

LUSSANDRA VIVIANE FARIA DA COSTA

**CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
*UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2022**

Lussandra Viviane Faria da Costa

**CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
*UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL***

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Andrea Maria Duarte Vargas

Coorientadora: Profª Drª Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte
2022

Ficha Catalográfica

C837C Costa, Lussandra Viviane Faria da.
2022 Cuidado à saúde do idoso na atenção primária : uma
T proposta de mudança para assistência integral / Lussandra
Viviane Faria da Costa. -- 2022.

105 f. : il.

Orientadora: Andrea Maria Duarte Vargas.
Coorientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Saúde do idoso. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Assistência integral à saúde. 4. Política de saúde. I.
Vargas, Andrea Maria Duarte. II. Ferreira, Efigênia Ferreira
e. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



FOLHA DE APROVAÇÃO

CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL

LUSSANDRA VIVIANE FARIA DA COSTA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia me Saúde Pública /MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em 28 de janeiro de 2022, pela banca constituída pelos membros:

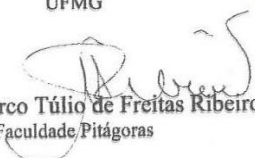

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas – Orientadora
FO-UFMG

Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira – Co-orientadora
FO-UFMG

Documento assinado digitalmente
EFIGENIA FERREIRA E FERREIRA
Data: 25/02/2022 16:51:49-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>


Prof(a). Rosa Núbia Vieira de Moura
UFMG

Documento assinado digitalmente
Rosa Nubia Vieira de Moura
Data: 25/02/2022 11:26:12-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>


Prof(a). Marco Túlio de Freitas Ribeiro
Faculdade Pitágoras

Belo Horizonte, 28 de janeiro de 2022.

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em 01 / 04 / 2022


Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia - UFMG



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA LUSSANDRA VIVIANE FARIA DA COSTA

Aos 28 dias de janeiro de 2022, às 9:00 horas, na plataforma online Zoom, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Andrea Maria Duarte Vargas (Orientadora) – FO/UFMG, Efigênia Fereira e Ferreira (Coorientadora) – FO/UFMG, Rosa Núbia Vieira de Moura - UFMG e Marco Túlio de Freitas Ribeiro – Faculdade Pitágoras, para julgamento da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública, intitulada: **CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL**. A Presidente da Banca, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora bem como esclareceu sobre os procedimentos que regem a defesa pública de dissertação. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou:

Aprovada
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 28 de janeiro de 2022.

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas

Documento assinado digitalmente
EFIGENIA FERREIRA E FERREIRA
Data: 25/02/2022 16:55:23-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof(a). Efigênia Fereira e Ferreira

Documento assinado digitalmente
Rosa Nubia Vieira de Moura
Data: 25/02/2022 11:29:16-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof(a). Rosa Núbia Vieira de Moura

Prof(a). Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Defesa Homologada pelo Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia em 01 / 04 / 2022.

Prof. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG

Dedico este trabalho as minhas filhas,
Anna Laura e Maria Clara meus
verdadeiros projetos de vida, para quem
busco ser exemplo e referência.

Aos idosos, pessoas merecedoras de
serem bem cuidadas.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por me fazer forte a cada dia. A minha orientadora Profª Drª Andrea Maria Duarte Vargas, que com todo seu zelo, preocupação e carinho me ajudaram na condução desse trabalho. Agradeço eternamente por ter acreditado em mim. A Profª Drª Efigênia Ferreira e Ferreira que contribuiu com seus ensinamentos e experiência, tão importantes para a construção metodológica. A minha família, filhas e companheiro que com seu amor e paciência estiveram sempre presentes não me deixando desistir. Agradeço aos meus amigos, que com sua admiração foram forças propulsoras para o alcance da feliz e tão almejada conclusão. A meu gerente da UBS e colegas de trabalho, pela compreensão pelas ausências necessárias. Também agradeço com muito carinho a Faculdade de Odontologia da UFMG, bem como minha turma de Mestrado formada por colegas da Odontologia que me receberam de braços abertos para cursar com eles esse tão sonhado Mestrado Profissional em Saúde Pública. Foram ricas trocas de saberes que levarei para sempre na bagagem.

Em especial agradeço a minha amiga e parceira de trabalho Jane Saula que foi um anjo de incentivo e força para o ingresso nesse Mestrado.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

RESUMO

O Brasil apresenta mudança do perfil populacional, onde se tem quadro marcante da longevidade, resultando no aumento da população mais idosa. Esse processo do envelhecimento, além de impactar no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, resulta em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas públicas. A Atenção Primária à Saúde-APS é o nível de assistência que mais se aproxima dos idosos, sua realidade de vida, cotidiano e família. Além disso, o vínculo entre Equipe de Saúde da Família e essa população, associado à adoção de intervenções multidisciplinares, podem estabelecer condições para um acompanhamento mais eficaz da sua saúde, além de auxiliar no processo terapêutico e preventivo. Do ponto de vista da moderna Geriatria, a saúde do idoso pode ser considerada como a capacidade funcional máxima pelo maior tempo alcançável. Nesse sentido, um dos principais objetivos das políticas é a reorientação dos serviços para identificar o nível de dependência desses idosos, dando-lhes um acompanhamento diferenciado em cada situação a fim de promover sua qualidade de vida. No entanto, na prática cotidiana da APS, observa-se a perpetuação da assistência reducionista, centrada na doença e sua agudização, reforçando o modelo biomédico, imposto pela medicalização sobre sintomas que por vezes emergem de um contexto multidimensional individual e familiar, que não são levados em consideração. Torna-se emergente evoluir nesse aspecto. Portanto, esse estudo faz parte de uma pesquisa maior que pretende elaborar uma proposta de mudança na assistência integral do idoso na APS, a partir das políticas de Atenção Primária ao idoso no mundo e no Brasil, com a intenção de qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa. A primeira fase deste estudo consistiu na construção do modelo utilizado na APS de Belo Horizonte para atenção ao idoso e sua validação por experts por meio de um questionário. Em seguida o modelo foi adequado com as contribuições dos experts. Na segunda fase, tomando por base o quadro síntese com as diretrizes de APS para idosos apresentados nos documentos da OMS, do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e da PBH, estabeleceu-se uma proposta para atendimento na APS na PBH, baseada nas diretrizes dos documentos, cuja validação também se dará por gestores e profissionais da PBH e que resultará em um produto técnico: Oficina para discussão da viabilidade da intervenção.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Assistência integral. Modelo lógico. Intervenção em saúde.

ABSTRACT

Health care for the elderly in primary care: a proposal for change to comprehensive care

Brazil presents a change in the population profile, where there is a remarkable picture of longevity, resulting in an increase in the elderly population. This aging process, in addition to impacting the demographic and epidemiological profile throughout the country, results in new challenges to be faced in the care of the elderly population, mainly directed at public policies. The Primary Health Care-PHC is the level of assistance that comes closest to the elderly, their reality of life, daily life and family. In addition, the link between the Family Health Team and this population, associated with the adoption of multidisciplinary interventions, can establish conditions for a more effective monitoring of their health, in addition to helping in the therapeutic and preventive process. From the point of view of modern Geriatrics, the health of the elderly can be considered as the maximum functional capacity for the longest time achievable. In this sense, one of the main objectives of the policies is the reorientation of services to identify the level of dependency of these elderly people, giving them a differentiated follow-up in each situation, in order to promote their quality of life. However, in the daily practice of PHC, there is a perpetuation of reductionist care, centered on the disease and its exacerbation, reinforcing the biomedical model, imposed by the medicalization of symptoms that sometimes emerge from a multidimensional individual and family context, which are not taken into account. It becomes emergent to evolve in this aspect. Therefore, this study is part of a larger research that intends to elaborate a proposal for change in the integral care of the elderly in PHC, based on the Primary Care policies for the elderly in the world and in Brazil, with the intention of qualifying the health care of the elderly. The first phase of this study consisted of building the model used in the PHC of Belo Horizonte for elderly care and its validation by experts through a questionnaire. Afterwards, the model was adapted with the contributions of experts. In the second phase, based on the summary table with the PHC guidelines for the elderly presented in the documents of the WHO, the Ministry of Health, the State Health Department and the PBH, a proposal for care in PHC in the PBH was established, based on in the guidelines of the documents, whose validation will also be given by managers and professionals of the PBH and which will result in a technical product: Workshop to discuss the feasibility of the intervention.

Keywords: Elderly health. Primary health care. Comprehensive assistance. Logical model. Health intervention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Etapas do ciclo de Planejar-Fazer-Avaliar-Ajustar.....	81
Quadro 1 – Quadro síntese das diretrizes nacionais, estadual e municipal do modelo de atendimento ao idoso na Atenção Primária a Saúde.....	45
Quadro 2 – Plano de Ação.....	82
Quadro 1 (Artigo) – Validação do Modelo de atendimento ao idoso na APS na PBH.....	60
Quadro 2 (Artigo) – Quadro síntese das políticas públicas para atendimento do idoso na APS e o modelo da PBH validado.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária a Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CONASS	Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Apoio a Saúde da Família na Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDSA	Ciclo Planejar/Fazer/Avaliar/Ajustar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Proteção a Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Situação Problema	14
1.2 Justificativa	16
2 REVISÃO TEÓRICA	18
2.1 Políticas públicas para assistência a saúde na Atenção Primária no Brasil	21
2.1.1 Princípios Finalísticos / Doutrinários do SUS.....	24
2.1.2 Princípios Estratégicos / Organizativos.....	27
2.1.3 Níveis de Atenção à Saúde no SUS e Redes de Atenção à Saúde- RAS.....	28
3 OBJETIVOS	42
3.1 Objetivo geral	42
3.2 Objetivos específicos	42
4 METODOLOGIA	43
4.1 Quadro Síntese do Modelo – Diretrizes nacionais, estaduais e municipais sobre a saúde do idoso na APS.....	45
5 RESULTADOS	56
Artigo	56
6 PRODUTO TÉCNICO	80
6.1 Proposta de Intervenção	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE A - TCLE	94
APÊNDICE B – Questionário experts	97
ANEXO A – Aprovação COEP UFMG	100

1 INTRODUÇÃO

O usuário do serviço de saúde traz consigo particularidades que podem impactar na oferta da assistência a ele prestada porque fatores como idade, sexo, valores culturais, saberes influenciam na linha de condução da oferta do “fazer saúde”, nessa relação entre serviço e usuário.

Considerando os preceitos da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde pública deve se basear em políticas e programas de saúde instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde a Atenção Primária até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem discriminação, independente das particularidades do indivíduo. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde, além da recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2019).

O cenário brasileiro apresenta uma permanente mudança do perfil populacional, onde se tem uma crescente transição demográfica, resultando no envelhecimento contínuo da estrutura etária. Conforme a legislação brasileira, é considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade.

Segundo o censo demográfico 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019), a população idosa brasileira é composta por 29.747 milhões de pessoas, correspondendo a 15,26% da população total do país. A expectativa de vida em 2019, para ambos os sexos, aumentou para 76,5 anos, sendo 80,03 anos para a mulher e 73 para o homem. Considera-se ainda que nos próximos dez anos, a população total do país estará composta por 18% de pessoas idosas e em 2050 esta população chegará a 28% (BRASIL, 2019), o que corresponderá a um quadro de mais idosos que crianças, fenômeno esse nunca antes observado.

Outra característica importante é o crescimento da população dos muito idosos (idade igual ou superior que 80 anos), com destaque também no aumento do

número de idosos centenários (100 anos ou mais), que ultrapassa 24 mil (IBGE, 2019).

Cabe destacar que o Brasil é um país em processo de desenvolvimento, e vem sofrendo essa transição de forma rápida, sem ter tido a chance de aumentar a riqueza e reduzir as disparidades sociais, diferentemente da maioria dos países desenvolvidos em que o envelhecimento da população tenha sido um processo gradual, conseqüente a um crescimento social e econômico substancial que perdurou por várias décadas onde ações estratégicas puderam ser desenvolvidas. O envelhecimento rápido em países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na família, no que tange a sua estrutura e funções, bem como nos padrões de trabalho e migração. Com o processo de urbanização, o movimento migratório de jovens para cidades em busca de empregos, famílias menores e mais mulheres entrando na força de trabalho formal decorre que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando estas precisarem de ajuda. (OMS, 2002)

Esse processo de envelhecimento, além de impactar e trazer mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, gera demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES et al., 2012).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria GM nº1395 de 10 de dezembro de 1999) traz consigo particularidades voltadas para a intervenção no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Este espaço tem a especificidade de, além de ser o serviço preferencial para o primeiro contato do cidadão com o

profissional de saúde, ter como missão a integração de ações de cuidado, prevenção de agravos e promoção da saúde (TOSTES et al., 2012).

O nível de assistência na APS é a que mais se aproxima dos idosos, sua realidade de vida, seu cotidiano, sua família. Além disso, o vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e essa população, pode estabelecer condições para um acompanhamento mais eficaz da saúde da pessoa idosa, além de auxiliar no processo terapêutico e preventivo. Tal afirmativa se sobressai em vários estudos descritivos já realizados sobre o assunto, desde os primórdios assistenciais da APS, onde se conclui que “o vínculo pode ser considerado um substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde” (MERHY, 1997).

A atenção à saúde da pessoa idosa na APS, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa - que é identificada por meio de visitas domiciliares - deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica - aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais - e o exame físico. A adoção de intervenções multidisciplinares que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e influenciarão o envelhecimento ativo (BRASIL, 2007).

Conforme Fernandes (2013), sendo a funcionalidade o bem maior da saúde da pessoa idosa, do ponto de vista da moderna Geriatria, a capacidade funcional se estabelece como o conceito de saúde mais adequado para manejar o cuidado à saúde do idoso, ou seja, a saúde do idoso pode ser considerada como a capacidade funcional máxima pelo maior tempo alcançável.

Nesse sentido é que um dos principais objetivos das políticas é a reorientação dos Serviços Públicos de Saúde para identificar o nível de dependência desses idosos, dando a eles um acompanhamento diferenciado em cada situação, e, além disso, promover uma qualidade de vida para essa população, na heterogeneidade e diversidades desse contexto (FERNANDES, 2013).

1.1 Situação problema

Na prática cotidiana das Unidades Básicas de Saúde (UBS), cenário de desenvolvimento da Atenção Primária, observa-se que o modo de “fazer-saúde” tem se perpetuado na assistência. Dessa forma, as ações são estruturadas no âmbito da agudização dessas doenças, o que mostra uma assistência reducionista, centrada na doença, reforçando o modelo biomédico, imposto pela medicalização sobre sintomas que por vezes emergem de um contexto biológico, emocional, social, histórico (individual e familiar), que não são levados em consideração.

Coelho *et al.* (2018) relatam que o idoso carrega demandas e particularidades biopsicossociais diferentes e mais complexas comparadas ao adulto, o que aponta necessidade de ações específicas, direcionadas à pessoa idosa, com propósito de promover longevidade, prolongar sua funcionalidade com foco na qualidade de vida.

Certamente, conforme referem Giacomini e Firmo (2015), nem tudo é por causa da idade: caso a pessoa idosa passe a não dar conta das atividades de rotina, o efetivo acesso à reabilitação pode evitar ou postergar que ela venha a depender de cuidados de outros. Por isso, reconhecendo a relevância da dimensão funcional da saúde na velhice, a saúde pública, em todos os níveis de gestão (municípios, estados e federação), deve rever seus conceitos sobre a interação saúde-envelhecimento-incapacidade.

A problematização em questão sobre a saúde do idoso na APS, além de ser observada a partir da dinâmica do serviço ofertado, também aparece em diversos estudos científicos, sendo um deles desenvolvido por Pereira (2013), em sua dissertação de Mestrado, intitulada: CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROGRAMA MAIS VIDA, cujo cenário se deu em Belo Horizonte. Aponta que a assistência profissional leva em conta as demandas relativas aos sintomas clínicos e aos diagnósticos de doenças crônicas, onde muitas vezes o biológico impera e toda a complexidade e especificidades daquele indivíduo idoso ficam em segundo plano ou não são considerados.

Outro estudo, desenvolvido por Fernandes (2017), em sua tese de Doutorado intitulada A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM MODELO TEÓRICO, aborda o fluxo de atendimento ao idoso na rede SUS-BH. Aponta que o idoso que chega à recepção da Unidade Básica, na maioria das vezes, é encaminhado para o enfermeiro da equipe que faz a primeira escuta e providencia o encaminhamento de acordo com o fluxo interno diferenciado em cada local. A avaliação naquele momento considera o critério etário

e clínico; os critérios de procedência e funcional não têm visibilidade. O fluxo se apresenta reducionista e variado: trocas de receitas, grupos socioeducativos, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento do serviço social, saúde bucal e atendimento de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e, na maioria das vezes, impera o agendamento de consulta médica, dada a natureza da demanda, ou seja, caso agudo. E assim, essa população tem entrado numa espécie de gargalo, conforme o próprio desenho do fluxo: critério para entrada, afunilamento no acolhimento e consulta médica, prioriza-se o agudo e o restante dos serviços fica pouco explorado, pouco conhecido pelos profissionais e a população na fila do agudo (FERNANDES, 2013).

Dessa forma, a visão integral, com propósito de acompanhamento e assistência global, a fim de se prover promoção, prevenção, qualidade de vida e consequente aumento da expectativa de vida e qualidade de envelhecimento, se torna algo utópico, distante do alcance, caso o modelo de assistência não seja modificado.

Portanto, é evidente que tal modelo de assistência limita o caráter evolutivo que vem sendo proposto nos diversos espaços de discussão sobre a saúde da sociedade no Brasil e no mundo, considerando o progresso político, econômico, cultural e social da humanidade. Assim, torna-se emergente evoluir nesse aspecto e, nesse sentido, esse estudo pretende construir uma proposta de mudança no atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde com a intenção de qualificar a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

1.2 Justificativa

Entende-se que o processo de senescência do indivíduo é algo previsível e interligado a fatores diversos e, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2014), seu declínio funcional, considerado como condição problema, pode ser adiado a partir de estratégias que visam à promoção, manutenção e recuperação da capacidade funcional, que têm sido demonstradas como custo-efetivas. Considera-se que a efetividade e eficiência na assistência à saúde do idoso podem vir ao encontro com esse objetivo, pois direcionam as políticas públicas no sentido da abordagem integral da pessoa idosa.

De acordo com Fernandes (2013), tornam-se necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência, o que corrobora a justificativa de propor uma mudança na assistência à saúde do idoso na APS a fim de qualificar a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Cabe reforçar ainda que intervenções sobre processo de trabalho em saúde buscam impactar nos índices de institucionalização, hospitalização e nas taxas de morbimortalidade nessa parcela da população, já que visam instrumentalizar e qualificar a assistência à pessoa idosa, a fim de propiciar prevenção e evitar o desenvolvimento ou agravamento da fragilidade desse indivíduo.

Outra justificativa para a proposta de mudança na assistência à saúde do idoso na APS, não menos importante, se dá no escopo da ciência. Uma proposta elaborada de forma sistematizada, considerando aspectos essenciais dos objetos (saúde do idoso), sujeitos (profissionais e idosos), e resultados (qualificação da assistência à saúde do idoso) tem muito a contribuir para a saúde pública.

