos últimos doze meses?		
Sim	235	16,54
Não	1196	83,46
Total	1431	100

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis quantitativas de visitas se referem ao número de visitas de profissionais ao idoso nos últimos doze meses. Na Tabela 7 estão a quantidade de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais para o idoso nos 12 meses anteriores à pesquisa. A Tabela 8 mostra as estatísticas descritivas das variáveis quantitativas *visitas ACS* e *visitas outros profissionais*.

Para o agente comunitário de saúde, a visita domiciliar é uma tarefa essencial para acompanhar as famílias e as pessoas do território adstrito. A PNAB aponta como referência que uma família receba em média uma visita por mês do ACS, sendo que essas devem ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. A variável *visitas ACS* mostra que estes profissionais visitaram o domicílio e examinaram o idoso, em média, 5,7 vezes no ano, sendo que metade dos idosos não foram visitados nenhuma vez.

Para os outros profissionais, as visitas domiciliares devem ocorrer quando indicado ou necessário, em casos específicos. O reflexo disso está na grande quantidade de idosos que não receberam visitas de médicos, enfermeiros ou técnicos/auxiliares de enfermagem.

A variável *visitas outro profissional* foi definida somando-se as visitas de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem. Para estes profissionais, o número médio de visitas é menor, sendo apurada 1,3 visita por ano. Enquanto o número máximo de visitas do profissional médico foi 12 visitas por ano, para as outras categorias

profissionais chegou a 48 por ano; ou seja, semanalmente. A presença destes profissionais na unidade é essencial, e visitas não são tão comuns como para os ACS, por essa razão o número médio de visitas é menor.

Tabela 7 - Quantidade de visitas por profissional

Variável	N	%
Visitas ACS		
0 visitas	725	50,66%
De 1 a 6	174	12,16%
De 7 a 12	474	33,12%
13 ou mais	58	4,05%
Visitas médico		
0 visitas	1316	91,96%
De 1 a 6	103	7,20%
De 7 a 12	12	0,84%
13 ou mais	0	0,00%
Visitas enfermeiro		
0 visitas	1279	89,38%
De 1 a 6	114	7,97%
De 7 a 12	29	2,03%
13 ou mais	9	0,63%
Visitas técnico/auxiliar de enfermagem		
0 visitas	1362	95,18%
De 1 a 6	53	3,70%
De 7 a 12	7	0,49%
13 ou mais	9	0,63%

Tabela 8 - Variáveis resposta quantitativas

Variável	N	Média	D.P	Mínimo	1ºQ	Mediana	3º Q	Máxi
Visitas ACS	1431	5,7	8,1	0,0	0,0	0,0	12,0	50,0
Visitas outro prof.	1431	1,3	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	108,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Análise estatística

Nesta seção, apresentam-se as análises univariadas e multivariadas para cada uma das variáveis respostas, contendo a listagem de quais variáveis independentes apresentaram diferença significativa e, logo, têm relação com a variável dependente. Aquelas que apresentaram diferenças dentro de cada grupo foram selecionadas para uma análise multivariada, realizada posteriormente. As tabelas com os resultados das correlações e dos valores-p para a estatística univariada estão no Apêndice C.

Para as variáveis resposta categóricas *possui caderneta do idoso e o idoso ficou internado nos últimos 12 meses* foram desenvolvidos modelos de regressão logística, que permite o uso de um modelo de regressão para se calcular ou prever a probabilidade de um evento específico (HAIR, ANDERSON, TATHAM; 2005). Para as variáveis

quantitativas *visitas ACS* e *visitas outros profissionais* foram ajustados modelos de regressão múltipla.

Na primeira etapa do ajuste dos modelos de regressão, foram incluídas todas as covariáveis selecionadas na análise univariada. Em seguida, as variáveis foram retiradas em um processo passo a passo, até que o modelo final passou a incluir somente aquelas com significância estatística (valor- $p \leq 0,05$). A adequação do modelo foi avaliada a partir do teste de Hosmer-Lemeshow e do coeficiente de determinação R^2 . O primeiro teste analisa a diferença entre as taxas observadas e as taxas esperadas pelo modelo, enquanto o segundo teste indica o quanto o modelo consegue explicar a variável dependente.

4.4.1 Possui caderneta do idoso

Na análise univariada, as variáveis demográficas que apresentaram relação a *possuir caderneta do idoso* são *sexo* e *idade*. Quanto às características epidemiológicas, *qualidade da visão*, a *dificuldade de locomoção*, *doença crônica do pulmão*, *diabetes*, *depressão* e *hipertensão* apresentaram diferença significativa. No que se refere às equipes de saúde e recursos humanos, apresentaram relação com *possuir caderneta do idoso* as variáveis *vínculo do enfermeiro*, *ações de promoção à saúde para idosos* e *ações de promoção à saúde para autocuidado de doenças crônicas*, *central de regulação para encaminhamento de usuários* e *ficha de encaminhamento* (Quadro 7).

Quadro 7 - Variáveis que apresentam correlação com possuir caderneta do idoso

Características Demográficas	Características Epidemiológicas	Recursos Humanos e Trabalho
Idade	Qualidade da visão	Vínculo do enfermeiro
	Dificuldade de locomoção	
	Diabetes	Ação de promoção à saúde para idosos
Sexo	Doença crônica do pulmão	Ação de promoção à saúde para autocuidado de doenças crônicas
	Depressão	Central de regulação para encaminhamento de usuários
	Hipertensão	Ficha de encaminhamento

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

O modelo final de regressão logística para a variável *possui caderneta do idoso* está na Tabela 9. É composto pelas variáveis *vínculo do enfermeiro, central de regulação para encaminhamento, ficha de encaminhamento, qualidade da visão, dificuldade de se curvar e ajoelhar, dificuldade de levantar pesos, apresentar depressão e hipertensão*.

Os valores negativos para os coeficientes de vínculo de enfermeiro significam que quando os profissionais se enquadram nestes regimes, a possibilidade do idoso ter a caderneta é menor. Estes vínculos são precários e não garantem estabilidade ao enfermeiro, ao contrário do empregado CLT e contrato CLT, que apresentam valores positivos para o coeficiente. A mesma análise serve para idosos diagnosticados com depressão e hipertensão.

Tabela 9- Modelo final de regressão logística – Possui caderneta do idoso

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-2,076	0,362	0,000
Recursos humanos			
Vínculo Enfermeiro			
Servidor público estatutário			
Cargo comissionado	-0,346	0,314	0,270
Contrato temporário pela adm. púb. por legislação especial	-0,270	0,201	0,179
Contrato temporário por prestação de serviços	-0,060	0,222	0,785
Empregado CLT	1,617	0,539	0,003
Contrato CLT	0,520	0,254	0,041
Ação de promoção à saúde do idoso	0,490	0,228	0,032
Ficha de encaminhamento	-0,560	0,232	0,016
Epidemiológicas			
Dificuldade de se curvar e ajoelhar			
Não			
Sim	0,503	0,189	0,008
Não consegue	0,321	0,402	0,426
Dificuldades de levantar ou carregar pesos			
Não			
Sim	-0,233	0,192	0,225
Não consegue	0,895	0,311	0,004
Depressão	-0,516	0,230	0,025
Hipertensão	0,534	0,169	0,002

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

A Tabela 10 apresenta a razão de chances para o nível A em relação ao nível B, além dos intervalos de confiança.

Quando o enfermeiro é empregado celetista, as chances do idoso possuir a caderneta do idoso são cerca de 5 vezes maior para enfermeiros com contrato temporário. As piores razões de chance foram encontradas para enfermeiros com cargos comissionados. As

chances do idoso ter a caderneta do idoso são 1,6 maiores quando a UBS tem ações de promoção à saúde do idoso.

Quanto às patologias, o paciente que apresenta depressão tem uma chance 40% menor de ter a caderneta quando comparado a um paciente que não sofre deste mal. Já para o paciente que tem hipertensão a chance de ter a caderneta é cerca 70% maior do que para o paciente que não sofre de hipertensão.

Tabela 10- Razão de chances – Possui caderneta do idoso

Nível A	Nível B	Razão de Chances	IC de 95%
Vínculo enfermeiro			
Cargo Comissionado	Servidor Público Estatutário	0,7074	0,3826; 1,3079
Contrato temp. leg. especial	Servidor Público Estatutário	0,7632	0,5147; 1,1317
Contrato temp. pres. de serviço	Servidor Público Estatutário	0,9414	0,6094; 1,4542
Empregado público CLT	Servidor Público Estatutário	5,0373	1,7507; 14,4938
Contrato CLT	Servidor Público Estatutário	1,6817	1,0216; 2,7683
Contrato temp. leg. especial	Cargo Comissionado	1,0789	0,5765; 2,0190
Contrato temp. pres. de serviço	Cargo Comissionado	1,3308	0,6971; 2,5406
Empregado público CLT	Cargo Comissionado	7,1211	2,2057; 22,9902
Contrato CLT	Cargo Comissionado	2,3774	1,1756; 4,8078
Contrato temp. pres. de serviço	Contrato temp. leg. especial	1,2335	0,7869; 1,9335
Empregado público CLT	Contrato temp. leg. especial	6,6005	2,2778; 19,1272
Contrato CLT	Contrato temp. leg. especial	2,2036	1,3016; 3,7308
Empregado público CLT	Contrato temp. pres. de serviço	5,3509	1,8020; 15,8894
Contrato CLT	Contrato temp. pres. de serviço	1,7864	1,0188; 3,1324
Contrato CLT	Empregado público CLT	0,3339	0,1094; 1,0185
Ação de promoção à saúde para idosos			
Sim	Não	1,632	1,0435; 2,5525
Ficha de encaminhamento			
Sim	Não	0,571	0,3624; 0,8997
Dificuldade de se curvar, se ajoelhar			
Sim	Não	1,6532	1,1416; 2,3942
Não consegue	Não	1,378	0,6261; 3,0328
Não consegue	Sim	0,8335	0,4025; 1,7262
Dificuldade levantar ou carregar pesos			
Sim	Não	0,7919	0,5433; 1,1543
Não consegue	Não	2,4476	1,3313; 4,5000
Não consegue	Sim	3,0908	1,7302; 5,5214
Depressão			
Sim	Não	0,5972	0,3808; 0,9364
Hipertensão			
Sim	Não	1,7062	1,2258; 2,3749

O passo a passo do processo para o ajuste do modelo final multivariado é apresentado na Tabela 23 do Apêndice D. Por meio do teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p = 0.077), verifica-se que o modelo ajustado está estatisticamente adequado.

4.4.2 Internação do Idoso nos últimos 12 meses

Ao realizar a análise univariada, a única característica demográfica que apresentou relação com *o idoso ter sido internado nos últimos 12 meses* foi *idade*. Já as características epidemiológicas que apresentaram diferença significativa, significando relação, foram *qualidade da visão, dificuldade de locomoção, artrite, reumatismo ou artrose, câncer, diabetes, doença crônica do pulmão, hipertensão, ataque do coração, doença coronária, insuficiência renal crônica e embolia, derrame ou ataque*. As variáveis de Recursos Humanos que apresentaram correlação foram: *vínculo do enfermeiro, educação permanente* para os profissionais e *ficha de encaminhamento* (Quadro 8).

Quadro 8 - Variáveis que apresentam correlação com internação do idoso nos últimos 12 meses

Características Demográficas	Características Epidemiológicas	Recursos Humanos e Trabalho
Idade	Qualidade da visão	Vínculo do enfermeiro
	Dificuldade de locomoção	
	Artrite, reumatismo ou artrose	
	Câncer	Educação permanente
	Diabetes	
	Doença crônica do pulmão	
	Hipertensão	Ficha de encaminhamento
	Ataque do coração, doença coronária	
	Insuficiência renal crônica	
	Embolia, derrame, ataque	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

O modelo de regressão logística final para a variável *idoso ficou internado nos últimos 12 meses* está na Tabela 11. É composto pelas variáveis *educação permanente, ficha de encaminhamento, dificuldade de caminhar uma rua, dificuldade de subir escadas, idade, câncer, ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos e embolia, derrame e ataque*.

Observou-se que o aumento de um ano na idade faz com que a chance de o paciente ter ficado internado nos últimos 12 meses aumente 2,8%. Quanto às doenças, observa-se o aumento da probabilidade de estar internado quando o idoso tem câncer, problemas cardíacos ou embolia.

Tabela 11 - Modelo final de regressão logística – Idoso internado nos últimos 12 meses

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-3,871	0,669	0,000
Recursos humanos			
Ficha de encaminhamento	-0,458	0,223	0,045
Demográficas			
Idade	0,0278	0,009	0,002
Epidemiológicas			
Câncer	1,036	0,297	0,000
Ataque do coração, doença coronária ou outros prob. cardíacos	0,509	0,168	0,002
Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral	0,859	0,254	0,001
Dificuldade em caminhar uma rua			
Não			
Sim	0,635	0,231	0,006
Dificuldade em subir um andar			
Não			
Sim	0,265	0,231	0,251
Não consegue	1,218	0,474	0,010

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

Com a análise da razão de chances, apresentada na Tabela 12, verifica-se que quando a unidade tem uma ficha de encaminhamento, a chance de o idoso ter sido internado é 37% menor do que para os idosos cuja unidade de atenção não utiliza tal instrumento. Quanto à dificuldade de levantar ou carregar pesos, a chance do idoso ter ficado internado é maior do que para os que não têm dificuldades, o que corresponde à situação de fragilidade destes idosos. O mesmo não acontece para aqueles que tem dificuldade em se curvar e se ajoelhar, pois a chance dos idosos que não conseguem realizar estes movimentos terem ficado internados é menor do que para os outros.

Tabela 12 - Razão de chances – Idoso ficou internado nos últimos 12 meses

Nível A	Nível B	Razão de Chances	IC de 95%
Ficha de encaminhamento			
Sim	Não	0,6327	0,4089; 0,9790
Câncer			
Sim	Não	2,8173	1,5729; 5,0462
Ataque do coração, doença coronária, outros			
Sim	Não	1,6643	1,1966; 2,3149
Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral			
Sim	Não	2,3603	1,4357; 3,8802
Dificuldade de se curvar, se ajoelhar			
Sim	Não	1,8878	1,2002; 2,9693
Não consegue	Não	0,4552	0,1282; 1,6158
Não consegue	Sim	0,2411	0,0739; 0,7865
Dificuldade levantar ou carregar pesos			
Sim	Não	1,3035	0,8291; 2,0495
Não consegue	Não	3,3812	1,3355; 8,5605
Não consegue	Sim	2,5939	1,1314; 5,9470

O passo a passo do processo para o ajuste do modelo final multivariado é apresentado na Tabela 24 do Apêndice D. Por meio do teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p = 0.731), verificou-se que o modelo ajustado está estatisticamente adequado.

4.4.3 Visitas do agente comunitário de saúde

Para a variável *Visitas ACS*, as características demográficas que apresentaram relação foram: *idade* e *classe social*. As características epidemiológicas foram: *qualidade da visão*, *dificuldade de locomoção*, *ataque do coração*, *doença coronária* e *embolia, derrame, ataque*. As variáveis de recursos humanos e trabalho que apresentaram ter relação com o número de visitas do ACS são: *vínculo do enfermeiro*, *plano de carreiras para enfermeiros*, *quantidade de médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares*, *central de regulação para encaminhamento*, *ficha de encaminhamento*, *prontuário organizado por núcleo* e *agenda de atividades* (Quadro 9).

Quadro 9- Variáveis que apresentam correlação com visitas do Agente Comunitário de Saúde

Características Demográficas	Características Epidemiológicas	Recursos Humanos e Trabalho
Idade	Qualidade da visão	Vínculo do enfermeiro
	Dificuldade de locomoção	Plano de carreiras do enfermeiro
		Quantidade de médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares
Classe	Ataque do coração, doença coronária	Central de regulação para encaminhamento
		Ficha de encaminhamento
	Embolia, derrame, ataque	Prontuário organizado por núcleo familiar
		Agenda de atividades

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

As variáveis de recursos humanos incluídas no modelo foram *vínculo do enfermeiro*, *plano de carreiras para enfermeiro*, *central de regulação para encaminhamentos*, *ficha de encaminhamento* e *agenda de atividades*. Quanto às características referentes ao idoso, as variáveis foram *qualidade da visão* e *classe social*.

A Tabela 13 apresenta o modelo de regressão múltipla para esta variável. Quando o vínculo do enfermeiro é por contrato CLT ou cargos comissionado, o coeficiente da regressão é positivo, o que indica um maior número de visitas ao idoso; o contrário acontece com enfermeiros com contratos temporários ou emprego CLT, que são associados a um menor número de visitas domiciliares. O aumento em um enfermeiro na unidade diminui o número de visitas do ACS em -1,467.

Quando a UBS faz uso de fichas de encaminhamento, agenda de atividades ou possui uma central de regulação de encaminhamentos, o coeficiente indica um maior número de visitas do ACS.

Quando o idoso tem dificuldades de levantar ou carregar pesos, o número de visitas é maior; paradoxalmente, quando ele sequer consegue realizar tais atividades, o número de visitas é menor. Já quanto à classe social, quando menor o nível, maior é o número de visitas do ACS.

Tabela 13 - Modelo final de regressão múltipla – Visitas ACS

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-2,850	2,240	0,204
Recursos humanos			
Quantidade de enfermeiros	-1,467	0,265	0,000
Vínculo Enfermeiro			
Servidor público estatutário			
Cargo comissionado	1,081	0,825	0,190
Contrato temporário pela adm. púb. por legislação especial	-3,072	0,587	0,000
Contrato temporário por prestação de serviços	-0,427	0,652	0,512
Empregado CLT	-3,380	2,030	0,096
Contrato CLT	3,409	0,827	0,000
Ficha de encaminhamento	3,974	0,724	0,000
Prontuário organizado por núcleo familiar	-2,745	0,624	0,000
Agenda de atividades	2,305	0,712	0,001
Central de regulação para encaminhamentos	1,980	0,865	0,022
Demográficas			
Idade	0,060	0,025	0,017
Classe social			
Classes A e B			
Classe C	1,882	0,673	0,005
Classes D e E	2,462	0,674	0,000
Epidemiológicas			
Ataque do coração, doença coronária, outros prob. cardíacos	1,660	0,498	0,001
Dificuldade de levantar e carregar pesos			
Não			
Sim	0,560	0,438	0,201
Não consegue	-4,241	0,865	0,000

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

O passo a passo do processo para o ajuste do modelo final multivariado é apresentado na Tabela 25 no Apêndice D.

4.4.4 Visitas de outros profissionais

Devido ao baixo número de visitas de outros profissionais, que não o ACS, optou-se por agrupar todas as outras categorias em uma única variável denominada *visitas de outros profissionais*. Quando se analisou a relação entre esta variável e as variáveis independentes, encontrou-se que as características demográficas que apresentaram diferença significativa foram: *idade* e *sexo*. As características epidemiológicas relacionadas foram: *qualidade da visão, dificuldade de locomoção, artrite, reumatismo ou artrose, diabetes, hipertensão, ataque do coração, doença coronária, insuficiência renal crônica, embolia, derrame, ataque, depressão, desnutrição e osteoporose*. As variáveis de recursos humanos e trabalho que têm relação com a variável resposta formam *quantidade de enfermeiros, ACS e ação de promoção à saúde para idosos* (Quadro 10).

Quadro 10 - Variáveis que apresentam correlação com visitas de outros profissionais

Características Demográficas	Características Epidemiológicas	Recursos Humanos e Trabalho
Idade	Qualidade da visão	Quantidade de enfermeiros
	Dificuldade de locomoção	
	Artrite, reumatismo ou artrose	
	Diabetes	
	Hipertensão	
Sexo	Ataque do coração, doença coronária	Quantidade de ACS
	Insuficiência renal crônica	
	Embolia, derrame, ataque	Ação de promoção à saúde para idosos
	Depressão	
	Desnutrição	
	Osteoporose	

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

A Tabela 14 apresenta o modelo final de regressão múltipla para esta variável. As variáveis presentes no modelo foram *existência de ação de promoção à saúde para idosos, idade e sexo*.

O modelo mostra que quando a quantidade de ACS se relaciona inversamente com a quantidade de visitas de outros profissionais. Para a existência de ação de promoção à saúde para idosos, a relação é positiva, o que significa um número maior de visitas domiciliares.