De acordo com o ex-presidente da Organização Mundial de Saúde (OMS), Mahler (1981):

Para alcançar nossa meta mundial de saúde, teremos que trabalhar em estreita colaboração com a comunidade científica. Os cientistas estão ficando preocupados com a relevância social e a equidade social. Há uma crescente desilusão com a pesquisa que não leva à ação, mas à necessidade de mais pesquisas. [...] Temos ferramentas científicas tão fantásticas à nossa disposição, mas muitas dessas ferramentas precisam ser aprimoradas e nisso a comunidade científica tem um papel essencial (...). Começamos a fortalecer as capacidades de pesquisa biomédica nos países em desenvolvimento (...). Para ser realmente útil, seu trabalho deve ser orientado para a solução prática de problemas.

Este estudo pretende, portanto, propor uma intervenção no atendimento do idoso na APS em Belo Horizonte, baseada nos documentos do Ministério da Saúde, e na literatura, propiciando um diálogo entre os atores da saúde, profissionais da APS e comunidade, acerca de um problema que interfere no cotidiano da assistência ao nosso usuário idoso. Este tipo de estudo espera fazer com que os sujeitos tenham que se movimentar, sair de uma condição já estabelecida, pouco efetiva, para então buscar conhecimento, dialogar sobre o tema, com propósito de reelaborar e reconstruir uma assistência mais qualificada.

2 REVISÃO TEÓRICA

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, convocada em 1982 pela ONU, resultou em um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, com propósito de garantir a segurança econômica e social das pessoas idosas, bem como para que elas contribuam para o desenvolvimento dos seus países.

Para isso, o Plano de Ação também visava contemplar as principais estratégias e programas internacionais, regionais e nacionais formulados em resposta a importantes problemas e necessidades de caráter mundial, fortalecendo os países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento de sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas idosas, e fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem econômica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento (OMS, 2005).

Conforme apontado pela OMS (2005), constam no Plano de Ação os objetivos:

- a) Promover o entendimento das sociedades quanto às consequências econômicas, sociais e culturais geradas pelo envelhecimento da população;
- b) Levar a compreensão das sociedades quanto às questões humanitárias e de desenvolvimento relacionadas com o envelhecimento;
- c) Propor e estimular políticas e programas orientados à ação e destinados a garantir a segurança social e econômica às pessoas idosas, assim como lhes dar oportunidades de contribuir para o desenvolvimento e compartilhar de seus benefícios;
- d) Apresentar alternativas e opções de política que sejam compatíveis com os valores e metas nacionais e com os princípios reconhecidos internacionalmente em relação ao envelhecimento da população e às necessidades das próprias pessoas de idade;
- e) Estimular o desenvolvimento de ensino, capacitação e pesquisa que respondam adequadamente ao envelhecimento da população mundial e fomentar o intercâmbio internacional de aptidões e conhecimento nesta esfera.

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento trata tanto os problemas que afetam ao idoso como indivíduo quanto os problemas vinculados ao envelhecimento da população. Atribui a cada Estado a responsabilidade de formular e implementar políticas relativas ao envelhecimento como direito soberano que garanta a essa população a promoção da saúde e alimentação, moradia, família, bem-estar social, Renda de Previdência Social e emprego e educação.

De acordo com a OMS (2005), o Plano de Ação “só pode propor diretrizes amplas e estabelecer princípios gerais sobre as maneiras como a comunidade internacional, os governos e outras instituições, e a sociedade em seu conjunto, podem fazer frente ao problema do envelhecimento progressivo das sociedades e às necessidades dos idosos em todo o mundo”. Entretanto, para sua implementação, recomendou-se que, por seu próprio caráter, “as abordagens mais específicas e políticas mais concretas devem ser concebidas e enunciadas em função das tradições, dos valores culturais e das práticas particulares de cada país ou comunidade étnica, e os programas de ação devem ser adaptados às prioridades e às possibilidades materiais de cada país ou comunidade”.

O plano aponta ainda o entendimento de que os aspectos do envelhecimento são interligados, portanto exige-se que as políticas públicas possam contemplar de forma coordenada cada aspecto, atendendo a pessoa idosa em sua integralidade.

Como apontado pela OMS (2005),

(...) embora o aumento do número de pessoas de idade em todo o mundo representa, para a humanidade, um sucesso do ponto de vista biológico, as condições de vida dos idosos, na maioria dos países, foram ficando muito aquém das condições da população economicamente ativa. No entanto, a saúde, isto é, o estado de total bem-estar físico, mental e social, é resultado da interação de todos os setores que contribuem ao desenvolvimento.

No aspecto saúde e nutrição, o plano de ação aponta 17 recomendações que visam desde manter a lucidez, o conforto e alívio da dor, compensar as incapacidades até o alcance do bem-estar considerando os fatores físicos, mentais, sociais, espirituais e ambientais. As recomendações apontam ainda que os cuidados de saúde devem prioritariamente ser desenvolvidos pelo setor primário de assistência à saúde, local mais próximo do idoso, sua família e onde se insere na comunidade. Contudo deve-se garantir ainda diagnóstico e intervenção precoce, ofertando tratamento e reabilitação quando necessários, em nível de assistência

terciária. Outro aspecto que aparece nas recomendações é a necessidade de se ofertar formação profissional interdisciplinar especializada para assistir esse público. Contudo, ressalta-se ainda a importância de se estimular o autocuidado, a independência bem como a participação do idoso sobre os assuntos inerentes a formulação da atenção à saúde e funcionamento dos serviços.

Ressalta-se também no documento que uma nutrição adequada, apropriada e suficiente, particularmente o adequado consumo de proteínas, sais minerais e vitaminas, é essencial para o bem-estar dos idosos. Sendo assim, o plano chama a atenção para condutas necessárias a fim de garantir uma nutrição eficaz para a saúde da pessoa idosa.

No quesito execução das ações, o Plano de Ação indica que seja papel dos governos avaliar e examinar o processo de envelhecimento do ponto de vista individual e demográfico para determinar as suas implicações no desenvolvimento destes processos à luz de sua situação política, social, cultural, religiosa e econômica (OMS, 2005).

Aproximadamente quatro décadas depois, em 2016, a Assembleia de Saúde promovida pela ONU reforça as proposições anteriores e fornece um mandato político para a ação sobre envelhecimento e saúde que é necessária para garantir que todos tenham a oportunidade de experimentar uma vida longa e saudável. Baseia-se na nova conceituação da OMS do Envelhecimento Saudável como sendo muito mais do que a ausência de doenças e oferece uma ampla orientação aos países e parceiros de desenvolvimento sobre como promover a capacidade funcional dos mais velhos para que estes sejam e façam o que desejam.

De acordo com OMS (2017) a estratégia estabelece cinco objetivos para que os países alcancem a proposta:

- apelo aos países para que se comprometam com a ação;
- os países devem desenvolver ambientes amigáveis ao idoso;
- alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações mais velhas às quais cada vez mais servirão;
- desenvolver sistemas sustentáveis e equitativos de cuidados de longo prazo.
- fornecer melhores dados, medições e pesquisas envolvendo pessoas idosas em todas as decisões que lhes dizem respeito.

O documento aponta que duas metas são consideradas essenciais e necessárias de cumprimento por parte dos países, estados e municípios (período de 2016-2020), cinco anos de ação baseada em evidências para maximizar a capacidade funcional que atinge todas as pessoas para que seguidamente, se estabeleçam evidências e parcerias necessárias para apoiar uma década de envelhecimento saudável (período de 2020-2030).

A Organização Mundial da Saúde argumenta também que países podem envelhecer com tranquilidade se os governos, organizações internacionais e sociedade civil promulgarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhoram a saúde, participação e segurança dos cidadãos mais velhos.

Em todos os países, e em particular os em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a permanecerem saudáveis e ativos são uma necessidade, não um luxo. Essas políticas e programas devem se basear nos direitos, necessidades, preferências e capacidades dos idosos. Eles também precisam abraçar uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência que as experiências da vida anterior podem causar e assim envelhecer de forma melhor (OMS, 2012).

2.1 Políticas públicas para assistência a saúde na Atenção Primária no Brasil

De acordo com Costa e Neto (2016) a definição clássica de política foi elaborada por Aristóteles (1985), no século IV a.C., na obra intitulada Política. É uma derivação do grego-antigo politeia, que indicava todos os procedimentos relativos à polis ou cidade-estado. De polis, derivaram palavras como politiké (política em geral), politiká (aquilo que é público) e politikós (pertencentes ao cidadão). Nessa definição, a política diz respeito a uma realidade moral da comunidade, cujo significado maior é a busca pela felicidade ou bem comum. Pode-se dizer que tal conceito, datado de tempos antigos, ainda busca fazer jus ao significado moderno do que venha a ser política. Entretanto, atualmente, conforme aponta Agum, et al (2015), é relevante resguardar o risco de simplificar seu conceito. Define política pública como o campo do conhecimento que busca ao mesmo tempo “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças nos rumos ou cursos dessas ações. A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos

traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações para produção de resultados ou mudanças no mundo real. É inegável que os resultados das políticas públicas sofrem influência direta de grupos de interesse; sendo a política pública um sistema com diversas interfaces. Dessa forma pode-se concluir que não exista apenas uma definição para a interpretação do conceito de políticas públicas. Agum, et al (2015) cita que a posição do governo de “não se fazer nada” mediante um dado problema, pode ser considerado uma maneira de produzir políticas públicas. Traz ainda a reflexão quanto a sua definição: “quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. É entendido que uma política para ser implementada passa por fases e processos sociais.

A partir dessa breve reflexão quanto ao significado de Políticas Públicas, observa-se que as mesmas devem ser desenvolvidas com finalidades voltadas para os campos que atendam as especificidades de cada elemento da sociedade (saúde, educação, segurança, cultura, etc), de responsabilidade dos órgãos governamentais que têm por premissa garantir direitos à sociedade.

No Brasil, a partir da década de 1980, com o fim do Regime Militar e a reabertura democrática, as novas formas de organização da sociedade civil encontram espaço para fortalecer a si e às instituições democráticas; promover a descentralização e criar novos canais de inter-relação entre os entes federados e entre estes e novos atores sociais. Nesse contexto, a Constituição de 1988 institucionaliza diretrizes que marcam a ascensão de um novo modelo de gestão das políticas públicas baseado na descentralização política e administrativa da União para as demais unidades federadas, na responsabilidade do Estado, na participação da população, na formulação e controle em todos os níveis de governo. Nas décadas seguintes foi possível perceber, então, o conflito entre a expectativa da implementação de políticas públicas que concretizassem os direitos conquistados, assegurados em Lei, e as restrições políticas e econômicas para sua implementação, tendo por exemplo, a construção do Sistema Único de Saúde – SUS (SCHMIDT, 2006), atendendo portanto o elemento SAÚDE da sociedade.

Ao se observar o processo histórico anterior a sua criação, percebe-se que o SUS começa a tomar forma ainda nos anos 70, com movimentos sociais e políticos

contra a ditadura, que se ampliava por uma sociedade justa e solidária e um novo governo que estabelecesse políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e feita para todos, ideais que anos depois viriam a compor a base dos princípios e diretrizes doutrinários e organizativos do sistema.

Como aponta Teixeira (2011), o SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã (Constituição Federal de 1988), de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. Esse processo se por um lado resultou da ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do movimento pela reforma sanitária brasileira, revela a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare state), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira.

A criação do SUS se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes". A primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). (BRASIL, 2003)

Como lembra Santos (2013), no período de nascimento do SUS aconteceram inúmeros encontros estaduais e nacionais de troca de experiências municipais de saúde, configurando o movimento municipal de saúde que se fortaleceu, pressionou os governos nacional e estadual por mais recursos, e antecipou o que viria, anos depois, a ser as ***diretrizes constitucionais***. Tais diretrizes e princípios foram

aprofundados e legitimados com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cuja força social e política levou ao desdobramento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta pelos governos federal, estadual e municipal, pelas instituições públicas e privadas de saúde e pelas entidades da sociedade e dos trabalhadores sindicalizados, com a atribuição de elaborar proposta de sistema público de saúde a ser debatida na Assembleia Nacional Constituinte. Foi também criada a Plenária Nacional de Saúde que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade civil, com a finalidade de participar e exercer o controle social nos debates da proposta de saúde na Constituição (SANTOS, 2013).

O SUS como um projeto de sistema de saúde traduz uma Política de Estado implementada com propósito de assumir princípios definidos a partir de todo um processo de reforma sanitária do país.

Teixeira (2011) menciona que os princípios do SUS são chamados “princípios finalísticos” também conhecidos como doutrinários, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, e os chamados “princípios estratégicos”, também conhecidos como organizativos, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar.

2.1.1 Princípios Finalísticos / Doutrinários do SUS

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

O princípio da universalidade que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Segundo Teixeira (2011), esse artigo traz, além da ideia central do

direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde. O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações. A universalidade é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção (TEIXEIRA, 2011). Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

Equidade: O segundo princípio dos três finalísticos diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. Como aponta Teixeira (2011) o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais

cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas. Nesse sentido, cabe destacar os esforços que vêm sendo feitos para a formulação e implementação de Políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em função de características genético-hereditárias, econômico-sociais ou histórica-política e culturais, como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras. Nos últimos anos, particularmente, os movimentos sociais organizados em torno das reivindicações e demandas políticas destes grupos têm gerado a adoção de propostas que se desdobram em programas e projetos específicos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde. Pelo exposto, percebe-se que o princípio da equidade diz respeito a duas dimensões do processo de reforma do sistema de saúde. De um lado, a reorientação do fluxo de investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e, de outro, a reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Nesse último sentido, a busca de equidade se articula, dinamicamente com outro princípio finalístico do SUS, qual seja, a integralidade do cuidado à saúde.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2003)

A noção de integralidade diz respeito ao conjunto de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes para sua recuperação, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e

recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011).

2.1.2 Princípios Estratégicos / Organizativos

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, sub-divisões ou agregações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental. (TEIXEIRA, 2011)

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do

nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. (BRASIL, 2021); (TEIXEIRA, 2011).

Participação Popular: A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. O controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. A sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

2.1.3 Níveis de Atenção à Saúde no SUS e Redes de Atenção à Saúde- RAS

Retomando o princípio doutrinário da Integralidade baseado na Constituição Federal de 1988, observa-se que o mesmo é articulador dos níveis de complexidade do sistema que indica as diversas ações assistenciais e preventivas em qualquer nível de prestação de cuidado, do primário ao terciário, onde deve-se buscar uma reestruturação contínua do processo de trabalho, tendo como foco as diferentes necessidades individuais. Mattos (2004) aponta que a Integralidade, no cotidiano dos serviços, constitui a capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento/adoecimento demandado pelos usuários, assim como, de modo articulado, identificar e ofertar, para cada situação singular, ações/procedimentos preventivos. A partir disso podemos refletir acerca dos papéis assistenciais que estão instituídos em cada nível de atenção à saúde. Contudo não se pode deixar estabelecer contraposição entre atenção primária e hospitalar visto que tal diferenciação se refere à complexidade – compreendida como densidade tecnológica – e não a uma valoração maior ou menor entre os níveis. O primeiro nível de atenção (APS) e a assistência hospitalar devem ser compreendidos como elementos indissociáveis da mesma rede, atendendo aos mesmos usuários, de

acordo com a necessidade. Tal nível primário, básico (não mais chamado dessa forma devido a ideia reducionista que ela remete, que de alguma forma desvaloriza todo o arcabouço do primeiro nível de assistência. O exercício e efetivação da Integralidade encontra na Atenção Primária espaço privilegiado, tendo em vista as ações desenvolvidas ali, fundamentadas na proximidade e conhecimento do território adscrito, no acolhimento e no acompanhamento longitudinal aos usuários. Entretanto, conforme aponta Macedo, et al (2014), é necessário estar atento ao fato de que o processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (independentemente de seu modelo técnico e assistencial) implique no planejamento e execução de ações a partir de um olhar atento para os determinantes sociais do processo saúde-doença, pautando-se na revisão contínua de seu próprio fazer, em busca da promoção da máxima autonomia dos indivíduos. Portanto é primordial considerar que os usuários não devem ser vistos como seres constituídos em sua totalidade por doenças ou como objetos de ações das unidades, mas sim como seres humanos imbuídos de necessidades que devem ser atendidas com articulação entre a sua demanda espontânea e aquela demanda programada pelas unidades de saúde.

De acordo com Cecílio (2009), há uma maior dimensão da integralidade da atenção, qual seja, a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família - PSF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, a uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde. A integralidade pensada no “macro”. A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada – pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza numa rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial. Dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados. Pode haver um momento em que a garantia do consumo de

determinadas tecnologias baseadas em procedimentos e consideradas mais “complexas”, produzidas em lugares específicos, que funcionam como referência para determinado número de serviços, seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Sem esse acesso, não haveria integralidade possível: finalização do cuidado, resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual. A APS é responsável pelo acesso de toda a população aos meios diagnósticos e aos serviços especializados/hospitalares.

Mattos, (2009) destaca três aspectos que consideram relevantes. O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados aos fatores determinantes do processo saúde-doença.

O processo de envelhecimento no Brasil é algo que vem ocorrendo mais intensamente nas últimas décadas, assim como também em outros países em desenvolvimento. Isso fez com que fossem implementados programas e políticas destinados aos idosos, considerando principalmente os desafios impostos por esse processo, mas ainda recentes comparados às políticas implementadas a nível internacional, datadas de maior tempo.

Esse processo de envelhecimento, além de impactar e trazer mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, gera demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção

domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES *et al.*, 2012).

As diretrizes nacionais destacam os principais conceitos e orientações a serem considerados pelo conjunto de ações, serviços e programas, dirigidos a atenção integral à saúde das pessoas idosas, que refletem o modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS ora proposto (BRASIL, 2014).

As políticas públicas que contemplam a população idosa brasileira propõem um **Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa**, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. O Modelo apresentado foi produto de oficina realizada pelo Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia, em setembro de 2013 e apresentado no mês seguinte no VIII Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa, contando ainda com a participação das demais áreas do Ministério da Saúde para sua construção. Como etapa final de contribuição e validação, deu-se a divulgação e discussão da proposta do Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, em 2014. (BRASIL, 2014)

O modelo elaborado apresenta as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a **rede de atenção às pessoas idosas**: Atenção Básica (considerada a coordenadora desta ação); a Atenção Ambulatorial Especializada, a Atenção Hospitalar Especializada, a Urgência e Emergência e a articulação intersetorial.

De acordo com Brasil (2014), o Modelo proposto apresenta-se em consonância com as diretrizes de diversas e complementares políticas públicas, sendo elas:

- **Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990**, dispendo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

- **Política Nacional do Idoso** – Lei nº 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa. Considera a garantia ao idoso de assistência à saúde nos diferentes níveis de atendimento do SUS, a prevenção, proteção e recuperação a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas, realização de pesquisas para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças com o objetivo da prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1994).

- **Estatuto do Idoso** – Lei nº 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde. Refere-se a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, no conjunto integrado de ações e serviços que visam prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde em atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, cadastramento dessa população em base territorial, direito gratuito aos medicamentos, entre outros. Também ressalta a importância de treinamento e capacitação de profissionais, assim como de cuidadores de idosos e os casos suspeitos e confirmados de maus-tratos contra os idosos os profissionais de saúde obrigatoriamente deverão comunicar a órgãos responsáveis (BRASIL, 2003).

- **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (PT nº 2.528/2006) que tem por finalidade primordial: recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Define que atenção à saúde da pessoa idosa tem como porta de entrada a atenção primária. Destaca a

incorporação pela atenção primária de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolubilidade.

- **Política Nacional de Promoção da Saúde -Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006.** Toma como objetivo primordial melhorar o modo de viver das pessoas e equidade, ampliando a potencialidade da saúde e reduzindo as vulnerabilidades e riscos à saúde. As ações conforme as prioridades da PNAPS, de repercussões para a população idosa são: alimentação saudável, prática corporal (atividade física), prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo a cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável e divulgação da PNAPS.

- **Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa /número 19 (2006).** Instrumento construído com o objetivo de dar maior resolutividade às necessidades da pessoa idosa na Atenção Básica , oferecendo subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica (BRASIL , 2007).

- **Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa,** pelo fortalecimento e cumprimento dos direitos da Pessoa Idosa ao cuidado integral de sua saúde. • Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- **Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica,** estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Descreve ainda o manual da estrutura física que regulamenta a construção de serviços de atenção básica a diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso de pessoas com deficiências ou comprometimentos físicos, favorável também à população de idosos.

- **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, (2011 -2015)** em especial no seu Objetivo Estratégico 06: Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção.

- **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022)**, que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, controle e o cuidado das DCNT, dentre elas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

- **Recomendações do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde da Pessoa Idosa** pelo fortalecimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e organização da atenção ofertada no SUS.

- **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (3a Edição)- 2014**. A terceira edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa descreve sua composição e traz orientações para os profissionais do Sistema Único de Saúde quanto demandas importantes da população idosa aos serviços de saúde. A Caderneta integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2014)

O Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (2014) propõe ainda diversas ações que devem ser realizadas para que a assistência ao idoso seja eficaz e eficiente, são elas:

- **Assistência a longo prazo**: abrange sistemas de apoio informais e formais. Esses podem incluir uma ampla variedade de serviços comunitários (saúde pública, cuidados básicos, tratamento domiciliar, serviços de reabilitação e tratamento paliativo), assim como tratamento institucional em asilos e hospitais para doentes

terminais. Os sistemas formais referem-se também aos tratamentos que interrompem ou revertem o curso da doença e da deficiência.;

- **Oferta de serviços de saúde mental:** com atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos.

- **Avaliação cognitiva** - a avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois, auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo. Sugere-se para uma primeira avaliação a realização do teste rápido, que consiste em solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa, Maçã e Dinheiro. Após 3 minutos, pedir que os fale novamente. Se for incapaz de repeti-los, há necessidade de uma investigação mais aprofundada. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. Como complementação dessa avaliação, pode-se utilizar o Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas e o Questionário Pfeffer (QPAF – Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
- **Depressão** - é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença necessita ser avaliada. A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. É essencial que seja feita a diferença entre tristeza

e depressão, uma vez que os sintomas depressivos podem ser mais comuns nessa faixa etária ocorrendo, com frequência, no contexto de distúrbios médicos e neurológicos. A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida. Evidências sugerem que é necessário instituir precocemente o tratamento. É fundamental a construção de um projeto terapêutico singular (PTS), a partir do Acolhimento e da Avaliação, incluindo diferentes estratégias que possam atender às necessidades dos usuários.

- **Serviços de Saúde bucal:** problemas como as cáries, doenças periodontais, perda de dentes e câncer bucal causam outros problemas orgânicos de saúde. Esses problemas tornam-se um ônus financeiro para indivíduos e sociedade, e podem reduzir a autoconfiança e a qualidade de vida. Alguns estudos demonstraram que uma saúde oral precária está associada à desnutrição e, portanto, ao maior risco de desenvolver várias doenças não transmissíveis. A promoção da saúde bucal e programas de prevenção de cárie criados para estimular as pessoas a manterem seus dentes naturais precisam começar ainda cedo e continuar ao longo da vida. Devido à dor e pior qualidade de vida associadas aos problemas de saúde oral são necessários serviços básicos de tratamento dental e também serviços especializados como os de prótese.

- **Controle do Álcool:** enquanto os idosos tendem a beber menos do que os jovens, as mudanças de metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade dos mais velhos a doenças relacionadas ao álcool, como desnutrição e doenças do pâncreas, estômago e fígado.

- **Acesso a Medicamentos:** como as pessoas idosas frequentemente têm problemas crônicos, necessitam utilizar mais medicamentos – tradicionais, adquiridos sem receita médica e receitados – que pessoas mais jovens. Na maioria dos países, os idosos de baixa renda têm pouco ou nenhum acesso a subsídios

para medicamentos. Assim, muitos deixam de comprar ou gastam uma grande parte do rendimento já escasso em remédios. Em contrapartida, os medicamentos são às vezes prescritos em demasia aos idosos (especialmente às mulheres) que possuem seguros ou meios de pagar pelos remédios. Reações adversas e quedas associadas ao uso de medicamentos (especialmente para dormir e tranquilizantes) são razões fortes de sofrimento pessoal e internações hospitalares caras e evitáveis.

- **Controle de Iatrogenia:** problemas de saúde induzidos por diagnósticos ou tratamentos e causados pelo uso de remédios são comuns na terceira idade, devido à interação medicamentosa, dosagens inadequadas e maior frequência de reações imprevisíveis através de mecanismos desconhecidos. Com o advento de muitas terapias novas, há uma maior necessidade de se estabelecer sistemas para prevenir reações medicamentosas adversas e informar tanto profissionais da saúde quanto o público idoso sobre os riscos e benefícios das terapias modernas.

- **Adesão a tratamentos:** o acesso a medicamentos necessários é insuficiente por si só, a não ser que seja grande a adesão a tratamentos de longo prazo para doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento. A adesão inclui a adoção e manutenção de vários tipos de comportamentos (por exemplo, dieta saudável, atividade física, abstinência do fumo), assim como o consumo de medicamentos de acordo com a orientação de um profissional da saúde. A baixa adesão compromete gravemente a eficiência dos tratamentos e traz implicações importantes na qualidade de vida e na economia para a saúde pública. Só se conseguirá atingir os resultados sobre a saúde da população previstos por dados sobre a eficácia de tratamentos, se as informações sobre adesão forem fornecidas a todos os profissionais e planejadores da saúde.

- **Cuidado e acesso à Alimentação/ Nutrição:** nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), utilizará como critério prioritário a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial de Saúde, considerando os pontos de corte diferentes daqueles utilizados para adultos. Essa diferença deve-se às alterações fisiológicas nos idosos.

De acordo com a Norma Técnica do SISVAN, recomenda-se que o registro das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário seja semestral, permitindo o monitoramento de seu estado nutricional e a determinação de tendências de aumento ou perda de peso, associando possíveis variações às demais condições de saúde da pessoa idosa.

Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante que o profissional esteja atento para alguns aspectos:

- Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira;
- Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se;
- Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos;
- Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite;
- Algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia;
- Alterações de peso recentes;
- Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos. Se for detectado que esses aspectos estão influenciando sensivelmente o estado nutricional do idoso, deve ser feita uma avaliação mais aprofundada, incluindo outras medidas antropométricas, avaliação dietética detalhada e avaliação de exames bioquímicos.

- **Cuidado com Visão:** o processo natural de envelhecimento associa-se à uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, é necessário saber da pessoa idosa se ela sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente devem ser avaliados mais profundamente.

- **Cuidado com Audição:** cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referir-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o “teste do sussurro”.

- **Avaliação de Incontinência urinária:** a presença de incontinência urinária deve ser avaliada, pois, cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica ou por vergonha ou por acharem ser isso normal no processo de envelhecimento. A frequência e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais e sociais. Muitas das causas são reversíveis - delírio, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso - e devem ser investigadas. Perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada é uma forma rápida de verificar o problema. Se a resposta for afirmativa é necessário investigar possíveis causas.

- **Avaliação da Sexualidade:** a sexualidade da pessoa idosa também deve integrar a avaliação da mesma. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação. Alguns problemas comuns também podem afetar o desempenho sexual: artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. Embora a frequência e a intensidade da atividade sexual possam mudar ao longo da vida, problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento. Devem fazer parte da avaliação sistemática das pessoas idosas sexualmente ativas a investigação de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. As mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal, devido às condições de hipoestrogenismo e, conseqüentemente, hipotrofia dos tecidos genitais. A utilização de um creme vaginal à base de estriol favorece uma melhoria nas condições genitais para o exercício pleno da sexualidade. Para o início de sua utilização, é necessário a

realização dos exames preventivos para o câncer ginecológico e mamário, conforme protocolos vigentes, recomendados nessa faixa etária.

- **Vacinação:** As pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas ou as portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito). A situação vacinal da pessoa idosa também deve ser inquirida de forma sistemática. Recomenda-se uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista. A vacina dupla adulto (dT – contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez anos podendo ser reforçada em cinco anos no caso de ferimentos considerados “sujos”. O registro da vacinação deve ser feito na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma.

- **Cuidado com a Mobilidade:** A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por essa razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados. As alterações na mobilidade e quedas podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com uma redução na amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. A amplitude de movimentos dos braços também diminui, tendendo a ficar mais próxima do corpo. A base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar, em busca de maior equilíbrio. A Escala de Tinetti, que no Brasil é conhecida como POMA-Brasil, mostra-se útil para o desenvolvimento dessa avaliação.

- **Prevenção de Quedas:** quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas à elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa

Idosa. Essas informações possibilitam a identificação do risco. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

- **Realização de Avaliação funcional:** a avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.

Didaticamente essas atividades são subdivididas em:

- a) Atividades de Vida Diária (AVD) que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas: Alimentar-se, Banhar-se, Vestir-se, Mobilizar-se, Deambular, Ir ao banheiro, Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.
- b) Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas: Utilizar meios de transporte, Manipular medicamentos, Realizar compras, Realizar tarefas domésticas leves e pesadas, Utilizar o telefone, Preparar refeições, Cuidar das próprias finanças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir e validar o modelo de atendimento ao idoso na Atenção Primária em Saúde na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e criar uma proposta no atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Construir o modelo do atendimento ao idoso na APS em BH
- Validar esse modelo
- Elaborar uma proposta de atenção ao idoso na APS para PBH baseada nas políticas internacionais, nacionais e estadual.

4 METODOLOGIA

Esse estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo de intervenção no atendimento a pessoa idosa na APS, em Belo Horizonte, com a intenção de qualificar a assistência à saúde. Tem como objetivo principal verificar a viabilidade de uma proposta de mudança para o cuidado integral do idoso na APS. Para a primeira fase do projeto, considerada a pré-implementação, foi construído o modelo atual deste atendimento na PBH e será apresentado nessa dissertação.

Passo 1 - Em primeiro lugar foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as políticas de atenção ao idoso na APS no mundo, no Brasil e no estado de Minas Gerais para estabelecer as dimensões mais importantes destas políticas e as suas propostas.

O modelo construído do atendimento do idoso na APS na PBH pretendeu estabelecer quais os programas e propostas existentes que são referentes a cada uma das dimensões estabelecidas pelas políticas de atenção ao idoso na APS e como eles se relacionam para alcançar os resultados e efeitos sobre a saúde da pessoa idosa na atenção primária.

Passo 2 - Para a construção dessa etapa, realizou-se coleta de informações sobre Saúde do Idoso na APS por meio de entrevista à gerência da Atenção à Saúde do Idoso na PBH para identificar a visão macro do serviço ofertado e o consequente impacto sobre a saúde dessa população.

Passo 3 - O conhecimento do cenário geral da UBS da assistência à saúde do idoso foi realizado por meio de entrevista com o gerente local e pela experiência e a vivência da própria pesquisadora que é enfermeira na APS da PBH. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, em local privativo, com agendamento prévio para realização.

Passo 4 - Após essa etapa foi criado um quadro síntese com as dimensões estabelecidas nas políticas de atenção ao idoso, as propostas nacionais e estaduais, e as da PBH correspondentes a cada uma das dimensões.

Passo 5 - Em seguida foi realizada a validação deste modelo, por meio da Técnica Delphi modificada (JONES; HUNTER, 1995; WILLIAMS E WEBB, 1994).

Esta técnica consiste em uma consulta a experts que julgam sobre questões ou assuntos específicos, buscando consenso. Os experts (6) foram escolhidos pela afinidade ao tema e experiência na área (ROWE; WRITE, 2001), sendo eles: 1 referência técnica da saúde do idoso distrital, 1 gerente de UBS, 1 profissional médico da APS, 2 profissionais enfermeiros da APS, 1 professor de enfermagem ligado a APS/PBH.

Passo 6 - Um questionário foi criado para os experts com o objetivo de verificar se os programas da PBH existentes eram realmente aqueles descritos para cada dimensão, com espaço para fazerem observações sobre seu impacto. As contribuições dos experts foram analisadas e após esta fase o modelo foi readequado.

Passo 7 - Em seguida, foi elaborada uma proposta para atendimento para o idoso na APS na PBH, tendo em vista o modelo construído, numa tentativa de melhorar esse atendimento. Essa proposta deverá ser validada por gestores, profissionais e usuários da PBH na segunda fase deste estudo e será apresentada como um produto técnico dessa dissertação.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde da PBH e foi aprovado com o número COOE 4.329.098

4.1 Quadro Síntese do Modelo – Diretrizes nacionais, estaduais e municipais sobre a saúde do idoso na APS

Abaixo apresenta-se o quadro síntese construído para validação dos experts.

Quadro 1 – Quadro síntese das diretrizes nacionais e estadual e municipal do modelo de atendimento ao idoso na APS.

Eixos	Subeixos	NACIONAL/ESTADUAL	MUNICIPAL (PBH)
1- Humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica	Acolhimento	<p>Política Nacional de Humanização - 2003, também conhecida por “HumanizaSUS”, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.</p> <p>Sua operacionalização dá-se pela oferta de tecnologias, ferramentas e modos de operar, destacando-se o “Acolhimento” como atitude de reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações, construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.</p> <p>Programa Saúde na Hora: lançado em maio de 2019 viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde em todo o território brasileiro.</p> <p>O programa busca ampliar o acesso aos serviços de APS por meio do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) em horário estendido. O programa também prevê:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofertar ações de saúde em horários mais flexíveis para a população, como horários noturno e do almoço; - Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, da Atenção Primária à Saúde e do cuidado em Saúde Bucal nos municípios e Distrito Federal; - Fortalecer a gestão municipal e do Distrito Federal na organização da Atenção Primária; 	<p>Implantado o Programa Saúde na Hora a partir de novembro 2019 nos centros de saúde de Belo Horizonte. Ampliação do acesso da população para 12 horas diárias, incluindo a sala de vacina, consultas médicas e odontológicas, coleta de exames laboratoriais. Não específica para idosos</p> <p>Fale com a Equipe, como dispositivo de acesso diário da população a sua equipe de saúde da família de referência. Espaço de escuta do usuário, para definição e direcionamentos necessários para assistência à saúde qualificada. Não específica para idosos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir custos em outros níveis de atenção; - Investir mais recursos da União para Atenção Primária à Saúde; - Diminuir filas em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares; - Dar suporte aos municípios e Distrito Federal para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional causada pelo novo agente coronavírus (2019-nCoV). <p>As unidades deverão garantir a oferta dos serviços durante todo o período de funcionamento da unidade. A adoção de estratégias que ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de equipes multiprofissionais na Atenção Primária, bem como pela garantia de retaguarda da Rede de Atenção à Saúde conforme necessidade local.</p>	
Atenção continuada / longitudinalidade		<p>Garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo, em múltiplos contatos, sendo possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente, onde cada conquista pode ser comemorada, ou quando necessário, novas negociações são estabelecidas; - haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida do idoso, possibilitando a correção dessas condutas; - estreitar os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos. <p>A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa possibilita o rastreo de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e graus de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, permitindo o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas a cada caso.</p> <p>Essa ferramenta facilita a reconstituição do histórico clínico dos indivíduos, suas condições de saúde, bem como a identificação de hábitos de vida, contextos familiares, sociais e econômicos que possam contribuir para melhores ou piores prognósticos. A Caderneta permite o acompanhamento longitudinal e o controle de condições crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, bem como de seus fatores de risco. Também é possível monitorar dados antropométricos como peso, índice de massa corporal e o perímetro da panturrilha. A identificação e o</p>	<p>Implantação da caderneta do idoso na rede, com propósito de acompanhamento longitudinal. O instrumento visa aprimorar o cuidado prestado pelas equipes das Unidades de Saúde de Belo Horizonte, através do registro e acompanhamento dos dados pessoais, sociais, econômicos, familiares, as condições de saúde e os hábitos de vida do usuário por um período de cinco anos.</p>

		acompanhamento de agravos, de doenças crônicas, bem como de sinais de alerta que podem representar o risco de declínio da capacidade funcional são fundamentais para a elaboração de um projeto de cuidados específico, baseado nas reais necessidades de cada usuário.	
	Visita domiciliar	Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde. Na visita domiciliar, é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados. BRASIL (2007)	A oferta de Visita Domiciliar está contemplada como uma das ações de assistência a Demanda Programada da APS, cuja agenda deve estar protegida semanalmente, conforme pactuado nas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, realizadas na rede em 2010. Não específica para idosos
2-Promoção de hábitos saudáveis Objetivo - Envelhecimento ativo - Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde (2005) , estabelecida através de documento ministerial, a partir dos resultados decorrentes da Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, em 2002. Defende que o envelhecimento ativo é o	Alimentação Saudável	Nos idosos, a desnutrição pode ser causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades sócio-econômicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos (alimentos ricos em gordura, por exemplo), doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física. O consumo excessivo de calorias aumenta muito o risco de obesidade, doenças crônicas e deficiências durante o processo de envelhecimento. Dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas e legumes/verduras e que suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de risco de problemas crônicos, como diabete, doença cardiovascular, pressão alta, obesidade, artrite e alguns tipos de câncer. Uma das estratégias para enfrentar tal quadro e aprimorar a resolubilidade da APS na promoção de envelhecimento saudável é a Atenção Nutricional (AN), orientada às especificidades deste grupo, prevista na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A AN, em conjunto com outras medidas, visa fomentar uma qualificação dos serviços agindo na prevenção de morbidades classificadas como condições sensíveis à APS, a exemplo de Doenças	A gestão do cuidado à pessoa idosa é pautada por demandas cotidianas do serviço onde muitas das ações desenvolvidas na atenção primária são disparadas a partir de queixas que revelam uma patologia já instalada. Isso também acontece com pessoas idosas, principalmente pelas comorbidades comuns a essa faixa etária. Uma atribuição do NASF-AB é propiciar ações para o envelhecimento ativo, sendo a alimentação saudável um dos pilares dessa política. Entretanto é nítido o privilégio à assistência às doenças em detrimento de ações planejadas de promoção da saúde. Os indivíduos que não apresentam morbidade ou queixa dispõem de acompanhamento de saúde limitado.