O coeficiente para sexo indica que o número de visitas que uma idosa recebe é maior do que para idosos do sexo masculino. Observou-se que o aumento de um ano na idade faz com que o número de visitas que o usuário recebeu nos doze meses anteriores à pesquisa aumente em 0,073. Idosos diagnosticados com desnutrição também recebem mais visitas do que os que não sofrem dessa condição.

Tabela 14- Modelo final de regressão múltipla – Visitas

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-4,480	1,610	0,005
Recursos humanos			
Quantidade de ACS	-0,112	0,037	0,003
Ação de promoção à saúde p/ idosos	1,050	0,437	0,016
Demográficas			
Idade	0,073	0,022	0,001
Sexo			
Masculino			
Feminino	1,701	0,344	0,046
Dificuldade de caminhar um rua			
Sim	1,790	0,402	<0,001
Não consegue	3,300	1,290	0,010
Desnutrição	2,080	1,200	0,084

Fonte: Elaborado pelo autor a partir dos dados da pesquisa

O passo a passo do processo para o ajuste do modelo final multivariado é apresentado na Tabela 26 do Apêndice D.

A regressão logística utilizada neste estudo tem como vantagem a possibilidade de fornecer como um de seus resultados a razão de chances, que permite fazer comparações entre as categorias das variáveis e suas relações com as variáveis resposta. Para as variáveis categóricas que não são binárias, uma das categorias foi selecionada como base (tendo a razão de chances com valor igual a 1) e as outras categorias com valores relacionados à categoria base.

Este é o caso da variável *vínculo*, em que o *servidor público estatutário* foi dado como base, sendo esta categoria um exemplo de vínculo estável. Além dessa, os profissionais CLT também apresentam estabilidade. As duas categorias indicam prestação de serviço

não eventual ao Estado e às entidades da administração pública direta ou indireta e depende de aprovação em processo seletivo público, sendo que uma é regida por estatuto próprio e a outra, pela CLT. Os outros vínculos, como *. contrato por prestação de serviços* e o *contrato temporário* não apresentam relação de emprego e o serviço pode ser eventual. A variável *vínculo* se mostrou relevante tanto para as visitas de ACS quanto para a posse da caderneta, sendo que nesta segunda variável os coeficientes não apresentaram padrão definido.

Além do vínculo, outras variáveis de recursos humanos que apresentaram relação às variáveis resposta foram às relacionadas ao encaminhamento. Quando a equipe de Saúde da Família utiliza fichas de encaminhamento, a chance de o idoso ter sido internado é menor, e a chance de ter recebido visita do ACS é muito maior. O mesmo ocorre para as visitas do ACS quando a UBS utiliza uma central de regulação para encaminhamentos. Outras variáveis significantes se referem ao trabalho desenvolvido na UBS, mais especificamente a utilização de agenda de atividades, que tem relação positiva com as visitas de ACS, e a adoção de ações de promoção à saúde para idosos, que tem relação positiva com visitas de outros profissionais.

Para as características demográficas, quando a idade aumenta, aumentam também as chances do idoso ter sido internado e de receber visitas de outros profissionais, o que tem lógica pelo fato de as condições de saúde declinarem com a idade. O idoso que se enquadra nas classes sociais menos favorecidas tem maior chance de ter recebido visitas do ACS. Já o gênero do idoso foi significativo para as visitas de outros profissionais, que ocorrem com menos chance para idosos do sexo masculino.

Os idosos que têm dificuldades de locomoção apresentaram maiores chances de possuir a caderneta do idoso e também de terem sido internados. Quanto às doenças crônicas, os idosos com câncer ou problemas de circulação apresentaram maiores chances de terem sido internados, e os diagnosticados com hipertensão maiores chances de possuírem a caderneta do idoso. Já os idosos com depressão apresentam menores chances de possuírem tal instrumento.

Tais relações, valores de coeficientes e os valores de razão de chance permitem realizar inferências acerca da atenção à saúde para idosos, que serão tratadas na análise e discussão dos resultados a seguir.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir das análises estatísticas das variáveis e de suas relações, foi possível sugerir uma discussão sobre as práticas de recursos humanos e trabalho desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde analisadas e como estas contribuem para o sucesso ou insucesso da atenção ao idoso. Conforme comentado ao longo do estudo e salientado por documentos oficiais presentes no Apêndice B, como o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e o Estatuto do Idoso, a saúde para este grupo populacional se refere não somente às doenças, mas também à manutenção e promoção da autonomia e da qualidade de vida, à prevenção, promoção da saúde e bem-estar. As variáveis resposta deste estudo foram selecionadas para representar tais aspectos da atenção ao idoso, de maneira que o resultado em saúde não fosse medido somente por variáveis de morbidade e mortalidade.

Buss (2003) e Rosen (1979) argumentam que para intervir no processo saúde-doença, devem-se adotar as estratégias de promoção da saúde, a prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco, o tratamento e a reabilitação das doenças. O conceito de promoção foi definido por Leavell e Clarck (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva, o qual busca fortalecer a ideia de autonomia dos indivíduos ou grupos sociais. Essa autonomia deve ser direcionada para comportamentos benéficos. As atividades de promoção à saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos relacionados a riscos comportamentais que podem ser mudados e que se encontram, pelo menos em parte, no controle dos indivíduos, como tabagismo, alcoolismo, alimentação e atividades físicas. Enquanto que a promoção lida com aspectos mais gerais da qualidade de vida, a prevenção se define como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas e reduzir a incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 199).

As variáveis *visitas domiciliares dos profissionais de saúde e posse da caderneta do idoso* se referem à prevenção, manutenção e promoção da saúde para os idosos. A caderneta de saúde da pessoa idosa serve para registrar informações importantes sobre as condições de saúde do usuário e auxilia os profissionais de saúde a identificar as ações necessárias para que se tenha um envelhecimento ativo e saudável. A posse dela não significa necessariamente que ela é de fato usada, entretanto pode demonstrar o conhecimento da equipe sobre as políticas de saúde propostas e a preocupação com sua

execução. Além disso, ela possibilita ao idoso acompanhar o seu estado de saúde; ao incluir o usuário no processo, pode-se induzir a uma conscientização dele acerca de seu papel na saúde e servir como ação educativa. Este possível desdobramento da caderneta vai ao encontro da definição de promoção da saúde proposta na *Carta de Ottawa*, elaborada na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente [...]. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

A análise de dados revelou que **quando os enfermeiros têm vínculos empregatícios estáveis, a chance do idoso possuir a caderneta é maior, pois o profissional tem uma estabilidade com a comunidade, um contato mais frequente e pode instruir os idosos a possuírem tal instrumento.** Quando o profissional tem um vínculo precário, certos direitos ou benefícios trabalhistas não estão assegurados, como a licença maternidade, férias e décimo terceiro salário. Além disso, os contratos tendem a ser temporários, comprometendo o senso de continuidade destacado pela Atenção Básica. Este tipo de vínculo tende a ser uma ação de curto prazo, que ocorre pela facilidade do contratante em gerenciar o quadro profissional, já que essa flexibilidade torna mais fácil e menos caro dispensar ou contratar profissionais. Já para o trabalhador essa vulnerabilidade acarreta a busca de novas oportunidades e o aumento da rotatividade, sendo que chega até a impactar negativamente no comprometimento dele (BASTOS, LIRA; 1997). Tudo isso dificulta ao profissional de saúde criar laços com a comunidade, sendo este um ponto crucial da Atenção Básica e da atenção ao idoso, pois otimiza a utilização dos serviços de saúde e qualidade da atenção.

Os idosos que têm problemas de mobilidade e têm sua capacidade funcional debilitada têm mais chances de possuírem a caderneta, pois estes são os que mais necessitam do apoio e da atenção desenvolvida nas UBS, além do acompanhamento da condição de fragilidade. O mesmo ocorre com os idosos diagnosticados com hipertensão: por ser uma condição crônica com diversos níveis de gravidade, é necessário o acompanhamento constante do indivíduo, o monitoramento da pressão arterial, a prescrição e a adesão ao tratamento de medicamentos anti-hipertensivos, bem como

mudanças de estilo de vida, sendo que a caderneta do idoso pode auxiliar neste processo.

Com a depressão ocorre o inverso: idosos diagnosticados com esta condição têm menos chances de possuírem a caderneta. Indivíduos com depressão sofrem perda de interesse ou prazer, baixa autoestima, distúrbio do sono ou apetite e baixa energia, entre outros. A OMS (2001) revela que a depressão é a principal causa de incapacitação em todo o mundo e tem uma relação comprovada com doenças físicas, já que os indivíduos podem ter o sistema imunológico prejudicado, apresentar condutas alimentares e higiênicas inadequadas e terem pouca preocupação com a própria saúde. Essa falta de interesse e de motivação demanda da equipe o desenvolvimento de ações de identificação e intervenção voltadas ao portador de transtorno depressivo. O manejo desse cuidado acontece muitas vezes no NASF, de maneira que o fluxo de informações e usuários proporcionada pela UBS é essencial para estes indivíduos.

A manutenção e o acompanhamento da saúde não são responsabilidades somente da equipe de saúde, já que o papel exercido pelos próprios indivíduos também responde a uma parcela significativa do que é a atenção à saúde. O papel dos usuários é estimulado e direcionado pela interação entre comunidade e profissionais, sendo a visita domiciliar um componente que promove tal interação. As visitas são utilizadas pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo a participação dos indivíduos, o estabelecimento de vínculos com eles e a compreensão de aspectos importantes da vida dos usuários e suas relações familiares (ALBUQUERQUE, BOSI; 2009).

As visitas domiciliares, que podem ser programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, têm a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias, ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde, desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade e ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde (MINISTERIO DA SAUDE, 1998).

Na amostra, foi encontrado que quando a Unidade Básica de Saúde possui agenda de atividades desenvolvida pela equipe a chance de o idoso ter recebido visitas do ACS é maior. A construção da agenda deve apoiar-se nas necessidades da população a partir de

critérios epidemiológicos das áreas de abrangência, sendo sempre discutidas com a comunidade. As visitas são essenciais para os idosos, entretanto o trato com este grupo populacional é mais difícil, como defendem autores como Bezerra, Espírito Santo e Filho (2005). Eles apontam a visão negativa que os ACS têm do processo de envelhecimento e as dificuldades no trato com o idoso, corroborando o que Adams (2002) apresenta como dificuldades pessoais e interpessoais, além de dificuldades de complexidade médica e vulnerabilidade do paciente com as burocracias do sistema. Por isso, é necessário organizar o trabalho desenvolvido pelas equipes, o que pode ser proporcionada pela agenda de atividades.

Ao contrário do que acontece com a posse da caderneta do idoso, quando o enfermeiro tem vínculo estável, não necessariamente as visitas do ACS são mais frequentes. Encontrou-se relação negativa para contratos temporários e empregados CLT, enquanto que para o servidor público estatutário e para o contratado CLT, a relação com o número de visitas é positiva. O enfermeiro desempenha um papel gerencial de grande importância na UBS, e podem coordenar as visitas do ACS. O vínculo estável não necessariamente trás comprometimento ao profissional e resultados melhores, já que assim ele tem menos flexibilidade e não pode trabalhar em outros locais. Aqui se visualiza o paralelo entre o que é melhor para o profissional e o que é melhor para o estado/gestores.

Para os enfermeiros celetistas, os valores dos coeficientes não altos quando comparados aos outros coeficientes do modelo, e tem sinais diferentes. Isso aponta que **a estabilidade (ou falta dela) do profissional no emprego pode impactar positiva ou negativamente na entrega dele e nos processos de trabalho resultantes de sua atuação**. Por um lado se tem a gestão que define formas de contratação e incentivos (no caso incentivos proporcionados pela estabilidade ou falta dela), por outro lado se tem um conjunto de profissionais com diversos interesses diferentes (Dixit, 2002). Isso torna difícil selecionar melhores práticas para o comprometimento e envolvimento de profissionais, de maneira que qualquer mudança deve ser planejada pela gestão tendo em vista a necessidade de incentivos que vinculem o profissional à comunidade.

Ainda quanto aos enfermeiros, nota-se que quanto maior a quantidade deles, menor o número de visitas de ACS que o idoso recebeu. Tal constatação pode ter como fonte a disponibilidade do enfermeiro na UBS, de forma que o idoso prefere ir diretamente até

lá para receber a atenção, enquanto que quando a unidade tem poucos enfermeiros, a atenção se dá via visitas domiciliares de ACS.

Outro instrumento que indica uma boa qualidade da gestão do trabalho nas UBS e teve relação positiva com visitas de ACS é a existência de um fluxo de usuários. Estes processos de trabalho indicam uma capacidade de gestão mais avançada na UBS, além de uma melhor inserção na rede de atenção, sendo que na amostra as variáveis de ficha de encaminhamento e central de regulação para encaminhamentos apresentaram associação positiva com as visitas dos ACS. Estes dados demonstram que algumas unidades têm o seu fluxo de trabalho muito bem definido e organizado, o que é preconizado pelas políticas de saúde como essencial para uma atenção de qualidade ao idoso.

Os fluxos de trabalho desenvolvidos na UBS começam com a identificação de moradores da área de abrangência, por faixa etária, sexo e raça, ressaltando situações como gravidez, desnutrição, pessoas com deficiências, etc. Com isso, vem toda a ação da atenção básica de prevenção, promoção, manutenção, reabilitação e tratamento. Quando a condição do paciente exigir, ele deve ser referenciado para os outros níveis de complexidade, sendo os instrumentos de encaminhamento fundamentais para que este fluxo seja eficaz.

Na equipe de Saúde da Família, a visita domiciliar é uma atribuição primordial do agente comunitário de saúde. Entretanto, ela pode ocorrer pelos outros profissionais também. A quantidade de ACS se relaciona negativamente com a quantidade de visitas de outros profissionais, afinal estes só o fazem em casos extremos.

Foi encontrada uma associação positiva entre visitas de outros profissionais e a existência de ações de promoção à saúde voltadas para idosos. Estas ações incluem orientações sobre diversos temas, como dietas e alimentação, práticas para evitar o sedentarismo, agentes externos causadores de doenças (alcoolismo, tabagismo, etc), orientação das famílias para o cuidado e apoio aos idosos, controle da pressão arterial, supervisão de grupos de pacientes e promoção do bem-estar físico e psíquico dos indivíduos, incentivando sua permanência na comunidade.

Outra constatação no que se refere às visitas de outros profissionais que não sejam agentes comunitários se refere ao gênero do idoso: observou-se que na amostra os

homens recebem menos visitas domiciliares do que as mulheres. Este fato pode decorrer de duas razões: as mulheres estão cobertas em dois grupos de atenção: idosos e saúde da mulher; além disso os homens têm comportamentos diferentes no que se refere à preocupação com a saúde. Segundo Korin (2001), existe o simbolismo de termos como *sensibilidade*, *cuidado*, *dependência* e *fragilidade* relacionados ao feminino. Estas atribuições diferenciadas entre homens e mulheres resultam para os homens em comportamentos que os predispõem à ocorrência de doenças e riscos.

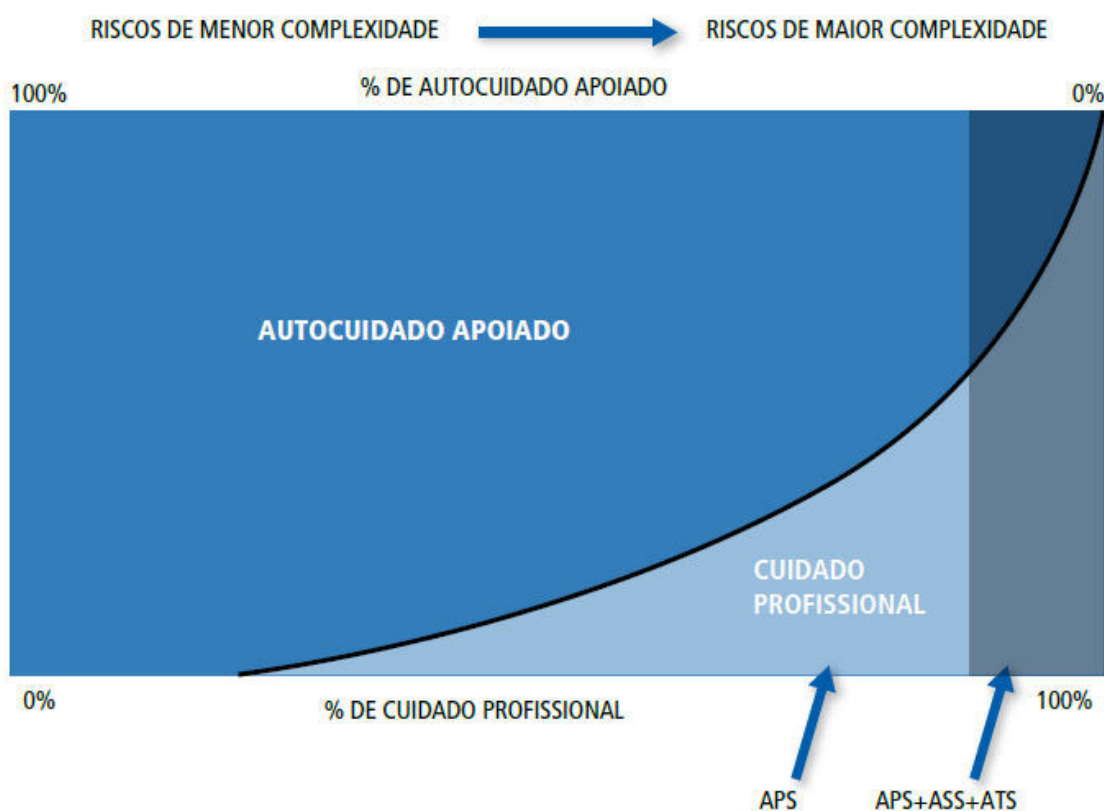
O Ministério da Saúde reconhece que grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Exemplo disso é o câncer de próstata, para o qual não são desenvolvidas ações educacionais e os homens se mostram relutantes a este tratamento, quando se compara à existência e à adesão das mulheres a programas de câncer de colo de útero e mama (SCHRAIBER, GOMES, COUTO; 2005). O sistema de saúde conta com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que promove ações de saúde que contribuem significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos, além de reconhecer que aspectos relacionados à masculinidade comprometem o acesso à atenção integral. Nestes casos, as equipes de saúde devem agir de maneira a conscientizar a população masculina a aderir às ações desenvolvidas, aceitar as visitas quando acontecerem e solicitar uma visita quando precisarem.

As visitas domiciliares na amostra foram mais frequentes para classes sociais menos favorecidas. A classe social neste estudo foi definida com base também no grau de instrução do chefe da família. Sturmer e Bianchini (2012) apontam que pessoas com baixo grau de escolaridade precisam que o apoio seja mais frequente e mais presente, por serem incapazes de realizar um autocuidado eficaz. Outras circunstâncias apresentadas pelos autores nas quais a capacidade de autocuidado pode ser insuficiente são pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados no médio e no longo prazos, com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas), que não demonstram interesse em realizar mudanças em seus comportamentos (o que pode ser o caso de homens idosos), dentre outros.

No contexto de Atenção Básica e de doenças crônicas, o autocuidado assume um papel muito importante na manutenção da saúde. As condições crônicas são

multideterminadas, com a coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, de maneira que exige o envolvimento de diversas categorias profissionais das equipes de saúde e, também, o protagonismo dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade (MENDES, 2012). O papel que o autocuidado vai exercer na saúde do indivíduo é discutido por Brock (2005), que apresenta um gráfico da atenção à saúde, utilizado pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (Figura 4).

Figura 3 - Atenção à saúde para condições crônicas



APS: Atenção primária à saúde

ASS: Atenção secundária à saúde

ATS: Atenção terciária à saúde

Fonte: BROCK (2005)

Este espectro aponta que para níveis de complexidade mais baixos de condições crônicas o autocuidado apoiado pode ser suficiente. Utiliza-se o termo *apoiado* pois o autocuidado não é exclusivamente responsabilidade do indivíduo e de sua família; é responsabilidade também do profissional de saúde, no mínimo, por meio de ação educativa. A combinação entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas

simples terão uma proporção de participação maior em relação ao cuidado profissional do que as pessoas portadoras de condições crônicas altamente complexas.

As equipes da ESF devem estimular e utilizar procedimentos de colaboração entre elas e os usuários, seja estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas ou identificando e tratando problemas (MACINKO, DOURADO, GUANAIS; 2011). O papel do profissional de saúde como agente transformador na comunidade se sustenta no fato de que os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias) têm quatro comportamentos nocivos em comum: alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e alimentação não saudável.

Macinko, Dourado e Guanais (2011) apontam possíveis intervenções a estes comportamentos, como políticas públicas de conscientização, regulamentação e taxação sobre álcool e tabaco, intervenções no mercado de nutrição, e algumas referentes à atenção primária, como orientação dos profissionais sobre alcoolismo e tabagismo, terapias para controlar fatores de risco, triagem de usuários e tratamento com base na educação da população sobre o autocuidado apoiado e no acompanhamento dos resultados ao longo do tempo, principalmente no que se refere à doenças crônicas

O Brasil sofre uma carga dupla de doenças: ao mesmo tempo em que as condições crônicas aumentam entre a população, as condições agudas ainda estão presentes (CONASS, 2007). Essa dupla carga representa um obstáculo para a população idosa, pois, em geral, os indivíduos têm um estado de saúde que os tornam mais suscetíveis a essas doenças, que os leva a ficar internados com maior frequência e por mais tempo. A variável *internações do idoso nos últimos 12 meses* representa tanto a intervenção no processo saúde-doença, por meio do tratamento e da reabilitação de doenças, quanto o estado de saúde da amostra de idosos, já que internação representa o momento no qual eles precisam de atenção e cuidados em saúde que não podem ser oferecidos em ambulatório (BUSS, 2003; ROSEN, 1979).

A análise mostrou que à medida que a idade aumenta a chance de o idoso ter ficado internado aumenta também, o que faz sentido pelo fato de a saúde dos indivíduos declinar com o tempo. Os idosos que ficaram internados também são aqueles que apresentaram dificuldades de locomoção e aqueles que sofrem de condições crônicas no

aparelho circulatório, além de câncer, sendo estas duas condições as que apresentam maior taxa de mortalidade no mundo. Isso vai ao encontro do que é apresentado na literatura sobre internações de idosos (CORRAL, ABRAIRA, 1995; CREDITOR, 1993). As internações, além de indicarem transtornos no estado de saúde deles, podem ser seguidas pela diminuição da capacidade funcional e por mudanças na qualidade de vida, que podem ser irreversíveis (HIRSCH *et al*, 1990).

Para nenhuma das variáveis respostas selecionadas a formação dos enfermeiros foi relevante no final da análise multivariada para a amostra. A razão para tal constatação pode ser o viés da amostra: as unidades participantes do PMAQ são aquelas que aderem voluntariamente. Logo, tendem a ter um nível de qualidade maior que o das unidades em geral. Isso é visível quando se analisam os dados de RH relacionados ao princípio de integralidade: mais de 80% dos profissionais têm alguma formação além da graduação e mais de 80% das unidades têm programas de Educação permanente. Entretanto, a ausência de variáveis relacionadas à formação nos modelos finais pode ter também como fonte a própria concepção de Atenção Básica. Nela, a saúde é desenvolvida mediante o estabelecimento de parceria com os pacientes em um contexto de famílias e comunidade. Esse caminho é oposto à visão biologicista do processo saúde-doença, hospitalocêntrica e voltada para ações "curativas" (FERREIRA, FIORINI, CRIVELARO; 2010).

Tendo isso em vista, a prática em saúde exercida na Atenção Básica de Saúde é resultado de uma pactuação entre os diversos atores envolvidos nos serviços e recursos assistenciais, colocando o usuário como protagonista no processo de produção de saúde. Este papel do indivíduo na saúde se manifesta sobre as equipes de Atenção Básica por ela ser a autora e motivadora dos vínculos com a comunidade, a gestora dos atendimentos, tratamentos e intervenções, e a responsável pelos cuidados, por meio de referências e contrarreferências na rede. Dessa forma, a integralidade no cuidado dos usuários, por ser articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere, desenvolve-se principalmente a partir das ações de educação em saúde, como estratégia integradora capaz de induzir no indivíduo um grau de autonomia e emancipação.

É necessário salientar que esta discussão não significa que o saber técnico e o saber especializado dos enfermeiros na Atenção Básica são desnecessários ou dispensáveis; o

que se discute aqui é o peso da capacidade do profissional de promover a vinculação, de oferecer promoção em saúde e de conscientizar a comunidade sobre a importância da educação e da autonomia como fatores significativos na atenção aos usuários. Entretanto, estas atribuições não são facilmente encontradas entre os profissionais formados. Gil (2005) argumenta que o perfil destes não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que englobem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Esta deficiência é corroborada por Pustai (2004), que aponta a necessidade de um redirecionamento do processo de formação em medicina mais adequado à realidade e às necessidades do SUS. Logicamente, esse redirecionamento não deve ocorrer em detrimento da formação de especialistas, logo o processo deve ser de equalização, para atender a todos os níveis do sistema de saúde.

A formação de profissionais em saúde no Brasil privilegia as práticas especializadas, em que o processo de aprendizagem ocorre majoritariamente em hospitais, deixando em segundo plano o enfoque assistencial, que leva em consideração as ações relacionadas à promoção em saúde. Existe, então, este descompasso entre as políticas de formação e as políticas de saúde, encontrado também na atenção ao idoso. Diogo (2004) lista dificuldades na formação que comprometem a assistência prestada à população idosa, como: ausência de preocupação das instituições de ensino superior com o processo de transição demográfica, escassez de conteúdo gerontogeriátrico nos currículos, falta de campos específicos para a prática e inexperiência do corpo docente. Motta e Aguiar (2007) apontam que recém-egressos não têm competências mínimas para operacionalizar a atenção aos idosos, o que inclui a utilização de medidas preventivas e de suporte; a operacionalização do trabalho em equipe e multiprofissional e a identificação precoce das situações de risco para a fragilização, que é a perda de autonomia e independência.

Uma parcela considerável dos idosos estudados neste trabalho apresenta estes indicativos de fragilização. Quando perguntados sobre suas dificuldades de locomoção, mais de 30% citaram dificuldade em caminhar uma rua, subir escadas, se curvar, ajoelhar, agachar ou levantar pesos. Além destes, cerca de 4% sequer conseguem realizar tais atividades. Estes dados exemplificam o porquê de o conhecimento do processo de envelhecimento ser necessário, afinal, os sintomas das enfermidades podem

ser confundidos com transtornos normais do envelhecimento, não permitindo uma intervenção eficaz no princípio do agravo. Essa perda da capacidade funcional é apontada pela Política Nacional de Saúde do Idoso como o principal problema que pode afetar o idoso, pois ele perde as habilidades físicas e mentais necessárias à realização de suas atividades básicas da vida diária.

Para alcançar os fundamentos da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais: promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, reabilitação da capacidade funcional comprometida, assistência às necessidades de saúde do idoso e capacitação de recursos humanos com as habilidades e conhecimentos necessários. Estas diretrizes se completam com a ideia de que o idoso deve se manter na comunidade, junto de sua família, de forma digna e confortável. A permanência em serviços de longa permanência pode causar perda de capacidade funcional e autonomia, além de privar o idoso do contato familiar e de cuidados informais. Este cuidado do idoso na comunidade se desenvolve por meio das UBS, em especial daquelas sobre a ESF, que devem representar para o idoso o vínculo com o sistema de saúde.

Fachinni (2006) destaca que a ESF, além de ser um mecanismo indutor da equidade no cuidado em saúde para os idosos, por alcançar os idosos que necessitam mais, mostra-se como uma forma mais efetiva de promover a atenção e o cuidado. A ESF oferece à pessoa idosa e à sua rede de suporte uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando as culturas locais e as diversidades do envelhecer (BRASIL, 2006). Com base no princípio de territorialização, definido no PNAB, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão em sua área de abrangência, inclusive aquelas que não estão cadastradas ou estão cobertas por outras formas de atenção, como plano de saúde.

O acesso ao Saúde da Família é universal, e o princípio ordenador de primeiro contato diz respeito à UBS como porta de entrada para o sistema de saúde à população. Na perspectiva de RH, neste estudo, este princípio significa que a equipe tem que estar disponível aos usuários para atender às necessidades todas as vezes que for requisitada. Por esta razão, considerou-se como variável representativa deste princípio ordenador a composição da equipe (quantidade de profissionais), sendo o ideal aquela preconizada

pela legislação que instituiu o ESF. A justificativa de ter uma equipe completa ou de se planejar um trabalho em equipe é melhorar a qualidade a partir da articulação de saberes em diversos níveis de complexidade e campos de conhecimento, superando o resultado obtido pelo trabalho individual de cada profissional. Na amostra nem sempre as equipes estavam completas, sendo que duas unidades sequer possuíam médicos. Entretanto, as variáveis de *quantidade de profissionais* e *acolhimento à demanda espontânea* não mostraram relação com as variáveis resposta para visualizar a atenção ao idoso.

A análise de dados permite caracterizar a atenção prestada pelas UBS da amostra a partir dos princípios ordenadores propostos por Starfield (2002) e utilizados neste estudo. Quanto ao princípio de primeiro contato, a maior parte das unidades possuía equipes completas e atendia à demanda espontânea. Um bom nível de maturidade do modelo foi encontrado para o princípio de coordenação, já que grande parte das unidades possuía prontuário organizado por núcleo familiar (essencial para o idoso, pois a atenção deste depende muito do apoio informal e do foco na família) e utilizavam agenda de atividades. Quanto ao princípio de integralidade, a variável que apresentou os piores níveis entre as UBS foi a realização de ações de promoção à saúde para o autocuidado de doenças crônicas, presente em apenas 60% das unidades da amostra. Trata-se de um componente essencial para a atenção ao idoso, por conta da frequência e incidência de doenças crônicas, assim como seus efeitos e desdobramentos, conforme discutido ao longo do estudo.

O princípio de longitudinalidade aparece como o mais deficitário da amostra, tanto pela quantidade de enfermeiros com vínculos temporários quanto pela ausência de planos de carreiras. Isso torna difícil fixar o profissional na unidade e pode comprometer o senso de continuidade do cuidado. Paradoxalmente, a existência da estabilidade pode levar à acomodação do profissional, a falta de autonomia e a impossibilidade de ter acesso a outras fontes de renda significativas, de maneira que o que vincula um profissional pode não ser ideal para outro. O princípio ordenador de longitudinalidade é essencial na discussão de atenção ao idoso pois são diversas as vantagens do acompanhamento do profissional, na medida em que existe maior agilidade na percepção de condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa. É possível negociar mudanças de hábitos, gradual e continuamente, e estreitar os vínculos entre usuários e equipe, o que contribui para o aumento da adesão aos tratamentos (BRASIL, 2006).

Fala-se da importância da adesão aos tratamentos pelo protagonismo dos indivíduos na saúde. Este papel pode ficar comprometido se o idoso não tiver a capacidade de realizar o autocuidado sozinho, nestes casos é necessário o apoio de familiares, a partir do cuidado informal. Na amostra, cerca de 20% dos idosos moravam só, entretanto esta variável não apresentou relação com nenhuma das variáveis resposta, possivelmente, pelo fato de que dentre os que moram sozinhos, 58% tinham 70 anos ou menos, o que pode indicar um grau de autonomia maior. A variável *idade* teve a relação esperada com as outras: à medida que a idade aumenta, o estado de saúde diminui e surgem mais patologias, menor capacidade funcional e maiores demandas. Já o gênero do idoso mostrou relação com a posse da caderneta de saúde da pessoa idosa e com visitas domiciliares, sendo que indivíduos do sexo masculino apresentam adesão menor a tais componentes do ESF, o que pode contribuir para o insucesso da atenção ao idoso.

Quanto às características epidemiológicas, a capacidade funcional e mobilidade física apresentaram relação inicial com todas as variáveis resposta, justamente por ser um indicativo do nível de autonomia do indivíduo, que é um ponto central na discussão de atenção ao idoso. Além disso, as doenças crônicas do aparelho circulatório se mostraram relativamente comuns (atingindo 25% nos casos de ataque do coração e artrite e 62% para hipertensão), corroborando o que é tendência no Brasil e em boa parte dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (MACINKO, DOURADO, GUANAIS, 2011; OMS, 2003). Embora estas condições crônicas e a perda de autonomia não sejam reversíveis, é possível ao idoso ter um nível de qualidade de vida desde que tenha os insumos e conhecimentos possíveis ao autocuidado apoiado, a ajuda da comunidade e profissionais capazes de oferecer serviços de qualidade em todas as áreas da atenção básica e especializada, sendo que a ação destes interfere nos resultados à população. Por esta razão, estuda-se a articulação entre os recursos humanos e a atenção ao idoso. Os resultados apresentados nesta seção estão sintetizados no Quadro 13.

Quadro 11 - Síntese da análise dos resultados

Construto	Análise dos Resultados
Características demográficas	Os homens recebem menos visitas domiciliares do que mulheres, com a literatura apontando como uma das razões para isso o comportamento dos homens no que se refere aos cuidados e à promoção à saúde.

Construto	Análise dos Resultados
Características epidemiológicas	<p>Idosos com problemas de mobilidade e de capacidade funcional são mais envolvidos nos programas de promoção e atenção à saúde.</p> <p>Idosos diagnosticados com depressão têm menor preocupação com a saúde, sendo necessário que a equipe desenvolva ações e intervenções voltadas ao portador deste transtorno.</p> <p>As doenças crônicas de maior impacto mundial têm relação com os mesmos comportamentos não saudáveis, de maneira que a atenção a estas exige o envolvimento de diversas categorias profissionais das equipes de saúde e também o protagonismo dos indivíduos, por meio do autocuidado apoiado.</p>
Recursos humanos e trabalho	<p>Quando o profissional tem vínculo empregatício estável, a chance de o idoso possuir a caderneta é maior. Já para o número de visitas do ACS, não existe um padrão claro entre estabilidade no emprego e quantidade de visitas.</p> <p>Existem associações positivas entre equipes que organizam ações de promoção à saúde e idosos que receberam visitas domiciliares.</p> <p>As variáveis de formação dos profissionais não foram significativas estatisticamente para a amostra final.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da análise dos dados da pesquisa

Esta análise permite observar que os pontos mais relevantes encontrados nos resultados se referem ao envolvimento do idoso com o processo de atenção à saúde e que o profissional fortalece este vínculo entre o sistema de saúde e o idoso, seja por meio da indução de práticas saudáveis ou da existência de ações de promoção à saúde. No que se refere a recursos humanos, os aspectos que têm maior relação com estes resultados são aqueles que representam o princípio de longitudinalidade. Dessa maneira, os resultados indicam a importância de monitorar e administrar o conjunto de variáveis que se articulam a este princípio, visando criar vínculos entre as equipes de saúde e os idosos. As considerações finais, destacadas a seguir, servem para consolidar tais conclusões e destacar pontos importantes para estudos na área.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo e sua análise permitem constatar que a atenção ao idoso envolve mais do que a presença ou ausência de doenças, pois diversos outros fatores que não sejam simplesmente epidemiológicos apontam para uma melhor ou pior atenção ao idoso. Aspectos como autocuidado apoiado e qualidade de vida fazem parte deste construto, sendo o profissional de saúde o elo entre o sistema de saúde e o idoso, de maneira que a Gestão de Recursos Humanos se torna crucial para a atenção a este grupo populacional. O fluxo apresentado na Figura 6 orienta a discussão sobre a contribuição das práticas de RH na Atenção Básica de Saúde para os idosos.

Figura 4 - Modelo de fluxo para práticas e políticas de RH e resultados em saúde para idosos



Fonte: Elaborado pelo autor

A forma como as práticas e as políticas de recursos humanos como as de formação, recrutamento, contratação, remuneração (não tratadas neste estudo), desenvolvimento, planejamento e relações de trabalho, são tratadas e operacionalizadas vai ter um efeito no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. O trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde vai resultar no que é a atenção ao idoso, que pode gerar resultados em saúde para a população. Vale a pena reiterar que diversos outros fatores também relevantes foram suprimidos deste fluxo por não estarem no escopo do estudo. Logo, não é uma relação direta entre recursos humanos e atenção ao idoso; tendo isso em mente pode-se apontar que **as práticas e políticas de recursos humanos que contribuem para o sucesso da atenção ao idoso na atenção básica em Minas Gerais são aquelas que fortalecem os vínculos entre equipes e idosos, seja através de ações promovidas pela equipe ou de políticas de contratação benéficas ao profissionais.**

No âmbito da ESF, a promoção em saúde para o grupo idoso se torna ponto essencial para a atenção. A análise mostra que profissionais com vínculos estáveis se relacionam à adesão das atividades de promoção à saúde, que permite à equipe de saúde realizar um

acompanhamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e outros aspectos que podem interferir em seu bem-estar. Coleman *et al.* (2009) apontam que existem evidências de que o contato regular com um prestador de serviços de atenção primária à saúde é associado ao aumento do compromisso dos indivíduos de aderirem a planos de mudança de comportamento. Na situação brasileira, os fatores que mais acometem os idosos são as debilidades motoras, que interferem na autonomia deles, e a presença de doenças crônicas desenvolvidas ao longo dos anos e cujo cuidado exige acompanhamento e mudanças no estilo de vida, a partir do apoio das equipes de ESF.

A relação entre paciente e profissional é distinta na Atenção Primária em comparação a outras configurações na saúde, pois nesta relação o profissional oferece apoio e empatia, conhece o paciente como um ser humano completo, existe confiança mútua e comunicação com coparticipação. A literatura aponta que o fortalecimento deste vínculo entre profissional e paciente está relacionado a melhores resultados em saúde (FORREST *et al.*, 2002; LEOPOLD, COOPER, CLANCY, 1996; COLEMAN, 2009; BRASIL, 2006). Deve-se, então, focar em políticas capazes de manter os profissionais vinculados à comunidade, por meio da estabilidade em seus empregos.

O primeiro passo para promover essa vinculação do profissional à comunidade trata da formação, pois a imagem que se tem de saúde da família ainda é que seja somente uma boa oportunidade de renda temporária para médicos recém-formados ou um trabalho para profissionais em fim de carreira. A Sociedade Mineira de Medicina da Família e Comunidade aponta que existe escassez destes profissionais no mercado e define como causas a falta de médicos com este perfil e o fato de os estudantes estarem voltados para outras especialidades. Aponta, ainda, que os profissionais não querem um vínculo empregatício que não lhes permita trabalhar em plantões e que não possuem uma jornada de trabalho flexível. Muitos não querem trabalhar em áreas rurais e ser médico da ESF não dá status como outras especialidades (BARBOSA, 2011).

As instituições de ensino superior focam mais no ensino que valoriza capacidades técnicas específicas, como a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve-se buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, incentivando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influenciar a formação de políticas de cuidado. O que se observa na prática é muita

indefinição quanto às competências e práticas profissionais esperadas para a atuação na Atenção Básica e, em especial, na Saúde da Família (GIL, 2005).

Motta e Aguiar (2007) argumentam que a forma como as instituições são organizadas não colabora para outro ponto relevante quando se discute a saúde do idoso, que é a interdisciplinaridade, pois, muitas vezes, estas são divididas em faculdades e departamento que não se comunicam, impedindo o desenvolvimento de cultura acadêmica que fomente e compartilhe o trabalho de forma interdisciplinar. Além disso, existe concorrência entre os grupos responsáveis pela regulação das especialidade, de forma que as práticas de saúde incorporam estratégias de competição em processos institucionais e socioculturais que impõem barreiras à troca de saberes de forma cooperativa.

Outra dificuldade encontrada na Saúde da Família é de recrutamento, pois além da escassez de profissionais no mercado, existem questões políticas e econômicas que inviabilizam contratar adequadamente o profissional de saúde. As formas de contratação em regime estatutário e regime celetista têm a estabilidade garantida por lei, só podendo perder seu cargo em virtude de sentença judicial transitada em julgado; mediante processo administrativo ou mediante procedimento de avaliação periódica de desempenho. Para estes regimes, a legislação aponta que a admissão ocorre por concurso público de provas ou de provas e títulos, exceto as nomeações para cargos comissionados, que têm livre nomeação e exoneração.