processo de otimização das		Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que representam importante carga de doenças na população idosa.	
oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as	Prática Corporal/Atividade Física	- Atividade física: A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas	Academia da cidade é um dispositivo disponível em várias regionais da cidade, que oferece diversas atividades físicas gratuitas, orientadas por educador físico. Não específica para idoso
peças ficam mais velhas, aplicando-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades;	Tabagismo	O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da rede de tratamento do tabagismo no SUS, em parceria com estados e municípios e Distrito Federal. A rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações. Cabe lembrar que desde 1989, o INCA desenvolve ações voltadas para o tratamento do tabagismo. Pesquisas sobre os efeitos do fumo revelaram que este não é apenas um fator de risco para um extenso e cada vez maior número de doenças, mas também que os efeitos do seu uso são cumulativos e de longa duração. O risco de contrair ao menos uma das doenças associadas ao fumo aumenta com a duração e a quantidade da exposição. Os benefícios de parar de fumar têm um alcance amplo e se aplicam a todas as faixas etárias. A exposição passiva à fumaça pode ter um efeito negativo na saúde de pessoas idosas, especialmente se sofrerem de asma ou outros problemas respiratórios.	Belo Horizonte implantou o programa de cessação do tabagismo, seguindo o formato indicado pelo ministério da saúde. As abordagens são realizadas por profissionais dos Centros de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Academias da Cidade. Não específica para idosos
ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. (BRASIL, 2005). Conforme aponta BRASIL (2005), para	Alcoolismo	Conforme o documento A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser assegurados a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população. Esse importante reconhecimento do Ministério da Saúde não nos deve fazer esquecer que o abuso de álcool e de outras drogas, por sua gravidade e abrangência, não admite soluções apenas no campo da Saúde, mas deve envolver uma abordagem amplamente intersetorial, que trate dos problemas da violência urbana, das injustiças	Os usuários de álcool e outras drogas em uso abusivo ou prejudicial contam com o CERSAM AD (Centro de Referência de Saúde Mental - Álcool e Drogas). A equipe multiprofissional traça um projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada usuário que chega ao CERSAM. Essa equipe é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais,

<p>se alcançar o envelhecimento ativo, deve-se apostar na promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como proporcionar serviços curativos para aqueles que estão sob um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme envelhecem.</p>		<p>sociais, das graves desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura.</p> <p>Princípios para a abordagem dos usuários de álcool e de outras drogas: -O modelo da redução de danos, sem preconização imediata de abstinência, tem se mostrado a estratégia mais adequada para essa abordagem, por resgatar o usuário em seu papel auto-regulador. -Deve-se promover o acesso e a garantia de atendimento nos serviços mais próximos do convívio social de seus usuários: as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e de Outras Drogas (CAPS AD), leitos em hospital geral, etc.</p> <p>-É necessário desconstruir o preconceito segundo o qual todo usuário de droga é um doente e/ou delinqüente, que requer internação e/ou prisão.</p> <p>-A mobilização da sociedade civil é fundamental: deve-se oferecer-lhe condições de participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais.</p> <p>-Convém incentivar iniciativas locais, em parcerias entre organizações governamentais e não-governamentais, que possibilitem o acesso a atividades sociais, esportivas, artísticas.</p> <p>-Deve-se promover políticas sociais de habitação, trabalho, lazer, esporte, educação, cultura, enfrentamento da violência urbana, assegurando a participação intersetorial em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada.</p> <p>-É preciso rediscutir com seriedade os critérios, muitas vezes arbitrários e confusos, que distinguem drogas lícitas e ilícitas, assim como a criminalização do usuário de drogas – efetuando, quando necessário e justo, modificações nas legislações vigentes. MINAS GERAIS, 2006.</p>	<p>terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros.</p> <p>-Outras abordagens são realizadas através da Equipe de Saúde da Família, em acompanhamento longitudinal, com apoio de antidepressivos e apoio da equipe de saúde mental local. Não especifica para idosos</p>
	<p>Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas</p>	<p>- Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a auto-estima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação</p>	<p>O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que realizam grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes.</p> <p>Não especifica para idosos. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça</p>

		familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva.	o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico.
3- Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa	Todos os profissionais da equipe	a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno. b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização. c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa. d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade. e) Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo. g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico. h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa. i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe. BRASIL, 2007	Inexistem indicadores específicos para análise da saúde do idoso na APS, sendo que os únicos indicadores considerados são aqueles ligados a alguma condição patológica da pessoa adulta (hipertensão, diabetes, tuberculose, etc). Não específica para idosos
	Médico	a) Realizar atenção integral às pessoas idosas. b) Realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico; c) Prescrever tratamento medicamentoso, quando necessário. d) Solicitar exames complementares, quando necessário. e) Realizar assistência domiciliar, quando necessário. f) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa à serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento. g) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. h) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador a identificação de sinais e/ou sintomas que requerem atendimento de saúde imediato. i) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa.	

Enfermeiro	<p>a) Realizar atenção integral às pessoas idosas. b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário. c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão. d) Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem. e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. f) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. BRASIL, 2007</p>
Auxiliar/Técnico Enfermagem	<p>a) Realizar atenção integral às pessoas idosas. b) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos. c) Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. BRASIL, 2007</p>
ACS	<p>a) Cadastrar todas as pessoas idosas de sua micro-área e manter o cadastro atualizado. b) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme seu Manual de Preenchimento específico c) Identificar e encaminhar o idoso frágil à Unidade de Saúde. d) Realizar visitas domiciliares às pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade às frágeis ou em processo de fragilização. e) Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade, mantendo a equipe informada, principalmente, a respeito dos idosos frágeis. f) Estar em contato permanente com as famílias. g) Avaliar condições de risco de quedas observáveis no domicílio. BRASIL, 2007</p>
Dentista	<p>a) Realizar atenção integral às pessoas idosas. b) Realizar consulta, avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico e realizar tratamento restaurador, quando necessário. c) Solicitar exames complementares, quando necessário. d) Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento de urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais. e) Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados. f) Realizar assistência domiciliar, quando necessário. g) Supervisionar e coordenar o trabalho do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dental. h) Orientar a pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca e da</p>

		prótese; i) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade em saúde bucal, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento. BRASIL, 2007	
	NASF-AB	Os Nasfs-AB exercem um papel fundamental de apoio, matriciamento, suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. Competem também aos Nasfs-AB participar do planejamento conjunto das ações, de discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, educação permanente, ações intersetoriais etc. Sendo assim, podem contribuir muito na construção do PTS e desenvolver em conjunto ações de recuperação da capacidade funcional e reabilitação de menor densidade tecnológica. Além disso, as ações de promoção e prevenção incrementadas pelos Nasfs-AB ajudam a evitar a prática do encaminhamento desnecessário. BRASIL, 2018	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais, compostas por diferentes categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Estes profissionais atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família buscando auxiliá-los no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na Atenção Básica, que ampliem a oferta de serviços, através de consultas individuais, visitas domiciliares ou ações grupais. Não específica para idosos
4- Avaliação global da pessoa idosa na atenção primária	Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa	-A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários.	-Inexiste protocolo de saúde do idoso na PBH que oriente e direcione a avaliação multidimensional do idoso. -Avaliações pontuais por profissionais que tem maior habilidade com saúde do idoso, registro ao longo do prontuário de saúde do adulto.

		<p>Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do/a idoso/a e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, as doenças podem ser desencadeadas mais facilmente. Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que mantêm-se ativas. Dada sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas: 1. afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; 2. diabetes e suas complicações; 3. déficits sensoriais (auditivo e visual); 4. afecções osteoarticulares; 5. déficits cognitivos.</p>	
5- Suporte familiar e social	<p>Avaliação da Funcionalidade Familiar</p>	<p>Nas alterações concernentes à idade, percebem-se fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas que determinam, para o idoso, certo grau de dependência relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária. Esses aspectos podem interferir na capacidade funcional e qualidade de vida, e promover conseqüentemente a necessidade de cuidados prestados por terceiros ou pela família (Ansaí & Sara, 2013).</p> <p>O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo. Seu efeito é tido como benéfico no membro da família que o recebe, na medida em que o suporte é percebido como disponível e satisfatório (Torres, Reis, Reis, Fernandes, & Xavier, 2010). Dessa forma, é fundamental, para o planejamento assistencial adequado ao idoso, a compreensão do contexto familiar, o que implica o entendimento das questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento das famílias em geral.</p>	<p>As unidades básicas de saúde contam com profissional Assistente Social que apoia a Equipe de Saúde da Família para direcionamentos inerentes à assistência social. No geral, o diagnóstico do suporte familiar e social se dá a partir do olhar do Agente Comunitário de Saúde cujas necessidades de intervenções se dão quando identificadas situações de vulnerabilidade. São realizadas discussões acerca do caso e definidas intervenções possíveis dentro da rede.</p>
	<p>Avaliação do Estresse do Cuidador</p>	<p>A literatura denota evidências de alterações emocionais, físicas e sociais em cuidadores de idosos, sendo essencial, nesse processo, ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do cuidado. Sendo assim, faz-se necessário apresentar propostas de intervenção, trabalho de acompanhamento, educação em saúde para prevenção de ansiedade dos cuidadores e familiares, ou seja, políticas de proteção focalizadas no cuidador familiar (Camargo, 2010)</p>	<p>Inexiste na rede um protocolo específico para tal avaliação do cuidador. As ações realizadas para essa pessoa são aquelas desenvolvidas no cotidiano da unidade, em oferta aos usuários da rede.</p>
	<p>Violência Intrafamiliar e Maus</p>	<p>A violência contra o idoso pode ser classificada em violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e</p>	<p>Na atenção básica, a Unidade de Saúde da Família (USF) tem</p>

	Tratos contra a pessoa idosa	<p>autonegligência.² A violência intrafamiliar é caracterizada pela ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um integrante do núcleo familiar. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por qualquer membro da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, e inclui também as pessoas que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.³</p> <p>Fontes oficiais de informações sobre maus-tratos/ violência contra idosos no Brasil, dentre as quais estão a Secretaria de Segurança Pública e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, indicam o crescimento desse fenômeno, especialmente nas áreas urbanas das metrópoles.⁴</p> <p>Observa-se um aumento do número de idosos que vivenciam o processo de doença crônica e incapacitante, o que os torna mais vulneráveis à situação de maus-tratos.</p> <p>Na atenção básica, a Unidade de Saúde da Família (USF) tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois oportuniza à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência, responde como porta de entrada do sistema e constitui-se em referência para o primeiro contato do usuário, espaço no qual cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade podem ser solucionados.⁷</p>	<p>importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois oportuniza à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência, responde como porta de entrada do sistema e constitui-se em referência para o primeiro contato do usuário, espaço no qual cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade podem ser solucionados.</p> <p>As ações desencadeadas em proteção à pessoa idosa na atenção primária se dão a partir da atuação da equipe de saúde da família em conjunto com a assistência social.</p>
6- Atenção domiciliar	Internação domiciliar/ assistência domiciliar	<p>No Brasil, são várias as experiências de serviços de atenção domiciliar (SADs) que foram criados a partir das dificuldades concretas de pacientes no acesso a serviços de Saúde. O domicílio despontou, somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado. Nos últimos 20 anos, essas práticas acumularam experiência e conhecimento em lidar com uma ampla gama de situações clínicas que têm enriquecido as possibilidades de atuação em AD e, por outro lado, impõem desafios à adequação da prática profissional a esta nova realidade. O perfil de funcionalidade e a progressão das doenças de base do usuário podem indicar algumas características da AD que determinará o tipo de atendimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento domiciliar de curta permanência (dias a poucas semanas): • Atendimento domiciliar de média permanência 	<p>A Rede SUS-BH conta com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Por meio do Serviço, recebem assistência em saúde no domicílio pacientes que demandam cuidados de complexidade intermediária, ou seja, que não necessitam de internação hospitalar, mas que precisam de cuidados especiais. O atendimento</p>

		(semanas a poucos meses): • Atendimento domiciliar de longa permanência/duração (vários meses a anos).	é realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multidisciplinar de Atenção de Apoio (EMAP). O acionamento do serviço se dá a partir da desospitalização do paciente para seu domicílio, bem como a partir da demanda gerada pela ESF.
7- Cuidados paliativos		<p>A Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO) considera que os cuidados paliativos (CPs) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto (WHO, 2002).</p> <p>Idealmente, os cuidados paliativos deveriam ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, sendo adaptados para as crescentes necessidades dos doentes e dos seus familiares, à medida que a doença progride. Os princípios dos cuidados paliativos incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, com minimização dos sofrimentos físico, social, emocional e espiritual, até a sua morte.</p> <p>Por causa da demanda natural dos profissionais de Saúde de se encaminhar pacientes no final da vida para a AD, ressalta-se a necessidade de abordagem dos CPs na área de AD e também do reconhecimento da AD como braço assistencial importantíssimo para a implementação de CP de forma abrangente e equitativa, principalmente em nossa realidade e em outros países com limitações de recursos na Saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais</p>	<p>Em Belo Horizonte o serviço existe através do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), sendo uma equipe multidisciplinar do EMAD-Cuidados Paliativos, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, técnico de enfermagem. Conta com apoio do EMAP (serviços complementares de fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição. A solicitação do serviço se dá pela desospitalização, a partir de critérios definidos (em finalidade de vida, ou sintomas descontrolados no fim de vida ou mesmo aqueles casos que precisam ter comunicação efetiva com o paciente e familiar quanto a fase de vida do paciente). Outros EMADs e as UBS também podem solicitar o serviço ou mesmo pedir interconsulta.</p>

Fonte: elaborado pela autora

5 RESULTADOS

Artigo

Os resultados serão apresentados em formato de artigo científico que foi submetido à revista Contexto & Saúde.

TÍTULO

CUIDADO A SAÚDE DO IDOSO: VIABILIDADE DE UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE, MG.

RESUMO

O Brasil apresenta mudança do perfil populacional, resultando no aumento da população mais idosa. Esse processo do envelhecimento impacta no perfil demográfico e epidemiológico e em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de assistência que mais se aproxima dos idosos, sua realidade de vida, cotidiano e família e precisa ser qualificada. Esse estudo pretendeu construir o modelo de assistência ao idoso na APS em Belo Horizonte e validar esse modelo. Foi construído um quadro com as políticas públicas de atendimento ao idoso na APS, propostas pela OMS, Ministério da Saúde e o modelo de atendimento da APS em Belo Horizonte, essa tendo por base entrevistas com profissionais de gerência. Esse modelo de atendimento foi validado por 6 *experts* por meio da técnica Delphi modificada. O estudo possibilitou confrontar o campo teórico (decifrado através das políticas públicas) com a prática pelo olhar de profissionais atuantes, traduzindo o serviço de assistência à pessoa idosa na APS em BH ofertado atualmente. No geral, observam-se lacunas entre o que dizem as políticas e o que realmente é realizado. Esse estudo mostrou que ainda se enfrenta o desafio de aproximar os dois campos, de forma que a assistência na ponta represente realmente o que propõem as políticas e possa exercer seu papel de responsabilidade para com a pessoa idosa, que vise alcançar sua longevidade de forma mais funcional possível.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Intervenção em Saúde.

ABSTRACT

Brazil presents a permanent change in the population profile, resulting in an increase in the elderly population. This aging process impacts the demographic and epidemiological profile and new challenges to be faced in the care of the elderly population. Primary Health Care (PHC) is the level of care that is closest to the elderly, their reality of life, daily life and family and needs to be qualified. This study aimed to build the elderly care model in PHC in Belo Horizonte and validate this model. A framework was built with public policies for elderly care in PBH, proposed by the WHO, Ministry of Health and the PBH service model in Belo Horizonte, based on interviews with management professionals. This model of care was validated by 6 experts using the modified Delphi technique. The study made it possible to confront the theoretical field (deciphered through public policies) with practice through the eyes of working professionals, translating the care service for the elderly in PBH into BH currently offered. Overall, there are gaps between what the policies say and what is actually done. This study showed that the challenge of bringing the two fields together is still faced, so that care at the end really represents what the policies propose and can exercise its role of responsibility towards the elderly, who aim to achieve their longevity more functional as possible.

Keywords: Elderly Health. Primary Health Care. Health Intervention.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta mudança do perfil populacional, onde se tem quadro marcante da longevidade, resultando no aumento da população mais idosa. Esse processo do envelhecimento, além de impactar no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, resulta em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas públicas.

A Atenção Primária à Saúde- APS - é o nível de assistência que mais se aproxima dos idosos, sua realidade de vida, cotidiano e família. Além disso, o vínculo entre Equipe de Saúde da Família e essa população, associado à adoção de intervenções multidisciplinares, podem estabelecer condições para um acompanhamento mais eficaz da sua saúde, além de auxiliar no processo terapêutico e preventivo.

Do ponto de vista da moderna Geriatria, a saúde do idoso pode ser considerada como a capacidade funcional máxima pelo maior tempo alcançável. Nesse sentido, um dos principais objetivos das políticas é a reorientação dos serviços para identificar o nível de

dependência desses idosos, dando-lhes um acompanhamento diferenciado em cada situação a fim de promover sua qualidade de vida.

No entanto, na prática cotidiana da APS, observa-se a perpetuação da assistência reducionista, centrada na doença e sua agudização, reforçando o modelo biomédico, imposto pela medicalização sobre sintomas que por vezes emergem de um contexto multidimensional individual e familiar, que não são levados em consideração. Torna-se emergente evoluir nesse aspecto¹.

Portanto, esse estudo pretendeu construir o modelo de assistência ao idoso na APS em Belo Horizonte, validar esse modelo, para, a partir das políticas de Atenção Primária ao idoso no mundo, no Brasil e no estado de Minas Gerais, propor uma intervenção na APS com o objetivo de qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa.

METODOLOGIA

Esse estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo de intervenção no atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde (APS), em Belo Horizonte, que tem como objetivo principal verificar a viabilidade de uma proposta de mudança para o cuidado integral do idoso na APS. Para a primeira fase do projeto, considerada a pré-implementação² foi construído o modelo deste atendimento na PBH.

Em primeiro lugar foi realizada uma revisão bibliográfica sobre as políticas de atenção ao idoso na APS no mundo, no Brasil e no estado de Minas Gerais para estabelecer as dimensões mais importantes destas políticas e as suas propostas.

O modelo construído do atendimento do idoso na APS na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) pretendeu estabelecer quais os programas e propostas existentes que são referentes a cada uma das dimensões estabelecidas pelas políticas de atenção ao idoso na APS e como eles se relacionam para alcançar os resultados e efeitos sobre a saúde da pessoa idosa na atenção primária.

Para a construção dessa etapa, realizou-se coleta de informações sobre Saúde do Idoso na APS por meio de entrevista à gerência da Atenção à Saúde do Idoso na PBH para identificar a visão macro do serviço ofertado e o consequente impacto sobre a saúde dessa população. O conhecimento do cenário geral da Unidade Básica de Saúde da assistência à saúde do idoso foi realizado por meio de entrevista com o gerente local e pela experiência e a

vivência da própria pesquisadora que é enfermeira na APS da PBH. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, em local privativo, com agendamento prévio para realização.