Os gestores locais podem não ter condições financeiras, legais ou operacionais de contratar os profissionais por vínculos com estabilidade ou podem ter urgência em contratar ou uma necessidade temporária. Nestes casos, as admissões acontecem por contratos temporários ou outras formas de admissão não cobertas na legislação, de forma que aos profissionais não ficam assegurados os componentes de estabilidade, comprometendo o senso de atenção continuada que é requerido na Atenção Básica e principalmente, na atenção ao idoso. Não somente a natureza do vínculo compromete tal princípio ordenador, mas diversos outros fatores que tornem a fixação do profissional e a vinculação com a comunidade pouco prováveis, como a remuneração (que pode ser insuficiente em termos tanto pessoais quanto de mercado), a infraestrutura das unidades (que pode tanto inviabilizar o trabalho do profissional quanto impactar negativamente na motivação e comprometimento deste) e a gestão exercida (pois o trabalho dos

profissionais é muito engessado, por questões políticas, econômicas e até mesmo burocráticas).

Foram realizados estudos para as causas da não fixação de profissionais, encontrando que nem todos estão atrelados à capacidade de controle da Gestão de Recursos Humanos, como as características da própria localidade, a vocação dos profissionais e a infraestrutura deficitária, sem insumos ou recursos financeiros e materiais (PERPÉTUO *et al.* 2009). Sobre os fatores que podem ser administrados pelos gestores, estão, entre outros: formação profissional, oportunidades de desenvolvimento, autonomia e estabilidade. Apesar de tais fatores serem conhecidos, eles não são controlados, o que compromete a atenção na saúde da família e saúde do idoso. Cabe, então, apontar a necessidade de intervenção nas práticas que enfraquecem os vínculos dos profissionais com os idosos, grupo este que tende a aumentar e tem demandas específicas em saúde. Para contribuir com continuidade de pesquisas e o desenvolvimento de ideias neste campo, algumas perguntas podem ser formuladas:

a) Quais são as contribuições e limitações da Atenção Primária para os resultados em saúde dos idosos?

b) Como a gestão de recursos humanos em saúde, considerando em todas as suas atribuições, pode ser desenvolvida para gerar resultados em saúde positivos para idosos?

Finalmente, devem-se observar as limitações deste estudo. Primeiramente, o fato de a amostra ser composta de UBS que aderiram ao PMAQ e, possivelmente, apresentam melhores níveis dentre os avaliados pelo programa. Mas, também, o fato de o estudo em si relacionar o trabalho em saúde com resultados. Este é um obstáculo encontrado nestes tipos de estudo, pois aspectos culturais, econômicos, ambientais e tecnológicos, entre outros, também impactam a atenção à saúde e seus resultados, e esta visão do conjunto é difícil de ser alcançada, assim como isolar o efeito de cada um destes aspectos nos resultados em saúde.

Outro ponto a ser salientado é a complexidade em se analisar a Gestão de Recursos Humanos somente com foco no trabalho das equipes, sendo que os gestores locais, estaduais e federais possuem maior autonomia e, muitas vezes, guiam o trabalho das equipes, seja por meio de financiamentos, políticas ou apoios. Logo, deve-se discorrer

também sobre o papel deles na atenção ao idoso. As práticas de recursos humanos estão, muitas vezes, fora do controle das equipes, entretanto influenciam os processos de trabalho deles, por meio de estruturas engessadas ou políticas pouco resolutivas. Os processos de trabalho, por sua vez, traduzem-se no sucesso ou insucesso da atenção ao idoso e, conseqüentemente, no estado de saúde destes.

Por fim, é importante também destacar o desafio de se estudar, a partir de evidências, as contribuições de fatores e perspectivas associadas a recursos humanos, que quase sempre estão vinculadas ao campo da percepção e/ou comportamental. Isso acaba por dificultar uma análise que possa contribuir de forma efetiva ao debate, pois o aspecto humano e o comportamento individual possuem peso considerável nas atividades desenvolvidas. Propostas de medidas clínicas ou de promoção em saúde devem tomar como base a existência de diferentes contextos e múltiplas definições, com resultados distintos, de forma que o controle sobre os determinantes da saúde é pulverizado entre diversos atores. Entretanto, as dificuldades que existem no desenvolvimento de estudos do relacionamento entre RH e resultados não impede que sejam feitos esforços para gerar informações úteis para a gestão.

É importante ressaltar que este estudo reconhece o peso da transição epidemiológica e demográfica e os impactos do envelhecimento populacional em vários aspectos da sociedade, principalmente na saúde, o que implica a discussão da formação, regulação e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde. Este tema se torna mais complexo pelo fato de o processo de envelhecimento no Brasil ocorrer depressa e, para parte da população, em condições desfavoráveis ou até menos desumanas, sem acesso a serviços sociais básicos, como moradia, saúde, educação e saneamento básico. Apesar de ser um tema atual e de os dados sobre o envelhecimento estarem disponíveis à população, a execução das políticas voltadas para o idoso ainda parecem incipientes em relação às necessidades crescentes. O envelhecimento da população brasileira requer ações que contribuam para a atenção ao idoso, pois envelhecer com dignidade é um direito de todos. Nesse sentido, devem ser feitos todos os esforços possíveis para atender este grupo populacional que está em crescimento, do qual toda a população tem a potencialidade de fazer parte algum dia.

BIBLIOGRAFIA

ADAMS, W.L.; MCILVAIN, H.E.; LACY, N.L.; MAGSI, H.; CRABTREE, B.F.; YENNY, S. K.; SITORIUS, M.A. *Primary care for elderly people: why do doctors find it so hard?* The Gerontologist. 2002; 42(6):835-42.

ALBUQUERQUE, A. B. B. D.; BOSI, M. L. M. *Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.* Cad Saúde Pública, 25(5), 1103-12. 2009

ALBUQUERQUE, L.G. *O papel estratégico de Recursos Humanos.* São Paulo: FEA/USP. 1987 (tese de livre docência).

ANDRADE, M. V. et alli. *Equidade na Saúde: O Programa de Saúde da Família em Minas Gerais.* 1ª Edição. Belo Horizonte: SES-MG; UFMG; ESP-MG, 2013.

BARBOSA, A. C. Q. (Org.). *Diagnóstico e dimensionamento da demanda por especialidades e residências médicas em Minas Gerais.* Observatório de recursos humanos em saúde da FACE/UFMG. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: web.face.ufmg.br/face/nucleos/observatorio/publicacoes/Pub%2007.pdf

BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H. *Indicadores de recursos humanos e resultados em saúde.* In: Allan Claudius Queiroz Barbosa, Joaquim Ramos Silva. (Org.). *Economia, Gestão e Saúde - As relações luso-brasileiras em perspectiva.* Lisboa: Edições Colibri, 2011, v., p. 239-254.

BARROS, A.F.R. (org.) et al . *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.* Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BASTOS, A. V.; LIRA, S. B. *Comprometimento no trabalho: um estudo de caso em uma instituição de serviços na área de saúde.* Organizações & Sociedade, 4(9). 1997

BERENSTEIN, C.K. *O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil: uma análise para as capitais das regiões metropolitanas do Brasil em 2000.* 2005. 91 f. Dissertação (Mestrado em Demografia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

BRAGA, R, R. *Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da saúde da família em Belo Horizonte.* Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

BRASIL. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Saúde da Família: Uma estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*. Ministério da Saúde. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n 1.654 de 19 de julho de 2011*.

BROCK, C. *Self care: a real choice*. Department of Health of United Kingdom. 2005.

BUSS, P. M. *Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde*. Fiocruz. 2003.

CAMARGOS, M. C. S.; ALVES, L. C. *Implicações do Envelhecimento Populacional no Sistema de Saúde: Uma análise da demanda e dos custos com internação hospitalar no SUS no estado de Minas Gerais em 1998*. ABEP, Caxambú; MG – Brasil, 2004.

CARBONI, R.M.; REPPETTO, M.A. *Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil*. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 251-260, 2007.

CARTA DE OTTAWA. *Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa, novembro de 1986.

CARVALHO, J.A.M. *Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil*. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2004. (Texto para Discussão, 227)

CAVALCANTI, M. G. P. H.; SAAD, P. M. *Os idosos no contexto da saúde pública*. In: SEADE- Fundação sistema estadual de análise de dados. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo: SEADE. p.181-206. 1990.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

COLEMAN, K., et al., *Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium*. Health Aff, 2009. 28(1): p. 75-85.

CONASS. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde– Brasília*: 2007.

CONASS. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS): Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2006.

CORRAL, F. P.; ABRAIRA, V. *Autoperception and satisfaction with health: two medical care markers in elderly hospitalized patients. Quality of life as an outcome estimate of clinical practice*. J Clin Epidemiol, 48:1031-40. 1995

CREDITOR, M. C. *Hazards of hospitalization of the elderly*. Ann Inter Med 118:219-23. 1993.

CRIMMINS, E. M. *Trends in the health of the elderly*. Annual Review of Public Health; 25:79-98. 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. *Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?* Rev. Texto Contexto Enferm. v. 15, n. 3, p.479-82, jul./set., 2006.

CZERESNIA, D. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Cad Saúde Pública, 15(4), 701-9. 1999.

DIOGO, M.J. D'E. *Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso*. Rev Latino-am enfermagem março-abril; 12(2):280-282. 2004.

DIXIT, Avinash. Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review. **Journal of human resources**, p. 696-727, 2002.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C.A. *Human resources for health policies: a critical component in health policies*. Hum Resour Health 1: 1-16. 2003.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999.

FACCHINI, A. L.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. *Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):657-667, 2006.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. *Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente*. Rev Bras Educ Med, v. 34, n. 2, p. 207-15, 2010.

FISCHER, R. M. *Pondo os pingos nos is sobre as relações de trabalho e políticas de administração de recursos humanos*. In: FISCHER, R. M. et alli *Processo e relações de trabalho no Brasil*. São Paulo: Atlas, 1987.

FONSECA, C.D.; SEIXAS, P.Q.D. *Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e Prioridades*. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.). *Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. 1ª ed. Campinas: UNICAMP/NEPP, 2002, p. 289-322

FORREST, C.B.,SHI, L.; SCHRADER, S.; NG, J. *Managed Care, Primary Care, and the Patient-practitioner Relationship*. J Gen Intern Med, 2002. 17(4): p. 270-277.

GIL, C. R. R. *Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIL, C. R. R. *Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas*. Cad. Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOMES, R. *Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003

GONÇALVES, M. A. *A comparative study of hospital management in Great Britain and Brazil: cost information use*. Birmingham: Aston University Press- (Thesis). 2002.

HAIR, J. F., ANDERSON, R. E., TATHAM, R. L. *Análise multivariada de dados*. Bookman. 2005.

HIRSCH, C. H.; SOMMERS, L.; OLSEN, A.; MULLER, L.; WINOGRAG, C. H. *The natural history of functional morbidity in hospitalizes older patients*. J Am Geriatr Soc; 38:1296-303. 1990.

IBGE. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. Brasília. 2009.

IGBE. *Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 27. 2010.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. *Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies*. J Health Soc Behav, v. 38, p. 21-37, 1997.

JANG, S. N.; KIM, D. H. *Trends in the health status of older Koreans*. J Am Geriatr Soc; 58(3):592-598. 2010.

KIRSCH, U.M. *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KORIN, D. *Novas perspectivas de gênero em saúde*. Adolescência Latino-Americana 2(2):1-16. 2001.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho Hospitalar no Brasil*. São Paulo: Singular, 2009.

LARSEN, K; MERLO, J. *Appropriate assessment of neighborhood effects on individual health: integrating random and fixed effects in multilevel logistic regression*. American journal of epidemiology, v. 161, n. 1, p. 81-88, 2005.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEOPOLD, N.; COOPER, J.; CLANCY, C. *Sustained partership in primary care*. J Fam Pract. 42: 129-37. 1996

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. *Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 735-743, jun. 2003.

LOURENÇO, R.A.; MARTINS, C.S.F.; SANCHEZ, M.A.S.; VERAS, R.P. *Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, abr. 2005.

MACINKO, J. LIMA-COSTA, M. F. *Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008*. International Journal for Equity in Health 2012, 11:33

MACINKO, J; DOURADO, I; GUANAIS, F. C. *Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde*. Diagnósticos, instrumentos e intervenções. BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Nova York, 2011.

MEDEIROS, C. R., JUNQUEIRA, A. G. W., SCHWINGEL, G., CARRENO, I., JUNGLES, L. A. P., SALDANHA, O. M. F. L. *A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família*. Ciências e Saúde Coletiva, 15(supl 1), 1521-31. 2010.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde do SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 1998

MOBLEY, W. H. *Turnover: causas, consequências e controle*. Porto Alegre: ED. Ortiz, 1992.

MORICI, M. C. *Recursos humanos em hospitais do sistema único de saúde: entre a assistência e a gestão*. Dissertação de Mestrado em Administração. CEPEAD/UFMG. 2011.

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

NARASIMHAN, V.; BROWN, H.; PABLOS-MENDEZ, A. *Responding to the global human resource crisis*. Lancet 363: 1469-72. 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*; Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Trabalhando juntos pela saúde*; Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Desenvolvimento e Fortalecimento da Gestão dos Recursos Humanos no setor de saúde*. 43º conselho Diretor 53ª sessão do comitê Regional. Washington, D.C. 2001.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. The Lancet, 377(9779), 1778-1797. 2011.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. *SABE: Survey on health and well-being of elders: preliminary report*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

PASSOS, C. M. *O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas*. Diss. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2011.

PERPÉTUO, I. H. O. (Org.) *A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes da sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais*- Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. *Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade*. Rev Saúde Pública, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática*. In: BARROS, A.F.R. (org.) et al . Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

POL, L.G.; THOMAS, R.K. *The demography of health and health care*. New York: Plenum, 381p. 2001.

PUSTAI, O. J. *O Sistema de Saúde no Brasil*. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.) *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências*. 3ª edição. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

REBOUÇAS, M. *Indicadores de saúde dos idosos: Comparação entre o Brasil e os Estados Unidos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília. 2006.

ROCHA, T. A. H. *Práticas de Gestão de Recursos Humanos e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família: Uma interface necessária- Um estudo em Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado em Administração. CEPEAD/UFMG. 2011.

RODRIGUES, C. G. *Dinâmica Demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050*. Tese de Doutorado em Demografia- CEDEPLAR/ UFMG. 2010.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Graal, Rio de Janeiro. 1979

SAMPAIO, L. F. R. *O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Contribuições para Discussão*. In: Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. (CONASS Documenta 7) 76p. 2004.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. *Homens e saúde na pauta da saúde coletiva*. 2005

SEIXAS, P.H.D. *Os pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde*. In: Brasil, Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde: Seminário Internacional. Brasília, p. 100-126, 2002.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. *Métodos de Pesquisa das Relações Sociais*. São Paulo: Herder, 1982.

SELLTIZ, C. et alli. *Métodos de Pesquisa das Relações Sociais*. São Paulo: Herder, 1965. Sousa, Maria Fátima de, 2002.

SILVA, N. C. *Gestão de recursos humanos na saúde da família: fato ou ficção?* Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One/UFMG, 2009.

SILVA, N. C.; BARBOSA, A.C.Q.; RODRIGUES, J. M.; RODRIGUES, R. B.; ROCHA, T. A. H. *Saúde da família e RH: dimensões para efetividade*. Adm. FACES Journal Belo Horizonte · v. 11 · n. 2 · p. 121-145 · abr./jun. 2011.

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

TAVEIRA, Z. Z. *Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura*. Monografia de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):133-149, 2000.

ULRICH, D. *Os campeões de recursos humanos: inovando para obter os melhores resultados*. Futura. 2000.

VERAS, R. *Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, jun. 2003.

VIEIRA, M. A *Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde*. In: Textos de apoio em políticas de saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2005.

WALKER, J. D.; MAXWELL, C. J.; HOGAN, D. B.; EBLY, E. M. *Does Self-Rated Health Predict Survival in Older Persons with Cognitive Impairment?* Journal of the American Geriatrics Society. v.52. n. 11, p. 1985-1990, 2004.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A.. *O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas*. Rev. bras. estud. popul., Campinas, v.23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Políticas e Programas de Saúde

Lei orgânica da Saúde

Instituída pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A Lei Orgânica da Saúde dispõe sobre a saúde para todos, não somente para idosos. O Art. 2º determina que a saúde seja um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Este dever consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (PAIE) foi o resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

O plano tem três orientações prioritárias: pessoas idosas e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente de vida propício e favorável. Estes objetivos compreendem temas como participação ativa do idoso na sociedade e no desenvolvimento, as incapacidades funcionais de acometem este grupo populacional, promoção da plena participação dos idosos portadores de incapacidades, acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde e Capacitação de prestadores de serviços de saúde e de profissionais de saúde (ONU, 2003).

Estatuto do Idoso

Instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

O Estatuto do Idoso prescreve diretrizes para o cuidado, com objetivos de prevenção e manutenção da saúde deste grupo populacional, incluindo ações de: Cadastro da população idosa em base territorial; atendimento domiciliar; fornecimento gratuito, pelo Poder Público, de medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como

próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação do idoso.

Política Nacional de Atenção Básica

Regulamentada pela Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Alguns dos fundamentos e diretrizes da PNAB são possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, e também coordenar a integralidade, através ações programáticas; trabalho de forma multiprofissional; e coordenando a inserção na rede de saúde

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Regulamentada pela Portaria GM n° 2.528, de 19 de outubro de 2006.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem como finalidade a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Esta política também aponta a necessidade de um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Programa Mais Vida

Instituído pela Resolução da Secretaria Estadual de Saúde- SESMG N° 2.603, de 7 de dezembro de 2010.

O Programa Mais Vida é um projeto prioritário do Governo de Minas Gerais que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Para tanto, busca

oferecer um padrão de excelência nas ações de saúde, de modo que a população tenha longevidade, com independência e autonomia (Art 1º §1º).

A missão do Programa é implantar uma Rede de Atenção à Saúde da População Idosa no Estado, através de um sistema articulado e integrado, que assegure os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade. Este programa serve como complemento à atenção primária de saúde. As ações do Programa Mais Vida incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a atenção à Saúde do Idoso.

APÊNDICE B- Amostra do Estudo

Quadro 12 - Municípios da Amostra

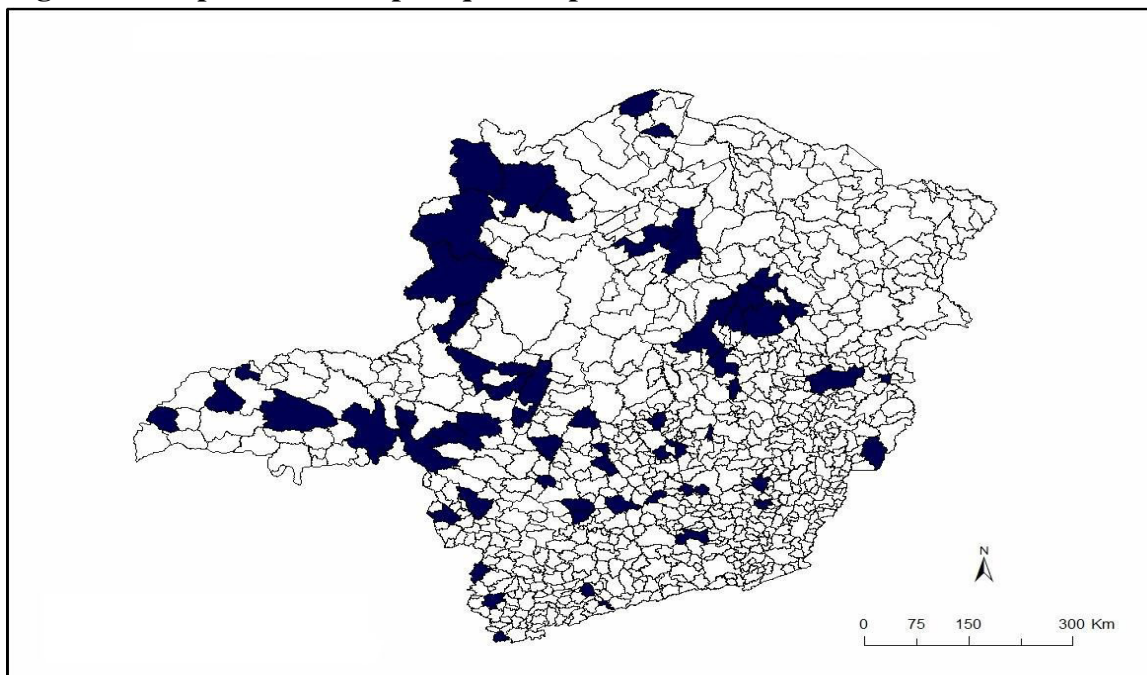
#	Município ¹²
1	Araxá
2	Arinos
3	Barbacena
4	Barbacena
5	Belo Horizonte
6	Belo Horizonte
7	Belo Horizonte
8	Belo Horizonte
9	Belo Horizonte
10	Belo Horizonte
11	Betim
12	Buritiz
13	Campo Belo
14	Candeias
15	Capelinha
16	Capelinha
17	Capinópolis
18	Carbonita
19	Carmo De Minas
20	Carmo do Paranaíba
21	Central de Minas
22	Congonhas
23	Coração de Jesus
24	Delta
25	Desterro de Entre Rios
26	Diamantina
27	Diamantina
28	Divinópolis
29	Dom Joaquim
30	Extrema
31	Governador Valadares
32	Gurinhata
33	Ibiá
34	Itamarandiba
35	Itanhandu
36	Limeira Do Oeste

#	Município ¹²
37	Luz
38	Martinho Campos
39	Montalvânia
40	Montes Claros
41	Montes Claros
42	Mutum
43	Nova Serrana
44	Nova União
45	Oliveira
46	Ouro Branco
47	Ouro Fino
48	Ouro Fino
49	Pains
50	Paracatu
51	Passos
52	Patos de Minas
53	Patos de Minas
54	Poços De Caldas
55	Ponte Nova
56	Prata
57	Ribeirão das Neves
58	Sacramento
59	Santa Juliana
60	São Gotardo
61	São João das Missões
62	São Sebastião Do Paraíso
63	Sen. Modestino Gonçalves
64	Serro
65	Sete Lagoas
66	Tiros
67	Turmalina
68	Uberaba
69	Uberaba
70	Uberaba
71	Uberaba
72	Uberaba
73	Uberaba
74	Unaí
75	Urucuaia
76	Vazante
77	Viçosa

Fonte: Elaborado pelo autor

¹² Nos municípios que se repetem na tabela, mais de uma Unidade Básica de Saúde foi analisada. O nome das UBS foi suprimido neste quadro para que não seja possível identificá-las.

Figura 5 - Mapa dos Municípios que compõem a amostra



Fonte: Elaborado pelo autor

APÊNDICE C- Análises Estatísticas Univariadas

A Tabela 15 mostra as relações entre características categóricas e a posse ou não da caderneta de idosos. A Tabela 16 mostra estas relações para as características quantitativas.

Tabela 15- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável *Possui Caderneta do Idoso*

Características	Apresenta caderneta do idoso?		Valor - p
	Não	Sim	
Formação complementar Enfermeiro			
Não	30	8	
Sim	58	9	0,308
Demanda Espontânea			
Não	120	29	
Sim	1072	200	0,240
Vínculo Médico			
Servidor Público	53	5	
Contrato Temp. pela adm.	11	7	0,002
Vínculo Enfermeiro			
Servidor Público	420	74	
Cargo Comissionado	107	15	<0,001
Contrato Temp. pela Adm.	334	55	
Contrato Temp. por prest. de serv.	225	47	
Empregado Público CLT	7	10	
Contrato CLT	99	28	
Plano de carreiras Médico			
Não	53	5	0,002
Sim	11	7	
Plano de carreiras Enfermeiro			
Não	1004	202	
Sim	188	27	0,124
Educação permanente			
Não	175	43	
Sim	1000	182	0,110
Ação de promoção à saúde p/ idosos			
Não	232	27	
Sim	960	202	0,006
Ação de promoção à saúde p/ autocuidado			
Não	387	89	
Sim	805	140	0,060
Recebe Apoio matricial			
Não	128	20	
Sim	1064	209	0,363
Central de Regul. p/ Encaminhamento			
Não	73	31	
Sim	1119	198	<0,001
Ficha de encaminhamento			
Não	111	36	
Sim	1081	193	0,004
Prontuário Organizado por núcleo			
Não	166	28	
Sim	1026	201	0,493
Prontuário eletrônico			
Não	1030	200	

Sim	162	29	0,706
<hr/>			
Agenda de atividades			
Não	115	28	
Sim	1077	201	0,235
<hr/>			
Sexo			
Masculino	530	87	
Feminino	662	142	0,070
<hr/>			
Classe social			
A e B	124	26	
C	496	103	0,477
D e E	568	99	
Sem informação	4	1	
<hr/>			
O idoso mora sozinho			
Não	947	184	
Sim	245	45	0,756
<hr/>			
Visão			
Boa	526	103	
Regular	302	41	0,030
Ruim	360	84	
É cego	4	1	
<hr/>			
Dificuldade de caminhar uma rua			
Não	835	144	
Sim	336	79	0,091
Não consegue	21	6	
<hr/>			
Dificuldade de subir um andar de escadas			
Não	733	120	
Sim	432	93	0,002
Não consegue	35	16	
<hr/>			
Dificuldade de se curvar, ajoelhar			
Não	664	94	
Sim	487	116	<0,001
Não consegue	41	19	
<hr/>			
Dificuldades de levantar pesos			
Não	672	112	
Sim	461	81	<0,001
Não consegue	59	36	
<hr/>			
Doença de coluna ou costas			
Não	639	117	
Sim	553	112	0,485
<hr/>			
Artrite, reumatismo ou artrose			
Não	865	164	
Sim	323	65	0,710
<hr/>			
Câncer			
Não	1136	221	
Sim	54	8	0,479
<hr/>			
Diabetes			
Não	957	166	
Sim	233	63	0,007
<hr/>			
Doença crônica do pulmão			
Não	1078	199	
Sim	113	30	0,096
<hr/>			
Hipertensão			
Não	466	62	
Sim	725	167	0,001
<hr/>			
Ataque do coração, Doença coronária...			
Não	935	183	

Sim	256	46	0,634
Insuficiência renal crônica			
Não	1106	215	
Sim	85	14	0,578
Embolia, derrame, ataque...			
Não	1119	214	
Sim	72	15	0,770
Depressão			
Não	996	202	
Sim	196	27	0,076
Desnutrição			
Não	1167	224	
Sim	24	5	0,869
Osteoporose			
Não	1008	192	
Sim	182	37	0,741

Tabela 16- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável *Possui caderneta do idoso*

Variável	Valor-p
Idade	0,0220
Quantidade Médicos	0,3220
Quantidade Enfermeiros	0,6390
Quantidade Técnicos em Enfermagem	0,0521
Quantidade Auxiliar de Enfermagem	0,8780
Quantidade ACS	0,9270

A Tabela 17 mostra as relações entre características categóricas e internações do idoso nos últimos 12 anos. A Tabela 18 mostra estas relações para as características quantitativas.

Tabela 17- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável Internações do idoso nos últimos 12 meses

Características	O idoso ficou internado ?		Valor - p
	Não	Sim	
Formação Comp. Enfermeiro			
Não	33	6	
Sim	55	12	0,738
Demanda Espontânea			
Não	120	29	
Sim	1076	206	0,290
Vínculo Med.			
Servidor Público	51	8	
Contrato Temp. pela adm.	14	4	0,375
Vínculo Enfermeiro			
Servidor Público	396	101	
Cargo Comissionado	103	19	
Contrato Temp. pela Adm.	336	58	
Contrato Temp. por prest. de	234	40	0,081
Empregado Público CLT	16	1	
Contrato CLT	111	16	
Plano de carreiras Médico			
Não	14	4	
Sim	51	8	0,375
Plano de carreiras Enfermeiro			
Não	1022	194	
Sim	174	41	0,256
Educação permanente			
Não	193	25	
Sim	981	208	0,028
Ação de promoção à saúde p/ idosos			
Não	215	45	
Sim	981	190	0,670
Ação de Promoção p/ autocuidado			
Não	399	78	
Sim	797	157	0,960
Recebe Apoio matricial			
Não	128	20	
Sim	1068	215	0,313
Central de Reg p/ Encaminhamento			
Não	92	12	
Sim	1104	223	0,163
Ficha de encaminhamento			
Não	113	35	
Sim	1083	200	0,012
Prontuário Organizado por núcleo			
Não	158	36	
Sim	1038	199	0,388
Prontuário eletrônico			
Não	1041	198	
Sim	155	37	0,252

Agenda de atividades			
Não	119	24	
Sim	1077	211	0,902
Sexo			
Masculino	524	99	
Feminino	672	136	0,634
Classe social			
A e B	129	25	
C	501	101	0,949
D e E	562	108	
Sem informação	4	1	
O idoso mora sozinho			
Não	948	193	
Sim	248	42	0,318
Visão			
Boa	546	87	
Regular	298	48	0,001
Ruim	349	98	
É cego	3	2	
Dificuldade de caminhar uma rua			
Não	882	105	
Sim	295	122	<0,001
Não consegue	19	8	
Dificuldade de subir um andar			
Não	770	87	
Sim	395	127	<0,001
Não consegue	30	21	
Dificuldade de se curvar, ajoelhar			
Não	686	76	
Sim	475	134	<0,001
Não consegue	35	25	
Dificuldades de levantar pesos			
Não	712	76	
Sim	421	127	<0,001
Não consegue	63	32	
Doença de coluna ou costas			
Não	636	125	
Sim	560	110	0,997
Artrite, reumatismo ou artrose			
Não	881	156	
Sim	311	79	0,018
Câncer			
Não	1153	214	
Sim	41	21	<0,001
Diabetes			
Não	958	174	
Sim	236	61	0,036
Doença crônica do pulmão			
Não	1090	195	
Sim	105	40	<0,001
Hipertensão			
Não	469	61	
Sim	726	174	<0,001
Ataque do coração			
Não	973	154	

Sim	222	81	<0,001
Insuficiência renal crônica			
Não	1120	210	
Sim	75	25	0,017
Embolia, derrame, ataque			
Não	1142	200	
Sim	53	35	<0,001
Depressão			
Não	1013	193	
Sim	183	42	0,322
Desnutrição			
Não	1174	227	
Sim	21	8	0,102
Osteoporose			
Não	1015	192	
Sim	179	43	0,201

Tabela 18- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável *Internações do idoso nos últimos 12 meses*

Variável	Valor-p
Idade	<0,001
Quantidade Médicos	0,9170
Quantidade Enfermeiros	0,7750
Quantidade Técnicos em Enfermagem	0,5320
Quantidade Auxiliar de Enfermagem	0,0610
Quantidade ACS	0,3210

A Tabela 19 mostra as relações entre características categóricas e Visitas do Agente Comunitário de Saúde. A Tabela 20 mostra estas relações para as características quantitativas.

Tabela 19- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável Número de Visitas ACS

Características	Número de Visitas ACS						Valor - p
	N	média	desvio	mín	med	máx	
Formação Comp. Enfermeiro							
Não	39	2,2	3,7	0,0	0,0	12,0	
Sim	67	0,9	2,6	0,0	0,0	12,0	0,012
Demanda Espontânea							
Não	149	6,6	9,9	0,0	1,0	48,0	
Sim	1282	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	0,428
Vínculo Médico							
Servidor Público	59	2,3	3,8	0,0	0,0	12,0	
Contrato Temp. pela adm.	18	0,1	0,2	0,0	0,0	1,0	0,009
Sem informação	1354	5,9	8,2	0,0	1,0	50,0	
Vínculo Enfermeiro							
Servidor Público	497	5,7	7,7	0,0	2,0	48,0	
Cargo Comissionado	122	7,8	5,5	0,0	12,0	12,0	<0,001
Contrato Temp. pela Adm.	394	3,7	6,9	0,0	0,0	48,0	
Contrato Temp por prest de serv.	274	5,2	8,6	0,0	0,0	50,0	
Empregado Público CLT	17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Contrato CLT	127	11,2	11,1	0,0	12,0	48,0	
Plano de carreiras Médico							
Não	18	0,1	0,2	0,0	0,0	1,0	
Sim	59	2,3	3,8	0,0	0,0	12,0	0,009
Sem informação	1354	5,9	8,2	0,0	1,0	50,0	
Plano de carreiras Enfermeiro							
Não	0	1216	5,9	8,4	0,0	50,0	
Sim	1	215	4,0	5,6	0,0	40,0	0,055
Educação permanente							
Não	218	5,9	8,1	0,0	0,0	48,0	
Sim	1189	5,7	8,1	0,0	1,0	0,0	0,843
Sem informação	24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ação de promoção à saúde p/ idosos							
Não	260	6,7	7,9	0,0	4,0	48,0	
Sim	1171	5,4	8,2	0,0	0,0	50,0	<0,001
Ação de promoção à saúde p/ autocuidado							
Não	477	5,3	8,1	0,0	0,0	50,0	
Sim	954	5,8	8,1	0,0	1,0	48,0	0,120
Recebe Apoio matricial							
Não	148	4,8	6,7	0,0	0,0	48,0	
Sim	1283	5,7	8,2	0,0	0,0	50,0	0,547
Central de Regul. p/ Encaminhamento							
Não	104	3,6	5,5	0,0	0,0	12,0	
Sim	1327	5,8	8,2	0,0	1,0	50,0	0,005
Ficha de encaminhamento							
Não	148	1,9	6,8	0,0	0,0	48,0	<0,001
Sim	1283	6,1	8,1	0,0	2,0	50,0	
Prontuário Organizado por núcleo							
Não	194	8,0	10,7	0,0	4,0	50,0	0,002
Sim	1237	5,3	7,6	0,0	0,0	48,0	
Prontuário eletrônico							

Não	1239	5,5	7,9	0,0	0,0	50,0	0,134
Sim	192	6,6	9,6	0,0	2,0	48,0	
<hr/>							
Agenda de atividades							
Não	143	3,8	6,2	0,0	0,0	36,0	0,001
Sim	1288	5,9	8,3	0,0	1,0	50,0	
<hr/>							
Sexo							
Masculino	623	5,4	7,6	0,0	0,0	48,0	0,494
Feminino	808	5,9	8,5	0,0	1,0	50,0	
<hr/>							
Classe social							
A e B	154	3,2	5,9	0,0	0,0	36,0	<0,001
C	602	5,6	8,7	0,0	0,0	50,0	
D e E	670	6,4	7,9	0,0	4,0	48,0	
Sem informação	5	2,4	5,4	0,0	0,0	12,0	
<hr/>							
O idoso mora sozinho							
Não	1141	5,7	8,2	0,0	0,0	50,0	0,697
Sim	290	5,7	7,7	0,0	1,5	40,0	
<hr/>							
Visão							
Boa	633	5,9	8,1	0,0	2,0	50,0	0,023
Regular	346	5,9	7,1	0,0	2,0	48,0	
Ruim	447	5,1	8,6	0,0	0,0	48,0	
É cego	5	12,0	20,8	0,0	0,0	48,0	
<hr/>							
Dificuldade de caminhar uma rua							
Não	987	5,5	7,4	0,0	0,0	50,0	0,067
Sim	417	6,2	9,7	0,0	1,0	48,0	
Não consegue	27	2,6	5,9	0,0	0,0	20,0	
<hr/>							
Dificuldade de subir um andar de escadas							
Não	875	5,6	7,2	0,0	1,0	50,0	<0,001
Sim	522	6,2	9,6	0,0	1,0	48,0	
Não consegue	51	1,7	4,7	0,0	0,0	20,0	
<hr/>							
Dificuldade de se curvar, ajoelhar							
Não	762	5,8	7,6	0,0	2,0	50,0	<0,001
Sim	609	5,8	8,9	0,0	0,0	48,0	
Não consegue	60	1,6	4,2	0,0	0,0	20,0	
<hr/>							
Dificuldades de levantar pesos							
Não	788	5,5	7,4	0,0	0,0	50,0	<0,001
Sim	548	6,8	9,2	0,0	3,0	48,0	
Não consegue	95	0,9	3,5	0,0	0,0	20,0	
<hr/>							
Doença de coluna ou costas							
Não	761	5,7	8,3	0,0	0,0	48,0	0,974
Sim	670	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
<hr/>							
Artrite, reumatismo ou artrose							
Não	1037	5,7	8,1	0,0	0,0	50,0	0,669
Sim	390	5,6	7,9	0,0	0,0	48,0	
<hr/>							
Câncer							
Não	1367	5,6	8,0	0,0	0,0	50,0	0,698
Sim	62	6,3	9,5	0,0	2,5	48,0	
<hr/>							
Diabetes							
Não	1132	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	0,989
Sim	297	5,9	8,7	0,0	0,0	48,0	
<hr/>							
Doença crônica do pulmão							
Não	1285	5,6	8,0	0,0	0,0	50,0	0,752
Sim	145	5,9	8,9	0,0	0,0	48,0	
<hr/>							
Hipertensão							
Não	530	5,2	7,6	0,0	0,0	48,0	0,376
Sim	900	5,9	8,4	0,0	0,0	50,0	
<hr/>							
Ataque do coração, Doença coronária...							

Não	1127	5,3	7,7	0,0	0,0	50,0	
Sim	303	7,0	9,5	0,0	3,0	48,0	0,020
<hr/>							
Insuficiência renal crônica							
Não	1330	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	100	7,1	10,2	0,0	3,0	48,0	0,179
<hr/>							
Embolia, derrame, ataque...							
Não	1342	5,7	7,9	0,0	1,0	50,0	
Sim	88	5,4	9,9	0,0	0,0	48,0	0,092
<hr/>							
Depressão							
Não	1206	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	225	5,8	8,9	0,0	1,0	48,0	0,940
<hr/>							
Desnutrição							
Não	1401	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	29	7,4	14,7	0,0	0,0	48,0	0,624
<hr/>							
Osteoporose							
Não	1207	5,6	8,1	0,0	0,0	50,0	
Sim	222	5,9	7,7	0,0	1,5	48,0	0,436

Tabela 20- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável *Visitas ACS*

Variável	Valor-p
Idade	0,010
Quantidade Médicos	< 0,001
Quantidade Enfermeiros	< 0,001
Quantidade Técnicos em Enfermagem	0,001
Quantidade Auxiliar de Enfermagem	< 0,001
Quantidade ACS	0,050

A Tabela 21 mostra as relações entre características categóricas e Visitas de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares em enfermagem. A Tabela 22 mostra estas relações para as características quantitativas.