Após essa etapa foi criado um quadro síntese com as dimensões/eixos estabelecidos nas políticas de atenção ao idoso, as propostas nacionais e estaduais, e as da PBH correspondentes a cada uma das dimensões.

Em seguida, foi realizada a validação deste modelo, por meio da Técnica Delphi modificada³⁻⁴. Esta técnica consiste em uma consulta a *experts* que julgam sobre questões ou assuntos específicos, buscando consenso. Os *experts* (6) foram escolhidos pela afinidade ao tema e experiência na área⁵, sendo eles: 1 referência técnica da saúde do idoso distrital, 1 gerente de UBS, 1 profissional médico da APS, 2 profissionais enfermeiros da APS, 1 professor de enfermagem ligado a APS/PBH.

Um questionário foi criado para os *experts* com o objetivo de verificar se os programas da PBH existentes eram realmente aqueles descritos para cada dimensão (eixo), com espaço para fazerem observações sobre seu impacto. Foram realizadas questões sobre cada dimensão das políticas: Humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica, Promoção de hábitos saudáveis, Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa, Avaliação global da pessoa idosa na atenção primária, Suporte familiar e social, Atenção domiciliar, Cuidados paliativos. As contribuições dos *experts* foram analisadas e acatadas e após esta fase o modelo foi readequado.

Após essa etapa, será elaborada uma proposta para atendimento para o idoso na APS na PBH, tendo em vista o modelo construído, numa tentativa de melhorar esse atendimento. Essa proposta deverá ser validada também por gestores, profissionais e usuários da PBH na segunda fase deste estudo.

Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde da PBH e foi aprovado com o número 4.329.098.

RESULTADOS

Na entrevista realizada com a coordenação da Atenção à Saúde do Idoso, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) com o objetivo de considerar a visão da gestão sobre como se tem dado a assistência ao idoso e o que tem sido proposto

como Linha do Cuidado ao idoso na APS em Belo Horizonte, verificou-se que a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte opta por seguir as designações do Ministério da Saúde e que, atualmente, há um esforço para implementar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, como instrumento que venha facilitar o seu acompanhamento integral. Entretanto, a gerência relata que a rede é dinâmica e que entre o que se prevê e o que de fato acontece, tem diferenças. A Caderneta ainda não está implementada e sua proposta ainda está em processo. Alguns projetos pontuais, isolados no município, acontecem onde alguns trabalhos mais estruturados se dão, naquelas poucas unidades em que os profissionais têm alguma identificação no escopo do envelhecimento. A APS não tem uma agenda protegida para atenção ao idoso, o processo de trabalho não muda, apesar de já ter mudado o perfil da população. Abaixo algumas falas da gerência:

“[...] está tudo dentro da mesma lógica, falta de habilidade, de recursos institucionais para lidar com a questão do envelhecimento [...] as pessoas acham que colocar no papel, vai acontecer [...]. O que vai fazer acontecer é a sinergia entre a gerência do Centro de Saúde, a equipe e a população.” (Referência Técnica - Atenção à Saúde do Idoso SMSA-BH).

Observa-se que a Gestão também aponta a situação como problema na APS, que vem marcando a assistência fragmentada ao idoso, com informações e planejamento frágil, sem intervenções eficazes.

Após a construção do quadro síntese do atendimento ao idoso nas esferas federal, estadual e municipal segundo documentos e a literatura pertinente e a validação do quadro pelos 6 *experts*, foi possível chegar no modelo final da PBH. Abaixo apresenta-se o quadro de validação do modelo síntese da APS da Prefeitura de Belo Horizonte, com as respostas dos *experts*.

Quadro 1 – Validação do Modelo de atendimento ao idoso na APS na PBH

DIMENSÕES/ EIXOS	QUESTÕES	RESPOSTAS	OBSERVAÇÕES EXPERTS
1 Humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica.	1 Tendo em vista o que a Política Nacional de Humanização (2003) preconiza, você considera que o Programa da PBH “Saúde na hora” responde a essa política?	SIM: 2 respostas - 34%	<i>“Facilidade de acesso e humanização do atendimento”</i>
		NÃO: 3 respostas - 50%	<i>“Apesar de ampliar horário, ainda é fixo o horário do Fale com Equipe gerando agendamento de demanda ou direcionamento do agudo”</i> <i>“Falta RH para atender na hora”</i> <i>“Falta valorização dos servidores”</i>

			<i>“Fale com Equipe não consegue atender adequadamente o idoso que tem necessidades especiais”</i>
		NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	<i>“Não mudou para os idosos, pois já tinham tempo disponível”</i>
	2 Com relação a Atenção continuada / longitudinalidade no SUS, a proposta da implantação da Caderneta do Idoso está dando conta deste princípio?	SIM: 0%	--
		NÃO: 6 respostas - 100%	<i>“Necessário mudar a postura dos profissionais para sua efetivação”</i> <i>“Mesmo com sensibilização, ainda se tem entraves para seu uso”</i> <i>“Não houve esforço de capacitação para seu uso. Gerencia do seu uso ficou a cargo de cada profissional”</i> <i>“Seu uso não está sendo realizado por incompatibilidade com a realidade da USB”</i> <i>“Inexiste agenda protegida para acompanhamento rotineiro do idoso e uso da caderneta”</i> <i>“Idoso desconhece sua importância”</i> <i>“Proposta é interessante, porém não tem padrão para distribuição e uso”</i>
	3 Segundo as estratégias de atendimento ao idoso na APS a visita domiciliar deve ser realizada quando necessária. A Agenda protegida para a visita domiciliar proposta pela PBH atende a essa demanda?	SIM: 3 respostas - 50%	<i>“Profissionais tem autonomia para priorizar atendimentos e visitas”</i> <i>“Horário estabelecido para o programado, porém as demandas mais agudas são difíceis de serem atendidas”</i> <i>“Prioridade aos acamados e de difícil locomoção para orientação. Apoio do NASF”</i>
		NÃO: 3 respostas - 50%	<i>“è preconizada visita aos institucionalizados a cada 60 dias, porém deveria ocorrer em tempo menor”</i> <i>“Demanda de visita é maior que a disponibilidade, principalmente pela pandemia”</i> <i>“Difícil cumprir por dificuldade de RH, falta agenda”</i>
2 Promoção de hábitos saudáveis	1 Segundo a política de promoção de saúde, a alimentação saudável é necessária e deve ser estimulada. Na APS, levando em conta o idoso, o NASF-AB consegue suprir essa necessidade?	SIM: 5 respostas - 85%	<i>“Em parte, pois nem todo NASF tem nutricionista”</i> <i>“O NASF é presente e interativo”</i> <i>“Atendimento individual e em grupo”</i> <i>“NASF+ESF estimula a alimentação saudável ao idoso frágil”</i> <i>“idosos com dificuldades são contemplados, com AVC, com sondas”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“O NASF atua pontual com portadores de comorbidades – HAS, DM. Inexiste grupo específico para idosos”</i>

	2 A Prática Corporal / Atividade Física é importante política para o envelhecimento saudável. A Academia da Cidade pode ser considerada como uma resposta a essa política para o idoso?	SIM: 4 respostas - 68%	<p>“As academias são aceitas e de fácil acesso”</p> <p>“A academia promove qualidade de vida e socialização. Antes da COVID, havia acesso das ILPI às academias”</p> <p>“o foco é readequado com turmas similares”</p> <p>“Academia trouxe ganho na qualidade de vida, atividades e troca de convivência”</p>
		NÃO: 2 respostas - 34%	<p>“Não responde à Política e sim à possibilidade para prática corporal”</p> <p>“Tem atividades para pessoas em geral, não específicos para os idosos”</p>
	3 O Programa de tratamento do tabagismo na PBH está voltado também aos idosos?	SIM: 5 respostas - 85%	<p>“aberto a todos”</p> <p>“não há condicionante – idade – para entrar”</p> <p>“porém não tendo separação por idade, não atende as particularidades”</p> <p>“apesar de não ser específico, ele é incluído”</p>
		NÃO: 1 resposta - 17%	“programa está individualizado. Grupo não estabelecido e descontinuo”
	4 O Programa de tratamento do Alcoolismo na PBH tem contemplado os idosos?	SIM: 3 respostas - 50%	<p>“Aberto a todos através do CERSAM AD”</p> <p>“CERSAM AD é ‘porta aberta porém há dificuldade de continuidade na ESF. Falta profissional e manejo”</p>
		NÃO: 3 respostas - 50%	<p>“É falho. Um desafio na PBH”</p> <p>“CERSAM AD inadequado para esse público. Atendimento pontual. Inexiste serviço específico”</p> <p>“Programa voltado para jovens. O acompanhamento do idoso é feito pontual, com assistente social”</p>
	5 Existe algum Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas na APS da PBH?	SIM: 5 respostas - 85%	“Específico em cada UBS”
		NÃO: 1 resposta - 17%	“desconheço grupo que seja independente de comorbidades. Abordagem direcionada a HAS e DM”
3 Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa	1 Considerando os profissionais de saúde e as suas atribuições colocadas no “Quadro Síntese”, você considera que exercem seu papel como proposto pela política de Atenção Primária?	Médico SIM: 4 respostas - 68%	<p>“abordagem individual e visita domiciliar. Inexiste quaternária para desmedicalizar”</p> <p>“pouco especializado para idoso”</p>
		NÃO: 2 respostas - 34%	“a maioria não atende integralmente. Inexiste multidimensional”
		Enfermeiro	“profissional mais próximo das

		SIM: 5 respostas - 85%	<i>demandas dos cuidadores</i> <i>“não faz avaliação multidimensional”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“a maioria não atende. Falta agenda”</i>
		Dentista SIM: 4 respostas - 68%	<i>“contempla o quadro”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“maior parte para demanda espontânea. A sobrecarga dificulta as ações”</i>
		NÃO SEI: 1 resposta - 17%	--
		ACS SIM: 5 respostas - 85%	<i>“principal ator quando é comprometido. Tem o principal entendimento do contexto”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“a maioria não sabe identificar as necessidades”</i>
		Auxiliar / Técnico SIM: 5 respostas - 85%	<i>“Dá suporte ao enfermeiro”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“A maioria não atende integralmente. Muitas vezes estão em setores”</i>
	2 Considerando as atribuições do NASF-AB, você considera que ele tem um papel importante no atendimento do idoso na APS?	SIM: 6 respostas - 100%	<i>“NASF: principais atores para acompanhamento dos idosos devido a prevenção e promoção”</i> <i>“suporte necessário para abordagem global”</i> <i>“papel importante e fundamental”</i> <i>“papel importante no atendimento e no matriciamento”</i> <i>“equipe complementar a ESF”</i>
		NÃO: 0	--
4 Avaliação global da pessoa idosa na atenção primária	1 A Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa é realizada pelos profissionais da APS na PBH?	SIM: 2 respostas - 34%	<i>“a maioria das pessoas realiza avaliação multidimensional”</i> <i>“pelo NASF”</i>
		NÃO: 3 respostas - 50%	--
		NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	--
5 Suporte familiar e social	1 A avaliação da Funcionalidade Familiar ocorre na APS para o idoso na PHB?	SIM: 4 respostas - 68%	<i>“ainda incipiente, necessária ampliação”</i> <i>“pelo serviço social”</i> <i>“assistente social e ESF”</i> <i>“forma corriqueira, sem instrumento. Idoso cuida de outro idoso. Tem vigilância contra maus tratos”</i>
		NÃO: 1 resposta - 17%	<i>“não acontece em todas situações e por todos profissionais”</i>
		NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	--
	2 A Avaliação do Estresse do cuidador do idoso é realizada pela APS?	SIM: 1 resposta - 17%	<i>“é automático nas visitas domiciliares”</i>

		NÃO: 4 respostas - 68%	--
		NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	--
	3 A violência intrafamiliar e os maus tratos contra a pessoa idosa é matéria de preocupação na APS da PBH?	SIM: 6 respostas - 100%	--
		NÃO: 0	--
6 Atenção domiciliar	1 Existe um Programa de Internação domiciliar na PBH via APS do idoso?	SIM: 3 respostas - 50%	<i>“alta assistida pelo EMAD” “ESF aciona SADS” “por equipe específica, por egresso hospitalar”</i>
		NÃO: 3 respostas - 50%	<i>“EMAD, após alta hospitalar. Não é via APS”</i>
	2 Existe um programa de Assistência domiciliar do idoso na PBH via APS ?	SIM: 3 respostas - 50%	<i>“Trabalho multiprofissional na ESF, NASF AB e saúde bucal” “ESF e NASF, porém não atende toda a demanda” “assistência domiciliar quando indicado”</i>
		NÃO: 2 respostas - 34%	<i>“inexiste assistência específica”</i>
	NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	--	
7 Cuidados paliativos	1 Existe uma política de cuidados paliativos na PBH?	SIM:85%	<i>“existe uma equipe específica do EMAD” “pelo EMAD”</i>
		NÃO: 0	--
		NÃO RESPONDEU: 1 resposta - 17%	--

O quadro síntese após validação dos experts e a adequação segundo às observações apresentadas está apresentado no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2- Quadro síntese das políticas públicas para atendimento do idoso na APS e o modelo da PBH validado

Dimensões	Sub-dimensões	Políticas Públicas	Programas municipais (PBH) – validado por experts
1- Humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica	Acolhimento	Política Nacional de Humanização também conhecida por “HumanizaSUS”, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho.(BRASIL, 2013).Sua operacionalização dá-se pelo “Acolhimento” . atitude de reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Programa Saúde na Hora ⁷ viabiliza	Implantado o Programa Saúde na Hora a partir de novembro 2019 nos centros de saúde de Belo Horizonte. Ampliação do acesso da população para 12 horas diárias, incluindo a sala de vacina, consultas médicas e odontológicas, coleta de exames laboratoriais. Não específica para idosos, visto que tal ampliação visa o acesso principal de trabalhadores que tem grande parte do seu tempo dedicado a atividades de trabalho.

	o custeio para implantação do horário estendido de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde em todo o território brasileiro para ampliar o acesso aos serviços de APS por meio do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) em horário estendido.	Fale com a Equipe , como dispositivo de acesso diário da população a sua equipe de saúde da família de referência. Espaço de escuta do usuário, para definição e direcionamentos necessários para assistência à saúde qualificada. Não específica para idosos, visto que o RH é escasso em quantitativo e em qualificação para o manejo específico das necessidades da pessoa idosa.
Atenção continuada / longitudinalidade	Garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo, em múltiplos contatos, sendo possível: negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente; haver maior agilidade na percepção de reações inadequadas a uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida do idoso; estreitar os vínculos entre usuários e equipe, o que contribuirá no aumento da adesão aos tratamentos. A Caderneta de Saúde da Pessoa⁸ Idosa possibilita o rastreamento de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e graus de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, permitindo o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas a cada caso.	Implantação da caderneta do idoso na rede, com propósito de acompanhamento longitudinal. O instrumento visa aprimorar o cuidado prestado pelas equipes das Unidades de Saúde de Belo Horizonte, através do registro e acompanhamento dos dados pessoais, sociais, econômicos, familiares, as condições de saúde e os hábitos de vida do usuário por um período de cinco anos. Entretanto observa-se que sua efetivação não foi ainda possível no município, provavelmente devido a questões como dificuldade de entendimento sobre sua importância e sensibilização por parte dos profissionais da ponta, bem como a pessoa idosa. Existem ainda entraves para seu uso, devido a incompatibilidade por realidade da dinâmica diária da UBS. Além disso, não se tem agenda protegida para o acompanhamento rotineiro do idoso e uso da caderneta. Capacitação que foi realizada quando de sua implantação foi insuficiente para a implantação efetiva. Distribuição e uso de forma não padronizada, ficando a cargo de cada profissional de forma a atender a micropolítica local.
Visita domiciliar	Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada família a ser visitada, por isso, cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde ⁹ .	A oferta de Visita Domiciliar está contemplada como uma das ações de assistência a Demanda Programada da APS, cuja agenda deve estar protegida semanalmente, conforme pactuado nas Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à

			<p>Saúde, realizadas na rede em 2010. Não é específica para idosos em geral, sendo prioridade os acamados e de difícil locomoção para orientação, com apoio do NASF.</p> <p>Os profissionais tem autonomia para priorizar atendimentos e visitas, entretanto apesar do horário estabelecido para o programado, não atende as demandas mais agudas de assistência, além disso, a demanda de visita é maior que a disponibilidade do serviço.</p>
<p>2-Promoção de hábitos saudáveis</p> <p>Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde (BRASIL, 2005).</p>	Alimentação Saudável	<p>Nos idosos, a desnutrição pode ser causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades sócio-econômicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos (alimentos ricos em gordura, por exemplo), doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física.</p> <p>Uma das estratégias para enfrentar tal quadro e aprimorar a resolubilidade da APS na promoção de envelhecimento saudável é a Atenção Nutricional (AN), orientada às especificidades deste grupo, prevista na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁷.</p>	<p>A gestão do cuidado à pessoa idosa é pautada por demandas cotidianas do serviço onde muitas das ações desenvolvidas na atenção primária são disparadas a partir de queixas que revelam uma patologia já instalada. Isso também acontece com pessoas idosas, principalmente pelas comorbidades comuns a essa faixa etária. Uma atribuição do NASF-AB é propiciar ações para o envelhecimento ativo, sendo a alimentação saudável um dos pilares dessa política. Entretanto é nítido o privilégio à assistência às doenças em detrimento de ações planejadas de promoção da saúde. Os indivíduos que não apresentam morbidade ou queixa dispõem de acompanhamento de saúde limitado. Outro fato a ser considerado é que nem todas os NASFs do município dispõem de nutricionista.</p>
	Prática Corporal/Atividade Física	<p>Atividade física: A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo e reduzir o risco de quedas⁷.</p>	<p>Academia da cidade é um dispositivo disponível em várias regionais da cidade, que oferece diversas atividades físicas gratuitas, orientadas por educador físico. Não responde à Política e sim à possibilidade para prática corporal. Tem atividades para pessoas em geral, não específicos para os idosos.</p>
	Tabagismo	<p>O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da</p>	<p>Belo Horizonte implantou o programa de cessação do</p>