Tabela 21- Correlação das variáveis independentes categóricas com a variável Número de Visitas Outros Profissionais

Características	Número de Visitas						Valor - p
	N	média	desvio	mín	med	máx	
Formação Comp. Enfermeiro							
Não	39	0,1	0,5	0,0	0,0	2,0	
Sim	67	0,3	0,9	0,0	0,0	4,0	0,677
Sem informação	1325	1,4	6,7	0,0	0,0	108,0	
Demanda Espontânea							
Não	149	1,4	9,1	0,0	0,0	108,0	0,622
Sim	1282	1,3	6,1	0,0	0,0	100,0	
Vínculo Médico							
Servidor Público	59	0,3	0,9	0,0	0,0	4,0	
Contrato Temp. pela adm.	18	0,2	0,5	0,0	0,0	2,0	0,914
Sem informação	1354	1,3	6,7	0,0	0,0	108,0	
Vínculo Enfermeiro							
Servidor Público	497	1,0	6,7	0,0	0,0	108,0	
Cargo Comissionado	122	0,8	2,9	0,0	0,0	21,0	
Contrato Temp. pela Adm.	394	1,6	7,2	0,0	0,0	100,0	0,549
Contrato Temp por prest de serv.	274	1,4	5,0	0,0	0,0	36,0	
Empregado Público CLT	17	0,6	2,0	0,0	0,0	8,0	
Contrato CLT	127	1,7	8,8	0,0	0,0	72,0	
Plano de carreiras Médico							
Não	18	0,2	0,5	0,0	0,0	2,0	
Sim	59	0,3	0,9	0,0	0,0	4,0	0,914
Sem informação	1354	1,3	6,7	0,0	0,0	108,0	
Plano de carreiras Enfermeiro							
Não	1216	1,3	6,5	0,0	0,0	108,0	0,777
Sim	215	1,0	6,2	0,0	0,0	80,0	
Educação permanente							
Não	218	1,2	5,7	0,0	0,0	72,0	
Sim	1189	1,3	6,7	0,0	0,0	108,0	0,867
Sem informação	24	0,1	0,4	0,0	0,0	2,0	
Ação de promoção à saúde p/ idosos							
Não	260	0,3	1,3	0,0	0,0	12,0	
Sim	1171	1,5	7,1	0,0	0,0	108,0	0,024
Ação de promoção à saúde p/ autocuidado							
Não	477	1,1	5,5	0,0	0,0	72,0	
Sim	954	1,4	6,9	0,0	0,0	108,0	0,634
Recebe Apoio matricial							
Não	148	1,4	9,3	0,0	0,0	108,0	
Sim	1283	1,2	6,1	0,0	0,0	100,0	0,528
Central de Regul. p/ Encaminhamento							
Não	104	1,7	7,6	0,0	0,0	72,0	
Sim	1327	1,3	6,4	0,0	0,0	108,0	0,500
Ficha de encaminhamento							
Não	148	2,0	5,8	0,0	0,0	36,0	
Sim	1283	1,2	6,6	0,0	0,0	108,0	0,391
Prontuário Organizado por núcleo							
Não	194	2,0	8,4	0,0	0,0	100,0	
Sim	1237	1,2	6,1	0,0	0,0	108,0	0,379

Prontuário eletrônico							
Não	1239	1,2	6,2	0,0	0,0	108,0	
Sim	192	1,8	8,3	0,0	0,0	100,0	0,398
Agenda de atividades							
Não	143	0,5	2,0	0,0	0,0	20,0	
Sim	1288	1,4	6,8	0,0	0,0	108,0	0,633
Sexo							
Masculino	623	1,0	5,3	0,0	0,0	72,0	
Feminino	808	1,5	7,2	0,0	0,0	108,0	0,017
Classe social							
A e B	154	0,2	1,1	0,0	0,0	10,0	
C	602	1,2	6,5	0,0	0,0	108,0	0,335
D e E	670	1,6	7,2	0,0	0,0	100,0	
Sem informação	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
O idoso mora sozinho							
Não	1141	1,4	7,1	0,0	0,0	108,0	0,910
Sim	290	0,8	3,1	0,0	0,0	24,0	
Visão							
Boa	633	0,9	6,2	0,0	0,0	108,0	
Regular	346	0,5	2,3	0,0	0,0	24,0	
Ruim	447	2,3	8,6	0,0	0,0	100,0	0,001
É cego	5	6,0	10,1	0,0	2,0	24,0	
Dificuldade de caminhar uma rua							
Não	987	0,5	3,3	0,0	0,0	72,0	
Sim	417	2,9	10,4	0,0	0,0	108,0	<0,001
Não consegue	27	5,2	8,0	0,0	2,0	27,0	
Dificuldade de subir um andar de escadas							
Não	857	0,4	3,2	0,0	0,0	72,0	
Sim	522	2,4	9,5	0,0	0,0	108,0	<0,001
Não consegue	51	4,1	6,9	0,0	1,0	27,0	
Dificuldade de se curvar, ajoelhar							
Não	762	0,4	2,3	0,0	0,0	37,0	
Sim	609	2,3	9,3	0,0	0,0	108,0	<0,001
Não consegue	60	2,8	5,7	0,0	0,0	27,0	
Dificuldades de levantar pesos							
Não	788	0,4	3,2	0,0	0,0	72,0	
Sim	548	2,3	9,2	0,0	0,0	108,0	<0,001
Não consegue	95	2,6	6,2	0,0	0,0	36,0	
Doença de coluna ou costas							
Não	761	5,7	8,3	0,0	0,0	48,0	
Sim	670	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	0,974
Artrite, reumatismo ou artrose							
Não	1037	5,7	8,1	0,0	0,0	50,0	
Sim	390	5,6	7,9	0,0	0,0	48,0	0,669
Câncer							
Não	1367	5,6	8,0	0,0	0,0	50,0	
Sim	62	6,3	9,5	0,0	2,5	48,0	0,698
Diabetes							
Não	1132	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	297	5,9	8,7	0,0	0,0	48,0	0,989
Doença crônica do pulmão							
Não	1285	5,6	8,0	0,0	0,0	50,0	
Sim	145	5,9	8,9	0,0	0,0	48,0	0,752
Hipertensão							
Não	530	5,2	7,6	0,0	0,0	48,0	
Sim	900	5,9	8,4	0,0	0,0	50,0	0,376

Ataque do coração, Doença coronária...							
Não	1127	5,3	7,7	0,0	0,0	50,0	
Sim	303	7,0	9,5	0,0	3,0	48,0	0,020
Insuficiência renal crônica							
Não	1330	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	100	7,1	10,2	0,0	3,0	48,0	0,179
Embolia, derrame, ataque...							
Não	1342	5,7	7,9	0,0	1,0	50,0	
Sim	88	5,4	9,9	0,0	0,0	48,0	0,092
Depressão							
Não	1206	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	225	5,8	8,9	0,0	1,0	48,0	0,940
Desnutrição							
Não	1401	5,6	7,9	0,0	0,0	50,0	
Sim	29	7,4	14,7	0,0	0,0	48,0	0,624
Osteoporose							
Não	1207	5,6	8,1	0,0	0,0	50,0	
Sim	222	5,9	7,7	0,0	1,5	48,0	0,436

Tabela 22- Correlação das variáveis independentes quantitativas com a variável *Visitas Outros Profissionais*

Variável	Valor-p
Idade	<0,001
Quantidade Médicos	0,1110
Quantidade Enfermeiros	0,0050
Quantidade Técnicos em Enfermagem	0,7350
Quantidade Auxiliar de Enfermagem	0,2190
Quantidade ACS	<0,001

APENDICE D- Análises Estatísticas Multivariadas

Tabela 23- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável *Possui caderneta do idoso*.

Características	Valor-p			Final
Recursos Humanos				
Vínculo enfermeiro				
Cargo comissionado	0.104	0.051	0.270	0.270
Contrato temp. adm. publ.	0.093	0.153	0.179	0.179
Contrato temp. prest. serv.	0.903	0.908	0.785	0.785
Empregado CLT	0.032	0.016	0.003	0.003
Contrato CLT	0.060	0.103	0.041	0.041
Ação de promoção à saúde p/ idosos	0.023	0.027	0.032	0.032
Ação de promoção à saúde p/ autocuidado	0.252	X	X	X
Central de regulação encaminhamento	0.025	0.101	X	X
Ficha de encaminhamento	0.023	0.020	0.016	0.016
Demográficas				
Sexo	0.174	X	X	X
Idade	0.595	X	X	X
Epidemiológicas				
Visão				
Regular	0.195	X	X	X
Ruim	0.378	X	X	X
Dificuldade de caminhar uma rua				
Sim	0.221	0.331	X	X
Não consegue	0.062	0.038	X	X
Dificuldade de subir um andar de escadas				
Sim	0.855	X	X	X
Não consegue	0.870	X	X	X
Dificuldade de se curvar, ajoelhar				
Sim	0.017	0.013	0.008	0.008
Não consegue	0.364	0.414	0.426	0.426
Dificuldades de levantar pesos				
Sim	0.244	0.354	0.225	0.225
Não consegue	0.001	<0.001	0.004	0.004
Diabetes	0.139	X	X	X
Doença crônica do pulmão	0.241	X	X	X
Depressão	0.020	0.023	0.025	0.025
Hipertensão	0.007	0.001	0.002	0.002

Através dos coeficientes do modelo dados na Tabela 28, temos que a probabilidade p de possuir caderneta do idoso em função das variáveis do modelo é dada por

$$p = \frac{e^x}{1+e^x},$$

onde $x = -2,076 + 0$ vínculo enf (servidor público estatutário) - 0,346 vínculo enf (cargo comissionado)- 0,270 vínculo enf (contrato temporário adm. publ.) - 0,060 vínculo enf (contrato temporário prest.) - 3,38 vínculo enf (empregado CLT)+ 3,409 vínculo enf (contrato CLT) + 0,490 Ação de promoção à saúde para idosos - 0,560 ficha de encaminhamento + 0,503 dificuldade se curvar (sim) + 0,321 dificuldade se curvar (não consegue) - 0,233 dificuldade levantar (sim) + 0,895 dificuldade levantar (não consegue) + 0,534 hipertensão - 0,516 depressão

Tabela 24- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável *O idoso ficou internado nos últimos 12 meses?*

Características	Valor-p				Final
Recursos Humanos					
Vínculo enfermeiro					
Cargo comissionado	0.001	0.151	X	X	X
Contrato temp. adm. publ.	0.089	0.094	X	X	X
Contrato temp. prest. serv.	0.051	0.072	X	X	X
Empregado CLT	0.093	0.113	X	X	X
Contrato CLT	0.949	0.998	X	X	X
Educação permanente	0.003	0.110	X	X	X
Ficha de encaminhamento	0.008	0.004	0.019	0.045	0.045
Demográficas					
Idade	0.005	0.004	0.003	0.000	0.000
Epidemiológicas					
Visão					
Regular	0.582	X	X	X	X
Ruim	0.351	X	X	X	X
Dificuldade de caminhar uma rua					
Sim	0.126	0.020	0.065	0.006	0.006
Não consegue	0.027	0.085	0.059	0.223	0.223
Dificuldade de subir um andar de escadas					
Sim	0.907	0.188	0.914	0.251	0.251
Não consegue	0.043	0.001	0.072	0.010	0.010
Dificuldade de se curvar, ajoelhar					
Sim	0.650	X	0.474	X	X
Não consegue	0.107	X	0.108	X	X
Dificuldades de levantar pesos					
Sim	0.111	X	0.069	X	X
Não consegue	0.447	X	0.518	X	X
Artrite, reumatismo ou artrose	0.850	X	X	X	X
Câncer	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
Diabetes	0.442	X	X	X	X
Doença crônica do pulmão	0.116	X	X	X	X
Hipertensão	0.128	X	X	X	X
Ataque do coração, doença coronária	0.020	0.002	0.010	0.003	0.003
Doença crônica do pulmão	0.116	X	X	X	X
Insuficiência renal crônica	0.560	X	X	X	X
Embolia, derrame, ataque	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

Através dos coeficientes do modelo dados na Tabela 29, temos que a probabilidade p do idoso ter ficado internado nos últimos doze meses em função das variáveis do modelo é dada por

$$p = \frac{e^x}{1+e^x},$$

onde $x = -3,871 + 0,02782 \text{ Idade} - 0,458 \text{ ficha de encaminhamento} + 1,036 \text{ câncer} + 0,509 \text{ ataque do coração} + 0,859 \text{ embolia, derrame, ataque} + 0,635 \text{ dificuldade caminhar uma rua (sim)} - 0,787 \text{ dificuldade caminhar uma rua (não consegue)} + 0,265 \text{ dificuldade subir um andar (sim)} + 1,218 \text{ dificuldade subir um andar (não consegue)}$

Tabela 25- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável *Visitas ACS*

Características	Valor-p			Final
Recursos Humanos				
Quantidade de médicos	0.350	X	X	X
Quantidade de enfermeiros	0,069	<0.001	<0.001	<0.001
Quantidade de técnicos/auxiliares	0,538	X	X	X
Vínculo enfermeiro				
Cargo comissionado	0.224	0.224	0.190	0.190
Contrato temp. adm. publ.	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Contrato temp. prest. serv.	0.464	0.511	0.512	0.512
Empregado CLT	0.252	0.129	0.096	0.096
Contrato CLT	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Plano de carreiras enfermeiro	0.020	<0.001	0.001	0.001
Central de regulação para encaminhamentos	0.019	0.022	0.022	0.022
Ficha de encaminhamento	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Prontuário Organizado por núcleo	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Agenda de atividades	<0.001	<0.001	0.001	0.001
Demográficas				
Idade	0.081	0.012	0.017	0.017
Classe social				
Classe C	0.002	0.004	0.005	0.005
Classe D e E	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Epidemiológicas				
Visão				
Regular	0.693	X	X	X
Ruim	0.360	X	X	X
Dificuldade de caminhar uma rua				
Sim	0.319	X	X	X
Não consegue	0.363	X	X	X
Dificuldade de subir um andar de escadas				
Sim	0.519	X	X	X
Não consegue	0.536	X	X	X
Dificuldade de se curvar, ajoelhar				
Sim	0.514	0.287	X	X
Não consegue	0.068	0.134	X	X
Dificuldades de levantar pesos				
Sim	0.153	0.108	0.201	0.201
Não consegue	0.001	0.001	<0.001	<0.001
Ataque do coração, doença coronária	0.004	0.001	0.001	0.001
Embolia, derrame, ataque	0.340	X	X	X

Através dos coeficientes do modelo dados na Tabela 30, temos que o número de visitas de ACS em função das variáveis do modelo é dada por

$$\text{Visitas ACS} = -2,85 + 0 \text{ vínculo enf (servidor público estatutário)} + 1,081 \text{ vínculo enf (cargo comissionado)} - 3,072 \text{ vínculo enf (contrato temporário adm. publ.)} - 0,427 \text{ vínculo enf (contrato temporário prest.)} - 3,38 \text{ vínculo enf (empregado CLT)} + 3,409 \text{ vínculo enf (contrato CLT)} + 3,974 \text{ ficha de encaminhamento} - 2,745 \text{ prontuário organizado por núcleo} + 2,305 \text{ agenda de atividades} + 1,882 \text{ classe social C} + 2,462 \text{ classe social D e E} + 0,0605 \text{ idade} + 1,660 \text{ ataque do coração} + 0,560 \text{ dificuldade levantar (sim)} - 4,241 \text{ dificuldade levantar (não consegue)} - 2,301 \text{ plano de carreira} - 1,467 \text{ quantidadee enf} + 1,980 \text{ central de regulação}$$

Tabela 26- Processo de seleção de características para o ajuste do modelo de regressão logística para a variável *Visitas*

Características	Valor-p			Final
Recursos Humanos				
Quantidade enfermeiros	0.583	X	X	X
Quantidade ACS	0.065	0.002	0.003	0.003
Ação de promoção à saúde p/ idosos	0.016	0.022	0.016	0.016
Demográficas				
Idade	0.005	0.002	0.001	0.001
Sexo	0.026	0.025	0.046	0.046
Epidemiológicas				
Visão				
Regular	0.784	X	X	X
Ruim	0.608	X	X	X
Dificuldade de caminhar uma rua				
Sim	0.022	0.000	0.000	0.000
Não consegue	0.051	0.006	0.010	0.010
Dificuldade de subir um andar de escadas				
Sim	0.930	X	X	X
Não consegue	0.612	X	X	X
Dificuldade de se curvar, ajoelhar				
Sim	0.136	X	X	X
Não consegue	0.953	X	X	X
Dificuldades de levantar pesos				
Sim	0.704	X	X	X
Não consegue	0.576	X	X	X
Artrite, reumatismo ou artrose	0.354	X	X	X
Diabetes	0.715	X	X	X
Hipertensão	0.240	X	X	X
Ataque do coração, doença coronária	0.861	X	X	X
Insuficiência renal crônica	0.413	X	X	X
Embolia, derrame, ataque	0.319	X	X	X
Depressão	0.102	0.172	X	X
Desnutrição	0.061	0.050	0.084	0.084
Osteoporose	0.074	0.162	X	X

Através dos coeficientes do modelo dados na Tabela 30, temos que o número de visitas de ACS em função das variáveis do modelo é dada por

$Visitas = -4,48 - 0,112 \text{ quantidade ACS} + 0,074 \text{ idade} + 1,701 \text{ sexo (Feminino)} + 1,050 \text{ ação de promoção à saúde para idosos} + 1,790 \text{ dificuldade de caminhar uma rua (sim)} + 3,300 \text{ dificuldade de caminhar uma rua (não consegue)} + 2,080 \text{ desnutrição}$

APENDICE E- Modelos de regressão com variáveis controle (demográficas e epidemiológicas) e variáveis de interesse (recursos humanos).

Tabela 27 - Modelo de regressão logística com variáveis controle – Possui caderneta do idoso

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-2,218	0,150	0,000
Epidemiológicas			
Dificuldade de se curvar e ajoelhar			
Não			
Sim	0,533	0,200	0,008
Não consegue	0,356	0,498	0,437
Dificuldades de levantar ou carregar pesos			
Não			
Sim	-0,252	0,207	0,243
Não consegue	0,844	0,293	0,004
Depressão	-0,620	0,225	0,006
Hipertensão	0,444	0,164	0,007

Tabela 28 - Modelo de regressão logística com variáveis de interesse – Possui caderneta do idoso

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-0,944	0,420	0,025
Recursos humanos			
Vínculo Enfermeiro			
Servidor público estatutário			
Cargo comissionado	-0,349	-0,110	-0,030
Contrato temporário pela adm. púb. por legislação especial	-0,292	-0,059	-0,010
Contrato temporário por prestação de serviços	-0,055	-0,012	-0,010
Empregado CLT	1,666	0,898	0,003
Contrato CLT	0,567	0,144	0,006
Ação de promoção à saúde do idoso	0,380	0,224	0,090
Ficha de encaminhamento	-0,583	0,214	0,006
Central de Regulação para encaminhamento	-0,916	0,235	0,000

Tabela 29 - Modelo de regressão logística com variáveis controle – Idoso ficou internado nos últimos 12 anos

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-5,318	0,669	0,000
Demográficas			
Idade	0,043	0,008	0,000
Epidemiológicas			
Câncer	1,096	0,294	0,000
Ataque do coração, doença coronária ou outros prob. cardíacos	0,497	0,168	0,002
Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral	1,049	0,243	0,000
Hipertensão	0,396	0,170	0,020
Doença crônica do pulmão	0,571	0,214	0,008

Tabela 30 - Modelo de regressão logística com variáveis de interesse – Idoso ficou internado nos últimos 12 anos

Não foi possível ajustar modelo

Tabela 31 - Modelo de regressão com variáveis controle – Vistas de ACS

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	0,903	1,910	0,637
Demográficas			
Idade	0,066	0,028	0,019
Classe social			
Classes A e B			
Classe C	2,033	0,727	0,005
Classes D e E	2,659	0,728	0,000
Epidemiológicas			
Ataque do coração, doença coronária, outros prob. cardíacos	1,767	0,536	0,001
Dificuldade de caminhar uma rua			
Não			
Sim	0,594	0,464	0,213
Não consegue	-4,071	0,830	0,000
Dificuldade de se curvar, se ajoelhar			
Não			
Sim	0,616	0,482	0,221
Não consegue	-4,199	0,856	0,000
Dificuldade de levantar e carregar pesos			
Não			
Sim	0,599	0,469	0,215
Não consegue	-4,326	0,882	0,000

Tabela 32 - Modelo de regressão com variáveis de interesse – Visitas de ACS

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	4,351	1,384	0,002
Recursos humanos			
Quantidade de enfermeiros	-1,823	0,264	0,000
Vínculo Enfermeiro			
Servidor público estatutário			
Cargo comissionado	1,147	0,858	0,182
Contrato temporário pela adm. púb. por legislação especial	-3,003	0,563	0,000
Contrato temporário por prestação de serviços	-0,475	0,712	0,515
Empregado CLT	-3,586	2,112	0,092
Contrato CLT	3,226	0,768	0,000
Ficha de encaminhamento	5,303	0,692	0,000
Prontuário organizado por núcleo familiar	-3,974	0,637	0,000
Central de regulação para encaminhamentos	2,444	0,799	0,002

Tabela 33 - Modelo de regressão com variáveis controle – Visitas de outros profissionais

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	-4,971	1,549	0,001
Demográficas			
Idade	0,077	0,021	0,000
Sexo			
Masculino			
Feminino	1,948	0,553	0,040
Dificuldade de caminhar um rua			
Sim	1,844	0,414	0,000
Não consegue	3,102	1,213	0,009
Desnutrição	2,056	1,205	0,088

Tabela 34 - Modelo de regressão com variáveis de interesse – Visitas de outros profissionais

Modelo	Coefficiente	Erro-padrão	Valor-p
Constante	1,578	0,541	0,004
Recursos humanos			
Quantidade de ACS	-0,13	0,038	0,001
Ação de promoção à saúde p/ idosos	0,9928	0,445	0,026