	<p>Saúde (MS) responsável pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da rede de tratamento do tabagismo no SUS, em parceria com estados e municípios e Distrito Federal. A rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações¹⁰.</p>	<p>tabagismo, seguindo o formato indicado pelo ministério da saúde, aberto a todos, não específico para idosos, portanto não atende as particularidades específicas da pessoa idosa. As abordagens são realizadas por profissionais dos Centros de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Academias da Cidade. Atualmente o programa se encontra mais em formato individualizado, grupos não estabelecidos e de forma descontínua.</p>
Alcoolismo	<p>Conforme o documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e de Outras Drogas”, a universalidade de acesso, a integralidade e o direito à assistência devem ser assegurados a esses usuários, por meio de redes assistenciais descentralizadas, mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população¹¹.</p>	<p>Os usuários de álcool e outras drogas em uso abusivo ou prejudicial contam com o CERSAM AD (Centro de Referência de Saúde Mental - Álcool e Drogas). A equipe multiprofissional traça um projeto terapêutico de acordo com a necessidade de cada usuário que chega ao CERSAM. Essa equipe é composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros. O serviço é aberto a todos, não específico aos idosos, portanto não atende as especificidades da pessoa idosa, sendo muito mais voltado para o jovem. -Maior parte das abordagens é realizada através da Equipe de Saúde da Família, com apoio da assistência social em acompanhamento longitudinal, com apoio de antidepressivos e apoio da equipe de saúde mental local. Entretanto há certa dificuldade local por falta de profissional e manejo.</p>
Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas	<p>O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em</p>	<p>O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que realizam grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes. Não sendo específica para idosos nesta faixa etária, nem voltados para ações preventivas. Grande</p>

		grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade ⁷ .	parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico.
3- Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa	Todos os profissionais da equipe	a) Planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno. b) Identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização. c) Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa. d) Conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade. e) Acolher a pessoas idosas de forma humanizada, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. f) Prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo. g) Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico. h) Realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da pessoa idosa. i) Desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe ⁷ .	Inexiste na rede da PBH um protocolo norteador para a assistência específica à saúde do Idoso na APS, que conste as atribuições dos profissionais. Os profissionais atuam conforme chega à demanda espontânea da população idosa ou de acordo com ações descritas dentro de algum programa, não sendo realizado, portanto, a abordagem de forma integral da pessoa idosa, com avaliação multidimensional. Maior parte das abordagens de todos os profissionais se dá ao quadro agudo e voltado para patologias específicas.
		Os profissionais exercem papel de apoio, matriciamento, suporte clínico, sanitário e pedagógico aos idosos.	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais, compostas por diferentes categorias: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

			Estes profissionais atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família buscando auxiliá-los no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na Atenção Básica, que ampliem a oferta de serviços, através de consultas individuais, visitas domiciliares ou ações grupais.
4- Avaliação global da pessoa idosa na atenção primária	Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa	A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida ¹² .	-Inexiste protocolo de saúde do idoso na PBH que oriente e direcione a avaliação multidimensional do idoso, sendo a maior parte das abordagens feita de forma intuitiva, sem uma estratégia na rotina, sem instrumento, sem sistemática. Avaliações pontuais por profissionais que tem maior habilidade com saúde do idoso.
5- Suporte familiar e social	Avaliação da Funcionalidade de Familiar	Nas alterações concernentes à idade, percebem-se fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas que determinam para o idoso certo grau de dependência relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária. O suporte familiar contribui de maneira significativa para a manutenção e a integridade física e psicológica do indivíduo ¹³ .	As unidades básicas de saúde contam com profissional Assistente Social que apoia a Equipe de Saúde da Família para direcionamentos inerentes à assistência social. No geral, o diagnóstico do suporte familiar e social se dá a partir do olhar do Agente Comunitário de Saúde cujas necessidades de intervenções se dão quando identificadas situações de vulnerabilidade. São realizadas discussões acerca do caso e definidas intervenções possíveis dentro da rede.
	Avaliação do Estresse do Cuidador	A literatura denota evidências de alterações emocionais, físicas e sociais em cuidadores de idosos, sendo essencial, nesse processo, ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do cuidado ¹⁴ .	As ações realizadas para essa pessoa são aquelas desenvolvidas no cotidiano da unidade, em oferta aos usuários da rede. É possível perceber o estresse, mas não há proposta de intervenção para tal problema, sendo rara a abordagem do cuidador.
	Violência Intrafamiliar e Maus Tratos contra a pessoa	A violência contra o idoso pode ser classificada em violência física, sexual, psicológica, econômica, institucional, abandono/negligência e autonegligência. A violência	Na atenção básica, a Unidade de Saúde da Família (USF) tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois

	idosa	intrafamiliar é caracterizada pela ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um integrante do núcleo familiar ¹⁵ .	oportuniza à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência, responde como porta de entrada do sistema e constitui-se em referência para o primeiro contato do usuário, espaço no qual cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade podem ser solucionados. As ações desencadeadas em proteção à pessoa idosa na atenção primária se dão a partir da atuação da equipe de saúde da família em conjunto com a assistência social.
6- Atenção domiciliar	Internação domiciliar/asistência domiciliar	No Brasil, são várias as experiências de serviços de atenção domiciliar (SAD) que foram criados a partir das dificuldades concretas de pacientes no acesso a serviços de Saúde. O domicílio despontou, somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado. O perfil de funcionalidade e a progressão das doenças de base do usuário podem indicar algumas características da AD que determinará o tipo de atendimento: atendimento domiciliar de curta permanência (dias a poucas semanas), atendimento domiciliar de média permanência (semanas a poucos meses): atendimento domiciliar de longa permanência/duração (vários meses a anos) ⁹ .	A Rede SUS-BH conta com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Por meio do Serviço, recebem assistência em saúde no domicílio pacientes que demandam cuidados de complexidade intermediária, ou seja, que não necessitam de internação hospitalar, mas que precisam de cuidados especiais. O atendimento é realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multidisciplinar de Atenção de Apoio (EMAP). O acionamento do serviço se dá a partir da desospitalização do paciente para seu domicílio, bem como a partir da demanda gerada pela ESF.
7- Cuidados paliativos		A Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO) ¹⁶ considera que os cuidados paliativos (CPs) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida,	Em Belo Horizonte o serviço existe através do SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), sendo uma equipe multidisciplinar do EMAD-Cuidados Paliativos, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, técnico de enfermagem. Conta com apoio do EMAP (serviços complementares de fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição. A solicitação do serviço se dá pela desospitalização, a partir de

		<p>mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto. Os princípios dos cuidados paliativos incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, com minimização dos sofrimentos físico, social, emocional e espiritual, até a sua morte.</p>	<p>critérios definidos (em finalidade de vida, ou sintomas descontrolados no fim de vida ou mesmo aqueles casos que precisam ter comunicação efetiva com o paciente e familiar quanto a fase de vida do paciente). Outros EMADs e as UBS também podem solicitar o serviço ou mesmo pedir interconsulta. Prática que faz parte do cotidiano no EMAD. ESF não capacitada para seguimento dos casos”</p>
--	--	--	---

DISCUSSÃO

A literatura traz terminologia variada para tratar do estudo de intervenção, dentre elas a pesquisa de implementação. Segundo Peters et al. (2013), a pesquisa de implementação é a investigação científica sobre questões relacionadas à implementação - o ato de levar uma intenção em vigor, que na pesquisa em saúde podem ser políticas, programas ou práticas individuais. Uma intervenção em saúde também pode ser compreendida como um esforço, atividade ou combinação de elementos de um programa projetados para melhorar o status da saúde. Intervenções complexas para melhorar os resultados de saúde ou assistência à saúde podem ser realizadas em muitos contextos, incluindo unidades de saúde, escolas, comunidades locais ou populações nacionais¹⁷.

Segundo CRAIG et al.¹⁸, o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas aponta quatro fases necessárias para o seu processo: desenvolvimento, viabilidade/pilotagem, avaliação e implementação. A fase de desenvolvimento pode ser considerada a fase de pré-implementação, quando ocorre o preparo detalhado da intervenção que será aplicada e deve-se basear nas melhores evidências científicas disponíveis e na teoria apropriada. Uma intervenção complexa deve ser preparada utilizando-se um processo de modelagem, o que vai fornecer informações importantes sobre o design da intervenção e assim facilitar avaliações futuras. Considerando que um estudo de intervenção complexa exige descrições e ações detalhadas em cada fase a partir de modelagens e métodos científicos, optou-se neste estudo, pela elaboração da fase de desenvolvimento da proposta de intervenção (pré-implementação),

quando foi estabelecido o modelo atual da assistência ao idoso na APS em Belo Horizonte, a partir da síntese das políticas públicas, da prática assistencial e validado por experts na área.

Em um dos eixos estabelecidos para o atendimento ao idoso na APS nesse estudo estão a Humanização e o acolhimento. A Política Nacional de Humanização (2003)⁶ prevê o provimento de acesso ao usuário ao serviço, de forma que este possa exercer suas atividades laborais bem como ser possível usufruir do serviço de saúde, de forma individual e de qualidade. Para o idoso, que em sua maioria, não se encontra em atividade laborativa, não há uma mudança impactante já que estes, por sua disponibilidade, buscam as unidades de saúde no período do dia em que as unidades já funcionam. Entretanto, conforme aponta a política, o serviço deve garantir o acesso com escuta de qualidade. Contudo, como refere Camargo¹⁹, a gestão da demanda, com o objetivo de disciplinar a utilização dos serviços de saúde de forma racional e inclusiva, é um dos grandes desafios do SUS. O tema assume particularidades quando analisado sob a ótica da Atenção Primária à Saúde (APS), por se tratar de uma das principais estratégias de consolidação da saúde como direito. Cabe aqui analisar o aspecto “acesso/acolhimento” não somente sobre a quantidade de horas ofertadas, mas principalmente sobre considerar as especificidades da pessoa idosa e tendo como premissa a recomendação de assistir com qualidade, algo que exige uma estrutura de recursos humanos apropriada, principalmente provida de conhecimento técnico. Os experts que foram consultados nesse estudo consideram que apesar de ampliar horário, o programa “Fale com a Equipe” da PBH ainda é fixo. Uma recomendação da política é que as unidades deverão garantir a oferta dos serviços durante todo o período de funcionamento da unidade. A adoção de estratégias que ampliam o escopo dos serviços ofertados passa também pela disponibilidade de equipes multiprofissionais na Atenção Primária, bem como pela garantia de retaguarda da Rede de Atenção à Saúde conforme necessidade local. Os *experts* trazem à tona um questionamento sobre os princípios do “Humaniza SUS” na PBH, pois trata-se de uma política que aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, onde, conforme aponta Parente et al²⁰, se encontram os desafios de enfrentar a degradação da clínica, a gestão autoritária dos serviços, o modo burocrático de receber usuários, a fragmentação do cuidado, a desarticulação dos pontos da rede de serviços, a inexistência de compromisso com o percurso do usuário na rede, os processos burocráticos e hierarquizados de trabalho, a saúde dos trabalhadores.

O esforço da política para atender a questão sobre a “Atenção continuada/longitudinalidade” apostou na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como um instrumento para sua garantia. Entretanto, na prática, vemos um distanciamento entre o possível e o recomendado. Não há um esforço de capacitação para o seu uso e ainda ficou a cargo de cada profissional/equipe fazer o uso e gerenciá-la em longo prazo. Consideraram que precisaria uma mudança de postura dos profissionais de saúde no sentido de torná-la indispensável para o atendimento, inclusive atualizando os seus dados. As observações dos experts apontam para a micropolítica ineficaz para gerir o uso do instrumento na APS, porém, ressalta-se a precariedade por parte da gestão macro para estabelecer condições adequadas, desde sua sensibilização, capacitação e implementação, fato que ocorre de forma comum em outras localidades do Brasil, conforme aponta Costa et al²² que identificou que a caderneta ainda não tem sido utilizada de forma adequada no país.

Com relação à visita domiciliar, para a assistência ao idoso é necessário que exista um grande aparato: organização de agenda, logística, conhecimento técnico multiprofissional, cuidador capacitado para receber orientações. Segundo os *experts*, observa-se certa inconstância para a realização da atividade de forma contínua e eficaz, visto que a agenda protegida por vezes se torna não possível devido a necessidade de cobertura de atendimento aos casos agudos que chegam na unidade. Outra questão relevante observada é a dificuldade de prestar assistência ao idoso domiciliado em situações mais agudas.

A Política do Envelhecimento Ativo¹⁶ defende que o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, aplicando-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Neste sentido, são necessárias práticas de prevenção e promoção da saúde para a pessoa idosa, atendendo às diversas dimensões da saúde (alimentação, lazer, hábitos de vida), isso porque a pessoa que se mantém ativa física, social e mentalmente, sofre menos com problemas relacionados a perdas funcionais. Veras²² defende que a expressão “prevenção para idosos” é semanticamente inadequada, pois não se pode prevenir algo que já está instalado. O idoso tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas – e estas, após sua instalação, não mais regredem. Trata-se de uma característica única da velhice, razão pela qual o papel do profissional de saúde não é procurar a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida, apesar da doença. De acordo com os *experts*, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) consegue suprir apenas pontualmente a promoção de alimentação saudável em

atendimentos individuais e alguns grupos que são realizados com portadores de comorbidades como hipertensão e diabetes. Não há grupo específico para população idosa de orientação alimentar. Os idosos com dificuldade de alimentação por disfagia, por seqüela de Acidente Vascular Encefálico ou por uso de sondas são cadastrados e atendidos pelo nutricionista e fonoaudiólogo. Percebe-se que a atuação da APS, de certa forma, tem priorizado os casos já com alguma patologia instalada, deixando as ações propriamente preventivas e promotoras de educação em saúde para aquém do ideal, situação que também se dá nos outros campos da saúde, pois os idosos não contam com um serviço específico de atendimento ao uso abusivo de álcool, por exemplo, e, na maioria das vezes, têm dificuldade de acesso aos Centro de Referência em Saúde Mental, sendo atendidos geralmente apenas pelo médico generalista e raramente por psicólogo da Equipe Saúde Mental quando um caso é identificado.

A avaliação multidimensional é citada como primordial para assistência ao idoso de forma integral que deveria corroborar as diretrizes do SUS. Entretanto, pode-se observar que tal ação ainda se encontra limitada na APS da PBH. A avaliação do idoso de forma sistemática, utilizando instrumentos adequados é feita apenas por alguns profissionais que têm maior habilidade para o atendimento do paciente idoso. A maioria dos profissionais avalia os idosos de forma mais intuitiva, não utilizando estes instrumentos. Contudo, buscando entender os motivos que justificam, vemos que inexistente na rede da PBH um protocolo específico de atendimento ao idoso, sendo esse atendimento registrado em prontuário eletrônico voltado para a pessoa adulta, portando inespecífico para as particularidades da pessoa idosa. É notável a necessidade de ter um protocolo de assistência a saúde do idoso na APS, visto que os protocolos podem ser tomados como tecnologias de gestão do cuidado, para amparar o exercício profissional de trabalhadores que atuam na Atenção Básica e fortalecer as políticas desenvolvidas no SUS por fomento ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional, mas o seu uso dependerá da vontade política de adesão e efetivação pelos gestores e trabalhadores locais, além da pactuação de fluxos a fim de reorganizar o processo de trabalho em rede na saúde ²³.

A abordagem do cuidador do idoso nem sempre é foco da equipe assistencial da PBH, pois, segundo os experts, raramente o cuidador é abordado para prevenção de estresse pelo cuidado, sendo apenas atendido individualmente por demanda espontânea quando apresenta alterações emocionais, físicas ou sociais. Nas alterações concernentes à idade, percebem-se

fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas que determinam, para o idoso, certo grau de dependência relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade em realizar as atividades básicas de vida diária. Esses aspectos podem interferir na capacidade funcional e qualidade de vida, e promover consequentemente a necessidade de cuidados prestados por terceiros ou pela família²⁴. Observa-se, muitas vezes, idoso cuidando de outro idoso ou mesmo situação em que não existe suporte familiar adequado para prover o cuidado com o idoso que demanda ser cuidado. São comuns situações em que o cuidador demanda assistência de saúde por ser portador de comorbidades. Fatores que contribuem para ocasionar situação de estresse levando à violência familiar e maus tratos contra a pessoa idosa. Na APS, a Unidade de Saúde da Família tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois oportuniza à equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência¹⁵.

A prestação de cuidados paliativos é reconhecida como pertinente e necessária pela OMS¹⁶. Conforme os *experts*, é um serviço ofertado pela PBH, mas está mais ligado ao processo de desospitalização. Entretanto, citam também a necessidade de maior apropriação do tema por parte dos profissionais da APS, considerando o vínculo existente entre esta e a família.

Conclui-se que o modelo estabelecido reuniu a delimitação de ideias, hipóteses e expectativas que integram a estrutura e o funcionamento do serviço de assistência à saúde do idoso na APS na PBH, representando os vínculos causais entre o que as políticas direcionam e o resultado que está sendo alcançado. Fica claro que ainda se enfrenta o desafio de aproximar os dois campos, de forma que a assistência na ponta represente realmente o que defendem as políticas e possa exercer seu papel de responsabilidade para com a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1 Fernandes, MT.; Soares, SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

2 Peters, D, Tran, N, Adam, T, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. **Implementation research in health: a practical guide** / edited by David Peters ... [et al]. Geneva; World Health Organization. 2013.

in English, Chinese | WHO IRIS | ID: who-91758. Disponível em:

<<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/91758>>. Acesso em 27 dez. 2019.

3 Jones, J, Hunter, D. Consensus methods for medical and health services research. **BMJ: British Medical Journal** , v. 311, n. 7001, pág. 376, 1995. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1136/bmj.311.7001.376>>. Acesso em: 15 out, 2021

4 Williams, PL.; Webb,C. A técnica Delphi: uma discussão metodológica. *Jornal de enfermagem avançada*, v. 19, n. 1, pág. 180-186, 1994. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01066.x>>. Acesso em: nov.2021

5 Rowe, G.; Wright, G. Opinião de especialistas em previsão: o papel da técnica Delphi. In: *Princípios de previsão*. Springer, Boston, MA, 2001. p. 125-144. Disponível em:

<https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-306-47630-3_7>. Acesso em: nov.2021

6 Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 10 out.2019.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>

Acesso em: 15 mar. 2020

8 Brasil, Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>.

Acesso em: 10 out.2019.

9 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021

10 Instituto Nacional de Câncer - INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro: Inca. Última modificação: 14/05/2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>>. Acesso em: 17 jul. 2021

11 Silveira, C. *et al.* Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-354, 2003. Disponível em: <<https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-em-psiquiatria.pdf#page=18>>. Acesso em: 15 jan. 2021

12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica. n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

13 Torres, GDV, Reis, LAD, Fernandes, MH, Xavier, TT. Relação entre qualidade de vida e dinâmica familiar em idosos dependentes residentes no interior da região nordeste do Brasil. *Enferm Atual*, p. [20-23], 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-22518>>. Acesso em: 17 ago. 2021

14 Camargo, RCVF. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 6, n. 2, p. 231-254, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p231-254>>. Acesso em: 17 fev. 2021

- 15 Sousa, DJ. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 13, p. 321-328, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XHQJxctTY3MdmQCVVFKrvyb/?format=pdf&lang=p>> . Acesso em: 17 jul. 2021
- 16 Organização Mundial da Saúde - OMS. Envelhecimento ativo: uma estrutura de política . Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO?sequence=1>> . Acesso em: 15 jan. 2021
- 17 O’Cathain, A, Croot, L, Sworn, K. et al. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. **Pilot Feasibility Stud.** v.5, n.41, mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s40814-019-0425-6>>. Acesso em: 10 out. 2019.
- 18 Craig, P et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. **BMJ.** Reino Unido, 337:a1655. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>>. Acesso em: 29 set. 2019.
- 19 CamargO, DSC.; Lodeiro, ER. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190600>>. Acesso em: jan. 2022.
- 20 Parente, AAM.; Pavan, C. Humaniza SUS e a escuta do indeterminado. *Revista Percurso.* Num 59. São Paulo. 2017
Disponível em: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/percurso59-3.pdf>. Acesso em jan. 2022
- 21 Costa, NRC. et al. Política de Saúde do Idoso: Percepção dos profissionais sobre sua implementação na Atenção Básica. *Rev Pesq Saúde*, 16(2): 95-101, mai-ago, 2015.
- 22 Veras, RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 1834-1840, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LNJB96mmR4TKnKjK6svbVQR/?lang=pt&format=pdf>>
Acesso em: jan. 2022.

23 Rodrigues, LF.; Lemões, MAM.; Ubessi, LD.; Lange, C.; Luersen, Da construção de protocolos para atenção básica na defesa do direito à saúde. Revista Contexto & Saúde, [S. l.], v. 19, n. 36, p. 72–78, 2019. DOI: 10.21527/2176-7114.2019.36.72-78. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6961>. Acesso em: 1 jan. 2022.

24 Ansai, JH.; Sera, CTN. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. Revista Kairós: Gerontologia, v. 16, n. 3, p. 189-200, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i3p189-200>> Acesso em: 17 Ago. 2021

6 PRODUTO TÉCNICO

Proposta de Intervenção para qualificação da Atenção ao Idoso na APS da PBH

A Proposta foi construída a partir do modelo validado pelos *experts*. Essa proposta será validada também com profissionais da APS e com usuários em oficinas para discussão da sua viabilidade.

As variáveis de viabilidade a serem trabalhadas serão: aceitabilidade, adoção, adequabilidade, viabilidade, cobertura e sustentabilidade, que vão apontar se a implementação pode ocorrer bem e para fornecer informações sobre como isso contribui para o estado de saúde de uma pessoa ou outros resultados importantes para a saúde (PETERS et al., 2013).

6.1 Proposta de Intervenção

PORQUE INTERVIR? Por necessidade de modificar a prática da assistência a saúde do idoso na APS, a partir da produção de novos conhecimentos e consequentemente ressignificar a prática produzindo qualificação da assistência com objetivo de aumentar tempo de vida do idoso, com manutenção da sua funcionalidade.

O QUE REALIZAR? Sistematizar a assistência à pessoa idosa assistida em determinada área de abrangência da APS, baseando em diagnóstico situacional, protocolo direcionado a saúde do idoso e uso de apoio de instrumentos preexistentes. Estratégia que seja passível de ser submetida a avaliações futuras.

QUEM VAI IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO? Equipe da Atenção Primária, (ESF, NASF, Saúde Bucal, Saúde Mental e Assistência Social) com apoio intersetorial e da gestão.

COMO IMPLEMENTAR A INTERVENÇÃO? A melhor forma para aumentar as chances de se atingir uma melhoria é a de estabelecer objetivos, realizar ações planejadas e monitorá-las quanto aos resultados. Desta forma, é possível saber se as mudanças realizadas de fato levaram às melhorias almejadas (PBH, 2016). O ciclo de PDCA (“plan – do – study – act”, traduzido como “planejar, fazer, avaliar e ajustar”) é uma ferramenta que serve para testar ações que possam levar a mudanças que, por sua vez, resultam em melhorias, por meio de ciclos iterativos,

isto é, que se repetem várias vezes até atingir o objetivo pré-determinado. Para tanto, deve-se: 1) conhecer e se apropriar da proposta; 2) definir os papéis a serem executados; 3) definir prazos; 4) executar as ações; 5) avaliar e realinhar estratégias.

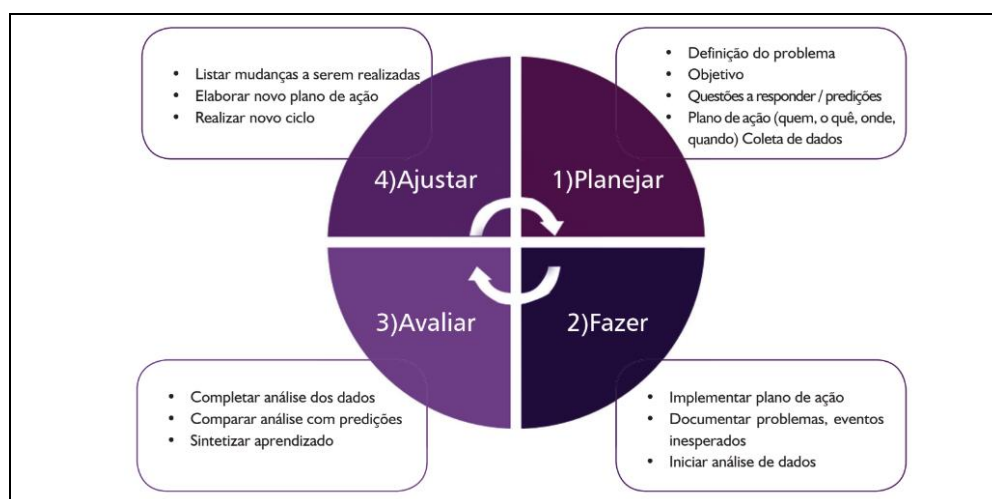
ONDE DEVE SER IMPLEMENTADA? No espaço da APS, seja dentro da UBS, nos atendimentos presenciais, seja nas discussões da equipe, seja no espaço do domicílio do idoso.

QUANDO DEVE SER IMPLEMENTADA? A partir do momento em que a equipe estiver sensibilizada para sua execução, apropriada da proposta, acionado membros de apoio.

POR QUANTO TEMPO IMPLEMENTAR E REALIZAR ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS? A equipe pode definir tempo de execução para que possa delimitar também tempo para avaliação da intervenção e assim ser possível ter parâmetros para ajustes necessários.

6.1.1 O ciclo PDSA como ferramenta para a intervenção

Figura 1 - Etapas do ciclo de PDSA



Fonte: PBH, 2016

ETAPA 1- PLANEJAR

Realizar um diagnóstico referente ao perfil situacional da população idosa da área de abrangência da ESF para estabelecer a natureza do problema a ser enfrentado e determinar os objetivos.

Quadro 2 – Plano de Ação

O QUE REALIZAR (etapas)	PORQUE REALIZAR (propósito)	QUEM VAI REALIZAR (responsáveis)	COMO REALIZAR (métodos)	COM O QUE REALIZAR (instrumentos)	ONDE REALIZAR (local/espço)	QUANDO REALIZAR (prazos)
<p>Buscar sensibilização e educação permanente referente a saúde do idoso, focado nos "Gigantes da Geriatria":</p> <p>1. Iatrogenia e problemas com medicamentos ;2. Incontinência urinária; 3. Instabilidade postural, quedas e fraturas; 4. Doenças neuropsiquiátricas: depressão, insônia, demências e delirium; 5. Síndrome de imobilidade</p>	<p>A fim de qualificar os profissionais da APS para assistência a pessoa idosa</p>	<p>Equipe busca apoio da gerência da UBS para prover treinamentos e matriciamentos</p>	<p>-Gerência da UBS aciona distrito sanitário (Gerência de assistência, gerência de RH) -Buscar possibilidade de matriciamento das ESF junto ao "Centro Mais Vida"</p>	<p>-Através de memorando, anexar esta proposta de intervenção; -treinamentos em plataformas <i>on line</i> ou presencial.</p>	<p>Na própria UBS ou no "Centro Mais Vida"</p>	<p>Solicitação em uma semana. Matriciamento com encontros mensais</p>
<p>Sensibilizar e treinar a equipe sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para seu preenchimento e uso</p>	<p>Para promover o uso adequado do instrumento</p>	<p>Equipe busca apoio da gerência da UBS para prover treinamento para ESF, NASF, Assistente Social, Psicologia</p>	<p>Oficinas dirigidas por referência técnica da gestão, apoio SMSA</p>	<p>-Caderneta (última edição); -Manual de preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa -Treinamentos em plataformas <i>on line</i> ou presencial, formato de oficina.</p>	<p>Na própria UBS</p>	<p>Duas semanas, escala de turmas</p>
<p>Estabelecer agenda protegida para todos os profissionais envolvidos</p>	<p>Para garantir o tempo e espaço para essa assistência</p>	<p>Equipe, junto a gerência da UBS</p>	<p>Estudar horários e cardápio de ações assistenciais pertinentes a APS. Definir a agenda conforme particularidades dos</p>	<p>Agenda do sistema gestão em rede. -Planilhas Excel -Oficina de qualificação (tema de organização da demanda programada e aguda)</p>	<p>Sala de reuniões da UBS</p>	<p>Uma semana</p>

			profissionais			
Definir o perfil da população idosa, quanto a faixa etária e sexo e definir subgrupos para ação	A fim de auxiliar na organização das ações para a assistência	ACS com supervisão do enfermeiro e apoio do auxiliar de enfermagem Solicitar apoio da gestão/epidemiologia, se necessário	Criar planilha com colunas que contenham informações relevantes	-cadastro -planilha Excel -registros internos da equipe	UBS, domicílio	Agenda protegida para a elaboração e reunião de equipe para discussão Uma semana
Definir quais são os idosos frágeis com critérios de receber acompanhamento domiciliar e planejar as visitas	Para levar ao conhecimento da ESF e NASF a fim de dar possibilidade ao planejamento das visitas	ACS, Enfermeira, representante e NASF e assistente social	- ACS apresenta casos conforme sua avaliação -equipe discute critérios e define os eleitos - planilha Excel que conste dados relevantes para o acompanhamento	-cadastros -protocolos e diretrizes para acompanhamento em visita domiciliar -planilha de Excel -agenda programada para visitas dos profissionais envolvidos	-em reuniões específicas para definir o assunto	Levantamento ACS: 30 dias Reunião para definir e programar casos: duas
Distribuir e preencher as cadernetas de saúde da pessoa idosa	Para efetivar o uso adequado do rico instrumento, promovendo qualificação da assistência a saúde do idoso	ESF, -NASF -Saúde Mental -Saúde Bucal -Assistência Social -Educador físico -Apoio gerencial	Criar fluxo alinhado para preenchimento da caderneta, separando os idosos por grupos e "estações", junto aos profissionais envolvidos	-Planilhas de levantamento do diagnóstico da população idosa da área de abrangência. -Caderneta de saúde do idoso -Ficha espelho e planilha de Excel para cópia de registros da caderneta	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida
Traçar plano de cuidados individuais e definir etapas	Para individualizar assistência e torna-la eficaz	Médico, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem e ACS	-Classificar os idosos conforme análise das fichas espelho - Definir plano de cuidados com ações necessárias	-Plano de cuidados vindo do "Centro Mais Vida" - Planilha Excel para monitoramento -prontuário eletrônico	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida
Executar ações estabelecidas pelo Plano de Cuidados do "Centro Mais Vida"	Prestar assistência adequada e já definida por especialistas ao	Médico, Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem e ACS, NASF, odontologia e apoio	-discutir o plano recebido na reunião de equipe -definir metas, ações e prazos.	-Plano de cuidados vindo do "Centro Mais Vida" - Planilha Excel para monitoramento -prontuário eletrônico	UBS, domicílio	-semanal, conforme agenda protegida

	idoso frágil					
Construir ações multidisciplinares para promover o envelhecimento ativo	A fim de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas	-ESF -NASF -Saúde Mental -Saúde Bucal -Assistência Social -Educador físico -Apoio gerencial	-criar grupos com temas de hábitos de vida saudáveis e prática de atividade física (envelhecimento ativo, alimentação saudável, atividade física, tabagismo, alcoolismo, atc)	-Planilhas com informações da classificação dos idosos. -cronograma de atividades e envolvidos	-Centro de saúde, -Locais públicos -Academia da cidade -No domicílio	Duas semanas para elaboração /planejamento. Práticas em grupos mensais
Efetivar Tratamento do tabagismo na UBS, especificando a pessoa idosa	A fim de auxiliar na cessação do tabagismo nas pessoas idosas, reduzindo danos	NASF, ESF	Utilizar a proposta do programa do INCA, adaptado para as realidades da UBS	Protocolos de tratamento do tabagismo	UBS, espaços públicos disponíveis	Contínuo, seguir tempo proposto no programa
Efetivar Tratamento do alcoolismo na UBS, especificando a pessoa idosa	A fim de auxiliar na cessação do alcoolismo nas pessoas idosas, reduzindo danos	NASF, ESF, saúde mental. Busca apoio do CERSAM AD	Buscar matriciamento na rede para habilitar os profissionais da UBS	Protocolo proposto na rede; Buscar conhecer serviço ofertado pelo CERSAM AD	UBS, espaços públicos disponíveis, grupo AA do território	De acordo com tempo dos grupos mensais de envelhecimento ativo
Efetivar a realização de grupos para pessoas idosas	Para promoção de hábitos de vida saudável e prevenção de perda da funcionalidade	NASF, Educador físico, ESF, Assistência Social, Saúde mental, Saúde bucal,	Realizar programação trimestral com definição de temas e responsáveis envolvidos.	Protocolos assistenciais, referências bibliográficas específicas para saúde do idoso	UBS, espaços públicos	Encontros quinzenais ou mensais
Realizar avaliação do estresse do cuidador da pessoa idosa	A fim de minimizar a exaustão do familiar/cuidador envolvido, promover sua saúde	ACS, Saúde mental, assistente social	Aplicar instrumentos /escala de avaliação de estresse e definir medidas necessárias, programado em visita domiciliar	Escala, planilha de idosos da ESF, com devidos cuidadores e seu perfil já definido pela ESF	Domicílio ou em atendimento agendado na UBS	Contínuo, conforme agenda protegida

			juntamente com o ACS			
Aproximar e compartilhar ações entre ESF e EMAD	A fim de qualificar assistência da ESF a pessoa idosa frágil	Gerencia providencia encontro para matriciamento de casos	ESF ou EMAD seleciona casos a serem discutidos - Programação para o matriciamento conjunto e estudo do caso	Planilha de acompanhamento do EMAD;	UBS, domicílio ou local a definir	Contínuo, conforme agenda protegida
Sensibilizar e capacitar ESF para Cuidados paliativos	A fim de qualificar assistência da ESF a pessoa idosa frágil	Gerencia busca apoio da gestão a fim de programar capacitação para ESF	ESF ou EMAD seleciona casos a serem discutidos - Programação para o matriciamento conjunto e estudo do caso	Planilha de acompanhamento do EMAD;	UBS, domicílio ou local a definir	Contínuo, conforme agenda protegida

Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2016 (adaptado pela pesquisadora).

ETAPA 2- FAZER

- Realizar as ações planejadas, implementando o “Plano de Ação”, envolvendo todos da equipe participante;
- Monitorar o progresso da assistência, coletando os dados previamente estabelecidos. Utilizar planilhas, livros de registro, prontuário eletrônico, ficha espelho da caderneta de saúde da pessoa idosa;
- Registrar efeitos e situações não previstas, bem como a percepção dos participantes em relação ao processo que está ocorrendo;

ETAPA 3- AVALIAR

- Em reunião de equipe semanal, aprofundar a análise dos dados coletados, comparando os resultados observados com os previstos na fase do planejamento (O que está ocorrendo de mudança corresponde àquilo que previmos quando determinamos as ações? Ou o observado diverge daquilo que imaginávamos?);
- Sintetizar o aprendizado que obtivemos até este momento. Essa síntese é fundamental para direcionar os ajustes necessários e para impulsionar o próximo ciclo de PDSA, sobre a assistência a saúde da pessoa idosa.

ETAPA 4- AJUSTAR

- Pensar e planejar as correções necessárias nas ações, realizar os ajustes para que se possa atingir os objetivos pré-estabelecidos de forma mais eficiente. As correções decorrem de ações percebidas como ineficazes na prática, de dificuldades encontradas no processo de implementação e das necessidades dos envolvidos no processo de mudança (usuários, profissionais, gestores, etc.); (PBH, 2016)

- Estabelecer novo planejamento a partir das correções necessárias, levando a novos planos de ação e iniciando, dessa forma, um novo ciclo de PDSA. Para o sucesso do ciclo de PDSA, é fundamental que se siga todas as suas etapas, procedendo os ajustes sempre que necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modo de viver e adoecer dos grupos humanos, em especial da pessoa idosa, questiona cotidianamente a assistência na saúde pública sobre práticas de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, onde impera a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, com uma abordagem integral.

O processo de mudança de comportamento pode ser oneroso e desafiador e a adesão às intervenções é frequentemente uma baixa prioridade. Portanto, deve-se enfatizar a tentativa de fornecer às pessoas uma experiência agradável, positiva e interessante da intervenção que pode motivar intenções de se envolver com ela (YARDLEY, L., et al., 2015). Justifica-se então a proposta envolvendo toda a equipe de saúde da APS, a fim de se compartilhar saberes e possibilitar o alcance das metas de forma coletiva. Entende-se ainda que toda mudança carece de um processo, de um caminho a ser trilhado e principalmente do desejo de se efetuar o caminhar. Cabe a cada um refletir sobre a importância do seu real papel frente ao usuário do serviço de saúde pública, frente a população idosa.

São esses, dentre outros aspectos da sociedade, desafios atuais da prática em saúde que justificam não apenas a necessidade de incorporação de novos conteúdos teóricos, mas, principalmente, a necessidade de produzir um novo 'saber-fazer' capaz de responder adequadamente às demandas sociais em saúde.

Espera-se com essa proposta de intervenção, o alcance de desdobramentos positivos para a assistência primária à saúde do idoso, a partir do empoderamento baseado em conhecimento científico, resultando na qualificação do serviço prestado a essa população.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R.de C. F., *et al.* Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. **Saúde e Sociedade** [online]. 2011, v. 20, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100011>>. Acesso em: 01 ago. 2021.
- AGUM, R. *et al.* Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. *Agenda Política*, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 12–42, 2015. Disponível em: <<https://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67>> Acesso em: 31 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 29 jan.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf> Acesso em: 01 ago. 2021
- BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei8142.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf.> Acesso em: 01 ago. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. Acesso em 10 de maio de 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 01 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 18 maio 2001: Seção 1: 1- 28. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html>. Acesso em: 05 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**. n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf> Acesso em: 08 set. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em: 05 set. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para utilização da caderneta da pessoa idosa**. Brasília: 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 05 set. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 05 set. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília. 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 05 set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2021, Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo> Acesso em: 17 fev. 2021

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em Português), v. 6, n. 2, p. 231-254, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p231-254>>. Acesso em: 17 fev. 2021

CECÍLIO, L.C. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde** In: Pinheiro R, Mattos RA,

organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2009. p.117-130. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3910891/mod_resource/content/2/L.aula5.grupo1_Necessidades_saude_conceito_estruturante_luta_integralidade_equidade_CE_CILIO.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021

COSTA, S. A., NETO. L.B. **Políticas públicas/estatais: contribuição para o estudo da relação estado-sociedade**. Acta Scientiarum. Education, 38(2), 165-172. 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/25734/pdf_99> Acesso em: jul. 2021

CRAIG, P.; et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. Reino Unido, 337:a1655. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>>. Acesso em: 29 set. 2019.