ANEXO

ANEXO A- Módulo II do instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – acesso e qualidade (PMAQ)

MÓDULO II – ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE
Criação do questionário
Número do CNES:
(7 dígitos)
Nome da unidade de saúde:
CPF do avaliador:
II.1 Identificação geral
II.1.1 Instituição principal:
II.1.2 Instituição colaboradora:
II.1.3 Número do supervisor:
II.1.4 Número do entrevistador:
II.2 Identificação da equipe de atenção básica
II.2.1 Nome da unidade de saúde:
II.2.2 Coordenadas GPS:
II.2.3 Estado:
II.2.4 Município:
II.2.5 Endereço:
II.2.6 Telefone (DDD) + 8 dígitos:
II.3 Informações sobre o entrevistado
II.3.1 Nome do entrevistado:
II.3.2 CPF:
II.3.3 Profissão:
Médico(a)
Enfermeiro(a)
Cirurgião(ã)-dentista
II.3.4 O(a) senhor(a) é coordenador(a) da equipe?
Sim
Não
Não há coordenador(a)
II.3.5 Quanto tempo o(a) senhor(a) atua nesta equipe de atenção básica?
II.4 Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica
II.4.1 Qual tipo desta equipe?
Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal
Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal
Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal
Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.4.2 Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:

Médico
Enfermeiro
Cirurgião-dentista
Técnico de enfermagem
Auxiliar de enfermagem
Técnico em saúde bucal
Auxiliar em saúde bucal
Agente comunitário de saúde
Técnico em laboratório
Microscopista
II.4.3 Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:
Médico pediatra
Médico gineco-obstetra
Médico generalista, além do profissional da equipe mínima
Psicólogo
Fisioterapeuta
Nutricionista
Assistente social
Outro(s)
II.4.4 Na unidade de saúde, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre qual equipe deseja ser atendido?
Sim
Não
Não se aplica (quando só há uma equipe na unidade)
Não sabe/não respondeu
II.5 Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica
II.5.1 O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? (Se NÃO, passar para o bloco II.6.)
Sim
Não
II.5.2/2/1 Especialização em Saúde da Família
II.5.2/2/2 Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/4 Residência em Saúde da Família
II.5.2/2/5 Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/6
II.5.2/2/6/1 Qual? _____
II.5.2/2/7 Mestrado em Saúde da Família
II.5.2/2/8 Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.5.2/2/9
II.5.2/2/9/1 Qual? _____
II.5.2/2/10 Doutorado em Saúde da Família
II.5.2/2/11 Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva
II.6 Vínculo
II.6.1 Qual é seu agente contratante?
Administração direta

Consórcio intermunicipal de direito público
Consórcio intermunicipal de direito privado
Fundação pública de direito público
Fundação pública de direito privado
Organização social (OS)
Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
Entidade filantrópica
Organização não governamental (ONG)
Empresa
Cooperativa
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.6.2 Qual é seu tipo de vínculo?
Servidor público estatutário
Cargo comissionado
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
Contrato temporário por prestação de serviço
Empregado público CLT
Contrato CLT
Autônomo
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.6.3 Qual a forma de ingresso?
Concurso público
Seleção pública
Outra forma
Não sabe/não respondeu
II.7 Plano de carreira
II.7.1 O(a) senhor(a) tem plano de carreira? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.7.5.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.7.2 No plano, tem progressão por antiguidade?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.7.3 No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.7.4 No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu

II.7.5 O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.8 Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas
II.8.1 Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.8.2 Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: (Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.8.4.) (Múltipla escolha)
Telessaúde
EAD/UNASUS
Sim Não
RUTE – Rede Universitária de
Telemedicina
Cursos presenciais
Troca de experiência
Tutoria/preceptoria
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.8.3 A equipe utiliza o Telessaúde para: (Múltipla escolha)
Segunda opinião formativa
Telediagnóstico
Teleconsultoria
Outro(s)
II.8.4 Essas ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9 Planejamento da equipe de atenção básica e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe
II.9.1 Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.9.2 Foi realizado processo de levantamento de problemas?
Sim

Não
Não sabe/não respondeu
II.9.3 Foram elencadas prioridades?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.4 Foi estabelecido um plano de ação?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.5 Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.6 A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.8.)
Sim
Não
Não sabe/
II.9.7 Quem realiza o apoio?
Apoiador institucional
Profissionais da vigilância em saúde
Outros profissionais da gestão
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.9.8 A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise de situação de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.10.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.9 Quais são os recursos disponibilizados para a equipe de atenção básica? (Múltipla escolha)
Painel informativo
Informativos epidemiológicos
Informativos da atenção básica
Sala de situação
Relatórios e consolidados mensais do SIAB
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.9.9/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não

II.9.11 A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do SIAB?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.12 Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.9.16.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.12/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.9.13 Qual o instrumento/fonte utilizada?
AMAQ
AMQ
Instrumento desenvolvido pelo município/ equipe
Instrumento desenvolvido pelo Estado
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.9.13/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.9.14 Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.15 A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.9.16 A gestão apoia/apoiou a organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.10 Apoio institucional da gestão municipal para as equipes de atenção básica
II.10.1 Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.11.)
Sim
Sim, desde a adesão ao PMAQ
Não
Não sabe/não respondeu
II.10.2 Qual a quantidade de apoiadores para a equipe?

II.10.3 Qual o nome do apoiador ou profissional equivalente?
II.10.4 Como é realizado o contato do apoiador institucional com a equipe? (Múltipla escolha)
Internet
Telefone
Presencial
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.10.5 Quais as atividades que o apoiador institucional realiza: (Múltipla escolha)
Discussão sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio institucional
Apoio à autoavaliação
Apoio para monitoramento e avaliação de informações e indicadores
Apoio ao planejamento e organização da equipe
Avaliação compartilhada com equipe de progressos e resultados
Oficina com objetivo específico definido
Educação permanente
Participa das reuniões com a equipe
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.10.6 Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?
Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim
Não sabe/não respondeu
II.10.7 Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?
Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim
Não sabe/não respondeu
II.10.8 Como a equipe avalia a participação do apoiador em suas reuniões?
Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim
Não se aplica (se não participa)
II.10.9 Como a equipe avalia a participação do apoiador nos momentos de autoavaliação?
Muito bom
Bom

Regular
Ruim
Muito ruim
Não se aplica (se não participa)
II.11 Reunião da equipe de atenção básica
II.11.1 A equipe de atenção básica realiza reunião de equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.12.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.11.2 Qual a periodicidade das reuniões?
Semanal
Quinzenal
Mensal
Sem periodicidade definida
Não sabe/não respondeu
II.11.3 Quais são os temas das reuniões de equipe? (Múltipla escolha)
Discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos difíceis, casos desafiadores)
Qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, especialidades)
Construção/discussão de projeto terapêutico singular
Planejamento das ações da equipe
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.11.4 A equipe planeja/programa suas atividades considerando: (Múltipla escolha)
A construção de uma agenda de trabalho semanal, quinzenal ou mensal
As metas para a atenção básica pactuadas pelo município
As informações do SIAB
As informações locais (estudo da demanda, cenário epidemiológico e outros)
As questões relacionadas a riscos biológicos e vulnerabilidades individuais, familiares e sociais (violência, drogas e outras)
As questões ambientais do território (incluindo acesso a terra)
Os desafios apontados a partir da autoavaliação
O envolvimento de organizações da comunidade (a parceria e pactuações com a comunidade)
O envolvimento dos atores da comunidade
O envolvimento de outros setores (intersectorialidade) que atuam na sua área
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12 Apoio matricial à equipe de atenção básica
II.12.1 A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.13.)
Sim
Não

Não sabe/não respondeu
II.12.2/1 Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Médico ginecologista/obstetra
Assistente social
Psicólogo
Médico pediatra
Farmacêutico
Médico psiquiatra
Fisioterapeuta
Profissional de educação física
Sanitarista
Fonoaudiólogo
Médico acupunturista
Médico homeopata
Nutricionista
Terapeuta ocupacional
Médico geriatra
Médico internista (clínica médica)
Médico do trabalho
Médico veterinário
Arte educador (com formação em arte e educação)
Outras especialidades médicas
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/2 Profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS)
Assistente social
Psicólogo
Médico psiquiatra
Terapeuta ocupacional
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/3 Profissionais da vigilância em saúde
Médico ginecologista/obstetra
Assistente social
Psicólogo
Médico pediatra
Farmacêutico
Médico psiquiatra
Fisioterapeuta
Profissional de educação física
Sanitarista
Fonoaudiólogo
Médico acupunturista

Médico homeopata
Nutricionista
Terapeuta ocupacional
Médico geriatra
Médico internista (clínica médica)
Médico do trabalho
Médico veterinário
Arte educador (com formação em arte e educação)
Periodontista
Endodontista
Protesista
Estomatologista
Outras especialidades médicas
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/4 Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais)
Médico ginecologista/obstetra
Assistente social
Psicólogo
Médico pediatra
Farmacêutico
Médico psiquiatra
Fisioterapeuta
Profissional de educação física
Sanitarista
Fonoaudiólogo
Médico acupunturista
Médico homeopata
Nutricionista
Terapeuta ocupacional
Médico geriatra
Médico internista (clínica médica)
Médico do trabalho
Médico veterinário
Arte educador (com formação em arte e educação)
Periodontista
Endodontista
Protesista
Estomatologista
Outras especialidades médicas
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/5 Profissionais específicos para a atividade
Médico ginecologista/obstetra

Assistente social
Psicólogo
Médico pediatra
Farmacêutico
Médico psiquiatra
Fisioterapeuta
Profissional de educação física
Sanitarista
Fonoaudiólogo
Médico acupunturista
Médico homeopata
Nutricionista
Terapeuta ocupacional
Médico geriatra
Médico internista (clínica médica)
Médico do trabalho
Médico veterinário
Arte educador (com formação em arte e educação)
Periodontista
Endodontista
Protesista
Estomatologista
Outras especialidades médicas
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/6 Outras modalidades de equipe de apoio matricial
Médico ginecologista/obstetra
Assistente social
Psicólogo
Médico pediatra
Farmacêutico
Médico psiquiatra
Fisioterapeuta
Profissional de educação física
Sanitarista
Fonoaudiólogo
Médico acupunturista
Médico homeopata
Nutricionista
Terapeuta ocupacional
Médico geriatra
Médico internista (clínica médica)
Médico do trabalho
Médico veterinário
Arte educador (com formação em arte e educação)

Periodontista
Endodontista
Protesista
Estomatologista
Outras especialidades médicas
Outros profissionais
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.2/7 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Periodontista
Endodontista
Protesista
Estomatologista
Outras especialidades odontológicas
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.12.3 Qual a frequência que a equipe recebe o apoio?
Semanal
Quinzenal
Mensal
Trimestral
Semestral
Sem periodicidade definida
Não sabe/não respondeu
II.12.4 Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe? (Múltipla escolha)
Consultas clínicas de pacientes da atenção básica
Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica
Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da equipe de atenção básica
Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica
Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial
Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe
Realizam visitas com os profissionais da sua equipe
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.13 Territorialização e população de referência da equipe de atenção básica
II.13.1 Qual o número de pessoas sob responsabilidade da equipe?
II.13.2 A gestão considerou critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade da equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.13.3 Existe definição da área de abrangência da equipe?

Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.13.4 A equipe de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.13.7.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.13.4/1 Existe documentação que comprove?
Sim
Não
II.13.5 O mapa apresentado pela equipe de atenção básica contém quais itens: (Múltipla escolha)
Sinalização das microáreas do território
Sinalização de grupos de agravos (Diabetes mellitus, hipertensão, arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas e outros)
Sinalização de áreas de risco (áreas de violência, com precárias condições sanitárias, zonas de risco: encostas, morros, loteamentos irregulares)
Sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas e outros)
Sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, conselho local, associação de moradores e outros)
Condições étnicas (quilombola, indígenas, população do campo e da floresta e outros)
Condições socioeconômicas
Outro(s)
II.13.5/1 Existe documentação que comprove?
Sim
Não
II.13.6 Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?
II.13.7 Existe população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.13.8 Com qual frequência as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua equipe são atendidas por esta equipe?
Todos os dias da semana
Alguns dias da semana
Nenhum dia da semana
Não sabe/não respondeu
II.14 Organização dos prontuários na unidade de saúde
II.14.1 Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados por núcleos familiares? (Se SIM, passar para a questão II.14.3.)
Sim
Não
II.14.1/1 Existe documento que comprove?
Sim

Não
II.14.2 Os prontuários dos usuários da equipe de atenção básica estão organizados de acordo com alguma das seguintes formas:
Individualmente pela ordem alfabética do nome
Individualmente pelo número do prontuário do usuário
Individualmente pela data de nascimento
Individualmente por microárea
Individualmente por rua
Individualmente por bairro
Individualmente por cores
Outro(s)
II.14.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.14.3 Existe um modelo-padrão para preenchimento da primeira folha dos prontuários individuais?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.14.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.14.4 Observar em um prontuário os seguintes itens: (Múltipla escolha)
Letra legível
Identificação do usuário (nome, sexo, idade)
Hipótese diagnóstica/problema ou condição
Exames solicitados
II.14.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.14.5 Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.15.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.14.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.14.6 O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15 Acolhimento à demanda espontânea
II.15.1 Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.14.)
Sim
Não

Não sabe/não respondeu
II.15.2 Em quais turnos é feito o acolhimento? (Múltipla escolha)
Manhã
Tarde
Noite
II.15.3 Com que frequência acontece?
Um dia por semana
Dois dias por semana
Três dias por semana
Quatro dias por semana
Cinco dias por semana
Mais de cinco dias por semana
II.15.4 Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.5 Quais profissionais participam do acolhimento? (Múltipla escolha)
Médico
Enfermeiro
Cirurgião-dentista
Técnico de enfermagem
Auxiliar de enfermagem
Técnico em saúde bucal
Auxiliar em saúde bucal
Agente comunitário de saúde
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.15.6 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.7 O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: (Múltipla escolha)
Queixas mais frequentes
Problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso, etc.)
Problemas relacionados à saúde mental
Traumas/acidentes
Captação precoce de gestantes
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.15.8 A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu

II.15.9 Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.10 A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? (Se NÃO, passar para a questão II.15.12.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.11 Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.12 Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: (Múltipla escolha)
Marca usuários na agenda do médico
Marca usuários na agenda do enfermeiro
Marca usuários na agenda do dentista
Marca usuários na agenda de outro profissional
Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema
Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta
Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação
Prescrição de alguma medicação
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.15.13 Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/ acolhimento?
II.15.14 Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.14/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.15.15 A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.16 Quanto tempo ele normalmente espera por este atendimento?
II.15.17 Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada?

II.15.18 A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.20.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.15.19 Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?
II.15.20 A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?
Sim
Não
II.15.20/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.15.21 A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário? (Se SIM, passar para a questão II.15.22. Se NÃO, passar para o bloco II.16.)
Sim
Não
II.15.21/1 Qual? (Múltipla escolha)
Ambulância do SAMU
Ambulância não integrante do SAMU
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.16 Organização da agenda
II.16.1 A equipe possui uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.16.2 A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.16.4.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.3 Indique os profissionais que utilizam agenda compartilhada: (Múltipla escolha)
Médico
Enfermeiro
Cirurgião-dentista
Técnico de enfermagem
Auxiliar de enfermagem
Técnico de saúde bucal
Auxiliar de saúde bucal
Agente comunitário de saúde
Técnico de laboratório

Microscopista
II.16.4 A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.16.5 A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.16.6 A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.16.8.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.6/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.16.7 Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? (Múltipla escolha)
Prevenção e acompanhamento de câncer do colo do útero
Prevenção e acompanhamento de câncer de mama
Prevenção e acompanhamento de câncer de boca
Planejamento familiar
Pré-natal
Crescimento e desenvolvimento da criança
Usuários com hipertensão arterial sistêmica
Usuários com Diabetes mellitus
Problemas relacionados à saúde mental
Problemas respiratórios crônicos
Obesidade
Violência familiar
Outros(s)
II.16.8 A equipe realiza renovação de receitas para os usuários de cuidado continuado/de programas como hipertensão e diabetes, sem a necessidade de marcação de consultas médicas?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.8/1 Existe documento que comprove?
Sim

Não
II.16.9 Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.9/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.16.10 Existe reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa sanar dúvidas pósconsulta ou mostrar como evoluiu sua situação?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.11 Os usuários que vão à unidade de saúde com queixa de acuidade visual ou demanda de avaliação de refração precisam passar antes por consulta médica para encaminhamento?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.16.12 Como são agendadas as consultas na unidade de saúde?
O entrevistador deverá ler as opções
Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Em qualquer dia da semana, em horários específicos
Dias específicos fixos em até três dias na semana
Dias específicos fixos em mais de três dias
na semana
Outro(s)
II.17 Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde
II.17.1 Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis: (Múltipla escolha)
O paciente sai da unidade de saúde com a consulta agendada
A consulta é marcada pela unidade de saúde e a data posteriormente informada ao paciente
A consulta é marcada pelo próprio paciente
junto à central de marcação de consultas especializadas
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência e deve dirigir-se a determinado serviço ou profissional especializado
O paciente recebe uma ficha de encaminhamento/referência, sendo orientado a procurar um serviço ou profissional especializado
Não há um percurso definido
Não sabe/não respondeu
Nenhuma das anteriores
II.17.2 A equipe mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção?
Sim

Não
Não sabe/não respondeu
II.17.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.17.3 Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.17.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.17.4 A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para: (Múltipla escolha)
Câncer do colo do útero
Câncer de mama
Pré-natal
Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento)
Hipertensão arterial sistêmica
Diabetes mellitus
Tuberculose
Hanseníase
Saúde mental
Álcool e drogas
Outro(s)
Não sabe/não respondeu
II.17.5 Para hipertensão arterial sistêmica? (Múltipla escolha)
Creatinina
Perfil lipídico
Eletrocardiograma
Nenhuma das anteriores
II.17.6 Para Diabetes mellitus?
Hemoglobina glicosilada
Nenhuma das anteriores
II.17.7 Para tuberculose? (Múltipla escolha)
Baciloscopia
Radiografia de tórax
Nenhuma das anteriores
II.17.8 Para hanseníase?
Baciloscopia para hanseníase
Nenhuma das anteriores
II.17.9 Para saúde da mulher na idade preconizada de 50 a 69 anos?
Mamografia
Nenhuma das anteriores
II.17.10 Para o pré-natal? (Múltipla escolha)
Glicemia de jejum

Sorologia para sífilis (VDRL)
Sorologia para HIV
Sorologia para hepatite B
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
Nenhuma das anteriores
II.17.11 Para diagnóstico de Sífilis (VDRL)? (Múltipla escolha)
Sorologia para sífilis (VDRL)
Teste rápido
Nenhuma das anteriores
II.18 Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos
II.18.1 Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? (Se NÃO, passar para a questão II.18.3.)
Sim
Não
II.18.2 Quais centrais de marcação disponíveis? (Múltipla escolha)
Marcação de consulta especializada
Marcação de exames
Marcação de leitos
Nenhuma das anteriores
II.18.3 Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?
Sim
Não
II.18.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.18.4 A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe? (Se NÃO, passar para a questão II.18.6.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.18.5 Indique quais são as referências e fluxos definidos:
Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama
Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo do útero
Parto (maternidade)
Exame sorológico para sífilis (VDRL) na gestante
Exame sorológico anti-HIV na gestante
Exame de glicose
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
Exame de ultrassonografia para gestante
Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome, coronariana aguda, trauma)
Outros (s)
Nenhuma das anteriores
II.18.5/1 Existe documento que comprove?
Sim

Não
II.18.6 Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados?
Sempre
Sim, algumas vezes
Nunca
II.18.7 Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?
Sempre
Sim, algumas vezes
Nunca
II.18.8 Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.18.11.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.18.9 Qual é o fluxo institucional de comunicação? (Múltipla escolha)
Discussão de casos
Reuniões técnicas com os especialistas da rede
Teleconferência
Telessaúde
Prontuário eletrônico
Comunicação eletrônica
Ficha de referência/ contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.18.10 Qual canal está disponível na unidade de saúde para que o contato se efetive? (Múltipla escolha)
Telefone
Internet
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.18.11 Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?
Sim
Não
II.18.11/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.19 Tempo estimado de espera dos usuários para atendimento especializado de consultas e exames
II.19.1 Consulta em cirurgia geral
II.19.2 Consulta em traumatologia
II.19.3 Consulta em pediatria
II.19.4 Consulta em cardiologia
II.19.5 Consulta em otorrinolaringologia
II.19.6 Consulta em ortopedia