FERNANDES, M. T.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

FERNANDES, M.T.O. **A rede de atenção para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico**. 2013. 209 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-99PQ4Y/1/maria_teresinha_de_oliveira_fernandes.pdf> . Acesso em: 20 out. 2019.

GIACOMIN, K. C., FIRMO, J.O.A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.20, n.12. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.11752014>>. Acesso em: 07 out. 2019.

GAIOLI, C.L.O. et al. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 465-470, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/BqjM5WV6VPb7KkFGJsLgmgj/abstract/?lang=pt&format=html>> Acesso em: jul. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA| Portal do IBGE | IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 out. 2019.

MACEDO, L. M. e M., FERRERO, S. T. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2014, v. 18, n. 51., pp. 647-660. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>>. Acesso em: 12 Out. 2021.

MATOS, C.C.de S.A. et al. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: acompanhamento longitudinal do idoso**. São Luis, 2014. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1709/1/Mod10.Un2.pdf>> Acesso em: 12 Out. 2021.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2009. p. 43-68. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4242793/mod_resource/content/1/Livro%20-%20os%20sentidos%20da%20integralidade.pdf#page=43>. Acesso em: 12 Out. 2021.

MATTOS, R.A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). **Cadernos de Saude Publica**. 2004; 20(5):1411-6. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n5/1411-1416/pt/>> Acesso em: 10 jul. 2021

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p. Disponível em: <<http://bvssite.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/728-LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: SAS/MG. 186 p. 2006. <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000000983>> Acesso em: 19 jan. 2021

O'CATHAIN, A., CROOT, L., SWORN, K. et al. Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. *Pilot Feasibility Stud.* v.5, n.41, mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s40814-019-0425-6>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf> Acesso em: jan. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma estrutura de política**. Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO?sequence=1>> Acesso em janeiro 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: jan, 2021

PEREIRA, L. S. M. **O Cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária a Saúde:** Programa Mais Vida. 2017. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/1010M.PDF>>. Acesso em: 20 out. 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Gestão do Cuidado no Território.** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf> .Acesso em: 16 fev. 2020.

PROCTOR, E. K., et al. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. **Administration and policy in mental health.** v. 36, n.1, jan. 2009. Disponível em: <<https://doi:10.1007/s10488-008-0197-4>>. Acesso em: 10 out. 2019.

REIS, L.A.; TRAD, L.A.B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 3, p. 28-41, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ROMERO, D., et al. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 13(1). 2019. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1569>> Acesso em: jul. 2021

SANTOS, N. R.dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 273-280, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/273-280/pt/>. Acesso em: ago. 2021.

SCHMIDT, V. V. Sociedade civil organizada, políticas públicas e políticas de saúde no Brasil. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis.** v. 3. n. 1. Florianópolis. 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/745/10827>. Acesso em: 10 jul 2021

SHIMBO, A. Y.; et al. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 506-510, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/z9R3gR7p9YFxFcXqfzPcDvv/?lang=pt>> Acesso em: ago. 2021.

SOARES, C. B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=pt>> Acesso em: 20 ago. 2021.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia**, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em agosto 2021.

TOSTES, M. L. F. *et al.* Avanços da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. *In*: TEIXEIRA, M. G. *et al.* (org.). **O coletivo de uma construção: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Editora Rona, 2012. v.1, parte 2, p. 107-119.

WHO. Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>>. Acesso em: 10 jan. 2021.

YARDLEY, L., *et al.* A Abordagem Baseada na Pessoa para o Desenvolvimento da Intervenção: Aplicação às Intervenções Digitais de Mudança de Comportamento Relacionadas à Saúde. **J Med Internet Res.**; 17 (1): e30. Disponível em: <<https://www.jmir.org/2015/1/e30/#box1>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

APÊNDICE A - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Res. 466/12 – Item II.23, Res. 510/2016 e Res. 441/2011

PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Prezado (a) Senhor (a):

Estou convidando-o(a) a participar de um estudo intitulado “CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL”, pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG Lussandra Viviane Faria da Costa e Enfermeira de Saúde da Família na Prefeitura de Belo Horizonte. O objetivo desse estudo é validar o modelo de atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde (APS) na PBH para, em seguida, apresentar uma proposta de intervenção no atendimento do idoso na APS que também deverá ser validada. Pretende, assim, qualificar a atenção integral à saúde da pessoa idosa na APS. Os participantes convidados serão profissionais de saúde que trabalhem na APS, gestores, bem como idosos e cuidadores de idosos usuários do serviço de saúde. Caso concorde em participar do estudo, o senhor (a) irá fazer parte da cocriação e coprodução de uma intervenção participativa como “atores sociais”, que criam corresponsabilidade para a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política ao plano. Para operacionalização da intervenção, será necessário que o senhor (a) faça a leitura do “quadro síntese” que está recebendo, sobre o atendimento do idoso na APS e em seguida, responda ao questionário, quando deve verificar e validar se os programas implementados pela PBH para atendimento a estas políticas estão sendo realizados como apresentados na coluna 4 do quadro. As respostas escritas serão lidas, relidas e posteriormente analisadas. O objetivo final é apresentar uma proposta de intervenção na assistência ao idoso na Atenção Primária na PBH, tentando aprimorar esse atendimento. Ressalto que em consideração a saúde pública frente à situação de Pandemia por Coronavírus, as medidas de segurança de pesquisadores e participantes envolvidos nas pesquisas devem ser observadas para que todos estejam suficientemente protegidos para que não sejam veículos de transmissão da doença, considerando que boa parte dos infectados são assintomáticos. Sendo assim, as pesquisas serão realizadas prioritariamente de forma on line, por e mail. Naquelas situações em que o encontro pessoal for necessário, o mesmo será realizado em local aberto, com ventilação apropriada e com espaço suficiente para garantir distanciamento entre os indivíduos. Os participantes deverão fazer uso obrigatório de máscara de proteção individual. Os convidados que porventura apresentarem sintomas respiratórios serão dispensados das atividades. Será garantido o sigilo do seu nome e a privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Entretanto, os resultados da pesquisa serão utilizados em trabalhos científicos publicados ou apresentados oralmente em congressos e palestras sem revelar a identidade do participante. Os dados obtidos durante a

pesquisa são confidenciais e não serão usados para outros fins. O senhor (a) tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Os riscos nos quais o senhor (a) estará exposto serão mínimos, mas o ato de responder ao questionário pode acarretar desconforto, cansaço ou aborrecimento. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, poderá optar pela suspensão imediata da sua participação, sem qualquer ônus. Como medidas suplementares para minimizar estes riscos, cita-se:

- É assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima;
- É garantida indenização diante de eventuais danos previstos ou não neste termo de consentimento que sejam decorrentes da pesquisa e sua participação, em consonância a Resolução 466/12;
- O estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento;
- O senhor (a) não terá qualquer tipo de despesa para participar da pesquisa e não receberá remuneração por sua participação;
- Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Entre os benefícios propostos aponta-se que intervenções sobre processo de trabalho em saúde buscam impactar nos índices de institucionalização, hospitalização e nas taxas de morbimortalidade nessa parcela da população, já que visam instrumentalizar e qualificar a assistência à pessoa idosa, a fim de propiciar prevenção e evitar o desenvolvimento ou agravamento da fragilidade desse indivíduo. Uma intervenção elaborada de forma sistematizada, de caráter complexo, considerando aspectos essenciais dos objetos (saúde do idoso), sujeitos (profissionais e idosos), e resultados (qualificação da assistência à saúde do idoso) tem muito a contribuir para a saúde pública. Este termo de consentimento será enviado por email, sendo que será arquivada pelo pesquisador responsável, e o senhor poderá guardar uma cópia. Caso haja alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, gentileza entrar em contato com o pesquisador responsável:

Pesquisador responsável: Lussandra Viviane Faria da Costa

Telefone para contato: (31) 992067676

Email: lussandraviviane@yahoo.com.br

Endereço: Rua Jacutinga, 783/apto 501. Padre Eustáquio. Belo Horizonte-MG.

Instituição/Departamento: Mestrado Profissional em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG Linha de pesquisa: Políticas Públicas, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Profª Drª Andréa Maria Duarte Vargas

Em caso de dúvidas de aspecto ético, gentileza entrar em contato com:

- Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, localizado na Av. Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901. Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00. Telefone: 34094592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, localizado na Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 05 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309 – e-mail: coep@pbh.gov.br.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do (a) participante

Pesquisador responsável: Lussandra Viviane Faria da Costa

APÊNDICE B – Questionário experts

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

CUIDADO À SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE MUDANÇA PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Mestranda: Lussandra Viviane Faria da Costa

Orientadora: Profª Drª Andrea Maria Duarte Vargas

Objetivo: Validar o modelo de atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde (APS) e apresentar uma proposta de intervenção no atendimento do idoso na APS.

Prezado Expert,

Você está recebendo um “Quadro síntese” sobre o atendimento do idoso na APS.

Nesse quadro temos uma primeira coluna com os eixos importantes que segundo a literatura devem ser considerados quando do planejamento do atendimento ao idoso na Atenção Primária à Saúde (APS)

Em seguida, nas colunas 2 e 3 aparecem os subitens destes eixos e as políticas nacionais e algumas vezes estadual (Minas Gerais) sobre cada um deles.

Na coluna 4 temos os programas implementados pela PBH para atendimento a estas políticas.

Esse estudo pretende validar essa coluna 4 e para isso precisamos que vocês, após lerem o quadro, respondam a estas questões abaixo. Sempre que possível seria importante justificar sua resposta porque vai ajudar no entendimento de como o atendimento ao idoso funciona na PBH.

O objetivo final é apresentar uma proposta de intervenção na assistência ao idoso na Atenção Primária na PBH, tentando aprimorar esse atendimento.

Você tem até 7 dias para responder.

Agradecemos sua participação.

Lussandra Costa (mestranda) e Andréa Vargas (orientadora)

QUESTÕES PARA OS EXPERTS:

Eixo 1 - Humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica.

1) Tendo em vista o que a Política Nacional de Humanização (2003) preconiza, você considera que o Programa da PBH “Saúde na hora” responde a essa política?

2) Sim () Não ()

Justifique sua resposta

- 2) Com relação a Atenção continuada / longitudinalidade no SUS, a proposta da implantação da Caderneta do Idoso está dando conta deste princípio?

Sim () Não ()

Justifique

- 3) Segundo as estratégias de atendimento ao idoso na APS a visita domiciliar deve ser realizada quando necessária. A Agenda protegida para a visita domiciliar proposta pela PBH atende a essa demanda?

Sim () Não ()

Justifique

Eixo 2 - Promoção de hábitos saudáveis

- 1) Segundo a política de promoção de saúde, a alimentação saudável é necessária e deve ser estimulada. Na APS, levando em conta o idoso, o NASF-AB consegue suprir essa necessidade?

Sim () Não ()

Justifique

- 2) A Prática Corporal / Atividade Física é importante política para o envelhecimento saudável. A Academia da Cidade pode ser considerada como uma resposta a essa política para o idoso?

Sim () Não ()

Justifique

- 3) O Programa de tratamento do tabagismo na PBH está voltado também aos idosos?

Sim () Não ()

Justifique

- 4) O Programa de tratamento do Alcoolismo na PBH tem contemplado os idosos?

Sim () Não ()

Justifique

- 5) Existe algum Trabalho em Grupo com Pessoas Idosas na APS da PBH?

Sim () Não ()

Justifique

Eixo 3 - Atribuição dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa

- 1) Considerando os profissionais de saúde e as suas atribuições colocadas no “Quadro Síntese”, você considera que exercem seu papel como proposto pela política de Atenção Primária?

Médico sim () não () Justifique

Enfermeiro sim () não () Justifique
 Dentista sim () Não () Justifique

ACS sim () Não () Justifique

Auxiliar/técnico sim () Não () Justifique

- 2) Considerando as atribuições do NASF-AB, você considera que ele tem um papel importante no atendimento do idoso na APS?

Sim () Não () Justifique

Eixo 4 - Avaliação global da pessoa idosa na atenção primária

- 1) A Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa é realizada pelos profissionais da APS na PBH?
- 2) Sim () Não ()
Justifique

Eixo 5 - Suporte familiar e social

- 1) A avaliação da Funcionalidade Familiar ocorre na APS para o idoso na PHB?
Sim () Não () Justifique
- 2) A Avaliação do Estresse do cuidador do idoso é realizada pela APS?
Sim () Não ()
Justifique
- 3) A violência intrafamiliar e os maus tratos contra a pessoa idosa é matéria de preocupação na APS da PBH?
Sim () Não ()
Justifique

Eixo 6 – Atenção domiciliar

- 1) Existe um Programa de Internação domiciliar na PBH via APS do idoso?
Sim () Não ()
Justifique
- 2) Existe um programa de Assistência domiciliar do idoso na PBH via APS ?
Sim () Não ()
Justifique

Eixo 7 - Cuidados paliativos

- 1) Existe uma política de cuidados paliativos na PBH?
Sim () Não () Justifique

ANEXO A – Aprovação COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção Integral ao Idoso na Atenção Primária: uma proposta de intervenção

Pesquisador: Andréa Maria Duarte Vargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36558620.8.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.329.098

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa a ser desenvolvido por Lussandra Viviane Faria da Costa, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da profª Drª Andréa Maria Duarte Vargas.

O estudo pretende elaborar uma proposta de intervenção para o cuidado integral do idoso na APS e verificar sua avaliabilidade a partir de variáveis de sucesso (aceitação, adoção, adequabilidade e viabilidade). Justifica-se visto que o Brasil apresenta permanente mudança do perfil populacional, com quadro marcante da longevidade, resultando no aumento da população mais idosa. Esse processo do envelhecimento, além de impactar no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, resulta em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas públicas.

A Atenção Primária à Saúde - APS é o nível de assistência que mais se aproxima dos idosos, sua realidade de vida, cotidiano e família. Além disso, o vínculo entre Equipe de Saúde da Família e essa população, associado à adoção de intervenções multidisciplinares, podem estabelecer condições para um acompanhamento mais eficaz da sua saúde, além de auxiliar no processo terapêutico e preventivo. Do ponto de vista da moderna Geriatria, a saúde do idoso pode ser considerada como a capacidade funcional máxima pelo maior tempo alcançável. Nesse sentido, um dos principais objetivos das políticas é a reorientação dos serviços para identificar o nível de dependência desses idosos, dando-lhes um acompanhamento diferenciado em cada situação a fim

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.329.098

de promover sua qualidade de vida. No entanto, na prática cotidiana da APS, observa-se a perpetuação da assistência reducionista, centrada na doença e sua agudização, reforçando o modelo biomédico, imposto pela medicalização sobre sintomas que por vezes emergem de um contexto multidimensional individual e familiar, que não são levados em consideração. Torna-se emergente evoluir nesse aspecto.

Inicialmente serão realizadas entrevistas com idosos e os diversos profissionais da UBS para discussão guiada por roteiro semi-estrutura quando buscar-se-á pela análise de conteúdo de Bardin, fazer um diagnóstico inicial da situação e caracterização do problema e os recursos potenciais para o seu enfrentamento. Será realizada também coleta de dados de fontes secundárias existentes na APS e no município sobre assistência ao idoso. Após essa primeira fase, será construída uma pré-proposta que será discutida novamente com os profissionais e os idosos em oficina e novamente serão avaliadas a aceitação, adoção, adequabilidade e viabilidade, através de entrevistas e grupo focal. O produto técnico do estudo será a documentação da intervenção, em formato de manual, para que outros possam usá-la na APS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Verificar a avaliabilidade de uma proposta de intervenção para o cuidado integral do idoso na APS.

Objetivos específicos

- Conhecer todos os programas e propostas da PBH para atenção ao idoso na APS;
- Caracterizar os problemas que dificultam a atenção integral à saúde do idoso na perspectiva dos profissionais da UBS, do usuário e dos gestores;
- Avaliar a aceitação, adoção, adequabilidade e viabilidade de uma proposta nova;
- Elaborar coletivamente uma proposta de intervenção e descrever o plano de ação
- Avaliar a aceitação, adoção, adequabilidade e viabilidade da proposta final.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta como risco desconforto, cansaço ou aborrecimento durante as entrevistas e esclarece que os temas a serem abordados não são constrangedores, que o pesquisador está treinado para evitar constrangimentos e que os participantes têm o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem qualquer prejuízo.

A elaboração de um modelo lógico e integral de atendimento é uma excelente ferramenta para o planejamento da intervenção, aumentando a probabilidade de uma avaliação que forneça, em tempo hábil, resultados relevantes para os tomadores de decisão. Sendo assim, trará benefícios diretos e indiretos para os idosos a serem atendidos na UBS e também para os profissionais

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.329.098

utilizarão a proposta produto do estudo. A qualificação da atenção integral à saúde da pessoa idosa na APS buscam diminuir os índices de hospitalização e as taxas de morbimortalidade nessa parcela da população, já que visam instrumentalizar e qualificar a assistência à pessoa idosa, propiciando prevenção e evitando o desenvolvimento ou agravamento da fragilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo fundamentado e coerente. Etapas bem definidas, apresenta anuência da Câmara Departamental de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia – UFMG. Cronograma exequível e auto financiamento.

Apresenta também Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - para Usuários e outro para Profissionais de Saúde (TCLE) em conformidade com a Resolução 466/12

Projeto com coparticipação da SMSA-BH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta termo de anuência da PBH

Não foi localizado o Questionário Semiestruturado para a realização das entrevistas, mas entende-se que as perguntas então “distribuídas” no corpo do projeto.

Os roteiros de entrevista estão no projeto completo, projetoidosocoep.pdf:"Quadro 2 – Descrição da Metodologia: - Realizar coleta de informações sobre Saúde do Idoso na APS através de análise documental. - Entrevistar a gestão responsável pela atenção do idoso na SMSA. - Conhecer o cenário atual da UBS, acerca da assistência à saúde do idoso através de indicadores existentes. - Conhecer o perfil da população de idosos da área de abrangência definida. - Conhecer o perfil técnico/instrumental dos profissionais, para assistência a pessoa idosa; Quadro 3 - Roteiro de Entrevista (semi-estruturada/estruturada); Quadro 4 - Roteiro para entrevista com usuários (avaliação do impacto da pré-implementação); Quadro 6 - Roteiro para o grupo focal (avaliação da nova proposta)"

Recomendações:

Como no projeto está previsto coleta de dados institucionais, deve ser incluído o TCUD (vide: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/tcud/>) na Plataforma Brasil em próxima emenda. Como a pesquisa ocorrerá no cenário da SMSA-BH, ela possui autonomia para autorizar a coleta de seus dados institucionais, por isso, recomenda-se o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o cenário SMSA-BH tem autonomia para autorizar a pesquisa em seu cenário e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.329.098

este CEP não encontrar impeditivos éticos, aprova-se a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1554996.pdf	05/08/2020 10:41:46		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocorrta.pdf	05/08/2020 10:41:24	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsprojetoideoso.pdf	27/07/2020 17:15:23	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoideosocep.pdf	27/07/2020 17:09:16	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaPBH.pdf	27/07/2020 17:08:10	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito
Outros	Parecerprojetodepartamento.pdf	27/07/2020 17:03:10	Andréa Maria Duarte Vargas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.329.098

BELO HORIZONTE, 08 de Outubro de 2020

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br