II.19.7 Consulta em dermatologia
II.19.8 Consulta em urologia
II.19.9 Consulta em psiquiatria
II.19.10 Consulta em neurologia
II.19.11 Consulta em nefrologia
II.19.12 Consulta em pneumologia
II.19.13 Consulta em angiologia
II.19.14 Consulta em oftalmologia
II.19.15 Consulta em fisioterapia
II.19.16 Consulta em fonoaudiologia
II.19.17 Consulta em terapia ocupacional
II.19.18 Consulta com endocrinologista
II.19.19 Consulta em oncologia
II.19.20 Consulta em ginecologia e obstetrícia para mulher
II.19.21 Consulta em ginecologia para tratamento das alterações de exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero
II.19.22 Consulta em mastologia para tratamento das alterações de exame das mamas
II.19.23 Exame de citologia para diagnóstico de lesões precursoras de câncer do colo do útero
II.19.24 Exame de mamografia para diagnóstico precoce de câncer de mama
II.19.25 Exames de ultrassonografia no pré-natal
II.19.26 Exame para diagnóstico de sífilis no pré-natal
II.19.27 Exame para detecção de HIV no pré-natal

II.20 Oferta e resolubilidade de ações da equipe

II.20.1 A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender a sua população?
II.20.2 Com que frequência recebe medicamentos?
Semanal
Quinzenal
Mensal
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
II.20.3 A equipe realiza coleta de material para exames de laboratório? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.20.5.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.20.4 Em geral, a coleta de material para exames de laboratório é realizada com que frequência?
Diariamente (manhã/tarde)
Diariamente (somente um turno)
Uma vez por semana
Duas vezes por semana
Três vezes por semana
Quatro vezes por semana
Não sabe/não respondeu
Outro(s)

II.20.5 A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.20.7.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.20.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.20.6 Com que frequência?
Diariamente (manhã/tarde)
Diariamente (somente um turno)
Uma vez por semana
Duas vezes por semana
Três vezes por semana
Quatro vezes por semana
Outros
Não sabe/não respondeu
II.20.7 A equipe de atenção básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde? (Se NÃO, passar para o bloco II.21.)
Sim
Não
II.20.8 A equipe de atenção básica realiza os seguintes procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde? (Múltipla escolha)
Drenagem de abscesso
Sutura de ferimentos
Retirada de pontos
Lavagem de ouvido
Extração de unha
Nebulização/inalação
Curativos
Medicações injetáveis intramusculares
Medicações injetáveis endovenosas
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.20.8/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.21 Atenção ao câncer do colo do útero e de mama
II.21.1 A equipe de atenção básica realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.21.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não

II.21.2 A equipe de atenção básica possui registro com o número de mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.21.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.21.3 A equipe de atenção básica possui registro de mulheres com exames citopatológicos alterados?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.21.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.21.4 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das mulheres após tratamento realizado?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.21.5 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.21.5/1 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do exame citopatológico?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.21.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.21.6 A equipe de atenção básica utiliza estratégias de divulgação/ sensibilização para realização do exame das mamas com um profissional de saúde?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.22 Planejamento familiar
II.22.1 A equipe de atenção básica desenvolve ações de planejamento familiar? (Se NÃO, passar para o bloco II.23.)
Sim
Não
II.22.2 A equipe de atenção básica disponibiliza: (Múltipla escolha)
Preservativos masculinos
Preservativos femininos
Medicações contraceptivas (anticoncepcionais)
II.22.2/1 Existe documento que comprove?

Sim
Não
II.23 Atenção ao pré-natal, parto e puerpério
II.23.1 A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.2 A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.3 A equipe faz atendimento às intercorrências ou urgências da gestante de alto risco?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.4 A equipe alimenta regularmente o SIS-PRENATAL?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.5 A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.6 Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu

II.23.7 No acompanhamento das gestantes, há registro sobre: (Múltipla escolha)
Profissional responsável pelo acompanhamento da gestante
Consulta odontológica da gestante
Vacinação em dia da gestante
Coleta de exame citopatológico realizada na gestante
Nenhuma das anteriores
II.23.8 A equipe orienta às gestantes em relação à vacina contra tétano?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.9 Os seguintes exames laboratoriais são realizados nas gestantes: (Múltipla escolha)
Exame sorológico para sífilis (VDRL)
Exame sorológico anti-HIV
Exame sorológico para hepatite B
Exame sorológico para toxoplasmose
Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito
Exame de glicose
Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
Nenhuma das anteriores
II.23.9/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.23.10 A equipe recebe os exames das gestantes do território em tempo oportuno?
Sim
Sim, alguns exames
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.11 É realizada a aplicação da penicilina G benzatina na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.23.13.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.23.12 A aplicação da penicilina G benzatina é realizada por qual profissional? (Múltipla escolha)
Médico
Enfermeiro
Técnico/auxiliar de enfermagem
Outro
II.23.13 As gestantes acompanhadas pela equipe possuem maternidade definida para a realização do parto?
Sim
Não
II.23.14 Que ações a equipe realiza para garantir a consulta de puerpério até 10 dias após o parto? (Múltipla escolha)

Visita do agente comunitário de saúde para captação da mulher
Visita domiciliar de membro da equipe
Consulta em horário especial em qualquer dia da semana
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.23.15 Quais profissionais realizam a consulta de puerpério? (Múltipla escolha)
Médico
Enfermeiro
Nenhuma das anteriores
II.23.15/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.24 Puericultura
II.24.1 A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.24.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.24.2 A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.24.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.24.2 A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.24.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.24.3 A equipe realiza busca ativa das crianças: (Múltipla escolha)
Sim Não Prematuras
Sim Não Com baixo peso
Com consulta de puericultura atrasada
Com calendário vacinal atrasado
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.24.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.24.4 Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?

Sim
Não
II.24.5 Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?
Sim
Não
II.24.6 No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre: (Múltipla escolha)
Vacinação em dia da criança
Crescimento e desenvolvimento
Estado nutricional
Teste do pezinho
Violência familiar
Acidentes
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.24.6/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.25 Atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica
II.25.1 Como são agendadas as consultas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica?
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
Dias específicos fixos em até três dias na semana
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
Outro(s)
II.25.2 Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na unidade de saúde?
II.25.3 A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica?
Sim
Não
II.25.4 A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?
Sim
Não
II.25.5 A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?
Sim
Não
II.25.6 A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco 26.)
Sim
Não

Não sabe/não respondeu
II.25.6/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.26 Atenção à pessoa com Diabetes mellitus
II.26.1 Como são agendadas as consultas para pessoas com Diabetes mellitus?
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
Dias específicos fixos em até três dias na semana
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
Outro(s)
II.26.2 Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com Diabetes mellitus na unidade de saúde?
II.26.3 A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?
Sim
Não
II.26.4 A equipe de atenção básica possui registro de pessoas com Diabetes mellitus com maior risco/gravidade?
Sim
Não
II.26.5 A equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?
Sim
Não
II.26.6 A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com Diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.26.7 A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente?
Sim
Não
II.26.8 A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?
Sim
Não
II.27 Atenção ao usuário portador de tuberculose
II.27.1 A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com tuberculose? (Se NÃO, NÃO HÁ USUÁRIO COM TUBERCULOSE NO TERRITÓRIO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.28.)
Sim
Não
Não há usuário com tuberculose no território
Não sabe/não respondeu
II.27.1/1 Existe documento que comprove?
Sim

Não
II.27.2 Existe ficha de notificação de casos de tuberculose na unidade? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.27.3.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.27.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.27.3 A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) do usuário? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.28.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.27.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.27.4 A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.28.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.27.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.28 Atenção ao usuário portador de hanseníase
II.28.1 A equipe de atenção básica possui registro do número de usuários com hanseníase? (Se NÃO, NÃO HÁ USUÁRIO COM HANSENÍASE NO TERRITÓRIO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.29.)
Sim
Não
Não há usuário com hanseníase no território
Não sabe/não respondeu
II.28.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.28.3 A equipe realiza o acompanhamento do tratamento diretamente observado (TDO) do usuário? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.29.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.28.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.28.4 A equipe realiza busca ativa de faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)? (Se NÃO, passar para o bloco II.29.)

Sim
Não
II.28.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.29 Atenção ao usuário com transtorno mental
II.29.1 Como são agendadas as consultas para pessoas com transtorno mental?
Agendamento em qualquer dia da semana, em qualquer horário
Agendamento em qualquer dia da semana, em horários específicos
Dias específicos fixos em até três dias na semana
Dias específicos fixos em mais de três dias na semana
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
II.29.2 Normalmente, qual é o tempo de espera para a primeira consulta de pessoas com transtorno mental na unidade de saúde?
II.29.3 A equipe utiliza alguma estratégia específica para cuidar destes casos: (Múltipla escolha)
Consulta específica com tempo maior
Registro da história de vida
Oferta de algum tipo de atendimento em grupo
Atendimento com profissionais de saúde mental
Não sabe/não respondeu
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.29.4 A equipe teve preparação para o atendimento dos usuários com transtorno mental?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.29.5 A equipe de atenção básica possui registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para questão II.29.6.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.29.5/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.29.6 A equipe de atenção básica possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para questão II.29.7.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.29.6/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não

II.29.7 A equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos? (Se NÃO, NÃO SABE/NÃO RESPONDEU ou NÃO SE APLICA, passar para questão II.29.8.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
Não se aplica
II.29.7/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.29.8 A equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de benzodiazepínicos e necessitam desmame (diminuição da dose)?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.30 Práticas integrativas e complementares
II.30.1 A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território? (Se NÃO, passar para o bloco II.31.)
Sim
Não
II.30.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.30.2 A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.30.3 A equipe realiza atividades de educação em saúde abordando:
Uso de plantas medicinais e fitoterápicos
Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC e práticas da medicina antroposófica
Nenhuma das anteriores
II.30.4 A equipe oferece o serviço de homeopatia?
Sim
Não
II.30.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.31 Promoção da saúde
II.31.1 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para: (Se NENHUMA DAS ANTERIORES, passar para bloco II.32.) (Múltipla escolha)
Mulheres (câncer do colo do útero e de mama)
Planejamento familiar
Gestantes e puérperas (aleitamento materno)
Homens
Idosos

Alimentação saudável
Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica
Prevenção e tratamento de
Diabetes mellitus
Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas
Realiza estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva
Tuberculose
Hanseníase
Realiza grupos com enfoque de orientar sobre doenças transmissíveis (dengue, tuberculose, hanseníase, HIV, tracoma), conforme necessidade do território
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos
Nenhuma das anteriores
II.31.1/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.31.2 A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ ou no território: (Múltipla escolha)
Práticas corporais
Atividade física
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.31.3 Existem cisternas no território de atuação da equipe? (Se NÃO OU NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para bloco II.32.)
Sim
Não
Não sabe/não respondeu
II.31.4 Os agentes comunitários de saúde fazem ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas?
Sim
Não
Não se aplica (não há cisterna)
Não sabe/não respondeu
II.31.4/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.32 Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio
II.32.1 A equipe realiza visita domiciliar? (Se NÃO, passar para o bloco II.33.)
Sim
Não
II.32.2 A equipe possui protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar? (Se NÃO, passar para a questão II.32.3)
Sim
Não
II.32.2/1 Existe documento que comprove?

Sim
Não
II.32.3 As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?
Sim
Não
II.32.4 Os agentes comunitários de saúde têm a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?
Sim
Não
II.32.5 Nas visitas domiciliares dos ACS, é realizada busca ativa no território de: (Múltipla escolha)
Sintomáticos respiratórios
Gestantes faltosas
Hipertensos faltosos
Diabéticos faltosos
Mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico
Mulheres com coleta do exame citopatológico em atraso
Mulheres com resultados do exame citopatológico alterado
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.32.6 A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio? (Se NÃO, passar para a questão II.32.7.)
Sim
Não
II.32.7 Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar? Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.
Médico
Enfermeiro
Técnico/auxiliar de enfermagem
Cirurgião-dentista
Técnico/auxiliar de saúde bucal
Nenhuma das anteriores
II.32.8 A participação de outros profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios? (Múltipla escolha)
Demanda programada
Critérios de risco biológico e vulnerabilidade social identificado pela equipe
Demanda espontânea com solicitação da família
Outro(s)
Nenhuma das anteriores
II.32.9 No cuidado domiciliar, os profissionais da equipe realizam: (Múltipla escolha)
Consulta/atendimento clínico (usuário idoso e/ou com doença crônica domiciliado/acamado)
Realização de procedimentos de enfermagem
Outro(s)
II.32.9/1 Existe documento que comprove?
Sim

Não
II.32.10 A equipe possui registro do número de acamados/ domiciliados do território?
Sim
Não
II.32.10/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.32.11 A equipe registra as consultas ou atendimentos realizados no domicílio?
Sim
Não
II.32.11/1 Em que local a equipe registra?
Prontuário
Ficha própria
Outro(s)
II.33 Programa Bolsa-Família
II.33.1 A equipe de atenção básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa-Família?
Sim
Não
II.33.2 A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? (Se NÃO, passar para a questão II.33.3.)
Sim
Não
II.33.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.33.3 Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família? (Se NÃO, passar para o bloco II.34)
Sim
Não
II.33.3/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.34 Canal de comunicação com o usuário
II.34.1 A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica? (Se NÃO, passar para o bloco II.35.)
Sim
Não
II.34.2 Quais os canais de comunicação disponibilizados? (Múltipla escolha)
Telefone da unidade
Telefone da ouvidoria
E-mail
Site disponível ao usuário
Ficha para preenchimento
Livro ou caderno
A equipe possui relatório

Nenhuma das anteriores
II.35 Pesquisa de satisfação do usuário
II.35.1 A equipe realiza pesquisa de satisfação do usuário?
Sim
Não
II.35.2 A equipe dispõe de livros ou formulários de fácil acesso para registro de opinião dos usuários? (Se NÃO, passar para a questão II.35.4.)
Sim
Não
II.35.2/1 Existe documento que comprove?
Sim
Não
II.35.3 Há encaminhamento das demandas recebidas para gestão municipal?
Sim
Não
II.35.4 A equipe considera a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho?
Sim
Não
II.35.5 Há Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente? (Se NÃO, passar para o bloco II.36.)
Sim
Não
II.35.6 Há registro das reuniões do Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente?
Sim
Não

**ANEXO B- Instrumento de coleta de campo: questionário ao idoso.
Equidade na saúde: o programa de Saúde da Família em Minas Gerais**

Parte 1 - Identificação do Domicílio	
1.1 Código do questionário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.2 Macrorregião de Saúde	1.3 Município
1.4 Unidade de Saúde	
1.5 Endereço	1.6 Número
1.7 Complemento	1.8 Bairro
1.9 Domicílio existente? 0 – Não 1 – Sim	
1.10 Havia morador? 0 – Não 1 – Sim	
1.11 Recusou participação? 0 – Não 1 – Sim	
1.12 Havia grupo alvo no domicílio? 0 – Não 1 – Sim	
1.13 Telefone para contato	

Parte 3 - Características do domicílio						
3.1 Qual é o seu nome: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
3.2 Nos últimos 12 meses, quantas vezes os profissionais do PSF visitaram esse domicílio?						
Agentes Comunitários de Saúde						
Médico						
Enfermeiro						
Auxiliar/ Técnico de Enfermagem						
Outros profissionais						
3.3 Os moradores desde domicílio conseguem a marcação de consultas através de: (<i>resposta múltipla – ler alternativas</i>)						
1. Visita do agente comunitário de saúde ao domicílio						
2. Visita de algum morador à Unidade básica de Saúde/Posto de saúde						
3. Telefone						
4. Internet						
5. Não conseguem a marcação de consultas junto ao PSF						
6. Outro _____						
3.4 Além disso, nós queremos saber se você tem cada um destes aparelhos ou instalações e quantos destes eletrodomésticos, ou instalações estão funcionando, em condição de uso. Além disso, queremos saber também se o seu domicílio conta com empregados.						
						Quantos estão presentes no seu domicílio?
3.5 Eletrodomésticos						0 – Não possui
						1
						2
						3
						4 ou mais
						99. NS/NI
Rádio						
Máquina de Lavar						
TV a Cores						
Vídeo/DVD						
Geladeira (<i>caso a geladeira tenha duas portas poderá ser contado como freezer e geladeira</i>)						
Freezer						
Automóvel						
3.6 Instalações/Empregados						
Banheiros						
Empregada mensalista (doméstica, babá, motorista)						
3.7 Comunicação						
Telefone fixo						
Telefone móvel						
						0 - Não
						1 - Sim
Internet						
Parte 4- Saúde dos idosos acima de 60 anos de idade						

4.1 Idoso abordado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4.2 Nos últimos 30 dias você trabalhou?		0 - Não	1 - Sim
4.3 Você recebe aposentadoria ou pensão?		0 - Não	1 - Sim
4.4 Qual é seu estado civil?			
Casado 2. Solteiro 3. Viúvo 4. Outros 99. NS/NR			
4.5 O(a) Sr(a) fica sozinho(a) a maior parte do dia?			
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR			
4.6 O sr(a) possui a caderneta de saúde da pessoa idosa?			
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR			
4.7 De modo geral, como considera seu estado de saúde: (LER ALTERNATIVAS)			
Muito bom 2. Bom 3.Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 99NS/NR			
4.8 Algum médico ou profissional de saúde disse que você teve ou tem:		0 – Não	1 – Sim
		99 – NS/NR	
Doença de coluna ou costas			
Artrite, reumatismo ou artrose			
Câncer			
Diabetes			
Doença crônica do pulmão, como enfisema, bronquite ou Asma			
Hipertensão (Pressão alta)			
Ataque do coração, doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos			
Insuficiência renal crônica			
Embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral			
Depressão			
Desnutrição			
Osteoporose			
4.9 A _____ tem algum plano de saúde médico?			
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR			
4.9.1 Há quanto tempo sem interrupção tem direito a esse plano de saúde?			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses			

Exame de colo de útero (<i>somente para mulheres</i>)												
4.15 Você tomou a seguinte vacina nos últimos 12 meses?			A orientação para tomá-las foi feito por?				A vacina foi aplicada por?					
	0 – Não	1 – Sim	PSF	Outro serviço público de saúde	Plano de Saúde	Particular (do próprio bolso)	99. NS/NI	PSF	Outro serviço público de saúde	Plano de Saúde	Particular (do próprio bolso)	99. NS/NI
Gripe												
4.16 Teve alguma queda nos últimos 12 meses?												
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR												
								Não	Sim	É cego/surdo		
4.17 Em geral, o(a) Sr(a) diria que é a sua visão para enxergar de longe é boa?(Se você usa óculos com frequência avalie considerando o uso dos óculos que você tem atualmente)												
4.18 Em geral, o(a) Sr(a) diria que é a sua visão de perto é boa?(Se você usa óculos com frequência avalie considerando o uso dos óculos que você tem atualmente)												
4.19 Em geral, o(a) Sr(a) diria que é a sua audição é boa?(Se você usa algum aparelho de audição com frequência avalie considerando o aparelho que você tem atualmente)												
4.20 O(a) senhor(a) tem dificuldade para:								0. Não	1. Sim	2. Não consegue	99. NS/NI	
1. Caminhar uma rua (quadra)?												
2. Subir um andar pelas escadas sem descansar?												
3. Se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?												
4. Levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?												
4.21 O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para realizar algumas dessas atividades que mencionei?												
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR												
4.22 Que relação de parentesco o Sr (a) tem com a principal pessoa que te ajuda com essas atividades que mencionei?(<i>Resposta Múltipla</i>)												
Esposo(a)/Companheiro(a)												
Filho(a)												
Enteado												

Pais ou sogros Irmão/Irmã Genro/nora Neto(a) Outro familiar Outro pessoa que não é familiar Ajuda paga/doméstica 99. NS/NI
4.23 O respondente recebeu ajuda de outro membro da família para responder os itens desta parte do questionário?
0 – Não 1 – Sim 99 – NS/NR
Observações